

Datum	Bijlage(n)
28 januari 2021	-
Contactpersoon	Doorkiesnummer
Esmé Wiegman	06 21 70 35 81
Onderwerp	Ons kenmerk
Reactie Valente	VA21-009
Internetconsultatie 'Zorg voor de toekomst'	

Geachte heer De Jonge,

Dank dat u ons de gelegenheid biedt te reageren op de discussienota 'Zorg voor de toekomst' waarin de vraag centraal staat hoe we de houdbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg kunnen waarborgen, gelet op de uitdagingen die de komende periode op ons afkomen.

Valente, branchevereniging voor participatie, begeleiding en veilige opvang biedt - vanuit haar expertrol voor kwetsbare burgers in het sociaal domein - graag een bijdrage aan dit vraagstuk. Eerder in het proces hebben we daarom input geleverd via de [Zienswijze Valente](#). Wij zijn verheugd dat we een deel van onze input in de discussienota terugzien. Wij geven eerst een algemene reactie, daarna gaan we in op de consultatievragen.

Algemene reactie

Aanleiding

In de discussienota staat als aanleiding voor de Contourennota dit geschreven:

'Nederland heeft een goede gezondheidszorg, maar de houdbaarheid daarvan staat steeds meer onder druk. De toenemende zorgvraag en schaarste aan personeel en middelen zorgen ervoor dat we, als we niets doen, onze zorg niet op het huidige niveau kunnen houden. Zonder maatregelen zullen we op de drie publieke doelen in onze zorg - kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid - moeten inleveren en zijn vergaande aanpassingen in het pakket en verhogingen van eigen betalingen onvermijdelijk. Dat vermindert de solidariteit in onze zorg, omdat het niet voor iedereen even eerlijk zal uitpakken. Om dit zoveel mogelijk te voorkomen, is het noodzakelijk dat onze zorg verandert, zodat we voor mensen kunnen waarborgen dat zij ook in de toekomst beschikken over goede zorg.'

De bovengenoemde aanleiding om te kijken naar een 'Zorg voor de toekomst', herkennen wij. Tegelijkertijd vinden we dat er ook een meer inhoudelijke aanleiding is die meer energie en richting geeft om na te denken over de toekomst van de zorg, namelijk de beweging naar een participatie-samenleving c.q. een inclusieve samenleving. In een inclusieve samenleving zet iedere burger juist zijn of haar eigen kracht in en doet naar vermogen mee aan de samenleving. In de participatiesamenleving gaat het meer om de 'leefwereld' en minder om de 'systeemwereld'. Maar we zullen ook moeten accepteren dat sommige kwetsbare mensen - tijdelijk of altijd - helemaal geen familie of ondersteunend netwerk hebben.

Gewoon omdat het er niet is, ze het niet kunnen creëren of in stand houden. Professionele zorg en ondersteuning zal dus altijd nodig zijn. Met andere woorden: een bodempje verzorgingsstaat blijft altijd noodzakelijk.

Kans om te komen tot een integrale visie

Valente ziet de Contourennota als dé kans om te komen tot een toekomstgerichte integrale - en daarmee domeinoverstijgende - visie op gezondheid. We zien in de discussienota op diverse plekken goede ingrediënten hiervoor. We zien dit graag vertaald naar een samenhangende integrale visie die richting geeft aan hoe de zorg in de toekomst te organiseren. Dat geeft ook een kapstok aan de thema's die in de discussienota zijn opgenomen.

Deze integrale visie gaat wat ons betreft over de maatschappelijke beweging naar een inclusieve samenleving. De focus verschuift van de nadruk op ziekte naar gezondheid en herstel. Burgers wonen waar mogelijk zelfstandig thuis en ontvangen wanneer nodig zorg en ondersteuning in hun eigen vertrouwde leefomgeving. Zij hebben recht op een veilige en volwaardige positie in onze samenleving, waaraan ze als mens naar eigen vermogen en met eigen keuzes betekenisvol kunnen bijdragen. Dat is een mensenrecht. Ze worden opgevangen als het nodig is en gestimuleerd om hun talenten in te zetten en zelf regie te nemen waar dat kan.

Belangrijke pilaren in deze visie zijn:

- Doe recht aan de hele mens en stel de leefwereld centraal. Het gaat over meer dan alleen gezondheid (ook over meedoen in de maatschappij, zingeving, veiligheid, welbevinden, woon- en leefomstandigheden, sociale contacten en werk).
- Ambulant thuis in de wijk als het kan, tijdelijk een klinische opname als het moet. Door vroegsignalering onder andere met behulp van familie en naasten, en zorg en begeleiding in de wijk wordt onnodige escalatie en hogere zorgkosten voorkomen.
- Integrale concepten als positieve gezondheid bevorderen domeinoverstijgend werken doordat een betekenisvol leven centraal staat. Door aan mensen te vragen wat zij zelf belangrijk vinden en willen veranderen, spreek je hun bron van veerkracht aan.
- Creëer een andere mindset binnen de zorg. Stel niet de systeemwereld centraal, maar de leefwereld. Ga uit van de veerkracht en het herstelveermogen van mensen, het zelf zoeken naar oplossingen en het benutten van eigen mogelijkheden in het licht van een zingevend bestaan.

Reikwijdte van de Contourennota

We lezen in de discussienota over de reikwijdte van de Contourennota het volgende:

'Het vergt politieke keuzes hoe we de zorg betaalbaar houden, door onder andere te kijken naar omvang en inhoud van het collectieve zorgdomein. Deze keuzes vallen niet expliciet onder de reikwijdte van deze Contourennota. Een maatschappelijk debat over belangrijke vragen kan helpen.'

en onder hetzelfde kopje over wat niet onder de reikwijdte van de Contourennota valt, lezen we dit:

'In hoeverre zijn zelfhulp, informele begeleiding en lokale groepen in de wijk een substituut voor een deel van de formele zorg? Er zijn grenzen aan groei in de zorg. Dat vraagt om investeren in het de-medicaliseren van de zorg en het aanpakken van sociaal-maatschappelijke problemen. Meer zorg is niet altijd de oplossing. Soms kan een sociaal netwerk ondersteuning bieden. Zelfhulp in de vorm van georganiseerde groepen of in de vorm van groepen op eigen initiatief dragen ook bij aan de kwaliteit van leven, ziektemanagement en aanvullende ondersteuning.'

Wij vragen ons af hoe we dit moeten interpreteren aangezien ons inziens juist de oplossing voor een houdbaar zorgsysteem ligt in de aanpak van sociaal-maatschappelijke problemen. Dit heeft een preventieve werking en voorkomt vaak dat mensen in zorg komen. Als je uitgaat van de leefwereld van mensen dan is gezondheid niet los te zien van zingeving, weer meedoen in de maatschappij, een huis waar je je veilig voelt en werken. Wat we juist willen, is een andere mindset binnen de zorg. 'Samen zorgen dat' is iets anders dan 'blijven zorgen voor'. Ga uit van wat de mensen (nog) wel kunnen. De verschuiving leidt op termijn tot een minder intensieve zorgvraag en daarmee een minder groot beroep op het stelsel.

Het sociaal domein speelt hierin een belangrijke rol, maar ook aanpalende domeinen op het gebied van wonen, werk en bestaanszekerheid. Juist door met een integrale blik te kijken, zijn er oplossingen te vinden om de zorg voor de toekomst vanuit clientperspectief goed te organiseren. De hoofdlijnenakkoorden waar de discussienota naar verwijst (in ieder geval het bestuurlijke akkoord geestelijke gezondheidszorg) omvatten een brede ambitie waarin een integrale aanpak centraal staat.

Wij stellen voor om verder te kijken dan alleen naar het zorgdomein en zo op een andere manier de druk op de gezondheidszorg te verminderen. De zorg wordt nog te vaak ingezet om bijvoorbeeld problemen op het gebied van bestaanszekerheid (waaronder schulden en wonen) op te lossen. Het Instituut voor Publieke Waarden heeft diverse keren laten zien welke maatschappelijke baten het de zorg oplevert als ingezet wordt op bestaanszekerheid. Het tekort aan betaalbare woningen voor cliënten heeft impact op preventie en de betaalbaarheid van de zorg. We zien in de praktijk dat hoge maatschappelijke kosten op het conto van de zorg komen, terwijl deze kosten geheel of gedeeltelijk komen te vervallen als de woonplek (beter) beschikbaar zou zijn. Nog belangrijker: de kans op herstel of welzijn van onze cliënten neemt aanzienlijk toe met een goede woonplek. Om onnodige zorg te voorkomen moet geïnvesteerd worden in bestaanszekerheid.

We zien (gelukkig) bij de verschillende beleidsopties op onderdelen wel de brede en integrale blik terug. We vragen ons daarom af hoe de tekst over de reikwijdte is bedoeld. Door het ontbreken van een integrale visie op gezondheid kunnen we de reikwijdte van de contourennota niet goed in perspectief plaatsen.

Mensen in een kwetsbare positie

In de discussienota wordt - terecht- aangegeven dat de toenemende vergrijzing ons in het bijzonder voor een grote opgave stelt om de zorg voor ouderen toegankelijk en betaalbaar te houden. Een andere - al jarenlange - grote opgave is het organiseren van goede zorg en ondersteuning voor een grote groep mensen in een kwetsbare positie, vanuit de herstelgedachte. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om mensen met langdurige ggz-problematiek al dan niet gecombineerd met andere problematiek (lvb, verslaving), mensen die zorg mijden, dakloze mensen en om mensen (mannen, vrouwen en kinderen) die te maken hebben met ontwrichtend huiselijk geweld. Wij zien dat voor de groep mensen in een kwetsbare positie de sociale grondrechten, zoals bestaanszekerheid, veiligheid, passende zorg en/of begeleiding, inkomen, onderdak, werk en onderwijs nog onvoldoende geregeld is. Dit heeft grote invloed op de dagelijkse kwaliteit van leven, wat leidt tot een druk op de gezondheidszorg. Hoewel we begrijpen dat de Contourennota niet op alle verschillende doelgroepen kan ingaan, vinden we de hierboven genoemde groep van een andere aard vanwege hun kwetsbare positie en het relatief grote beroep dat zij op de gezondheidszorg doen en het risico dat zij lopen om tussen de wal en het schip te vallen.

Er is al veel bereikt

In de afgelopen jaren is er een nieuwe visie ontwikkeld op herstel, behandeling en participatie van mensen die langdurig in zorg zijn. Deze visie op herstelondersteuning wordt inmiddels breed gedeeld. En er zijn vele vernieuwende initiatieven genomen. Denk aan het vernieuwd concept RIBW, over de Brug II, radicale vernieuwing ggz, de nieuwe GGZ, de ggz vriendelijke gemeente, herstel voor iedereen, Innovatieprogramma RIBW, redesigning psychiatrie en netwerkpsychiatrie, om er enkele te noemen. Bovenal zijn de herstelverhalen van mensen zelf een rijke inspiratiebron voor gewenste en noodzakelijke veranderingen, zowel in de ggz als breder in de samenleving. Innovaties in de samenwerking op het grensvlak van ggz en sociaal domein stemmen hoopvol en laten zien hoe het anders kan. Dat geldt ook voor herstelacademies en zelfregiecentra, waarin zelfhulp en ervaringskennis de belangrijkste pijlers zijn. En hoewel hierin nog veel te wensen over blijft, zijn er bedden afgebouwd en ambulante vormen van behandeling, begeleiding en wijkgerichte netwerken opgebouwd.

Leesbaarheid discussienota en factsheets

Het is verwarrend dat in de factsheets meer knelpunten staan dan in de discussienota (bijvoorbeeld bij de factsheet Preventie & Gezondheid). Dat roept de vraag op welk document leidend is.

Consultatievragen

1. **Herkent u zich in de drie thema's als de thema's waar de komende jaren meer verandering op nodig is?**

Ja.

2. **Herkent u de knelpunten die op (één van) de drie thema's worden genoemd, of missen er nog belangrijke knelpunten?**

2a Knelpunten Preventie & Gezondheid

Ja, wij herkennen met name onderstaande twee knelpunten:

- Ons zorgstelsel is sterk gericht op ziekte en zorgverlening. Hierdoor worden problemen soms onnodig gemedicaliseerd en laten we kansen liggen om mensen op andere manieren te helpen hun gezondheid en welbevinden te verbeteren.
- Zorg kan niet alle problemen van mensen oplossen. Bijvoorbeeld als ze onlosmakelijk verbonden zijn met het leven of te maken hebben met andere aspecten, zoals de woon- of werksituatie.

2b. Knelpunten Organisatie & Regie

Ja, wij herkennen met name onderstaande twee knelpunten:

- Verkeerde prikkels kunnen investeringen in de weg staan, doordat de baten van een investering bij andere zorgpartijen terecht komen dan partijen die de investering hebben gedaan. Investerings in bijvoorbeeld preventie of een passend woon- en zorgaanbod voor ouderen of mensen met een beperking, komen daardoor niet tot stand.
- Schotten tussen verschillende zorgsoorten kunnen een obstakel vormen om de zorg goed te organiseren rondom de behoefte van de patiënt. Dit is met name het geval wanneer mensen zorg uit meerdere domeinen nodig hebben en wanneer de situatie van mensen (abrupt) verandert en de betrokken zorgverleners dit niet kunnen opvangen, vaak ook doordat er organisatieschotten, bekostigingsproblemen of wettelijke knelpunten zijn.

3. **Welke beleidsopties die genoemd worden bij de drie thema's leveren volgens u een belangrijke bijdrage aan de houdbaarheid van ons zorgstelsel?**

3a. Beleidsopties Preventie & Gezondheid

De volgende beleidsopties leveren volgens ons een belangrijke bijdrage:

- Een krachtige sociale basis en een integrale aanpak van sociale problematiek. Door de aanpak van sociale problematiek te versterken, kan voorkomen worden dat mensen afhankelijk worden van zwaardere of langdurige zorg en ondersteuning. Dit vraagt om een intensivering van de aanpak van schulden, maar ook om een integrale blik, bijvoorbeeld bij gezinnen met multi-problematiek. Om mensen bestaanszekerheid te geven en de kans te bieden zichzelf te ontwikkelen, is werk en maatschappelijke participatie belangrijk. Dit vraagt extra investeringen.

- Bevorderen van eigen regie. Door in te zetten op het vergroten van de gezondheidsvaardigheden en zelfredzaamheid van mensen, via onderwijs, trainingen campagnes of langere consulten bij de huisarts of specialist, kan het vermogen van mensen om verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen gezondheid worden versterkt. Hierdoor kunnen mensen gezonder leven en kan onnodige medicalisering voorkomen worden.
- Verduidelijken van de wettelijke taak van gemeenten om (de samenhang binnen) de publieke gezondheid te bevorderen. Door in de wet concreet uit te werken wat er van gemeenten verwacht wordt op het gebied van preventie en de financiering van deze taken te versterken, kunnen gemeenten inwoners en met name ook risicogroepen beter ondersteunen bij het vinden van een gezonde leefstijl en het voorkomen van gezondheidsrisico's.
- Preventiefonds. Door financiële middelen voor preventie van zorgverzekeraars, overheid (gemeenten en rijksoverheid) en eventueel werkgevers te bundelen in een regionaal preventiefonds, kunnen partijen gemakkelijker investeren in een gezamenlijke aanpak van preventie. Eventuele opbrengsten kunnen terug vloeien in het fonds.
- Een wettelijke taak voor zorgverzekeraars om mee te werken aan de regionale samenwerkingsstructuur. Door in de wet te expliciteren wat er van zorgverzekeraars verwacht wordt in de samenwerking met gemeenten op het gebied van preventie, kan beter worden gewaarborgd dat deze samenwerking in alle regio's tot stand komt. Wij vinden dat de samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten veel concreter en verplicht moet worden vorm gegeven. Samenwerking gaat nieuwe kansen creëren voor preventie en een gezonde leefstijl.

3b. Beleidsopties Organisatie & Regie

De volgende beleidsopties leveren volgens ons een belangrijke bijdrage:

- Een spil in de wijk.
Voor sommige mensen zijn beperkingen levensbreed en levenslang, bijvoorbeeld als het gaat om bepaalde psychische problematiek of fysieke of verstandelijke beperkingen, of een combinatie daarvan. Voor hen gaat het om vroegsignalering en tijdig goede begeleiding en ondersteuning, participatie, opdat zij zo zelfstandig mogelijk mee (blijven) doen en allerlei problematiek wordt voorkomen. Door in te zetten op de opbouw van een netwerk wordt de sociale basis versterkt. Het beschikken over een goede fysieke leef- en werksituatie en het voorkomen van eenzaamheid, schulden en gebrek aan zingeving tellen allemaal mee. Hiervoor zijn al goede methoden, maar die zijn nog (lang) niet overal geïmplementeerd. Een soepele overgang en samenwerking tussen verschillende (sub)domeinen is nodig. Een voorbeeld daarvan zijn de mogelijkheden voor op- en afschalen van zorg en ondersteuning, voor mensen die afwisselend zijn opgenomen (Zvw) en zelfstandiger wonen (Wmo).
- Domeinoverstijgende samenwerking een duurzame basis geven.
Door financiële belemmeringen voor specifieke domeinoverstijgende consultatiefuncties weg te nemen, kunnen zorgaanbieders vanuit verschillende domeinen elkaar gemakkelijker bijstaan. Door de complexiteit van sommige consultatiefuncties, is hiervoor juridisch en financieel maatwerk nodig.
- Poolen van middelen uit verschillende domeinen.
Door middelen voor hulpvragen op het grensvlak van zorg en maatschappelijke ondersteuning te bundelen, kunnen verzekeraars en gemeenten de beschikbare middelen flexibeler en doelmatiger inzetten, rondom de behoefte van de cliënt. De overheid kan dit ondersteunen.

- Prikkelwerking eigen bijdragen.
Door verschillen in eigen betalingen tussen domeinen te heroverwegen, wordt voorkomen dat financiële overwegingen een rol spelen om wel of niet te kiezen voor de zorg die zij nodig hebben. Op deze manier kan ook voorkomen worden dat cliënten soms met moeite uit te leggen verschillen in eigen bijdragen worden geconfronteerd, wanneer hun zorgvraag verandert.

Een beleidsoptie die we graag nog willen toevoegen:

- Ontschotten van budgetten op het niveau van de leefwereld van mensen.
In de systeemwereld leidt ontschotting vaak tot allerlei nieuwe ingewikkeldheden. Op het niveau van de leefwereld van mensen en diens levensdomeinen zou meer mogelijk moeten zijn.

3c. Beleidsopties Vernieuwing & Werkplezier

- Beter benutten ervaringsdeskundigheid patiënten en cliënten.
Door de zorg meer uitkomstgericht te maken en zo goed mogelijk aan te laten sluiten bij de behoefte van de patiënt is het belangrijk om patiënten- en cliëntenorganisaties beter in staat te stellen om de stem van de patiënt goed te organiseren.
- Minder werk- en regeldruk.
Ook de komende jaren vragen om voortzetting van alle initiatieven om administratieve lastendruk terug te dringen en de gegevensuitwisseling te verbeteren. De overheid dient hierop actiever te toetsen bij wet- en regelgeving en ook zorgorganisaties moeten worden gefaciliteerd bij het terugdringen van de interne regeldruk.
- Zorgprofessionals maken de zorg en zijn de sleutel tot verandering. We moeten noodzakelijke veranderingen samen met zorgverleners organiseren. We hebben daarom zorgverleners nodig die op basis van deskundigheid en persoonsgerichte zorg acteren. Dat vergt kennis en vaardigheden. Persoonsgerichte zorg vraagt om een brede opleiding, waarin ook leefstijl en aandacht voor de sociale problematiek belangrijke onderdelen vormen.
Ook vraagt dit dat zij in hun opleiding kunnen oefenen met gespreksvaardigheden en kennis hebben van de psychologie achter alledaagse gedragspatronen, zodat het vermogen om die te veranderen wordt vergroot. Daarnaast is van belang dat zorgverleners ook mogelijkheden buiten de eigen discipline zien en benutten door bijvoorbeeld deskundigheid van zowel patiënten als andere zorgverleners te betrekken in het eigen zorgproces. Dat vereist bekendheid met het aanbod in de regio en de ruimte om, waar nodig, af te wijken van reguliere processen.

4. Heeft u concrete suggesties om bepaalde opties nader te concretiseren en praktisch vorm te geven?

We kunnen ons voorstellen dat eerst besloten wordt welke beleidsopties doorgang vinden en dat vervolgens bekeken wordt hoe deze beleidsopties te concretiseren. We denken daar graag over mee.

5. Welke beleidsopties ontbreken er nog?

Wij zijn blij te lezen dat - ondanks de reikwijdte/afbakening aan het begin van de discussienota - de aanpak van sociaal-maatschappelijke problemen en een sterke sociale basis onderdeel zijn van de beleidsopties. Dit heeft een preventieve werking en voorkomt vaak dat mensen in zorg komen. We zijn van mening dat bij het thema Preventie & Gezondheid de onderwerpen participatie, (weer) meedoen en bestaanszekerheid nog beter tot hun recht zouden moeten komen, alsook de rol van ervaringsdeskundigen en herstelacademies.

Aandacht voor destigmatisering en andere beeldvorming en hieraan werken is tevens van belang. Verder zien we graag dat bij de beleidsoptie Preventie & Gezondheid er ook naar vormen van community support wordt gekeken.

Voorbeeld van community supported network: Buurtcirkel

Buurtcirkels sluiten aan op de veranderingen in het Nederlandse zorgstelsel. Van steeds meer mensen die jarenlang afhankelijk zijn geweest van zorg wordt verwacht dat zij zelfstandig in een wijk wonen. Zij hebben meestal geen eigen netwerk opgebouwd waarop zij in het dagelijkse leven kunnen terugvallen. Hierdoor komen problemen zoals eenzaamheid veel voor. Het resultaat van Buurtcirkels is dat deelnemers een rol van betekenis voor anderen in hun directe woonomgeving vervullen en, op termijn, minder aanspraak doen op professionele ondersteuning. Buurtcirkel levert niet alleen de deelnemers iets op; de hele buurt kan er bij gebaat zijn. Het vergroot de saamhorigheid in de wijk. De deelnemers kunnen iets voor de buurt betekenen. En de buurt iets voor de deelnemers.

Feiten en cijfers

- Deelname leidt tot actieve sociale netwerken, waardoor deelnemers zich veiliger en meer gewaardeerd voelen. Dit leidt tot een hogere kwaliteit van leven.
- Een hogere kwaliteit van leven leidt tot minder verslaving, afname van medicatiegebruik en een gezondere levensstijl.
- Deelname aan een Buurtcirkel kan een besparing van meer dan 90% realiseren op de zorgkosten.
- Er ligt minder druk op de mantelzorgers en er is minder vereenzaming doordat de Buurtcirkel zorgt voor een actief sociaal netwerk.

Tot slot wil Valente - gezien het overstijgende karakter van de contourennota en de integrale aanpak die nagestreefd wordt – adviseren, om ook het ministerie van BZK (Wonen), het ministerie van SZW (Werk & Inkomen) en het ministerie van JenV te betrekken bij de vraagstukken die gaan over de houdbaarheid van het zorgstelsel.

Valente denkt graag mee over de vervolgstappen in dit traject. We zien graag dat er goede verbindingen worden gelegd met het traject van staatssecretaris Paul Blokhuis die op dit moment met veldpartijen een visie ontwikkeld hoe het ggz-landschap er in de nabije toekomst uit zou moeten zien.

Met vriendelijke groeten,
Vereniging Valente

E.E.W. Wiegman - van Meppelen Scheppink

Esmé Wiegman-van Meppelen Scheppink
Directeur