

d.d. 29-01-2021

### Vraag 1 van 5

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

Ja de thema's zijn herkenbaar. Graag zouden wij het beeld completer willen maken. Er gaat veel aandacht uit naar A) wat de overheid, instellingen en instituties anders moeten gaan doen in structuur en beleid. Andere kant van die medaille is de inhoudelijke kant in cultuur en gedrag bij professionals en zorgvragers, B) bij de voorgestelde opties wordt uitgegaan van ordening langs bestaande categorieën (doelgroepen, zorgsoorten, wetgeving, etc.) en de uitwerking van de opties laat een brede waaier van beleidsmogelijkheden per onderdeel zien. Ons voorstel is uit te gaan van een geïntegreerd innovatief concept in de wijk waarbij welzijn, ervaringsdeskundigheid, Jeugdhulp, Wmo, ZvW als ook WIZ aan elkaar 'geschakeld' worden en waar nodig aangevuld met domeinen als inkomen, wonen en onderwijs. Kortom, niet vanuit de wetgeving en bijbehorende financiering geredeneerd, maar vanuit de behoefte van de burger.

**Ad A.** De fundering van het gehele stelsel op 'rechten – plichten – uitvoering – inspectie' per deelstelsel en de huidige structuren, houden de tegenpolige cultuur in stand. Individuele polissen en gemeentelijke beschikkingen aan de ene kant en 'verplicht' leverende professionals (alert op vermijden van verwijtbaarheid) aan de andere kant. Bij vraag 2 wordt op de structuur nader ingegaan. Wat betreft gedrag en cultuur:

1) Een zeer grote rol in gezond gedrag is weggelegd voor de burger en zijn omgeving. Als het gaat om kinderen en jeugdigen is dit op de eerste plaats een verantwoordelijkheid van de ouders. Informatie rondom gezondheid, gezond gedrag, gepast gebruik van zorg en goede zelfzorg adviezen vanuit professionals hebben enkel effect als het gezin, de familie en naast betrokkenen daar open voor staan als ook toepassen in de praktijk. Met het bereiken van de volwassen leeftijd verplaatst die verantwoordelijkheid zich naar het individu en zijn/haar directe omgeving. Kortom, een actieve en participerende houding van onze burgers is essentieel.

2) Wat ons betreft zou in de contourennota meer aandacht moeten zijn voor de focus en houding van de professionals. Deze zou meer gericht moeten zijn op het zorgen dat burgers op een verantwoorde wijze kunnen deelnemen aan onze samenleving, waar nodig met een stukje ondersteuning of begeleiding. Het resultaat van de ingezette zorg en ondersteuning is per definitie een gezamenlijke uitkomst van zorgvrager en zorgbieder. Hoe meer het gaat om een proces van uitproberen en finetunen, hoe meer het aandeel en eigenaarschap van de burger toeneemt. De insteek vanuit diagnose en interventie is daarbij slechts een deelaspect van het volledige oplossingsarsenaal. Normalisering van problemen en van persoonlijke kenmerken is hierbij een belangrijk onderdeel. Daarnaast dient er aandacht te zijn voor aspecten als: wat kan de persoon zelf, maar ook het gezin, familie, wijk, buurt, regio. Deze wijze van normalisering en contextualisering vraagt om een accentverschuiving bij de professionele ondersteuning. Meer nadruk op communicatieve, sociale inzichten en vaardigheden, creativiteit en een open houding voor de ervaringskennis van de zorgvrager. Onze ervaring is dat hier winst te behalen is in de effectiviteit van de medewerkers en diens werkplezier.

Echter, een participatie maatschappij waarbij het netwerk een deel van de zorg/ondersteuning oppakt, vraagt een overheid die haar burgers faciliteert, waardeert en ondersteunt. We stellen voor om het concept van 'Positieve Gezondheid' (M. Huber) als leidraad te nemen. Positieve gezondheid is een benadering die niet de eliminatie van ziekte en lijden als uitgangspunt voor gezondheid neemt, maar het vermogen van mensen om adequaat om te gaan met uitdagingen op mentaal, fysiek en emotioneel vlak. Bevordering van gezondheid is daarmee vooral ook bevordering van adaptief vermogen, veerkracht en eigen regie. Door het werken met het gedachtengoed van Positieve

gezondheid, komt de focus maar ook de lead bij te burger te liggen waarbij deze zélf bepaalt wat er nodig is om invulling te geven aan een zinvol, sociaal en maatschappelijk leven. Tevens wordt op deze manier een gemeenschappelijke taal door alle sectoren heen geïntroduceerd. Er ontstaat een gezamenlijk referentiekader, dat ervoor zorgt dat diverse professionals beter met elkaar kunnen samenwerken want het vertrekpunt is immers hetzelfde. Het bevordert daardoor ook de ondersteuning die, gecombineerd vanuit meerdere levensdomeinen, wordt geboden (bv. zorg, uitkeringen, wonen, etc.).

**Ad B.** De beleidsopties worden gerelateerd aan thema's, doelgroepen, financiers, wetgeving. Dit kan er toe leiden dat de uitwerking in gefragmenteerde deelaspecten wordt ondergebracht. Het risico hiervan is sub optimalisatie, verlies van integrale samenhang en accent op korte termijn deelresultaten. Kijkende naar de diverse knelpunten in zorg en ondersteuning, dan is de vraag voor de komende jaren: wat heeft de burger nodig om zo goed mogelijk om te gaan met de uitdagingen op mentaal, fysiek en emotioneel vlak, zodat deze zo lang mogelijk in zijn eigen omgeving kan blijven wonen en participeren. Juist daar waar er combinaties van ondersteuning/zorg nodig zijn, zouden deze naadloos in de wijk georganiseerd kunnen worden (dus gezinsondersteunend, buurt ondersteunend, algemene voorzieningen, ervaringsdeskundigheid, welzijn, sociaal domein, cure, care). Niet uitgaande van het harde onderscheid 'wel – niet met indicatie', 'wel-niet gezond' maar aansluiten op zelfredzaamheidsbehoeften. Hierbij is het van belang dat er verbinding gemaakt wordt met andere sectoren zoals wonen, inkomen en onderwijs. Dus niet geredeneerd vanuit de diverse (wettelijke) kolommen, maar vanuit de vraag: wat nodig is op wijkniveau om tot een dekkende basis infrastructuur te komen waarbij ontschot zorg op maat geboden kan worden. Voor de opbouw van zo'n integrale zorginfrastructuur geven we bij vraag 3 aan welke beleidsopties in onderlinge samenhang het verschil kunnen maken en doen we bij de beantwoording van vraag 4 een voorstel op de schaal van Zuid Limburg.

#### Vraag 2 van 5

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

Knelpunten zijn heel herkenbaar. De indruk kan ontstaan dat de aangehaalde knelpunten van vergelijkbaar gewicht zijn, we pleiten echter voor een differentiatie. In dat verband willen we graag de impact van fragmentatie in de zorg en de consequenties daarvan voor gedrag en cultuur onder de aandacht brengen. Het zorgaanbod is gestructureerd volgens diverse wetten, zoals ZvW, Wmo, Jeugdhulp, WLZ. De uitvoerende verantwoordelijkheid ligt bij diverse organisaties: verzekeraars, gemeenten, zorgkantoren. Vervolgens wordt (via aanbestedingen en contractafspraken) de uitvoering verder versplinterd naar een veelheid van intramurale en extramurale diensten / producten. Per regio resulteert dat in detailovereenkomsten met een groot aantal instellingen. Wat je hierdoor krijgt is dat gecontracteerde instellingen, hun eigen organisatie daar strak op (moeten) inrichten. In de registratie, verantwoording en declaraties wordt de fragmentatie vervolgens nog eens verder door vertaald. Kortom, de fragmentatie die de discussie nota aanhaalt, bestaat uit in beton gegoten deelstructuren. Dit staat haaks op de ontwikkeling die we hierboven aangeven: we pleiten juist voor een systeem dat ruimte biedt om zorg en ondersteuning, op maat, over de wettelijke schotten heen, in de wijk te organiseren. De huidige contractering en verantwoordings-eisen passen daar niet bij. Ondersteuningsbehoeften van burgers zijn onderling samenhangend en niet één-dimensioneel. Het desastreuze effect van deze mismatch tussen de vraag van de burger en het gefragmenteerd aanbod is in onze praktijk dagelijks herkenbaar: inefficiënte verwijzingen (burgers worden van kastje naar de muur gestuurd, geen gecoördineerde aanpak etc.), disproportioneel veel tijd en geld naar hernieuwde aanvragen, overdracht naar andere zorgaanbieders, en voortdurende correcties in registratie en declaraties op cliëntniveau. Inefficiënt en kosten oprijvend!

Niet alleen vanuit de inhoudelijke overtuiging dat het beter is om zorg en ondersteuning in de wijk te organiseren, maar ook gezien de grote bureaucratische ballast, zijn we in Zuid-Limburg diverse integrale samenwerkingen gestart. Deze initiatieven lopen echter zonder uitzondering tegen de structuur-muren aan. Vernieuwend gedrag van instellingen, professionals en burgers wordt daarmee in hoge mate gefrustreerd. De ultieme uitdaging hier is, om te komen tot een geïntegreerde zorgverlening op wijkniveau, waarbij wetgeving en financiering faciliterend werken i.p.v. frustrerend.

### Vraag 3 van 5

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

Het verschil zal echt gemaakt moeten worden door een parallelle beleidsvoering m.b.t. structuur, gedrag en cultuur. **We herhalen:** wat heeft een burger nodig om zo goed mogelijk om te gaan met de uitdagingen op mentaal, fysiek en emotioneel vlak, zodat deze naar vermogen zinvol kan functioneren op persoonlijk, sociaal en maatschappelijk vlak. Dat zou het uitgangspunt moeten zijn. Dit vraagt om een integrale benadering en facilitering die niet begrensd wordt door de bewegingsruimte, financiering of vereisten per deelstructuur. Alleen dan is een duurzame kanteling mogelijk. Alleen dan kunnen integrale zorgverlening, gezonde leefstijl bevordering, volwaardige interactie tussen burgers en hun netwerk echt tot hun recht komen. Onderstaand wordt ingegaan op beleidsopties die in dat opzicht onderscheidend zijn.

- 1) **Accent op gezondheid en gedrag.** Zorg voor structuurruimte zodat zorg en ondersteuning naadloos op elkaar kunnen aansluiten. De ziel en de meerwaarde zal vervolgens moeten komen door het functioneren van burgers op meerdere levensdimensies (en de hulpvragen daarbij) centraal te stellen. Gezondheidsbevordering aan de ene kant, en ondersteunen van zelfredzaamheid bij het omgaan met levensuitdagingen op meerdere vlakken (model positieve gezondheid) aan de andere kant zijn de inhoudelijke kernindicatoren in deze infrastructuur. Onze ervaring is dat door het verdiepen en verhelderen van de échte behoeften, de druk op de gezondheidszorg en maatwerkvoorzieningen in het sociale domein vermindert met een direct positief effect op de wachtlijsten. Met een faciliterend systeem zal deze ontwikkeling alleen nog maar groter worden. Maar, denk ook aan de fysieke inrichting van buurten en wijken: in hoeverre zijn deze dermate ingericht dat bewegen op een natuurlijke wijze gestimuleerd wordt. Het koppelen van het sociale aan het fysieke domein kent nog grote kansen.
- 2) **Normalisatie en acceptatie.** Er wordt vaak ten onrechte uitgegaan van een harde lijn te tussen ziek – niet ziek en tussen afwijkend – niet afwijkend. Daar willen we vanaf. Er is een brede variatie waarop omgegaan kan worden met uitdagingen op verschillende levensgebieden. In plaats van het labelen in 'vaste gedragsdeviaties' en 'standaard interventies' willen we inzetten op acceptatie van, vertrouwen op en investeren in een omvangrijk menselijk oplossingsrepertoire. Deze insteek vinden wij beter passend. Ook hier is het model van Positieve Gezondheid een belangrijke pijler op weg naar een duurzame inclusieve samenleving.
- 3) **Public (mental) Health.** Een substantieel deel van de basisinfrastructuur is te bestemmen voor public mental health: burgerondersteuning, zingeving, wijkondersteuning, preventie, zelfhulpinitiatieven en inzet ervaringsdeskundigen (zelfregiecentra). Binnen de basis infrastructuur is de dynamiek dermate soepel dat, op basis van gebundelde data, makkelijk accenten gelegd kunnen worden en maatwerk gerealiseerd wordt.
- 4) **Basis zorginfrastructuur regionaal borgen in een gedeelde verantwoordelijkheid** van zorgverzekeraars, gemeenten, instellingen en burgerinitiatieven. We staan met zijn allen voor dezelfde opdracht: hoe kunnen we onze burgers gezond laten leven en laten participeren, en indien nodig van kwalitatief goede zorg voorzien die betaalbaar is. Om dit te realiseren zouden

de organisaties die de basis zorginfrastructuur kunnen realiseren, beperkt kunnen worden tot instellingen met een brede scope. Het grootste deel van het regionale budget (80%) is bestemd voor de basis infrastructuur in de wijken. De basisinfrastructuur is dekkend voor **nagenoeg alle** voorkomende vragen. Het resterende deel van het budget is te bestemmen voor verbetering en innovatie en een klein deel van het budget voor contractering van zeer exclusieve zorgvarianten.

- 5) **Gedeelde regio-regie en regioverantwoordelijkheid.** De verantwoordelijkheid voor de basiszorginfrastructuur dient via regionale besturing belegd te worden. Hierin zijn de participanten uit de wijkbasisstructuren vertegenwoordigd. Financiering, inkoop en verantwoording worden in een regiobeleid verankerd. De professionals die in deze structuren ingezet worden, werken geheel via een integrale / intersectorale benadering. Huisvesting en andere materiële middelen zijn onderwerp van regiobeleid. Hierbij is er sprake van Shared Savings: alles wat aan duurdere zorg bespaard wordt en uit vereenvoudiging van de administratieve lasten voortkomt, wordt in de burgers/buurt/wijk geïnvesteerd. Op die manier is de cirkel rond: goed gedrag van aanbieders wordt beloond door het geld dat 'overblijft' aan de voorkant (preventie) te investeren.
- 6) De basis infrastructuur wordt regionaal via een **lump sum bekostigd** of minimaal in een virtuele lump sum uitgevoerd. Er is één garantiebudget waarbij diverse organisaties en partners (uit verschillende domeinen) verantwoordelijk zijn voor het uitvoeren van de maatschappelijke opdracht die aan dit budget is gekoppeld. De aanbieders bepalen onderling hoe ze deze opdracht uitvoeren, waarbij er ruimte is om af- en op te schalen, in te zetten wat nodig is, maar ook om zorg anders te organiseren. Uitgangspunt van een integrale vorm van bekostiging is dat het professionals moet aanzetten tot het versterken van de eigen kracht van de burger. Rondom de maatschappelijke opdracht worden resultaten afgesproken, gemonitord en verantwoord. Hierdoor vervalt de verantwoording op cliëntniveau. Dit zorgt voor veel minder administratieve processen zowel bij financiers als instellingen. Onze eerste ervaringen op dit terrein zijn onverminderd positief. Dit vereist gezamenlijk opdrachtgeverschap van financiers en gelijke verantwoordingsregels.
- 7) **Geen eendagsvliesen, maar op duurzaamheid gericht.** De opbouw van regionale integrale verbanden over de diverse wetten heen is niet van vandaag op morgen gerealiseerd. Dit vraagt lef, tijd, energie, investeringen en ombuigingen. Juist om dit goed vorm te kunnen geven, zijn meerjarenafspraken van belang, zodat er een solide basis ontstaat. Zo wordt er (financiële) rust, maar ook vertrouwen gecreëerd. In de komende periode is het enerzijds noodzakelijk om verder te kijken dan de actuele problematiek op de arbeidsmarkt en de vergrijzing en anderzijds zo flexibel mogelijk ingericht te zijn om toekomstige vraagstukken het hoofd te kunnen bieden. Dat zal vooral tot uitdrukking moeten komen in doorlopende monitoring van gezondheid en maatschappelijke ontwikkelingen. **Vertrouwen** op de oplossingsvaardigheden en de integriteit van de burgers en de professionals is hier het sleutelwoord. De aanhoudende negatieve kostenbalans van het actuele control-systeem per deelaspect bewijst herhaaldelijk dat dit de toekomst niet kan zijn.
- 8) **Digitalisering / hybride inrichting.** In de basis infrastructuur is een heel pallet aan activiteiten mogelijk. Dit is een uitgebalanceerd geheel van face-to-face en digitale communicatie, inzet van voorliggend veld tot care en cure, tot inzet van gecombineerde expertise en flexibele inzet van medewerkers. Er wordt maximaal gebruik gemaakt van de mogelijkheden van digitalisering. Ook wordt gepleit voor één overkoepelend ICT platform voor gezondheid en gedrag: een goed geregeld deel van de publieke infrastructuur. Daarmee wordt een halt toegeroepen aan de zorggeld-verkwistende ICT oplossingen per wet, per sector en per instelling. De corona pandemie heeft op het vlak van digitalisering en flexibilisering belangrijke inzichten opgeleverd: het adaptief vermogen in de praktijk is groot wanneer 'de nood aan de man is'.

#### Vraag 4 van 5

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

Op Zuid Limburgs niveau is inmiddels een aantal jaren ervaring opgedaan in de integrale, domein overstijgende samenwerking. Zo is er in 2019 een coöperatie De Nieuwe GGZ opgericht (DNG). In dit DNG verband is een hechte krachtenbundeling ontstaan waarin huisartsen en POH-ers, samen met medewerkers sociaal domein vanuit gemeenten, medewerkers van GGZ instellingen én ervaringsdeskundigen, op kleinschalig niveau gezamenlijk verantwoording nemen voor passende zorg en ondersteuning in de natuurlijke leefomgeving. Tegelijkertijd opereren deze partners in aanpalende initiatieven waar eveneens de integrale componenten de boventoon voeren. Graag noemen we in dit verband ook (zonder anderen tekort te willen doen) de coöperaties STAND-BY! (gemeente Heerlen) en JenS (gemeenten Heerlen, Landgraaf, Voerendaal), waar een brede integrale gunning is versterkt aan samenwerkingsverbanden op het vlak van Wmo en Jeugdhulp. In de samenwerkingsverbanden wordt gewerkt vanuit één gedeelde doelstelling, met één opdrachtgever, één opdrachtnemer en één budget. De contouren nota in wording kan de goede wind in de zeilen zijn om tot een verdere intensivering en versnelling te komen. Ons voornemen is om op Zuid Limburg niveau de integrale samenwerkingsinitiatieven (gefaseerd) uit te bouwen tot een intersectoraal programma: proeftuin Zuid Limburg. Daarmee worden zaken als Jeugdhulp, maatschappelijke ondersteuning, behandeling, langdurige zorg aan elkaar gekoppeld. Gedragen door de kern gemeenten, de verzekeraars en de leden van de coöperatie De Nieuwe GGZ (DNG). De beleidsopties zoals uitgelicht bij deelvraag 3, vormen de ingrediënten van dit voornemen. Bestuurlijk is er draagvlak en eagerness om tot intensivering en versnelling te komen. In een programmatische opzet zullen daarin scherpe keuzes worden gemaakt wat betreft schaal en voorkeursscenario's. Evidente effecten uit de bestaande initiatieven zijn daarbij bepalend.

Op korte termijn zullen we daartoe een propositie uitwerken. We delen graag onze ervaringen met u, een doorkijk op (nu nog relatief) bescheiden schaal, om een nieuwe inrichting van zorg en ondersteuning op geleide van de individuele behoefte vorm te geven. Een kleine biotoop van een toekomst zoals wij die ook uit uw contourennota menen op te maken. Wij nodigen u daarom van harte uit voor een nadere kennismaking met onze initiatieven en zullen u in de aanloop daarnaartoe onze propositie voor regionale krachtenbundeling toekomen.

#### Vraag 5 van 5

Welke beleidsopties ontbreken er nog?

Graag benadrukken we nogmaals ons advies om een parallelle innovatie te initiëren op structuur, cultuur en gedrag. De samenhangende ingrediënten geven we resumerend weer:

- Structuur vereenvoudiging. Wet- en regelgeving en beleidsregels voor zorg en ondersteuning terug brengen naar hun kader stellende functie, waarbinnen partijen voldoende bewegingsruimte hebben om integraal maatwerk te betrachten op regionaal niveau.
- Principieel en faciliterend gelijkwaardigheid betrachten voor cultuur en gedrag, naast beleid en structuur. Wat heeft de burger nodig om zo goed mogelijk om te gaan met de uitdagingen op mentaal, fysiek en emotioneel vlak, zodat deze naar vermogen autonoom kan functioneren op individueel, sociaal en maatschappelijk vlak. De inkoop van zorg en ondersteuning baseren op de bijdrage daaraan. De verantwoording koppelen aan parameters die daaruit af te leiden zijn: zelfredzaamheid, zelfregie, gezond gedrag, participatie, etc.
- Regionale kleinschaligheid als uitgangspunt voor een basis zorg infrastructuur en daarin integrale benadering als vertrekpunt nemen voor contractering. Lump sum (of vergelijkbare) financiering en High Trust, High Penalty – beleid voor de verantwoording. Bevorderen van regionale governance met een gedeelde verantwoordelijkheid van gemeenten, verzekeraars en instellingen.

- Acceptatie van de brede variatie waarop omgegaan kan worden met uitdagingen op verschillende levensgebieden. Vertrouwen op en investeren in een breed menselijk oplossingsrepertoire.
- Een substantieel deel van de basisinfrastructuur bestemmen voor public mental health: burgerondersteuning, zingeving, wijkondersteuning, preventie, zelfhulpinitiatieven en inzet ervaringsdeskundigen (zelfregiecentra).
- Inzetten op duurzaamheid middels meerjarenafspraken inclusief investeringen voor afbouw en ombouw.
- Hybride inrichting van de praktijk als uitgangspunt. Een uitgebalanceerd geheel van face-to-face en digitale communicatie en flexibele inzet van medewerkers: interdisciplinair, intersectoraal en in netwerkverband.