

Sociaal isolement. Te keren of accepteren?

Eerste Cordaan-lezing

dr. ir. Rick Kwekkeboom
prof. dr. Arnoud Verhoeff

Sociaal isolement. Te keren of accepteren? Eerste Cordaan-lezing

Inhoud

Voorwoord	2
1 "Wij gevoelen 't edele onzer bestemming, maar niet minder het gewigt onzer verpligting"	4
1.1 Verantwoordelijkheid	5
1.2 Amstelhof	6
1.3 Georganiseerde zorg	8
1.4 Sociaal isolement	9
1.5 Onderzoek	10
1.6 Vergelijking	13
1.7 Samenleving	14
1.8 Verantwoordelijkheid	16
1.9 Oproep	17
Bronnen	18
2 Diversiteit in Amsterdam	19
2.1 Demografische ontwikkeling	20
2.2 Gezondheidstoestand	21
2.3 Amsterdamse ouderen	23
2.4 Diversiteit	25
Bronnen	26

Voorwoord

Op 21 december 2006 is een traditie gestart met de eerste Cordaan-lezing. Onder de titel "Sociaal isolement. Te keren of accepteren?" belichtten Rick Kwekkeboom en Arnoud Verhoeff de deelname aan de samenleving door mensen die zijn aangewezen op verpleging of verzorging en mensen met een psychische of verstandelijke beperking.

Rick Kwekkeboom plaatste het vraagstuk in historisch perspectief. Uiteindelijk kwam zij uit bij de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Voor haar staat vast dat een vorm van professionele ondersteuning aan kwetsbare mensen altijd nodig blijkt. Dat leert de historie ons. Daarnaast doet Rick Kwekkeboom een oproep aan professionele hulpverleners om zelf ook te vermaatschappelijken door samen met de cliënt het juiste netwerk te creëren.

Arnoud Verhoeff ging in zijn co-referaat in op de Amsterdamse situatie. Hij wijst erop dat er een goed antwoord moet komen op de diversiteit in de vraag. Er is meer aandacht nodig voor de gezondheidstoestand van Amsterdammers in een lage sociaal - economische positie. Onder deze groep zijn

mensen van niet Nederlandse herkomst oververtegenwoordigd.

De bijdragen van beide sprekers passen precies in het doel dat ons met de Cordaan-lezing voor ogen staat. Dat is sociaal maatschappelijke vraagstukken, die een relatie met gezondheidszorg en welzijn hebben, aan de orde stellen. Vraagstukken waarvoor cliënt en hulpverlener in hun directe contact niet altijd een oplossing weten te vinden. Vraagstukken die voort kunnen komen uit wet- en regelgeving. Met de Cordaan lezing willen we onderzoek en discussie op gang brengen. Zo willen wij samen met andere maatschappelijke organisaties naar oplossingen van knelpunten zoeken en innovatie in de zorg stimuleren. Inmiddels herkennen wij het gedachtegoed van de eerste Cordaanlezing in het Coalitieakkoord van het nieuwe kabinet.

Op de dag van de eerste Cordaanlezing hebben we ook afscheid genomen van mijn collega Ans Bartelink. Voor de gezondheidszorg in Amsterdam was zij een belangrijk gezicht. Deze Cordaanlezing dragen we daarom aan haar op.

De lezing is een initiatief van Cordaan in samenwerking met de Faculteit der Maatschappij en Gedragwetenschappen van de Universiteit van Amsterdam.

De Amstelhof - een historische plek voor de gezondheidszorg in hartje Amsterdam - is de plaats van handeling.

Na deze eerste Cordaanlezing voelen wij ons gestimuleerd op de ingeslagen weg voort te gaan.

Eelco Damen

voorzitter raad van bestuur Cordaan
mei 2007

1 “Wij gevoelen ‘t edele onzer bestemming, maar niet minder het gewigt onzer verpligting”

Geachte leden van de Raad van Toezicht, geachte leden van de raad van Bestuur en dan in het bijzonder natuurlijk mevrouw Bartelink, geachte overige aanwezigen;

Toen mij in september gevraagd werd of ik vandaag de eerste Cordaanlezing wilde houden, heb ik geen moment gearzeld over het antwoord: Ja, graag!!

Ten eerste ben ik zeer vereerd dat juist Cordaan zoveel vertrouwen in mij heeft dat ‘men’ het aandurft om mij een begin te laten maken met iets wat een jaarlijkse, prestigieuze traditie moet gaan worden. Cordaan is voor mij zo’n beetje de ideale zorgaanbieder: Alle zorgdoelgroepen waarmee ik mij in mijn onderzoek heb beziggehouden kunnen bij Cordaan terecht. Als ik ergens een klankbord zou kunnen vinden voor mijn opvattingen over de beste zorg voor elk van deze groepen is het toch wel hier. Deze lezing geeft mij de gelegenheid om wat ik hierover bedacht heb eens op een rijtje te zetten en naar buiten te brengen.

Maar minstens zo belangrijk was het tweede argument: zomaar de gelegenheid krijgen om in de periode van Advent, vlak voor

Kerst, in de Kerkzaal van de Amstelhof een overweging uit te spreken! Ik woon hier bijna om de hoek en kom op mijn weg naar de stad langs de Amstelhof. En altijd als ik langskom kijk ik schuin omhoog de ramen binnen, om een glimp op te vangen van wat in de brochures en op website wordt aangeprezen als een van de mooiste ruimten van Amsterdam. Een ruimte ook met een rijke historie, als feest- en ontvangstaal, en als ruimte, waar ook gewoon gekerkt werd. Meer dan een glimp is het echter tot nu toe nooit geworden. Ik zou natuurlijk gewoon een keer op een zondag naar binnen kunnen gaan, maar ja.... En nu sta ik hier dan toch...

De derde reden voor mijn enthousiaste ‘ja’ is dat juist het Amstelhof, het historische Amstelhof, zo mooi model kan staan voor het onderwerp wat ik vanmiddag met u wil bespreken: De deelname van kwetsbare, soms weerloze mensen aan onze samenleving en de vraag wiens verantwoordelijkheid, het is om die deelname mogelijk te maken. De vraag op wiens schouders ‘het gewigt dezer verpligting’ rust. Ik zal u verder op in deze lezing uitleggen, waar ik dit motto voor mijn referaat heb gevonden.

1.1 Verantwoordelijkheid

In ‘Ons Amsterdam’ van deze maand las ik dat al in 13e eeuw de toenmalige schepenen van Amsterdam niet alleen het geld, maar ook de sociale zorg in de stad beheerden. Blijkbaar bestond in die tijd, die niet echt bekend staat om zijn zachtzinnigheid in de omgang tussen overheid en burgers, al het inzicht dat het nodig was om van overheidswege toe te zien op de beschutting van mensen die daar, om wat voor reden dan ook, zelf niet toe in staat waren. Ik weet niet of deze overheidszorg toen naast of in plaats van de zorg vanuit de kerken werd gegeven. Wel is bekend dat bij de reformatie en het als gevolg daarvan massaal sluiten van de kloosters in het middeleeuwse Amsterdam nogal wat ellende letterlijk op straat kwam.

Om drama’s te voorkomen greep in Amsterdam en ook elders in het land, de overheid in.

Toen de protestante kerken hun positie hadden gevestigd en, niet onbelangrijk, zelf vermogen hadden opgebouwd en vermogende leden hadden gekregen, namen ook zij de zorg voor mensen die oud of gebrekkig en

vrijwel altijd arm waren op zich. Naast of in plaats van de overheidszorg kwam de diaconale zorg.

1.2 Amstelhof

In die periode is ook het Amstelhof ontstaan. Het begon met een riant nalatenschap, die ruim voldoende was voor het oprichten van een tehuis voor oude vrouwen, de besjes. In wat ik op het internet over het Amstelhof heb opgezocht wordt melding gemaakt van minstens één voorval waarbij een bewoonster als straf brandewijnflesjes om de hals werden gehangen en daarmee op tafel werd gezet. Blijkbaar kwam tussen de oude besjes ook wel eens een jeneverbesje voor.

Ook in die tijd werden oudere mensen dement. Toen het aantal dementerende vrouwen te groot werd, werd net als in de moderne verpleeghuizen, voor hen een aparte vleugel ingericht. Alleen werd dat in 17e eeuw een gekkenkelder. Daarin kwamen ook vrouwen die om andere redenen 'gek' genoemd werden en zo vormde het Amstelhof in feite al een afspiegeling van wat eeuwen later Cordaan zou worden. Nog geen halve eeuw na de oprichting werden ook oude, al dan niet gekke mannen, in het Amstelhof gehuisvest en blijkbaar waren de grenzen nog niet bereikt want eind 18e eeuw kwamen ook de 'bestedelingen', mensen die eerder door particulieren gesteund

werden, onder de hoede van de diaconie. Uit die tijd stamt ook het gebedenboek van één van de diakenen en diaconessen waaruit blijkt hoezeer de betrokkenen zich door hun geloofsovertuiging tot de zorg voor de vele "oude, gebrekkige en arme leden" geroepen voelden. In het gebedenboek wordt verantwoording afgelegd over de roeping en voegde men toe, ik citeer: 'wij gevoelen 't edele onzer bestemming, maar niet minder het gewigt onzer verplichting'. Ik vind dit een treffende omschrijving van de drijfveer om mensen die kwetsbaar zijn, geborgenheid te willen bieden.

De geschiedenis van de zorg aan de "oude, gebrekkige en arme leden" laat zien dat deze verplichting gedurig op en neer geschoven is van kerk, naar overheid en weer terug. Deze slingerbeweging deed zich niet alleen voor in Amsterdam maar ook in de rest van Nederland, als ook in de rest van de westerse wereld. Zowel overheid als kerk en de latere levensbeschouwelijke organisaties hebben in de loop van deze geschiedenis hun bekommernis, het nakomen van de door hen gevoelde verplichting, vorm gegeven door het oprichten en financieren

van professionele voorzieningen. Een groot deel van de huidige zorgaanbieders - ook Cordaan - komt voort uit door kerkelijke, socialistische, humanistische, enzovoort organisaties opgezette instellingen. Een ander deel is in het verleden ooit een staats-, provinciale of gemeentelijke voorziening geweest. En zeker na de tweede Wereldoorlog is het, met de opkomst van de verzorgingsstaat, niet anders dan vanzelfsprekend geworden dat voor de mensen, die om wat voor reden dan ook kwetsbaar zijn en steun nodig hebben, er een professioneel en vooral collectief gefinancierd aanbod is.

1.3 Georganiseerde zorg

Wat mij hierin opvalt is niet zozeer hoe overheid en maatschappelijke organisaties elkaar hebben afgewisseld of aangevuld. Ik vind het opvallender dat er altijd sprake is geweest van een georganiseerd aanbod van zorg, opvang en ondersteuning. Blijkbaar was zo'n organisatie altijd nodig en kon het niet aan de samenleving zelf worden overgelaten om bescherming en geborgenheid te geven aan mensen die zichzelf niet of niet meer konden redden.

Want dat laat de geschiedenis ook zien: psychiatrische patiënten, mensen met een verstandelijke beperking, of met een lichamelijke beperking, mensen die door hun gedrag of door hun uiterlijk afweken van de 'gemiddelde' burger werden uitgejouwd, misbruikt, mishandeld en, soms letterlijk, in de goot getrapt. Het stichten van grote tehuisen, waarin mensen dag en nacht gehuisvest werden, werd daarom niet alleen ingegeven door overwegingen om de openbare orde te handhaven.

In veel gevallen was het echt vanuit de intentie om voor de verschoppelingen van onze samenleving een toevluchtsoord, een asiel, te creëren. Bij het oprichten stond de

Amstelhof nog helemaal aan de rand van de stad, aan de overkant van de rivier. En ook voor de voorgangers van de andere cliëntgroepen van het huidige Cordaan werden deze toevluchtsoorden elders gecreëerd, in bos en duinen, ver van de samenleving waarin zo overduidelijk voor hen geen plaats was.

Halverwege de vorige eeuw begon men echter te twijfelen aan de juistheid van deze aanpak. U kent ongetwijfeld de overwegingen die geleid hebben tot de tendens tot extramuralisatie en het zelfstandig wonen van mensen met beperkingen. Ik ga ze hier niet herhalen.

De extramuralisering en de-institutionalisering is zeker in de ouderenzorg voortvarend aangepakt; de sectoren van de geestelijke gezondheidszorg en de verstandelijk gehandicaptenzorg volgden met enige vertraging, maar ook daar is het intussen een onomkeerbare beweging.

1.4 Sociaal isolement

En toen kwamen de twijfels: het zelfstandig wonen maakte ook duidelijk hoe klein de sociale netwerken van veel ouderen, van psychiatrische patiënten, van mensen met verstandelijke beperkingen zijn. Het leggen van nieuwe contacten was moeilijk en hulpverleners rapporteerden eenzaamheid en sociaal isolement. Soms resulteerde het zelfstandig wonen in verwaarlozing, verloedering en zelfs regelrechte overlast.

Deze ervaringen zijn voor veel professionals aanleiding geweest om bezwaar te maken tegen de extramuralisering en het zelfstandig gaan wonen van mensen met beperkingen. Ook ouders en andere verwanten verzetten en verzetten zich nog tegen deze ontwikkelingen.

De twijfels over de negatieve gevolgen van de extramuralisering in de zorg zijn aanleiding geweest om de eerste Cordaanlezing aan dit onderwerp te wijden. De signalen over eenzaamheid zijn ook aanleiding geweest voor grote aantallen onderzoeken, met name onder ouderen. Ook het Sociaal en Cultureel Planbureau heeft in zijn onderzoeken onder ouderen, al dan niet zelfstandig wonend, en onder mensen met

beperkingen hieraan aandacht besteed. Het is een beetje saai, maar ik ga u toch wat cijfers geven.

1.5 Onderzoek

Uit een door het SCP zelf uitgevoerd onderzoek onder ouderen die zijn opgenomen in een verpleeg- of verzorgingshuis blijkt dat bijna de helft van hen vindt dat hun sociale contacten oppervlakkig zijn. Bijna één op de tien vindt zichzelf sociaal geïsoleerd. Ongeveer een derde van de respondenten geeft aan zich angstig, somber of depressief gevoeld te hebben. Deze cijfers zijn hoger dan die voor alle 55-plussers, wat vooral verklaard moet worden uit én de hogere leeftijd van de ouderen in instellingen én uit de daarmee samenhangende slechtere fysieke conditie. Desondanks geeft 61% van de ouderen in instellingen aan gelukkig tot zeer gelukkig te zijn. Dit percentage ligt voor zelfstandig wonende ouderen hoger, maar ja, die hebben dan ook, meestal, minder beperkingen.

Het SCP heeft, samen met mijn lectoraat bij Avans Hogeschool, ook onderzoek gedaan onder zelfstandig wonende mensen met psychiatrische problemen of verstandelijke beperkingen. Ook in dat onderzoek is gevraagd naar het zich voordoen van somberheid en eenzaamheid en naar het zich wel of niet gelukkig voelen. Over dit onderzoek is nog niet gerapporteerd en u krijgt dus als eerste de eerste uitkomsten te horen.

Uit het SCP/Avans onderzoek (Sheet 1) blijkt dat van de mensen met een verstandelijke beperking ongeveer een tiende zich vaak tot altijd somber of eenzaam voelt. Zo'n 70% van hen zegt gelukkig tot heel gelukkig te zijn en tevreden of zelfs heel tevreden met het leven dat ze leiden. Voor de mensen met psychiatrische problemen zijn de cijfers wat zorgwekkender: 30 tot 40% voelt zich

somber of eenzaam en nog niet de helft durft zichzelf gelukkig of tevreden te noemen. Dat is op zich niet verbazingwekkend. Eén van de kenmerken van de psychiatrische problematiek is dat men somber en niet gelukkig is. Het tekent wel de tragiek van deze groep.

Cijfers over eenzaamheid van mensen die in een intramurale voorziening verblijven zijn mij niet bekend. Wel weet ik dat de bewoners van een klinische afdeling van een ggz-instelling de kwaliteit van hun leven als slechter beoordeelden dan mensen die zelfstandig woonden.

En in open vraaggesprekken vertelden zowel mensen met een verstandelijke beperking als psychiatrische patiënten dat zij zich in de instelling ook of juist eenzaam hadden gevoeld.

Door zelfstandig te gaan wonen was de kwaliteit van hun leven verbeterd, ook omdat zij nu alleen konden zijn wanneer zij dat zelf wilden.

Ter vergelijking: uit onderzoek onder de gehele bevolking blijkt dat 3% zich sociaal geïsoleerd voelt, vindt ongeveer een achtste dat hun sociale contacten oppervlakkig zijn en noemt 80% zichzelf een gelukkig mens.

Eenzaamheid, zich geïsoleerd voelen, lijkt dus vooral samen te hangen met de ernst of de aard van de problematiek, waarmee men te kampen heeft en niet zozeer met het wel of niet zelfstandig wonen. Dat blijkt ook uit de cijfers over de sociale contacten. Met het ouder worden, worden de sociale netwerken kleiner. De krimp hangt samen met het hebben van beperkingen en, vooral, het zich voordoen van depressies. De netwerken van

Sheet 1, Stemming zelfstandig wonende cliënten vgz en ggz

	vaak somber	vaak eenzaam	(erg) tevreden	(erg) gelukkig
vgz	10	12	71	70
ggz	41	31	46	37

Sheet 2, Sociale contacten en buurt

	2-wekelijks contact met 1 - 5 personen	Belangrijk door de burens geaccepteerd te worden	Altijd/vaak elkaar groeten	Altijd/vaak bij elkaar op bezoek
vgz	74	81	77	10
ggz	68	74	90	10

1.6 Vergelijking

ouderen die zijn opgenomen zijn daarom ook veelal kleiner dan die van ouderen die zelfstandig wonen. Toch krijgt driekwart van de ouderen in instellingen minstens een keer per week bezoek van buiten, 17% zelfs dagelijks.

Uit het SCP/Avans onderzoek (Sheet 2) blijkt dat ook driekwart van de zelfstandig wonende mensen met verstandelijke beperkingen minimaal een keer per twee weken contact heeft met 1 tot 5 familieleden.

Voor de psychiatrische patiënten ligt het percentage iets lager: op 68. Van beide groepen geeft minstens driekwart aan dat hun burens en zij elkaar vaak tot altijd groeten. Bij elkaar op bezoek gaan komt minder vaak voor, bij één op tien.

Helemaal vergelijkbare cijfers voor de gewone bevolking heb ik niet. In 'gewoon' bevolkingsonderzoek is gevraagd of men 'veel contact' heeft met de burens. Daar kan zo'n beetje alles onder vallen, van groeten tot samen op pad gaan. Zo'n 20% zegt dergelijke contacten met zijn burens niet te hebben en een kwart geeft er een neutraal antwoord op.

Het sociale isolement van mensen met beperkingen lijkt dus objectief gezien wel mee te vallen. En in ieder geval wordt het door de betrokkenen zelf zo ervaren.

Toch zeggen de hulpverleners van dezelfde respondenten in een parallel onderzoek van mijn lectoraat dat hun cliënten eenzaam zijn en geen tot nauwelijks sociale contacten hebben.

Ook uit - niet door het SCP - uitgevoerd bevolkingsonderzoek blijkt dat van mensen met een verstandelijke beperking of psychiatrische problemen wordt gedacht dat zij in een sociaal isolement verkeren en moeite hebben met het leggen en houden van sociale contacten. Dat zouden voor hen grotere problemen zijn dan het voor zichzelf zorgen.

Dat is op zich al een interessant gegeven. Nog interessanter zijn de antwoorden op de vraag wie men dan vervolgens verantwoordelijk houdt voor de maatschappelijke integratie. Dat zijn, naast de familie, vooral de overheid en de instellingen. Voor de samenleving, zichzelf dus, ziet slechts een heel kleine minderheid een taak, een 'verplichting' weggelegd. En die minderheid is als het om de hulp aan psychiatrische patiënten gaat de

helft kleiner dan wanneer het mensen met een verstandelijke beperking betreft.

Ik ben hard op zoek geweest naar vergelijkbare cijfers over de opvattingen over de verantwoordelijkheid voor eenzame ouderen. Die heb ik niet gevonden. Wel levert de zoekterm bij Google een enorme hoeveelheid hits over projecten om de eenzaamheid onder ouderen te bestrijden. Cijfers over het aantal vrijwilligers in de ouderenzorg zijn, vergeleken met die in de ggz of vgz, gigantisch. Ik denk daarom dat de bereidheid om ouderen te ondersteunen in de samenleving groter, mogelijk zelfs heel wat groter, is dan wanneer het om andere groepen gaat.

1.8 Verantwoordelijkheid

Wat betekent dit nu allemaal voor de maatschappelijke positie van kwetsbare mensen? Op wiens schouder rust nu de 'gewichtige verplichting' waarvan de diakenen en diaconessen zich in 1798 zo bewust waren?

Met deze vraag kom ik wel aan het einde van mijn referaat, maar zijn we ook weer terug bij af. Uit de door mij zojuist genoemde onderzoeksresultaten blijkt immers juist dat 'men', de gewone bevolking, zich helemaal niet geroepen voelt deze verplichting zelf op zich te nemen. Zeker voor mensen met een verstandelijke beperking of psychiatrische problemen laat men de taak hen te integreren graag over aan overheid en instellingen. Ouderen zal men vermoedelijk wat gemakkelijker zelf helpen, maar ook dat is geen vanzelfsprekendheid.

Ik weet dan ook niet of het wel verantwoord is de professionele hulpverlening in te krimpen en de zorg voor deze kwetsbare mensen over te laten aan het wel altijd aanwezige, maar toch tamelijk kleine groepje mensen die zich deze verplichting wel aantrekken. De historie laat immers zien dat de zorg door de samenleving altijd te klein is

geweest om het zonder ingrijpen van de overheid of instellingen te kunnen redden. Ik denk daarom dat er altijd een georganiseerd en professioneel aanbod nodig zal blijven. Persoonlijk maakt het mij niet zoveel uit of dat nu door de overheid, via de belastingen, of via charitatieve instellingen betaald wordt. Maar uit de discussies over de WMO weet ik dat veel zorgvragers liever niet afhankelijk worden van charitatieve instellingen, dus dan is de keuze snel gemaakt.

Wel denk ik dat de professionele zorg anders ingericht moet worden. Zij is mij nu te veel gericht op het ondersteunen van de individuele zorgvrager en vooral het voorkomen van diens zorgvragen. Dit komt voort uit een te loven instelling van hulpvaardigheid, maar de onderzoeken die ik net citeerde laten zien dat deze hulpvaardigheid niet altijd nodig is of juist verkeerd gericht. De tevredenheid, de ingenomenheid zelfs, met de eigen woning, het eigen bedoeninkje van de betrokkenen zelf zou reden genoeg moeten zijn om niet te twifelen aan de meerwaarde van de extramuralisatie. In plaats van zich zorgen te maken over de eenzaamheid of het sociale isolement van de kwetsbare mensen zelf,

1.9 Oproep

zouden de professionals zich in mijn ogen meer moeten richten op hun omgeving.

De ervaring met de sociale steunsystemen leert dat de sociale omgeving heel gemakkelijk gemobiliseerd kan worden voor het bieden van opvang en ondersteuning. Dat 'men' niet aan zichzelf denkt als medeverantwoordelijke komt ook doordat men daar niet altijd expliciet naar gevraagd is en doordat men zich niet deskundig genoeg vindt. De wetenschap dat er altijd een instelling, professionele hulp, op de achtergrond aanwezig is, helpt ook om in principe hulpvaardige hulpverleners over de drempel te helpen.

Ik wil als afsluiting van mijn bijdrage dan ook twee oproepen doen. Eén richting overheid of, voor mijn part, maatschappelijke organisaties: blij een professioneel hoogwaardig aanbod voor hulp en ondersteuning van kwetsbare mensen, ouderen, psychiatrische patiënten, mensen met een verstandelijke beperking etc. financieren en dus mogelijk maken. Onttrek u niet aan uw 'verplichting'.

De tweede oproep gaat naar de professionele hulpverleners zelf. Probeer niet, hoe goed bedoeld ook, uw cliënten weer onder uw vleugels te nemen door ze eenzamer te denken dan ze in werkelijkheid zijn. Ga achter ze aan, ga ook 'vermaatschappelijken', en creëer daar waar zij zelf willen wonen, samen met de samenleving, de geborgenheid die ze nodig hebben.

Rick Kwekkeboom

—
dr. ir. Rick Kwekkeboom is lector Vermaatschappelijking van de Zorg aan de Avans Hogeschool te Breda en wetenschappelijk medewerker Sociaal en Cultureel Planbureau te Den Haag

Bronnen

Bloem, B en Th. van Tilburg, Minder eenzaam na verhuizing?
in: Rooilijn, 5(2006), pag. 221 - 226

de Boer, A.H. (red) (2006) Rapportage Ouderen 2006, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau

de Klerk, M., (2005) Ouderen in instellingen. Landelijk overzicht van de leefsituatie van oudere tehuisbewoners, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau

Kwekkeboom, M.H.(1999) Naar draagkracht; een verkennend onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau

Kwekkeboom, M.H (red.), (2006), Een eigen huis ... ervaringen van mensen met verstandelijke beperkingen of psychiatrische problemen met zelfstandig wonen en deelname aan de samenleving. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau

Lange-Frunt, A. van en T. Wajon (2007). Het gewone voorbij, Bevindingen van persoonlijk begeleiders in de zorg met vermaatschappelijking. Breda: Avans Hogeschool, Lectoraat Vermaatschappelijking in de zorg.

Mans, I. (1998), Zin der zotheid - vijf eeuwen cultuurgeschiedenis van zotten, onnozelen en zwakzinnigen, Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker

Porter, R (2002) Waanzin - een korte geschiedenis, Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds, 2002

TK 2004/2005
Nieuwe Regels betreffende maatschappelijke ondersteuning (Wet maatschappelijke ondersteuning, Memorie van Toelichting, Tweede Kamer, vergaderjaar 2004-2005, nr 30131, nr. 3

www.bma.amsterdam.nl
www.ggznederland.nl
www.scp.nl
www.vgn.nl

2 Diversiteit in Amsterdam

Geachte leden van de raad van toezicht, geachte leden van de raad van bestuur en dan in het bijzonder natuurlijk mevrouw Bartelink, geachte overige aanwezigen;

Toen ik afgelopen september werd gevraagd om als coreferent op te treden voor de eerste Cordaanlezing, uit te spreken door mijn zeer geachte collega Rick Kwekkeboom, hoefde ook ik niet lang na te denken om deze uitnodiging te aanvaarden.

Mijn inmiddels lange verbondenheid met de grootstedelijke GGD, die zich bij uitstek richt op de zorg voor de mensen die tussen wal en schip (dreigen) te vallen, verraadt mijn bijzondere interesse in de gezondheid van de Amsterdammers, en meer in het bijzonder de rol die preventie, de care en de cure spelen bij het zo goed mogelijk bevorderen van een goede gezondheid van de Amsterdammers, dan wel het zoveel mogelijk verhogen van de kwaliteit van leven van Amsterdammers die om wat voor reden dan ook met een mindere gezondheid bedeed zijn, en daarom een beroep moeten doen op informele of formele hulp. Onlangs heeft deze interesse, en het werk dat ik daarbij in de

loop der jaren gedaan heb, geleid tot mijn benoeming tot bijzonder hoogleraar Grote Stad en Gezondheidszorg. Deze leerstoel is in het leven geroepen door de belangenvereniging van de zorginstellingen in Amsterdam en omstreken, de voor u allen bekende SIGRA, en de belangrijkste zorgverzekeraar in de stad (AGIS).

Collega Kwekkeboom heeft in haar referaat een mooie schets gegeven van hoe de zorg aan de meest kwetsbaren in onze samenleving zich in de loop van de eeuwen heeft ontwikkeld, en waar we op dit moment staan. In mijn reactie wil ik ingaan op de mogelijke betekenis van deze ontwikkelingen voor Amsterdam, en met name dan de zorginstellingen in de stad.

2.1 Demografische ontwikkeling

Belangrijk daarbij is allereerst de demografische ontwikkeling van de bevolking in de stad. Zoals u allen weet hebben wij te maken met een grote diversiteit binnen de Amsterdamse bevolking. Diversiteit op het gebied van onder andere etniciteit, cultuur, taal, seksuele geaardheid en gezondheid - in de breedste betekenis van dit begrip.

Op dit moment is ongeveer de helft van de Amsterdammers van buitenlandse afkomst. De grootste groepen immigranten betreffen de Surinamers (9 procent van de bevolking), gevolgd door de Marokkanen (8 procent van de bevolking) en de Turken (5 procent). Hierbij zien we overigens grote verschillen

naar leeftijd. Zo is onder de 0 tot 4 jarige Amsterdammers 16 procent van Marokkaanse afkomst, terwijl onder de Amsterdamse 80-plussers op dit moment slechts 66 Marokkanen te vinden zijn; dit is in feite een verwaarloosbaar percentage. In de toekomst zal dit beeld zeker veranderen, mede gezien het feit dat Amsterdammers van mediterrane afkomst een hogere levensverwachting hebben dan autochtone Amsterdammers. Zo is de levensverwachting van een autochtone Amsterdamse man bij de geboorte ruim 73 jaar, voor een Marokkaanse Amsterdamse man ligt deze op bijna 81 jaar! [2].

Tabel 1, bevolkingssamenstelling Amsterdam op 1 januari 2006 [1]

	Surinamers	Turken	Marokkanen	totaal niet westers	westers	autochtoon
totaal	9 %	5 %	8 %	34%	14 %	51 %

2.2 Gezondheidstoestand

Niet alleen de demografische ontwikkeling van de Amsterdamse bevolking is van belang voor de zorginstellingen, maar natuurlijk ook de gezondheidstoestand. Dat wil ik graag illustreren. Betekent het feit dat bijvoorbeeld de Amsterdammers met een gemiddeld hogere levensverwachting ook langer in goede gezondheid leven? Helaas lijkt dat niet het geval. De volgende tabel geeft voor een aantal gezondheidsmaten een overzicht van de resultaten van de gezondheidsenquête die de GGD uitvoerde in 1999/2000. Daarbij werd speciale aandacht besteed aan moge-

lijke verschillen in gerapporteerde gezondheidstoestand tussen Turkse, Marokkaanse en autochtone oudere Amsterdammers (55 jaar en ouder).

Uit deze tabel kunt u opmaken dat Turkse en Marokkaanse Amsterdammers gemiddeld hun gezondheid als veel slechter beoordelen, en ook al op relatief jonge leeftijd te kampen hebben met meer chronische aandoeningen. Depressieve klachten blijken ook veel meer gerapporteerd te worden door Turkse en Marokkaanse ouderen.

Tabel 2: samenvatting van resultaten AGM 1999/2000: gezondheidstoestand van Turkse en Marokkaanse Amsterdammers vergeleken met die van autochtone Amsterdammers [3]

	mannen			vrouwen		
	Ned	Turk	Mar	Ned	Turk	Mar
% gezondheid uitstekend/zeer goed						
55-64 jaar	81	32	25	69	30	30
65-74 jaar	83	28	25	59	14	22
gemiddeld aantal chronische aandoeningen						
55-64 jaar	1,4	4,3	2,0	2,1	3,3	2,8
65-74 jaar	1,6	3,7	2,5	2,2	3,7	2,8
prevalentie depressieve klachten						
55-64 jaar	14	47	21	20	64	45
65-74 jaar	23	64	40	20	74	46

2004. In dit onderzoek hebben we meer objectieve maten voor de gezondheid kunnen meenemen, door niet alleen een enquête te houden maar ook een lichamelijk onderzoek uit te voeren. Als voorbeeld geef ik u de percentages Amsterdammers van Nederlandse, Marokkaanse en Turkse afkomst die beperkingen in het dagelijks leven ervaren.

Tabel 3: ADL-beperkingen bij Amsterdammers van 55 jaar en ouder.[4]

Etnische groep	minimaal 1 ADL-beperking %	gemiddeld aantal ADL-beperkingen
Nederlands	10,4	1,8
Marokkaans	23,1	2,4
Turks	25,9	2,8
overig	10,3	2,4

Marokkaanse en Turkse Amsterdammers ervaren ruim twee keer vaker beperkingen in de activiteiten van het dagelijks leven dan Nederlandse Amsterdammers, en gemiddeld hebben zij ook te kampen met meer beperkingen.

2.3 Amsterdamse ouderen

Tot slot, wat de cijfers betreft, enkele resultaten van de LASA studie, uitgevoerd door de VU. LASA staat daarbij voor Longitudinal Aging Study Amsterdam. Een deel van de onderzoekspopulatie komt uit Amsterdam. Op ons verzoek hebben de onderzoekers

gekeken naar het voorkomen van en de risicofactoren voor eenzaamheid, sociaal isolement, en verlies van regie onder Amsterdamse ouderen. Het zal u niet verbazen, gezien het beperkte aantal allochtone ouderen in Amsterdam, dat dit onderzoek zich heeft

Tabel 4: overzicht van de belangrijkste resultaten van LASA-Amsterdam, fysieke gezondheid [5]

	Amsterdam	Nederland	
Fysieke gezondheid			
- chronische aandoeningen 2+ (%)	39	37	
- functionele beperkingen 1+ (%)	62	63	
- ervaren gezondheid zeer goed (%)	55	61	*
- bezoek medisch specialist (%)	56	50	*
Mentale gezondheid en persoonlijkheid			
- verminderde cognitie (%)	18	15	
- (zeer) tevreden met leven (%)	74	83	*
- depressief (%)	21	16	*
- angst (%)	18	13	*
- zelfwaardering (gem. score)	14,8	15,2	*
- competentie verwachting (gem. score)	41,6	41,5	
Sociale netwerk			
- eenzaam (%)	45	34	*
- omvang netwerk (gemiddeld)	11,5	15,9	*
- klein netwerk (%)	17	7	*
- ontvangen emotionele steun (gem.)	17,5	20,2	*
- ontvangen instrumentele steun (gem.)	11,5	14,1	*

* statistisch significant verschil tussen ouderen in Amsterdam en elders in Nederland.

beperkt tot autochtone Amsterdammers. De tabel op de vorige pagina geeft een overzicht van een aantal gezondheidsmaten, waarbij de Amsterdamse ouderen vergeleken worden met ouderen elders in Nederland. Belangrijk om hierbij te vermelden is dat 95 procent van de deelnemers aan dit onderzoek zelfstandig wonend was.

Dit overzicht laat zien dat op een hoop punten de Amsterdamse ouderen slechter scoren dan ouderen elders in Nederland. Opvallend daarbij zijn de hogere percentages Amsterdamse ouderen met depressieve en angstklachten, gevoelens van eenzaamheid, en met een beperkte omvang van het eigen netwerk.

Met genoemde gegevens hoop ik u een beeld te hebben gegeven, alhoewel verre van compleet, hoe diversiteit in de bevolking zich vertaalt in diversiteit in gezondheid (ook voor ouderen) en daarmee in de vraag naar zorg.

2.4 Diversiteit

De uitdaging voor de nabije toekomst is daarbij inderdaad de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Zoals collega Kwekkeboom al aangaf belichaamt deze wet de overgang van een verzorgingsstaat naar een participatiemaatschappij. Uitgangspunt is een verschuiving van de collectieve gefinancierde professionele zorg naar zowel het informele zorgnetwerk als de samenleving als geheel. Een belangrijke vraag daarbij is of deze verschuiving, die de overheid hiermee inzet, daadwerkelijk gedragen zal gaan worden door de maatschappij. Het referaat van Rick Kwekkeboom stemt mij daarbij niet optimistisch. En ik onderschrijf haar mening dat een georganiseerd en professioneel aanbod noodzakelijk blijft. Dit aanbod moet daarbij wel afgestemd worden op de diversiteit in de vraag. Zowel bij de extramurale als de intramurale zorg moet deze diversiteit herkenbaar zijn.

Bijzondere aandacht verdienen daarbij in mijn optiek de Amsterdammers met een lage sociaal-economische positie, waaronder de allochtonen zijn oververtegenwoordigd. Gezien hun slechtere gezondheidstoestand en - zoals blijkt uit cijfers die het CBS in

december 2006 publiceerde - is dit een groep die in de toekomst gerekend moet worden tot de armen onder de ouderen, bij de ontwikkeling van de zorgvoorzieningen zullen we met name rekening moeten houden met deze groep. Daarom is het ook zo belangrijk dat de interculturalisatie van de zorg, die onder leiding van de SIGRA en de gemeente middels het project 'Zorg en Intercultureel Personeel' voortvarend is ingezet, zal moeten worden gecontinueerd en versterkt. Hierbij ligt een belangrijke verantwoordelijkheid bij de instellingen zelf.

In mijn ogen zullen we bij het aanbod van de zorg blijvend rekening moeten houden met de grote diversiteit binnen de Amsterdamse bevolking. Deze diversiteit zal zich immers blijvend vertalen in een diversiteit in de vraag aan zorg.

Inzicht in de ontwikkeling van de gezondheidstoestand van de totale groep Amsterdammers en de vraag naar en het gebruik van zorg, inclusief inzicht in de gewenste kwaliteit is daarom onontbeerlijk. Ik hoop hieraan samen met anderen een bijdrage te blijven leveren, zowel vanuit mijn positie bij

de GGD als binnen de opdracht van mijn leerstoel, in de verwachting verdere gegevens te genereren waarvan u als zorginstellingen gebruik zult maken voor de verdere ontwikkeling van uw aanbod.

Ik dank u voor uw aandacht.

Arnoud Verhoeff

–

prof. dr. Arnoud Verhoeff, bijzonder hoogleraar Grote Stad en Gezondheidszorg aan de Universiteit van Amsterdam en hoofd cluster epidemiologie, documentatie en gezondheidsbeoordeling bij de GGD Amsterdam

Bronnen

1. O+S Amsterdam. Amsterdam in cijfers, Jaarboek 2006. Dienst Onderzoek en Statistiek Amsterdam, 2006
2. GG&GD Amsterdam, Jaarrapportage Volksgezondheid 2000. AP Janssen, DG Uitenbroek, AP Verhoeff (red). GG&GD Amsterdam, 2001
3. Poort EC, Spijker J, Dijkshoorn H, Verhoeff AP. Turkse en Marokkaanse ouderen in Amsterdam. GG&GD Amsterdam, 2001
4. GGD Amsterdam, Gezond zijn en gezond leven in Amsterdam; Amsterdamse Gezondheidsmonitor, Gezondheidsonderzoek 2004. DG Uitenbroek,

- JK Ujcic-Voortman, AP Janssen, PJ Tichelman, AP Verhoeff (red). GGD Amsterdam, 2006
5. Schuijt-Lucassen NY, Deeg DJH. Ouderen in Amsterdam: omvang en risicofactoren van depressie, sociaal isolement en verlies van regie over eigen leven. GGD Amsterdam, 2006