

laten we samen
TRANSFORMEREN

van een

MEDISCHE

WAAR
WAAR

SOCIALE

BENADERING

De Sociale Benadering...

De gezondheidszorg heeft vanuit medisch perspectief ontegenzeggelijk enorme resultaten en vooruitgang geboekt. We hebben er veel levensjaren bij gekregen en ook veel mogelijkheden om kansrijker te leven. Maar nog altijd zijn er grote verschillen in gezondheid. Zo leven mensen die ernstig mentaal lijden gemiddeld een jaar of 7 korter. Ook is er naast 'vooruitgang', ook sprake van achteruitgang. Naast meer jaren van leven is ook kwaliteit van leven van groot belang en de ervaren 'kwaliteit' van dat lange leven is helaas in ons land al jaren dalende.

Een andere kijk op ziekte, lijden en zorg

De Sociale Benadering wil dat we anders gaan kijken naar ziekte, lijden en zorg. Kwaliteit van leven verdient meer aandacht en dat bereiken we niet alleen met hoogstaande technologische zorg, maar vooral met ondersteuning en aandacht die past bij de wensen en waarden van mensen.

Neem Cardiale aandoeningen. Deze zijn jarenlang doodsoorzaak nummer 1 geweest. Cardiologen hebben bewerkstelligd dat die bedenkelijke positie verlaten kon worden, niet alleen door steeds geavanceerder technologie in te zetten, nee: het succes is toe te schrijven aan de focus op leefstijl, gezonder eten, minder zout, vet, stoppen met roken. Een sociale interventie, die mensen ondersteunt bij een gewoon leven.

Sociale Interventies

Deze sociale interventies zijn zó 'gewoon' dat we deze bij wijze van spreken jarenlang over het hoofd gezien hebben en een kwijnend bestaan hebben laten lijden in de schaduw van de medische mogelijkheden. Zorg is meer dan een medische interventie, het is aandacht, ondersteuning en begeleiding; een sociale benadering

In dit kleine boekje schetsen we enkele verhalen waarin we de "medische" zorg benadering naast de sociale zorgbenadering schetsen.

Wij hopen dat het u zal overtuigen dat mensen die door een ongeneeslijke en dodelijke ziekte getroffen wordt, moeten leven met een beperking of die mentaal lijden, vooral baat hebben bij dingen die hen in staat stelt een leven te leiden waarin de eigen wesen en waarden centraal staan.

Als u dat met ons eens bent, ondersteun ons dan in het streven de Sociale Benadering een gelijkwaardig onderdeel te laten zijn binnen ons hoogwaardig zorgsysteem en geef gevolg aan onze Call to Action: wordt onderdeel van onze 'Social Trial' waarin wij middels onze verander aanpak daadwerkelijke transitie teweeg brengen. Ons onderzoeks programma zal laten zien dat de beleefde kwaliteit bij zorgvragers én zorgprofessionals stijgt bij gelijk blijvende kosten.

Janneke is een 43-jarige vrouw die eind 2018 te horen heeft gekregen dat zij ongeneeslijke ziek en uitbehandeld is...

Op dat moment ervaart zij eigenlijk nog geen lichamelijke problemen en kan zich ook heel moeilijk voorstellen hoe deze “laatste” levensfase tijdens de bloei van haar leven er uit zal zien. Janneke was gehuwd en heeft jonge twee kinderen. De situatie van Janneke is intensief; naast de zorg voor de eigen gezondheid, spelen zorgen over de effecten van haar situatie op de ontwikkeling van de kinderen een grote rol. Relaties in de privé- en werksfeer komen onder druk te staan en blijken niet altijd houdbaar. De scheiding heeft extra impact op alle levensgebieden; verhuizen, de zorg voor kinderen en de zorg om financiën hakken er diep in. Haar werkgever ziet weinig mogelijkheden om haar aan het werk te houden. Terwijl haar behoefte om mee te blijven doen aan het werkzame leven groot is, net als de behoefte om bij te blijven dragen aan de samenleving. Janneke heeft met regelmaat contact gehad en op eigen initiatief gehouden met het sociaal wijkteam. Een aantal zaken zijn daarbij geregeld, zoals een traplift en huishoudelijke ondersteuning. In diezelfde periode had Janneke ook contact met maatschappelijk werk in het ziekenhuis om overzicht te creëren. Daar is zij goed ondersteund en er is een warme overdracht naar het wijkteam gedaan. Echter, deze overdracht is verder niet opgepakt door hen. Het wijkteam wist niet goed wat te doen. Pas na drie jaar is de coördinator van het sociaal team langs geweest voor een

keukentafel gesprek. De huisarts is bij Janneke niet of nauwelijks in beeld (geweest); alleen voor de medicatie. Na de noodzakelijke verhuizing heeft een nieuwe huisarts kennismakingsgesprek gevoerd maar is niet ingegaan op haar verzoek voor verdere ondersteuning. Vanuit het ziekenhuis was wel veel ondersteuning maar wel beperkt tot zorg vanuit het ziekenhuis. Janneke was al snel niet meer in staat om alle administratieve rompslomp die de zorg en haar veranderende leefsituatie met zich meebracht op eigen kracht te doen. Er was geen hulp of begeleiding bij de organisatie van zorg en alle zaken die eromheen geregeld moesten worden. Hierdoor stapelde de problemen zich op, werd Janneke eenzaam en vervreemde van haar kinderen en vrienden. Voor Janneke was geen palliatieve ondersteuning vanuit het sociaal domein, terwijl daar de uitdagingen op haar dagelijks leven lagen. En de ondersteuning m.b.t psycho-sociale hulp, passend wonen en vervangend werk wel degelijk beschikbaar zijn en geregeld hadden kunnen worden. Maar niemand nam het initiatief. Iedereen vond het ingewikkeld of wist niet hoe te handelen. De korte bloeitijd van haar leven is daardoor nodeloos kleurloos.... Partijen uit het sociaal domein hadden kleur aan haar laatste levensfase kunnen geven als ze elkaar hadden weten te vinden en Janneke als mens en niet als ziekte gezien hadden. Hoe moeilijk kan het zijn: Léven tot het einde?

Janneke is een 43-jarige vrouw die sinds eind 2018 bewust is van het feit dat ze een ongeneeslijke ziekte heeft die haar levensduur zal beperken.

...Om nou te zeggen dat dat een 'prettig gesprek' was zou te ver gaan temeer Janneke nog geen lichamelijke problemen ervaart en zich zal moeten verzoenen met het feit dat wat eigenlijk de bloei van haar leven zou moeten zijn haar "laatste" levensfase zal zijn. Wat dat betreft heeft Janneke veel ondersteuning ervaren van het Palliatieve Sociale Benaderings team. Het was belangrijk voor Janneke dat haar sociale netwerk in tact bleef. De ondersteuning was dus ook gericht op haar man en haar twee jonge kinderen. We vergeten vaak dat het ook gaat om de naasten en wat de effecten zijn op de ontwikkeling van kinderen en relaties in de privé- en werksfeer. In de situatie van Janneke gaat dat niet vanzelf en mogelijke relatiebreuken hebben een enorme impact op alle levensgebieden; verhuizen, de zorg voor kinderen en de zorg om financiën hakken er diep in. Ook van belang dat haar werkgever haar zo lang mogelijk aan het werk heeft gehouden. Van mee blijven doen aan het werkzame leven en daarmee bij te blijven dragen aan de samenleving gaat een heilzame werking uit. Iedereen wil er immers toe doen; zingeving is een van de belangrijkste aspecten van kwaliteit van leven.

Janneke heeft met regelmaat contact gehad en op eigen initiatief gehouden met het PSB-team. Allerlei zaken zijn daarbij geregeld, zoals een traplift en huishoudelijke ondersteuning. In diezelfde periode hield het PSB team ook actief contact met het ziekenhuis om samen

met Janneke overzicht te creëren. Daardoor is zij goed ondersteund en is een warme overdracht naar het andere betrokkenen gedaan. De teamleden achten zich namelijk samen verantwoordelijk en staan voor elkaar klaar. Op deze manier werden alle "hobbels" ook daadwerkelijk opgepakt. Ook de huisarts is al die tijd bij Janneke betrokken geweest. En niet alleen voor de medicatie maar de huisarts nam actief deel aan heeft het PSB team. Voor Janneke bracht dat uitkomst toen de noodzakelijke verhuizing zich helaas toch aandeede. Het PSB team heeft toen een nieuwe huisarts gezocht die uit hetzelfde hout gesneden was en daar een goede overdracht naar gefaciliteerd. Ook een compliment verdient het ziekenhuis, want ook al beperkte zij zich tot 'medische' zorg, zij hielpen het PSB team om de administratieve rompslomp te beperken die de zorg en veranderende leefsituatie met zich meebracht.

Janneke is met steun van het PSB team tot het laatst omringd door haar man, haar kinderen en haar vrienden en heeft een te kort maar zeker zinvol leven kunnen leiden. Het PSB team nam proactief de noodzakelijke initiatieven zodat de ondersteuning m.b.t psycho-sociale hulp, passend wonen en vervangend werk volledig benut konden worden. Op deze manier heeft het PSB team kleur gegeven aan haar laatste levensfase en heeft Janneke als volwaardig mens geleefd heeft tot het einde!

Maurice is een alleenstaande man van 82 uit Rotterdam met dementie. Hij heeft al een paar jaar dementie. Zijn omgeving maakt zich zorgen en vindt dat hij moet worden opgenomen in een verpleeghuis.

Maurice woont in het hartje van Rotterdam en is zijn hele leven werkzaam geweest in de culturele sector, voornamelijk als acteur. Daar heeft Maurice ook vele vrienden aan over gehouden. Familie heeft Maurice niet meer. Zijn laatste relatie dateert van 12 jaar geleden. Niet lang na zijn 75e verjaardag kreeg hij de diagnose Alzheimer.

De laatste tijd staan er steeds vaker professionals bij Maurice op de stoep. Dat is in gang gezet door een aantal bezorgde burens. Zij zien Maurice zo nu en toen voorward en op vreemde tijdstippen door de straat lopen. De geur van de kattenbak op de woning van Maurice is in de gemeenschappelijke gang te ruiken. Eénmaal liep hij in zijn badjas over straat, een buurman heeft hem terug naar zijn huis gebracht. Nadat Maurice heeft verteld aan één van zijn burens dat hij Alzheimer heeft is de schrik in de buurt behoorlijk verder opgelopen. Meerdere burens hebben de angst met elkaar gedeeld dat het uit de hand loopt. Ze zijn bang dat Maurice en zijn huis vervuilen en voor de invloed op hun woonplezier en misschien zelfs woningwaarde. Bovendien zijn er grote zorgen over de gasaansluiting van Maurice. Burens zijn dus oprecht bezorgd om Maurice en zichzelf, ze vragen zich af of Maurice niet beter in verpleeghuis opgenomen zou kunnen worden. Daartoe schakelen ze zorgpartijen in. Verschillende medewerkers van de thuiszorg en kloppen aan bij Maurice. Om te kijken wat zijn zorgbehoeften

zijn en te kijken of de situatie wel veilig is. Als ze aankloppen opent Maurice meestal de deur niet verder dan kiertje. Maurice laat weten geen behoefte te hebben aan hulp of aan pottenkijkers. Als het woord dementie valt wordt hij woedend, dan kan hij zo boos worden dat medewerkers bang is dat hij hen fysiek iets doet. De situatie grijpt de medewerkers aan, ze delen de zorgen van de burens. Ze geven aan dat Maurice vervuult, net als zijn huis. Ze zijn bang dat hij niet meer goed voor zichzelf kan zorgen, Maurice is te mager en zijn persoonlijke verzorging is onvoldoende. Bovendien ruikt de kattenbak in zijn huis zo sterkt dat ze zich ook zorgen maken om zijn poes. Het feit dat met Maurice niet gesproken kan worden over zijn dementie, een gebrek aan ziekte-inzicht, maakt de situatie nog complexer. Zijn oude woning met drempels en randjes lijkt ook niet veilig voor iemand die zo slecht ter been is als Maurice. De medewerkers vinden het ook pijnlijk. Maar er wordt inmiddels al gesproken over een eventuele gedwongen opname in het verpleeghuis. Ze proberen als laatste oplossing om het SBD-team in Rotterdam in te schakelen. Gonnie uit het SBD-team gaat langs bij Maurice.

Gonnie heeft zich gericht op het dagelijks leven van Maurice. Een jaar geleden heeft Gonnie aangeklopt. Van verpleeghuisopname is geen sprake meer...

Maurice draagt een bloes met daar overheen een felgekleurd oranje vest. Zijn broek is zwart, maar ziet er wel uit alsof deze al wat langer gedragen wordt. Verder draagt hij sandalen over zijn opgezette en ingezwachtelde voeten. Gonnie stelt zich voor. Maurice lijkt wat op zijn hoede. "Leuk dat je er bent, maar Gerda komt zo. We gaan uit eten." Gonnie benadrukt dat ze elk moment weer kan gaan, als Gerda er is, of wanneer u mij zat bent mag u me er weer uit zetten." Het levert een kleine glimlach op. "Nou goed." De deur gaat echter niet verder open. Tot Gonnie zegt "Ik zou het zo leuk vinden uw kat te zien." De deur gaat dan helemaal open.

Gonnie was op het ergste voorbereid, het valt eigenlijk wel mee. Het is duidelijk te ruiken dat er een kat bij Maurice woont want het ruikt er naar kattenurine en er staan overal bakjes met kattenbrokjes.

Terwijl Maurice naar de bank sloft zegt hij "Ik heb last van mijn knie." Hij gaat op de bank. Maurice nog op zijn hoede. "Wat kom je precies doen?" maar dan als snel "Of wil je eerst wat drinken, koffie of thee?" Gonnie biedt aan wat koffie te maken.

Wanneer Gonnie weer in de huiskamer komt staat Maurice voor een van de foto's. Het is een foto scherp gesteld op Maurice op de voorgrond, hij draagt een klassiek gewaad. Op de achtergrond is een aantal vrouwen te zien in dezelfde gewaden. Maurice vertelt dat het een Griekse tragedie was, de naam weet hij niet meer. "Ja

ach, het leven, de dingen, gaan door. Je kan er niet in blijven hangen." Er ontstaat een geanimeerd gesprek tussen Gonnie en Maurice.

Het gaat een tijd over acteren, maar al snel vertelt Maurice ook over zijn leven nu. Hij voelt zich eenzaam. Een aantal vrienden lijken uit zijn leven verdwenen. "Ze komen niet meer."

Maurice geeft aan dat hij niet weet waarom, maar sluit ook niet uit dat hij zelf "onaardig is geweest." Maurice gebruikt misschien niet graag de term dementie maar vertelt dat hij vergeet en hoe moeilijk dat kan zijn, alsof hij de grip over zijn leven verliest. Aan het eind van het gesprek vertelt hij over de verveling. Hij was altijd ondernemend ging naar concerten, uitjes en was veel in de stad. Met het wegblijven van zijn vrienden is dat ook weggefallen. Ook gaat Maurice niet langer naar het koor waar hij wekelijks was.

Binnen een uur wordt duidelijk waar Maurice mee worstelt. Hij worstelt met vergeten, eenzaamheid en verveling. Gonnie trekt met hem op. Ze praten over zijn vergeetachtigheid. Er wordt contact hersteld binnen zijn netwerk. Drempels bij het koor worden weg gemasseerd zodat Maurice zich weer welkom voelt. Hij ontmoet andere mensen met dementie die ondersteund worden door Gonnie, er ontstaan nieuwe vriendschappen. Maurice komt zelfs weer aan, niet door nutria-drink, maar hij eet simpelweg een stuk meer als hij gezellig met anderen eet.

Raymond is een vriendelijk warme man, met een ijskoud verleden. Hij is zwaar gokverslaafd en heeft daardoor zijn baan verloren...

Raymond werd pas rond zijn vijftigste echt bewust van zijn problemen. Hij had een goede baan, bij de Gemeente, maar werd door zijn collega's geattendeerd op een mogelijke burn-out. Zijn problematiek was door de specialisten niet te vangen in één diagnose: 'Na een langdurig ziekteproces, en daardoor ontslag, kwam ik terecht bij centrum '45 in Oegstgeest. Met PTSS-klachten vanwege tweede generatie oorlog-slachtofferschap, gecombineerd met een zware depressie en gokverslaving'.

De behandelingen richtten zich vooral op de depressie en de PTSS. Aan het gokken is betrekkelijk weinig gedaan.

Vergeet niet dat het gokken Raymond een sociale omgeving met gelijkgestemden bood. Maar wanneer hij er met mensen over wilde praten buiten dit wereldje, liepen ze van hem weg. Het zijn twee gescheiden werelden waarin deze mensen leven en dat zullen ze ook zo proberen te houden.

De grootste pijn zit 'm voor Raymond in het onbegrip: 'Je kan er niet over praten wat het met je doet. Niet met je geliefde, en ook niet met mensen die zelf gokken.' Er ligt een groot stigma op de verslaving, zowel een publiek stigma als een zelfstigma. 'Eenmaal een gokverslaafde, altijd een gokverslaafde. En dus niet te vertrouwen.'

Volgens Raymond zijn er weinig mensen die weten wat ze doen wanneer ze gokken - er is geen transparantie en het ontbreekt mensen aan kennis. Ook van roken en drinken zijn de gevolgen lange tijd verborgen gebleven achter het rookgordijn van geld en macht. Financiering van de staat, sport en goede doelen zijn de politieke vergoelijking, om het morele 'gok-geweten' te sussen.

Ik kan me voorstellen dat het tempo van onze maatschappij niet voor iedereen even makkelijk is bij te benen. Dat tempo gaat niet afnemen. Kan gokken, voor mensen die al met problemen worstelen, een uitweg lijken? Het 'gelukje' dat je nodig hebt om weer mee te doen?

De verborgenheid van de verslaving zit niet alleen in de systeemwereld. Voor mensen zelf dringt het vaak niet door dat ze verslaafd zijn. 'Het kan lang duren voordat je door krijgt dat je echt een probleem hebt. Daar zou de support zich op koeten richten. Ik heb wel eens gehad dat ik, ineens, in het casino stond. Ineens. Kun je dat je voorstellen? Ik herinnerde me de weg er niet naar toe. Ik dacht dat ik ging wandelen en daar was ik dan ineens.' Op een gegeven moment verlies je jezelf. Je beweegt je van de echte wereld, zonder bewustzijn, naar het wereldje waarin je wordt gedragen door adrenaline.

Raymond is gestimuleerd om het gevecht aan te gaan met wat hij zelf 'een verborgen verslaving' noemt. Tegenwoordig deelt hij zijn kennis als ervaringsdeskundige.

'Dat mensen gokken is volgens Raymond evolutionair bepaald. We gokken om sneller vooruit te komen. Weliswaar met het risico van verlies, maar als het lukt bereik je snel wat je wilt'.

Gokken is helaas ook sociaal geaccepteerd: Kinderen die een spelers-pakket kopen op FIFA waarbij ze 2% kans hebben op een goede speler, de legalisering van 'Digitaal gokken, trams beplakt met reclame-uitingen van Holland Casino: 'De grootste jackpot van Europa kan ieder moment vallen, doe mee met de Postcode Loterij anders wordt jouw buurman misschien miljonair en jij niet.'

Raymond was twaalf toen hij door zijn vader met het hele gezin werd meegenomen naar Knokke in België. Klinkt schattig en gezellig, dat kleine dorpje aan zee: 'Petit Paris'. Het werd dé jaarlijkse vakantie. De kinderen vermaakten zich op het strand en in de vele spelletjes-hallen aan de boulevard. Je had er flipperkasten, muntjes-machines. Je kon er van alles winnen. De kinderen hingen er rond en keken hun ogen uit. Ze vonden het spannend, het waren prachtige vakanties.

Raymond heeft zelf nog niet veel mensen zien 'genezen' van een gokverslaving. Hij ziet het genezen meer als leren omgaan met een kwetsbaarheid: Vele therapieën streven abstinentie na, maar uiteindelijk word je er toch wel weer aan blootgesteld. Je komt er vaak

genoeg mee in aanraking.

Het doel moet dus niet zijn om het uit de weg te gaan. Je moet als het ware 'aan-gaan'; en net zolang op de pijnlijke plek duwen, totdat de pijn minder wordt en uiteindelijk weg gaat.

Iedereen heeft een last, support moet erop gericht zijn je te trainen deze last te kunnen dragen. Voor het gokken geldt: weerbaarder worden om met de zuigkracht, het 'moeten gokken', om te kunnen gaan.'

Inmiddels kan Raymond zelf bepalen of hij 'een gokje wil wagen'. Een belangrijk onderdeel in de support naar dit punt: in een groep op de Herstel Academie onder leiding van peers is hij geïnformeerd. 'Ik weet nu hoe de kansspelen werken, ik weet wat de omgeving met je doet en wat je ware kans is iets te winnen. Op de lange duur verlies je altijd'.

'Veel behandeltrajecten in de verslavingszorg werken hoogstens gedurende het traject,' vertelt Raymond, 'wanneer je je eigen leven moet oppakken gaat het vaak mis'.

Wat Raymond erg geholpen heeft is dat hij van zijn 'Last' een baan gemaakt heeft. Hij maakt zich er als ervarings deskundige sterk voor dat de gok-problematiek hoger op de gemeentelijk en landelijke agenda komt, zodat er meer onderzoek kan worden gedaan naar de effectiviteit het inzetten van ervaringskennis.

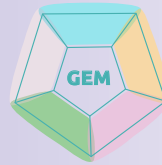
Partners



Agora **Léven tot het einde**

....Mensen en hun naasten staan centraal Léven tot het einde mogelijk maken. Dat is de missie van Agora.
Wij willen dat mensen met een ongeneeslijke ziekte en hun naasten hun leven kunnen inrichten op een manier die past bij hun wensen en waarden. Om dat te bereiken ondersteunen wij mensen en organisaties bij goede lokale samenwerking rondom mensen in de laatste levensfase. Weet jij als professional of vrijwilliger wat jouw patiënt of cliënt op alle dimensies nodig heeft? En kun je doorverwijzen naar de juiste lokale organisaties? Agora onderzoekt wat werkt in de praktijk.

De behoeften van ongeneeslijk zieke mensen zijn sterk individueel. Daarom gelooft Agora dat passende palliatieve ondersteuning altijd maatwerk is en gebaat is bij goede lokale samenwerking rondom mensen in de laatste levensfase. We streven naar integrale aandacht in de zorg en het sociaal domein voor vier dimensies: fysiek, sociaal, psychisch en zingeving.
Dit noemen we de Sociale Benadering Palliatieve Zorg.



GEM **Ecosysteem Mentale Gezondheid**

...mensen die worstelen met 'mentale klachten' moeten in de eerste plaats 'Sociaal' tegemoet getreden worden. Denk bij 'mentale klachten' bijvoorbeeld aan depressie, angst, verslaving en burn-out maar zeker ook aan sociale klachten als pesten en schulden. De manier waarop binnen het zorgsysteem momenteel gereageerd wordt op deze klachten is gebaseerd op specialistische behandeling na een diagnose. Behandelingen vinden exclusief plaats in de GGZ en het aanbod is beperkt tot hetgeen daar geboden wordt.

De hoogleraren Jim van Os en Philippe Delespaul stellen dat aan de bestaande GGZ oplossingen een aantal inherente problemen kleven die zich uiten in lange wachtlijsten, lange behandeltrajecten, een grote afhankelijkheid van zorgaanbieders, hoge kosten en weinig succes.

De Sociale Benadering voorziet in een uitgebreid palet van in samenspraak met de patiënt te kiezen trajecten in een Recovery College, een Zelfregie Centrum, groepsbehandelingen (zowel uit het publieke- als het professionele domein) en Online hulp met ervaringsdeskundigen. De GGZ staat klaar om overal en waar nodig of op verzoek specialistische expertise in te brengen.

De Sociale Benadering biedt daarmee ondersteuning om eigen doelen te realiseren en meer autonomie en weerbaarheid te ontwikkelen.



**sociale
benadering
dementie**

SBD

Sociale Benadering Dementie

We stellen de leefwereld van mensen met dementie weer centraal, zodat hun meervoudige identiteit behouden blijft. Mensen met dementie willen niet bezig en rustig gehouden worden. Ze hebben - net als iedereen - behoefte aan betekenisvolle relaties en een invulling van hun leven die aansluit bij hun persoonlijke interesses, verlangens en talenten. Dat zijn de randvoorwaarden om je mens te kunnen voelen. Mensen met dementie willen leven en ertoe doen. Samen zoeken we, met behulp van de Sociale Benadering Dementie, naar manieren binnen de persoonlijke leefwereld waarop dat kan. We leggen minder nadruk op de patiëntenrol. Op deze manier ontstaat er ruimte voor andere sociale rollen, neemt het gevoel mens te zijn toe en groeit het zelfvertrouwen. We bouwen geen muur van veiligheid rondom de persoon met dementie, maar veranderen samen met de sociale omgeving.

Samen zoeken we naar mogelijkheden binnen de persoonlijke leefwereld om er toe te blijven doen.

Landelijke standaard

Hoogleraar Anne-Mei The legde de basis voor de Sociale Benadering Dementie. Inmiddels hebben we een ambitie die er niet om liegt: In 2030 is de Sociale Benadering Dementie de landelijke standaard in het leven en de zorg voor mensen met dementie en hun naasten.



vgn vereniging
gehandicaptenzorg
nederland

VGN

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland

Als we kijken naar de toekomst zien we een groot aantal urgente vraagstukken en uitdagingen, of Burning Issues, voor de gehandicapten zorg. Veel van deze uitdagingen zorgen nu al voor spanningen dilemma's in de praktijk. Dit zal alleen maar toenemen, als we hier geen oplossingen voor vinden.

Onze belangrijkste maatschappelijke vraagstukken op een rij:

- Urgentie is groot
- Uitsluiting: In onze samenleving sluiten we mensen uit. Er lijkt ook steeds minder tolerantie te zijn in de maatschappij voor mensen die 'anders' zijn. Ondanks nieuwe wetten worden oplossingen toch nog vaak gezocht in professionele hulp of specifieke voorzieningen.
- Kansengelijkheid: De kloof tussen mensen die wel en niet kunnen meedoen in de maatschappij groeit. Daarmee groeit de kansengelijkheid. Voor mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) is meedoen ingewikkeld. Het aantal mensen met een LVB dat het zonder professionele ondersteuning niet redt, neemt daarom toe.
- Tijdgeest: De tijdgeest verandert. De vragen van mensen met een beperking en hun directe netwerk veranderen. De maatschappij verandert. Technologische ontwikkelingen gaan snel. Daarom verandert ook de rol van de professionals in de gehandicaptenzorg. Verandert de sector snel genoeg mee?

over de noodzaak om te **TRANSFORMEREN:**

“Een transitie van deze sector is echt noodzakelijk. Het Integraal Zorgakkoord gaat die nodige veranderingen niet brengen. Daarvoor moeten we eerst oude patronen doorbreken.”

Jet Bussemaker - Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

“Over preventie wordt al jaren gepraat, maar veel te vrijblijvend...terwijl iedereen het erover eens is dat het voorkómen dat mensen ziek worden de beste manier is om de kwaliteit van leven voor iedereen te verbeteren en uiteindelijk ook de zorgkosten in toom te houden.”

Wout Adema - ZN-directeur Zorg

“De zorg is in Nederland goed geregeld, maar om dit zo te houden vraagt de toekomst om een fundamenteel andere benadering.”

Marian Kaljouw - Voormalig bestuursvoorzitter NZa 2015-2023

“Mijn voorgangers hebben gezegd dat we een van de beste zorgstelsels wereldwijd hebben. Maar op veel vlakken is dat niet meer zo. We moeten in de spiegel kijken en kritisch zijn op onszelf.”

Ernst Kuipers - Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Powered by



**Met kennis werken aan een goede gezondheid
voor iedereen**