

| | | | |
|-----------------------|----------------------------|--------------------|--|
| Behandeld door | E.M. van der Vorst | Datum | 26 januari 2021 |
| E-mail | e.van.der.vorst@utrecht.nl | Ons kenmerk | 8504547 |
| | | Onderwerp | Reactie consultatie Discussienota Zorg voor de Toekomst |

Met belangstelling hebben wij de lang verwachte discussienota Zorg voor de toekomst gelezen en maken graag gebruik van de gelegenheid om er in deze consultatie hierop te reageren.

Alvorens op de specifieke consultatievragen in te gaan, een algemene reactie. Wij onderschrijven de problematiek die wordt geschetst, en zijn verheugd op de erkenning van onze rol als gemeenten in het zorglandschap en het feit dat hiervoor extra middelen nodig zijn. In de discussienota zijn tal van beleidsopties genoemd die ons positief stemmen. Wij hebben echter ook wat kritische kanttekeningen. Het is in de discussienota zoals aangeboden voor consultatie voor ons nog zoeken naar wat nu de visie/ambitie is voor de zorg, Als wij het goed hebben gelezen is deze als volgt omschreven:

Het welbevinden van mensen staat écht centraal. Gezondheidszorg is integraal rondom mensen georganiseerd, zo dichtbij mogelijk. Te beginnen in de buurt/wijk en pas verder weg als dat beter is, bijvoorbeeld vanwege kwaliteit en/of doelmatigheid. We streven naar persoonsgerichte zorg die aansluit bij wat mensen nodig hebben om met een ziekte of aandoening zo goed mogelijk hun leven in te kunnen richten.

Een ambitie waar wij als college van B&W in Utrecht geheel achter staan. Wij missen daarin wel de inzet op preventie en willen er daarom graag aan toevoegen dat we ons – als samenleving – ook inzetten op het voorkomen van gezondheidsproblemen door het bevorderen van (positieve) gezondheid, bijv. naar [definitie van Institute van Positive Health](#).

Wij zien ook dat het voorkomen van problemen complex is en tijd vraagt. Er worden in de discussienota tal van knelpunten en oplossingsrichtingen genoemd. Ons wordt nu nog niet duidelijk hoe deze zich relateren aan bovenstaande ambitie, en op welke manier en in welke mate deze beleidsopties bijdragen aan het realiseren van die ambitie. Het lijkt alsof bij het formuleren van de oplossingsrichtingen niet de ambitie leidend is geweest, maar meer de huidige organisatievorm, wetten en regels. Dat, terwijl de visie en ambitie op “toekomst voor de zorg” om lef en daadkracht

vraagt in het zoeken naar oplossingsrichtingen, buiten ook het bestaande systeem en manier van organiseren. Wat ons betreft, mag het Rijk de inzet op een integrale aanpak, die wordt gevraagd aan zorgprofessionals en financiers, zelf ook meer uitstralen. Dat geldt zowel vanuit het ministerie van VWS, als voor en met de andere ministeries die nodig zijn om de ambitie in “zorg voor de toekomst” waar te maken.

In Utrecht hebben wij goede ervaringen met onze Utrechtse aanpak om met partners tot een succesvolle verandering te komen. Helpend daarbij zijn een stevige gezamenlijke ambitie en de met partijen geformuleerde leidende principes. Voor Utrecht zijn dit:

| | |
|----------------------------------|--|
| Leefwereld centraal | De inwoner/het gezin/het kind/de jongere in het dagelijkse leven vormt het uitgangspunt voor de ondersteuning en voor beleidsontwikkeling. |
| Doen wat nodig is | Maatwerk bieden in aanvulling op en in samenwerking met de inzet van het eigen netwerk. Flexibiliteit boven uniformiteit en 'productdenken'. |
| Ruimte voor professionals | Ruimte voor professionele afwegingen en beslissingen. |
| Uitgaan van mogelijkheden | Normaliseren in plaats van problematiseren. Aansluiten bij de mogelijkheden van de inwoner/gezin/kind/jongere en diens omgeving. |
| Zo nabij mogelijk | Zorg beschikbaar in de eigen buurt, maatwerk in aansluiting bij inwoner/gezin/kind/jongere en de omgeving daar omheen. |
| Eenvoud | De inhoud is leidend, niet het systeem. Een overzichtelijk en minder versnipperd zorglandschap, minder bureaucratie. |

Meer hierover in ons [e-magazine](#).

Het principe van leidende principes wordt niet alleen in Utrecht gehanteerd. In het RIVM- rapport '[Regio's in beweging naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem – landelijke monitor proeftuinen – reflectie op 5 jaar proeftuinen](#)' (2018) wordt aangegeven dat het werken met leidende principes bewezen succesvol is.

Wat ons betreft is het nodig om gezamenlijk met belanghebbenden de visie/ambitie te formuleren. Om vervolgens samen die focus te bekrachtigen, en daarbij de leidende principes vast te stellen. Waarna samen een aanpak wordt ontwikkeld. Bij dit ontwikkelen is belangrijk om elkaar de ruimte te gunnen om (ook met elkaar) te leren.

Onze reactie op de vragen:

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

Ja, het geheel geeft een goede analyse van waar de komende jaren verandering op nodig is. Tegelijkertijd wekt de thematische indeling de indruk, dat deze thema's ook programmatisch aangepakt kunnen worden met de diverse aangegeven beleidsopties. In onze beleving is dat nu net en nadrukkelijk niet meer mogelijk. Het geheel is niet meer ingewikkeld maar complex. De onderlinge samenhang en afhankelijkheden in beleidsopties zijn groot. Te groot om met een programmatische aanpak verder te komen. Het proces vraagt ook een cultuurverandering (zowel bij de inwoners als bij de professionals/organisaties/overheid). Dat kost ook tijd omdat het alleen kan slagen als iedere partner/stakeholder serieus mee kan praten/doen. Zeker als er meer verwacht wordt van zelfhulp, informele hulp en leefstijl. Mensen moeten ook aan kunnen geven wat zij nodig hebben om hun bijdrage te kunnen leveren aan gezondheid en zorg. De toekomst van de zorg raakt iedereen in dit land. Het vraagt ook iets van iedereen. Daarom is het van belang

om het eigenaarschap zo breed mogelijk in de samenleving te beleggen. Laat mensen meebepalen hoe we het gaan organiseren en nodig hen uit om verantwoordelijkheid te nemen. Iedereen is nodig om een steentje bij te dragen, op wat voor manier dan ook.

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

Ja, we herkennen de knelpunten die worden genoemd, en er missen ook nog belangrijke knelpunten. Ons belangrijkste opmerking richt zich op het feit dat het hele rapport in onze ogen te veel verkokerd binnen de thema's en binnen het bestaande systeem kijkt. We pleiten ervoor om meer vanuit een helicopterview, naar het systeem als geheel te kijken. Om zo nogmaals te analyseren waar het schuurt en ook waar het juist goed gaat.

Vanuit die blik vallen een aantal knelpunten op.

- De verschillende wetten sluiten niet op elkaar aan, noch qua intentie, noch qua inhoud. Als de hiervoor genoemde visie/ambitie het uitgangspunt is, moet die visie meer in wet- en regelgeving centraal staan. Omdat de verschillende wetten nu niet op elkaar aansluiten ontstaan leemtes en onduidelijkheden. Gevolg is dat partijen (zowel in de zorgverlening als in de financiering) naar elkaar wijzen om die leemtes op te lossen. Geen van die partijen is bij machte het onderliggende probleem voor de burger (!) op te lossen.
- Als meer integraal gewerkt moet worden, dan vraagt dat "bruggen" tussen de systemen. Verbindingen in de praktijk, in contact tussen professionals werkzaam in de diverse domeinen, én in wettelijke, juridische en financiële zin, 'systemen' en institutie die op elkaar aansluiten.
- Vanuit de verschillende wetten zijn er veel instanties/organisaties aan de opdrachtgeverskant en toezichthoudende kant (rijk, regio, gemeente, GGD, zorgkantoor, zorgverzekeraar, inspectie, ZIN, NZa). Als 'oplossing' voor betere samenwerking/afstemming wordt voorgesteld dit vast te leggen in de verschillende wetten. Voor ons is het maar zeer de vraag of dit de goede weg is.
- In de nota specifieke aandacht voor de Jeugd: we zien daarbij het knelpunt in de toegang van de Wlz. Soms is evident dat kinderen, ook jonge kinderen, zeer langdurig, vaak levenslang, intensieve zorg nodig zullen hebben. De Wlz regelt dit soort zorg. Toch wordt een aan vraag voor de Wlz voor deze kinderen vaak afgewezen omdat niet volledig kan worden uitgesloten dat er op enig moment nog progressie zal zijn voor het kind. De praktijk is echter dat het kind op latere leeftijd alsnog wordt toegelaten tot de Wlz. Als er al progressie is, dan nog blijft er sprake van langdurige, intensieve zorgbehoefte. Tot de Wlz toekenning zijn deze ouders en kinderen jarenlang aangewezen op jeugdhulp. Zij moeten keer op keer opnieuw uitleggen dat hun kind hulp behoeft, en afwachten welke hulp, van welke aanbieder, voor hoe lang toegekend zal worden. Dit doet geen recht aan de langdurigheid en intensiteit van de hulpvraag, en leidt steeds weer tot onzekerheid en stress bij ouders. Onnodig, omdat er op latere leeftijd alsnog Wlz wordt toegekend. De Wlz zou daarom meer ruimere toelatingsmogelijkheden voor (jonge) kinderen moeten hebben, zodat ouders de rust, duidelijkheid en erkenning krijgen die recht doet aan de hulpvraag van hun kind.
- Daarnaast zou ook van uit preventie gezien meer aandacht moeten zijn voor jeugd, en bijvoorbeeld het doorbreken van intergenerationele patronen.
- Inzet op preventie lijkt de oplossing te zijn om kosten te beheersen, maar ervaring leert dat preventie niet vanzelfsprekend leidt tot een vermindering van uitgaven binnen dat domein. Dit blijkt ook uit het onlangs verschenen AEF-rapport over de tekorten op jeugdhulp. Dat uitgaven niet dalen, maakt inzet op preventie niet verkeerd. De inzet kan namelijk wel leiden tot meer levensgeluk van cliënten, en kan leiden tot besparing op andere domeinen. En het kan wel

even duren voordat financieel effect zichtbaar is. Dit vraagt om zorgvuldigheid bij het incalculeren van de besparingen.

- Digitalisering en e-health zijn ook veelbelovende instrumenten om de zorg voor de toekomst beheersbaar te maken. Echter als samenleving weten we de mogelijkheden digitalisering en e-health van nog niet om te zetten in de reguliere zorg en ondersteuning. Digitaliseren en e-health wordt nu gezien als innovatie, iets nieuws of aanvullends terwijl het naar onze mening meer mainstream moet zijn. Zolang hier geen uitgesproken ambitie of visie op komt zal digitaliseren en e-health, als "iets naast het bestaande" blijven. We zouden ernaar moeten streven naar integratie van digitalisering en e-health in het bestaande of misschien wel ter vervanging van. Ook hierbij geldt onze wens dat niet verkokerd op te pakken. Technische mogelijkheden dienen te worden gebruikt door verschillende soorten professionals bij dezelfde cliënt/patiënt. Vraag is wie neemt hierin de regie.
- Door de decentralisaties zijn gemeenten meer leidend geworden in zorg en ondersteuning. In onze ervaring wordt deze leidende rol nog niet altijd breed (h)erkend, en ook niet altijd en overall waargemaakt. Als Utrecht trekken we graag met de regiogemeenten, met onze partners in de regio én Rijk op verder te bouwen aan de zorg voor de toekomst. Samen de knelpunten nog scherper in beeld krijgen, concreter maken en zoeken naar passende oplossingen. Soms zal maatwerk zijn die past binnen de huidige regels, soms ook niet. Wij zien uit naar zo'n verdere samenwerking, die strategisch doel, visie en missie verbindt aan operationele werkelijkheid van alle dag.

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

De beleidsopties zijn nogal divers van aard, en in onze ogen ook van elkaar afhankelijk. De ene optie is juist een middel om het andere te bereiken. In zijn algemeenheid denken we dat opties die meer ruimte bieden om resultaten te halen effectiever zijn. Wij hebben daarom ook wat moeite met maatregelen als indicatoren, onafhankelijke bemiddelaar, wettelijke verankering van taken en vastleggen van kwaliteitsnormen. De volgende beleidsopties leveren volgens ons een belangrijke bijdrage aan de houdbaarheid van het stelsel, waarbij wij wel kanttekeningen om er wat meer scherpte in te krijgen.

- Regionale aanpak voor de uitvoering en financiering van preventieactiviteiten: het is goed om bij die problemen van de mensen in de wijken te beginnen. De aanpak van de achterliggende oorzaken van gezondheidsproblemen is een essentieel onderdeel van de aanpak van gezondheidsproblemen en van het voorkomen daarvan. De praktische uitvoering van dergelijk preventief beleid is regionaal en lokaal maatwerk. In de regionale aanpak moet ruimte zijn voor gemeenten. Gemeenten vullen immers zelf hun gezondheidsbeleid in. Gemeenten, GGD en regio zijn samen primair aan zet in het borgen van rollen en taken, passend bij hun context en deze verschillen per regio. Idealiter stimuleert en faciliteert het Rijk de regio en gemeenten ook om dit regionale maatwerk toe te passen. De juiste afspraken te maken die passen bij de regionale context en de achterliggende oorzaken van die gezondheidsproblemen aan te pakken. De juiste verantwoordelijkheden bij de juiste partij, om de juiste zorg, incl. preventie (!) op de juiste plek te leveren. Concreet denken we dan bijvoorbeeld ook aan regionale aanpak op kansrijke start en de ruimtelijke inrichting van de regio.

Aansluiting bij onze leidende principes: leefwereld centraal, doen wat nodig is en zo nabij mogelijk

- Domeinoverstijgende samenwerking een duurzame basis geven:
Het is van groot belang om dit snel concreet te maken, omdat wij er in de praktijk nu tegen aanlopen dat professionals, specifiek nu in de GGZ-zorg, een werkwijze met elkaar hebben ontwikkeld, maar dat regelgeving en financiering een grote hindernis is om dit in de praktijk te brengen,
Aansluiting bij onze leidende principes: doen wat nodig is, ruimte voor professional, zo nabij mogelijk en eenvoudig.
- Het herpositioneren van de ouderenzorg binnen de Zvw:
De bedoeling hierbij is dat alle medische en verpleegkundige zorg voor ouderen naar de Zvw wordt overgeheveld. Het is goed om daarbij te kijken naar mogelijkheden om de huidige coördinatieproblemen te verminderen, want er zijn veel grensgebieden die in de praktijk problemen oproepen, juist in de zorg voor ouderen. Dit voorstel ziet echter alleen op problemen/verkeerde prikkels tussen de Zvw en de Wlz. Voor gemeenten blijven daarmee uitdagingen bestaan die voortkomen uit de grensvlakken tussen de Wmo en de Zvw/Wlz. Nog beter is daarom integraal te kijken naar het geheel van Wmo, Zvw en Wlz voor de zorg en ondersteuning voor ouderen. De oplossing zit wellicht deels in het verschuiven van verantwoordelijkheden, maar vooral in het organiseren van meer flexibiliteit rondom ouderen, zodat professionals in de wijk gezamenlijk kunnen doen wat nodig is. Elke nieuwe grens levert nieuwe grensvlakproblemen op en organisaties en professionals moeten vooral de ruimte hebben om daar in de praktijk goede oplossingen voor te vinden.
Aansluiting bij onze leidende principes: leefwereld centraal, ruimte voor professionals, doen wat nodig is, zo nabij mogelijk en streven naar eenvoudig.
- Richting bekostiging van populaties
We zien zeker op het niveau van specifieke doelgroepen de bekostiging van populaties als veelbelovend middel om domein overstijgend en integraal te doen wat nodig is voor de specifieke populatie. Om dit echt succesvol te laten zijn moet deze bekostiging niet als doel, maar als instrument worden gezien, en is de optie van representatie van zorgverzekeraars daarbij wel een belangrijke randvoorwaarde.
Aansluiting bij onze leidende principes: ruimte voor professionals, doen wat nodig is en streven naar eenvoudig
- Contractering op basis van shared savings
Wij kunnen ons goed voorstellen dat dit een juiste prikkel is om de beweging te maken van behandeling naar preventie, van ziektegericht naar voorkomen van gezondheidsproblemen en daarmee een doorbraak kan bewerkstelligen op de huidige belangen en verkeerde prikkels. Kies daarbij voor plekken waar de problemen het grootst zijn. Vanuit een meer integrale benadering, over domeinen heen, zou het een onderdeel kunnen worden van de hiervoor genoemde bekostiging van populaties. *Aansluiting bij onze leidende principes: ruimte voor professionals, doen wat nodig is, zo nabij mogelijk en streven naar eenvoudig*
- Waarborgen van systeemfuncties via representatie
Een belangrijke, en eigenlijk ook essentiële, randvoorwaarde om regionaal/lokaal tot een integrale aanbod en aanpak te komen van gezondheidsproblemen. We denken daarbij niet alleen aan de acute zorg, maar juist ook om de basiszorg in de wijk gericht op de specifieke problematiek in de wijk.
Aansluiting bij onze leidende principes: streven naar eenvoudig, ruimte voor professionals, doen wat nodig is en zo nabij mogelijk.

- Aanvullende middelen voor gemeenten
Met deze optie zien wij erkenning voor de grote opgaven en uitdagingen voor gemeenten. Om de taken en verantwoordelijkheden te kunnen uitvoeren, en daarbij met partijen in de stad/regio te werken aan de centrale ambitie van persoonsgerichte zorg die aansluit bij wat mensen nodig hebben en ons daarbij te richten op voorkomen van gezondheidsproblemen, is meer financiële ruimte voor gemeenten essentieel. Daarbij hebben wij ook oog voor het feit dat niet elke gemeente dat voor zich kan en zal realiseren. Wij zien daarom wel een taak voor centrumgemeenten om de regiogemeenten daarbij te faciliteren en ondersteunen.
Aansluiting bij onze leidende principes: doen wat nodig is en zo nabij mogelijk

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

Deels hebben wij deze vraag al beantwoord bij de verschillende opties onder 3. In het algemeen merken wij op dat het lijkt alsof bij het formuleren van de oplossingsrichtingen niet de ambitie leidend is geweest, maar de huidige organisatievorm, wetten en regels. Terwijl de ambitie vraagt om lef, leiderschap en daadkracht om te zoeken naar andere oplossingsrichtingen. En zoals eerder in deze reactie aangegeven ook vanuit het Rijk een integrale blik aan aanpak vanuit de verschillende departementen en directies.

Daarbij ontbreekt heldere aanpak voor het maatschappelijk debat en organiseren van maatschappelijke betrokkenheid in dit traject. Dat moet een veel prominentere plek krijgen in het hele traject. Niet alleen met de mogelijkheid voor een digitale reactie, maar juist door in het land het goede gesprek te voeren met inwoners, ervaringsdeskundigen en uitvoerend professionals. Ook experts en dwarsdenkers of onorthodoxe partners kunnen een waardevolle bijdrage leveren. Voer deze gesprekken vanuit de bedoeling en de waarde die de zorg toevoegt aan de levens van mensen. Gemeenten kunnen helpen bij het organiseren van deze gesprekken.

Ook gaat het om een oplossingen en trajecten die een lange termijn vragen, dit moet zich ook vertalen in meerjarenbeleid, en vervolgens in meerjarige afspraken/contracten tussen Rijk en financiers en tussen financiers en aanbieders.

Dan zouden wij de volgende opties, nog specifiekere willen zien:

- Beter benutten van ervaringsdeskundigheid patiënten en cliënten wordt nu omschreven als een stevigere positionering van patiënten- en cliëntorganisaties. Dit is zeker belangrijk, maar wij zouden ook meer ruimte willen zien voor de inzet van ervaringsdeskundigen in de zorg en ondersteuning zelf, bijvoorbeeld door peersupport.
- Regiobeelden zijn geen doel op zich, maar moeten ondersteunen om te bepalen wat je in de praktijk wil bereiken. De ervaring is dat het anders te algemeen blijft om tot acties en afspraken te komen. Daar helpen algemene verplichtingen en richtlijnen niet bij. Ook zouden de regiobeelden gekoppeld kunnen worden aan de arbeidsmarktinitiatieven als de Regionale Mobiliteitsteams, Transferpunten Zorg en initiatieven gericht op regionaal werkgeverschap.
- Hetzelfde geldt voor een eenduidige regio-indeling. Ook dit moet geen doel op zich zijn. Beter is om per gezamenlijke opgave te bepalen welk daarbij nodig is en welke schaal hierbij helpend is.
- Voor bevorderen van gezondheid is het belangrijk is in te zetten op versterken van de eigen regie van mensen. Daar zijn wij het mee eens, maar wijzen daarbij ook op het SCP rapport 'Sociaal domein op koers?' waarin wordt aangegeven dat het niet voor iedereen mogelijk is om (meer) beroep te doen op de eigen kracht of het eigen netwerk, bijvoorbeeld omdat er sprake is van een psychische of psychiatrische aandoening hebben.

- Deze zelfde nuance hebben wij bij de optie om mantelzorg en zelfhulp meer te faciliteren. Daarbij wordt veel verwacht van het vergroten van het potentieel van informele zorg. Daar is een waarschuwing op zijn plaats. We moeten allereerst realistisch zijn over de omvang van dit potentieel. Het SCP en PBL stelden in 2019 al vast dat tot 2040 de behoefte aan mantelzorg sterk zal stijgen, terwijl het aantal potentiële mantelzorgers zal afnemen. Daarnaast zien we regelmatig de negatieve effecten van het grote beroep dat op mantelzorgers wordt gedaan: ze lopen zichzelf voorbij, met crisisopnamen en toename van de eigen zorgvraag als gevolg. In het gesprek over mantelzorg moeten we realistisch zijn over wat mensen voor hun naasten kunnen doen en wanneer het tijd is professionele zorg in te schakelen. Mantelzorg is geen vervanging van professionele zorg en inzet op mantelzorg kan niet leiden tot bezuiniging op professionele zorg. Aandacht voor mantelzorg moet gericht zijn op betere afstemming tussen de formele en informele zorg, zodat het elkaar kan versterken. Hoe kan mantelzorg worden ingezet, zonder dat dit ten koste gaat van de mantelzorgers zelf?

5. Welke beleidsopties ontbreken er nog?

Voor de volgende beleidsopties zouden wij meer aandacht willen zien:

- Inzet op terugdringen gezondheidsachterstanden, waarbij:
 - gemeenten in hun kracht worden gezet, want zij kennen de context, zij weten waar de tunneltjes zijn om gezondheidsachterstanden terug te dringen.
 - behouden wordt wat er is opgebouwd met GIDS, dat heeft een heel mooie impuls gegeven aan deze beweging.
 - dit landelijk ondersteund wordt met maatregelen, voorbeeld snickers die goedkoper zijn dan gezonde producten. Gelijke kansen in gezondheid moeten ook in stevig beleid zijn verankerd.
- Aandacht voor de gezonde leefomgeving. De koppeling tussen fysieke ruimte en gezondheid is van cruciaal belang voor maatschappelijke vraagstukken. Dat geldt ook voor het (of een) achterliggend vraagstuk in “zorg voor de toekomst”: het verkleinen van gezondheidsverschillen. “Met ruimtelijke keuzes en beleid zijn condities te creëren die de gelijke kansen op gezondheid vergroten”, aldus, het College van Rijksadviseurs in [De noodzaak van tuinieren | Publicatie | College van Rijksadviseurs](#) . Dit advies richt zich op beleidsmaatregelen voor het Rijk, specifiek: de ministeries van BZK, EZK, IenW en OCW. Het lijkt ons dat ministerie VWS daarin niet mag ontbreken. En visa versa: dat het ministerie van VWS hiervoor de verbinding legt in “Zorg voor de Toekomst”.
- Bij vernieuwing en werkplezier missen wij aandacht voor het op positieve wijze enthousiasmeren en stimuleren van de attitude, bewustwording en innovatievermogen van zorgverleners, managers en bestuurders. Beleidsmakers zijn het er wel over eens dat de zorg anders moet, maar in de zorg zelf moet deze omslag veelal nog worden gemaakt. De attitude is – vanuit individuele belangen begrijpelijk - veelal conservatief (paternalistisch) en gericht op de eigen discipline of organisatie en terwijl er een hele slag gemaakt moet worden naar integrale, multidisciplinaire, persoonsgerichte, innovatieve zorgnetwerken met nieuwe, ondersteunende functies in de wijk op niveau (1,) 2 en 3. Denk aan:
 - dialoog aan gaan over de noodzaak van gewenste innovatie (bewustwording).
 - aandacht voor zorginnovatie tijdens de opleiding
 - zorginnovatie (financieel) belonen
 - meer ruimte voor pilots
 - meer focus en training op innovatieve skills zoals samenwerken, servicegerichtheid.

Burgemeester en Wethouders

Datum **26 januari 2021**
Ons kenmerk 8504547

- Aandacht voor de regionale samenwerking tussen opleidingen en het zorgveld gericht op o.a. modulair, innovatief en kort cyclisch onderwijs. Ook tussen zorgaanbieders en het onderwijs mogen de nodige schotten weggenomen worden.

Wij hopen met deze reactie op de discussienota Zorg voor de Toekomst een bijdrage te leveren voor de uitwerking van de Contourennota, of wellicht al in het regeerakkoord voor het nieuwe kabinet. Vanzelfsprekend zijn wij bereid om deze reactie verder toe te lichten.

Met vriendelijke groet,
Burgemeester en wethouders van Utrecht,

de secretaris,

de burgemeester,