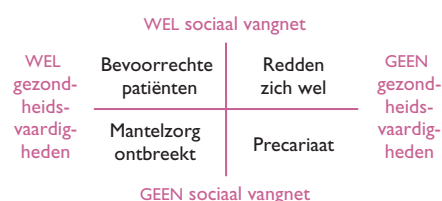


# Gezondheidsrisico's precariaat vra

De Nederlandse samenleving verandert door sociaal-maatschappelijke wijzigingen in de afgelopen jaren. Hoewel het beperken van overheidsuitgaven vanuit economisch perspectief te begrijpen valt, zijn er populaties die hierdoor gemarginaliseerd worden. De Eerstelijns analyseert vanuit sociaal-maatschappelijk gezondheidsperspectief.

De twee belangrijkste aspecten om chronische patiënten in groepen te rubriceren zijn het al dan niet hebben van gezondheidsvaardigheden en/of een sociaal vangnet. Dit komt tot uitdrukking in onderstaande kwadrant.



In de toelichting wordt kort aandacht besteed aan de bevoorrechte patiënten, de groep die zich wel redt en de groep zonder mantelzorg. De meeste aandacht gaat uit naar het vierde kwadrant: het precariaat. Bevoorrechte patiënten hebben namelijk gezondheidsvaardigheden die aansluiten bij datgene wat nodig is om op afdoende wijze gebruik te maken van het zorgsysteem. Daarbij worden zij actief ondersteund door een sociaal vangnet. Hoewel ze door hun ziekte of handicap een andere positie hebben dan gezonde burgers, zijn zij in staat om maatschappelijk te functioneren.

De groep die zich redelijk kan redden heeft weliswaar geen of beperkte gezondheidsvaardigheden, maar dit wordt gecompenseerd door hun sociale vangnet: ouders, familie, vrienden of buurtgenoten. De risico's zijn hierdoor beperkt. Het vangnet grijpt in als de toestand van de patiënt daarom vraagt en helpt hem of haar de weg te vinden in het zorgsysteem. Patiënten zonder sociaal vangnet en met

gezondheidsvaardigheden lopen iets meer risico, omdat ziekte de gezondheidsvaardigheden kan beïnvloeden. Dat geldt voor mensen van alle sociale klassen en opleidingsniveaus.

Verreweg de meeste risico's zijn er voor het precariaat.

## Precariaat

Precariaat is een samenvoeging van precair en proletariaat. De groep precariaat bestaat naar schatting uit tien tot vijftien procent van de Nederlandse bevolking. Het zijn de zogenoemde 'pechvogels' van onze maatschappij. Hun gezondheidsvaardigheden zijn lager dan gemiddeld<sup>1</sup>. De levensverwachting is tot twaalf jaar lager dan het gemiddelde en ze krijgen eerder zorg uit onwetendheid of (financiële) toetredingsdrempels. In een recent onderzoek<sup>2</sup> is gebleken dat één op de vijf Nederlanders (negentien

'zorg bij een specialist in het ziekenhuis' en 'medicijnen op recept'. 'Medicijnen op recept' worden iets vaker *gemeden* dan vorig jaar. Sommige zorgmijders en uitstellers noemen soorten zorg die niet of slechts gedeeltelijk binnen het basispakket vallen, zoals fysiotherapie, brillen of contactlenzen op sterkte, of een hoortoestel. Dit laat zien dat zorg mijden of uitstellen niet altijd te maken heeft met het eigen risico. Opvallend is dat huisartsenbezoek in dit rijtje wordt genoemd, terwijl dit niet ten laste komt van het eigen risico. Dit is wellicht te verklaren door het feit dat het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) recent heeft gecijferd dat dertien procent van alle Nederlanders een IQ heeft tussen 70 en 85: dit zijn ruim twee miljoen mensen. IederIn laat na een onderzoek van NIBUD weten dat de zorgkosten voor chronisch zieken en gehandicapten, die naar verwachting ook (deels) in deze groep vallen, zijn verdubbeld in de laatste vijf jaar.

*Er gaan steeds meer stemmen op om kwetsbaren relationeel te begeleiden*

procent) aangeeft sinds 1 januari 2016 wel eens zorg te hebben uitgesteld of gemeden. Bij de redenen hiervoor zien we ten opzichte van vorig jaar een toename van het antwoord 'ik kon het niet betalen'. De soorten zorg die het meest zijn uitgesteld of gemeden zijn – net als vorig jaar – 'huisartsbezoek',

Het precariaat verdwaalt tussen wetten en loketten en heeft raakvlakken met het domein van verwarde personen. Ze hebben een ongezondere leefstijl en worden eerder maatschappelijk uitgesloten. De maatschappelijke participatie en arbeidsprognose is slecht en het aantal zelfdodingen is hoger. Deze groep is bovendien eerder vatbaar voor populisme of extremisme. Politieke en maatschappelijke organisaties geven alarmerende signalen af. De groep heeft ook moeite om een duidelijke stem te laten horen, voorzieningen te benutten en burgerrechten te clai-

# gen gezamenlijke aanpak

men. Ook het Sociaal en Cultureel Planbureau erkent de problematiek van sociale opdeling, het ontbreken van werk of zinvolle dagbesteding. In het concept Positieve Gezondheid<sup>3</sup> worden drie van de zes dimensies in verband gebracht met aspecten in het leven die het precariaat in haar score niet of onvoldoende zal waarderen: sociaal-maatschappelijk functioneren, zingeving en mentaal welbevinden. Het kenmerk van beschaving is de wijze waarop 'wij' omgaan met de kwetsbaren in 'onze' samenleving. Natuurlijk zijn er voldoende mensen die zich verantwoordelijk en soli-

dair voelen en die het precariaat willen ondersteunen. Maar met projectsubsidies, vrijwilligerswerk of crowdfunding blijft de aanpak gefragmenteerd en niet gestructureerd. De bestaande financiering (Zvw, Wlz, Wmo, Participatiewet) en het ontbreken van coördinerend toezicht<sup>4</sup> maakt het er voor het precariaat niet beter op. Dit vraagt om een wijkgerichte, laagdrempelige aanpak vanuit een generalistische benadering. Huisartsen, wijkverpleegkundigen, sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen, sociaal werkers en het wijkteam kunnen in goede onderlinge afstemming met

het informele circuit een belangrijke rol vervullen. Om te bekijken wanneer men wel, maar ook wanneer men niet moet interveniëren.

## Utilitair en relationeel

Of de formele- en informele zorg samen kunnen werken en gezamenlijk zorg kunnen dragen voor kwetsbaren in de samenleving is niet alleen afhankelijk van voldoende gelden, maar ook van een gedeelde visie op zorg. De oorspronkelijke, enigszins ouderwetse zorg voor kwetsbaren in onze verzorgingsstaat was gericht op 'herstel' op



*Het precariaat, naar schatting tien tot vijftien procent van de bevolking, heeft geen of lage gezondheidsvaardigheden en geen sociaal vangnet.*

basis van drang en dwang. Daar zit een utilitair mensbeeld achter. Wij zorgen voor jou en behandelen jou zodat jij weer kunt functioneren en van nut bent voor deze samenleving. Lukt dat niet, dan zorgen we ook voor jou. Het doel is dan vooral voorkomen dat je 'last' veroorzaakt voor mensen in je omgeving. We nemen je dan op en organiseren een woonvoorziening. Deze visie op zorg hebben we lang geleden achter ons gelaten. Inmiddels gaan er steeds meer stemmen op om kwetsbaren relationeel te begeleiden. Herstel moet worden georganiseerd vanuit mensgerichtheid, op vrijwillige basis en moet tot uiting komen in wederkerigheid tussen kwetsbaren onderling. Lotgenoten begrijpen elkaar beter en dat lijkt beter aan te sluiten bij de behoeften van 'verwarde personen'.

#### **Leave the tyranny of or out**

Slaan we in de zorg voor kwetsbare burgers niet te ver door? In de hoogtijdagen van de verzorgingsstaat was er misschien te veel bemoeienis en in onze huidige samenleving is er wellicht te weinig betrokkenheid vanuit

het professionele circuit. Het principe van *'leave the tyranny of or out'*, zou voor kwetsbare burgers weleens het allerbeste kunnen zijn. Hoort het niet bij het vak van hulpverleners – huisartsen en andere gezondheidswerkers – dat ze per situatie bekijken wat de meest gewenste én meest effectieve vorm van hulp is? Het zou zelfs mogelijk moeten zijn dat een gezondheidswerker zegt: in deze situatie is 'niets' doen het allerbeste. We missen in onze samenleving een goed samenspel tussen beleidsmakers, professionals en vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties dat ervoor zorgt dat onze samenleving weer

beschafd wordt. En dat iedereen, ook in een maatschappij waar sprake is van snelle financiële, sociale en technische veranderingen, mee kan (blijven) doen.

Uiteindelijk gaat het om de onderbouwing van een besluit en om de wijze waarop deze tot stand is gekomen. Het principe van meerzijdige partijdigheid in gesprekken tussen kwetsbare, naaste en arts, zou kunnen helpen om het juiste te doen. Huisartsen en andere gezondheidswerkers zouden meer vrijheid moeten krijgen om zich te verdiepen in oorzaken die ten grondslag liggen aan verwarring. Er zou meer ruimte moeten komen om per situatie te bekijken wat nodig is. Niet vanuit de behoefte van de arts, van de mantelzorger of de kwetsbare, maar vanuit een gezamenlijke behoefte om datgene te doen wat juist is. De formele- en informele zorg kunnen niet zonder elkaar en dat moeten we ook niet willen. Juist niet bij deze kwetsbare groep. <<

Tekst:

*Deidre Beneken genaamd Kolmer,  
lector mantelzorg*

*Jan Erik de Wildt, directeur De Eerstelijns*

Foto's: Thinkstock

1 Jany Rademakers NIVEL 2015

2 TNS NIPO augustus 2016

3 Machteld Huber 2012

4 Conceptueel kader voor de ontwikkeling van toezicht op samenwerking in de zorg en ondersteuning van kwetsbare cliënten thuis NIVEL 2016



Zorgverleners en welzijnswerkers zouden meer vrijheid moeten krijgen om zich te verdiepen in oorzaken die ten grondslag liggen aan verwarring en meer ruimte moeten krijgen om per situatie te bekijken wat nodig is.