



FNV Zorg & Welzijn en FNV Senioren bieden u een gezamenlijke reactie aan. FNV Zorg & Welzijn vertegenwoordigt de belangen van werknemers in de zorg en welzijn, die ook soms cliënt zijn. FNV Senioren vertegenwoordigt de belangen van gepensioneerde leden, met name als cliënt en gebruiker van zorg en welzijnsvoorzieningen.

In onze reactie houden wij de volgorde aan van de hoofdstukken van de discussienota.

Nederland gezond en Wel

We hebben in Nederland een goede gezondheidszorg. Deze gezondheidszorg staat wel onder druk en het kraakt en piept steeds meer. In de visie van FNV zijn voor een goede gezondheidszorg de volgende doelstellingen van belang;

- Iedereen heeft toegang tot goede zorg en goede welzijnsvoorzieningen.
- Werkenden in zorg en welzijn krijgen ruimte voor hun vakmanschap en professionaliteit en kunnen hun werk tegen goede arbeidsvoorwaarden en veilig doen. Permanente ontwikkeling en opleiding zijn vanzelfsprekend.
- Zorguitgaven mogen en hoeven andere collectieve voorzieningen niet weg te drukken of een te groot deel van het besteedbaar inkomen van mensen opeisen.

Deze doelstellingen wegen even zwaar. De doelstelling betaalbaarheid mag de toegang of het belang van werkenden niet verminderen.

Dit betekent voor de komende jaren een grote opgave voor de houdbaarheid van de zorg in Nederland. Daarin heeft iedere beslisser, opdrachtgever, financier of aanbieder zijn eigen verantwoordelijkheid op zijn eigen niveau. Het kiezen voor een oplossing op 1 niveau is alleen verschuiven van de problematiek. Dit was al duidelijk toen de verantwoordelijkheid op het nationale niveau lag. De regering heeft daarna gekozen om de verantwoordelijkheid voor de zorg op lokaal niveau neer te leggen. Dit blijkt nu ook niet te werken. En in deze discussienota wordt voorgesteld om de verantwoordelijkheid in de regio neer te leggen.

Wij missen samenhang en overzicht. Een voorbeeld: Op bladzijde 10 staat dat Nederland in vergelijking tot andere EU-landen relatief veel aan langdurige zorg besteedt, terwijl de vergrijzing nog grotendeels komt. Bij deze vergelijking missen wij de context. Wat zijn oorzaken, gevolgen, samenhang met andere aspecten zoals demografie. Waarom geven wij meer uit?

Een ander voorbeeld uit paragraaf 3.2. De beroepsbevolking groeit nauwelijks. Dit probleem speelt ook in andere Europese landen. Waar andere landen zoals Duitsland een oplossing zoeken door opgeleide zorgmedewerkers uit bijvoorbeeld omliggende landen te werven, wordt dit punt niet genoemd in deze nota. Voor de goede orde: wij nemen hierin geen standpunt in maar signaleren dat het als mogelijke oplossing ontbreekt.

Mogelijke oplossing:

Definieer zorg op verschillende niveaus. Bijvoorbeeld een driedeling hoog, midden, laag. Voor elk niveau kunnen scenario's worden ontwikkeld waarbij wordt vastgesteld wat nodig is aan mensen, middelen (zowel materieel als immaterieel) wat kansen en bedreigingen zijn. Daarbij dient dan ook in beeld te komen, de beschikbare middelen en herschikking daarvan, nodige veranderingen van



wet- en regelgeving, verandering van besluitvormingsniveau, benodigde organisatieveranderingen en cultuurveranderingen. Daarbij hoort ook de input die geleverd wordt in zorg en welzijn door mantelzorgers, vrijwilligers, organisaties van cliënten, patiënten. De betrokkenheid en medezeggenschap van deze partijen moet in beeld worden gebracht en benut. Er kan gebruik worden gemaakt van cliëntprofielen en daaraan gekoppelde zorg. Vervolgens kan een onderscheid worden gemaakt in tempo van veranderingen en consequenties daarvan.

Idealiter ontstaan dan heldere toekomstscenario's waar allerlei stakeholders zich in herkennen en die ook zoveel mogelijk door hen gedragen worden. En waardoor heldere (politieke) keuzes mogelijk zijn. Het gekozen model kan voortdurend geëvalueerd en bijgesteld worden.

Juiste zorg op de juiste plaats

Een terecht uitgangspunt, waarbij wat ons betreft wordt gevoegd het uitgangspunt **Gelijke zorg voor iedereen**. De tendens van toenemende gezondheidsverschillen en verschillen in levensverwachting als gevolg van sociaaleconomische status moet teruggedrongen worden. Deze verschillen zijn onaanvaardbaar.

Coördinatie

Bijna kwart van de volwassenen heeft een probleem met regie en coördinatie en met het vinden van de juiste zorg. Betere regie en coördinatie is nodig, maar wat houdt dat in? Help cliënten de weg te vinden, die dat zelf moeilijk kunnen.

Preventie en Gezondheid

Krachtiger inzet op het voorkomen van zorg

Aan de beleidsopties in par 2.2 ten aanzien van een krachtiger inzet op het voorkomen van zorg willen wij u wijzen op de meta-analyse businesscases sociaal werk uitgevoerd door SEOR, in opdracht van Sociaal Werk Werkt!, waaruit blijkt dat sociaal werk direct en indirect bijdraagt aan vermindering van zorggebruik, een gezonder en productiever arbeidsaanbod, en een betere kwaliteit van leven. Op basis van de uitkomsten in dit rapport zijn er voldoende indicaties dat sociaal werk, uitgedrukt in euro's, maatschappelijk rendabel is en dus meer oplevert dan het kost. Dit sluit ook aan bij de beleidsoptie voor een krachtige sociale basis en een integrale aanpak van sociale problematiek en de bijdrage die de inzet op preventie en gezondheid kan leveren aan de betaalbaarheid van de zorg, doordat (zwaardere) zorg voorkomen wordt en doordat een betere gezondheid van mensen buiten de zorg tot economische voordelen leidt.

Preventie van gezondheidsklachten vergt een brede interdepartementale aanpak. Preventie is misschien nog wel het meest gediend met minder sociaaleconomische ongelijkheid. Preventie veronderstelt aandacht voor een gezonde leef- en werkomgeving. Daarna volgt het beleid om ongezonde leefgewoonten tegen te gaan en komen de vaccinatie- en screeningsprogramma's in beeld. De zuigelingen- en schoolarts, het welzijnswerk en de jeugdzorg voorkomen veel gezondheidsproblemen. Maar preventie moet ook gekoppeld zijn aan de curatieve zorg en de



langdurige zorg. Er gebeurt veel, en vaak met succes, door een scala aan organisaties en hulpverleners.

Ook is een versterkte inzet op duurzame inzetbaarheid nodig. Immers de levensverwachting stijgt de komende jaren verder en er zullen meer mensen met een chronische ziekte zijn zoals vastgesteld in SER-advies over chronisch zieke werkenden. Ook door de verhoging van de pensioengerechtigde leeftijd, waarbij rekening moet worden gehouden met verschillen in belastbaarheid tussen beroepen, neemt de noodzaak dat werknemers het fysieke en mentale vermogen hebben om actief te kunnen blijven alleen maar toe.

Voorkomen overvragen van jeugdhulp- en zorg

Gesteld wordt dat de regie van de gemeente belangrijk blijft om te zorgen dat jeugdhulp- en zorg niet wordt overvraagd en de ondersteuning die eigenlijk binnen de basisondersteuning van scholen valt, te snel wordt doorgeschoven naar de jeugdhulp- en zorg.

Wij vinden dat gebleken is dat de gemeenten de regierol in de jeugdhulp- en zorg niet aankan. Zoals eerder betoogd zouden zij enkel een rol moeten hebben bij de toegang. Zo krijgen gemeenten de ruimte om op basis van hulpvraag voor hun burgers te zorgen, zonder de dubbele taak tegelijk budget gestuurde keuzes te moeten maken. Beleg de betaling rechtstreeks bij het Rijk. Haal tevens de politieke overwegingen weg uit de jeugdzorg. Vervang deze 2 door bedrijfsvoering binnen een stichting. Daarmee schrappen we heel veel administratie. Geef alle hulpverleners een plek en haal de organisatiebelangen bij hen weg door geen organisaties meer te selecteren. Iedere hulpverlener met zijn/ haar expertise en persoonlijkheid is nodig. De hulpvraag van het gezin bepaalt, samen met de expertise van jeugdzorgwerkers en reguliere bedrijfsvoering, welke hulpvorm en welke persoon ingezet wordt voor hoelang. De hulpverlening werkt dicht bij het gezin in vrije samenwerking met andere expertise waarbij zonder concurrentie van elkaar geleerd wordt. In een platte werkorganisatie. Dit voorkomt te hoge regeldruk en gebrekkige gegevensuitwisseling.

Preventie voor ouderen

Een vijfde van de ziektelast is gerelateerd aan ongezond gedrag en ongezonde leefstijl, wat vermijdbaar is. Wij onderschrijven dat er veel meer gedaan moet worden aan preventie zeker ook voor ouderen. Daar is sprake van specifieke problemen denk aan het toenemende aantal dodelijke ongevallen met scootmobiel. De problematiek is niet meegenomen in het Nationaal Preventieakkoord. In een brede interdepartementale aanpak zou er specifiek aandacht moeten komen voor deze groep.

Bekostiging

Geïndiceerd wordt dat zorg teveel productieprikkel kent, zorg is een verdienmodel. Er is een sterk financieel belang om meer behandelingen uit te voeren. Als nieuw doel wordt genoemd om de bekostiging te baseren op de waarde die zorg toevoegt voor mensen en dát doen wat het meest effectief is in aanvulling op wat mensen en hun omgeving zelf kunnen.



Dit kunnen we onderschrijven en daarbij vinden we dat ingezette middelen geoormerkt moeten worden, zodat middelen voor preventie ook alleen naar preventieve taken gaan. Bijvoorbeeld de middelen die gemeenten ontvangen voor preventieprogramma's.

Mantelzorg en zelfhulp

Op bladzijde 15 wordt genoemd 'Faciliteren van mantelzorg en zelfhulp' Wij zijn het er zeer meer eens dat hier meer gedaan moet worden. Respijtzorg zal hier een belangrijk onderdeel van zijn, maar daar zal dan ook voldoende capaciteit voor moeten zijn.

Op blz. 16 wordt genoemd: Een krachtige sociale basis en integrale aanpak van sociale problematiek. En dit vergt een goede, passende woning. Wij willen hieraan toevoegen een gezonde woning. Er zijn nog te veel woningen die dat predicaat niet verdienen. Onze vraag is hoe dit zich verhoudt met het nijpende tekort aan bouwplannen en te weinig bouwen c.q. renoveren.

Er wordt gesteld dat 'ouderen vallen net als iedereen' Dit is niet juist, ze vallen meer (zie www.zorgvoorbeter.nl)

Blz. 17: Hier wordt genoemd als denkbare beleidsopties: het sturen op een kernindicator voor gezondheid zou onderdeel van belangrijke economische kernindicatoren moeten zijn: meer gezondheid leidt tot grote maatschappelijke baten. Wij zijn het hier zeer mee eens. Zo kan ook zichtbaar worden wat investeringen in gezondheid opleveren in plaats van dat het als kosten wordt gezien en zullen ook andere partijen, bijvoorbeeld werkgevers, bereid zijn hierin te investeren.

Een goede gezondheid leidt tot minder verzuim. Dat is van belang bij beroepsgroepen in de zorg, waar al krapte is. Besparingen kunnen weer ingezet worden in investeringen.

Organisatie en Regie

Verkeerde prikkels en schotten tussen verschillende zorgsoorten

Wij pleiten voor een vergaande ontschotting van organisaties en verschillende expertise. Voor de jeugdzorg hebben wij in kaart gebracht hoe dat er organisatorisch uit zou kunnen zien. In ons plan krijgt de gemeente (al dan niet samenwerkende gemeenten), artsen en de rechtbank de verantwoordelijkheid om de toegang naar de juiste zorg te regelen. Deze toegang is leeftijd en problematiek overstijgend en behelst voldoende benodigde en stevige expertise. Denk hierbij ook aan het toevoegen van onderwijs, opvang en politie/justitie. De hele context van het gezin wordt hierbij vanuit verschillende expertise bekeken.

Na een stevige triage kan dit team op basis van een 'afbakening Jeugdzorg' een kind en/ of gezin doorverwijzen naar de jeugdzorg. Dit team kan ook doorverwijzen naar WMO of elders. De gemeente gaat dus niet meer over de uitvoering van de zorg en ook niet meer over de inkoop, de controle en de administratie. Dat wil zeggen dat de gemeente enkel als taak heeft dat haar inwoner de zorg krijgt die nodig is op basis van een afgebakende meetlat wanneer er doorverwezen kan worden.



Door medewerkers in dienst te laten komen bij twee stichtingen, Stichting Jeugdzorg en Stichting Jeugdbescherming, die verantwoordelijk zijn voor het hele proces (met uitzondering van de toegang), verdwijnen de schotten tussen de organisaties en ontstaat er een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor cliënten. Dit zorgt voor meer vrije samenwerking en kennisdeling tussen de hulpverleners, omdat er ook geen organisatiebelangen meer meewegen. Hulpverleners maken zich los van instituties en binden zich aan vakmanschap. Daarnaast stoppen zo ook de administratiestromen tussen organisaties, want dossiers bewegen met het kind mee naar de passende expertise en passende hulpvorm binnen dezelfde stichting. Op deze manier kunnen medewerkers en cliënten zich vrijer bewegen tussen teams en nodige expertise. Bijkomend voordeel is dat bij reorganisaties niet meer hoeft te worden geschoven met jeugdzorgwerkers tussen organisaties. Op deze manier keert de rust terug in de sector en wordt het aantrekkelijker om in de sector te komen werken en te blijven.

Wij zijn het eens met de stelling op blz. 21 dat de complexiteit van de wijze waarop we zorg hebben georganiseerd niet ertoe mag leiden dat mensen niet de hulp krijgen die ze nodig hebben.

Gesignaleerd wordt dat verantwoordelijkheden in hoge mate decentraal zijn belegd en dat organisaties in hoge mate autonoom zijn. Negatieve gevolgen zijn bijvoorbeeld dat de transfer vanuit ziekenhuis naar volgende zorgaanbieder niet goed verloopt. Zeker voor ouderen is dit een groot probleem. Een te lang verblijf in het ziekenhuis kost veel geld. Wij bepleiten een grote en snelle inzet om allerlei tussenvormen tussen het ziekenhuis en verpleeghuis te scheppen, die ook kunnen dienen om respijtzorg te leveren. Bij de bouw of renovatie van ziekenhuizen zou dit meegenomen kunnen worden. Dit moet ook in de financiering mee worden genomen. En betrokken organisaties ook af te rekenen op goede transfermogelijkheden.

Belangrijke knelpunten

Wij zijn het eens met de uitgangspunten, bij de maatregelen hoort ook het (voor een deel) terugdraaien van de decentralisatie. In hoofdstuk Organisatie en Regie worden voorstellen genoemd. Deze voorstellen vergen nieuwe overleg- en organisatievormen op regionaal niveau. Zoals al wordt aangegeven zal deze transformatie tijd kosten en geld, terwijl 'nu al vrijwel iedereen belemmeringen ervaart' Dit is verder niet toegelicht. Wij verwachten dat deze belemmeringen met voorrang worden opgelost, dan wel dat er knopen worden doorgelicht. Niet alle partijen zullen altijd tevreden zijn. En dit moet gebeuren voordat er nieuwe regionale constructies worden ingevoerd. Die weer tijd en inzet gaan vergen. Dat moet worden voorkomen.

Noodzakelijke veranderingen vragen om goede afspraken tussen zorginkopers en zorgaanbieders. Samenwerking in de regio is van belang en gaat gepaard met een goede analyse van aanbod, schaarste, oplossing en opgaven en uitdagingen. Wij vragen ons af of dit een oplossing biedt voor grote regionale problemen waar een grotere dan gemiddelde vergrijzing gepaard gaat met een grotere dan gemiddelde krapte op de arbeidsmarkt.

Wij missen een toelichting op de minimumeisen voor burgerparticipatie. Voor FNV moet in de minimumeisen worden opgenomen dat burgerparticipatie niet mag leiden tot werkverdringing of zwaardere belasting van mantelzorgers. Burgerparticipatie moet realistisch zijn en niet gebruikt worden als bezuinigingspost voor zorgkosten.



Voor veel zorgvormen blijft concurrentie tussen verzekeraars van belang omwille van diversiteit, innovatie en een gezonde premiedruk. Het lijkt ons dat hier te veel van wordt uitgegaan dat zorg een product is en het leveren van zorg binnen een verdienmodel past. Eerder is al een andere benadering bepleit. Om zorg ook als factor in het economisch model mee te nemen zou de zorg geen verzekerd product meer moeten zijn maar een publieke dienst. Dit betekent ook een verandering van de rol van de ziektekostenverzekeraars.

Blz. 25: Hier wordt gesproken over meer publieke regie in de regio: meer overheidsregie. In het recente rapport van het Sociaal Cultureel Planbureau wordt aangegeven dat de decentralisatie naar gemeenten grotendeels is mislukt. Er zal wat ons betreft goed moeten worden onderzocht in welke mate de gesignaleerde problemen te maken hebben met de grote bezuinigingen waar deze decentralisatie mee gepaard zijn gegaan. Dan zal dit eerst moeten worden opgelost voordat de gemeente weer nieuwe taken krijgt zoals op het gebied van preventie.

Versterken van cliëntondersteuning

Wij onderschrijven dit volledig. Naarmate de vergrijzing toeneemt neemt ook het eigen netwerk af. De bekendheid van de wettelijk verplichte cliëntondersteuning bij de WMO is matig.

Dit dient breder getrokken te worden ook b.v. naar de huisartsenpraktijk. Vanuit de welzijnssector worden veel vrijwilligers ingezet bij ouderen, zij zouden hier een taak kunnen krijgen, mits goed opgeleid. Goede ondersteuning kan allerlei negatieve ontwikkelingen voorkomen.

En zoals geopperd in het rapport kunnen specialistische cliëntenondersteuners een rol kunnen krijgen bij gezinnen, maar ook ouderen met meer complexe zorg en bij het aanvragen en voorbereiden van een indicatiebesluit.

Wij zien graag de nadere uitwerking van over bekostiging van coördinatie/systeemfuncties. Met name ook als oplossing voor de organisatie en beschikbaarheid van niet planbare wijkverpleegkundige zorg.

Op Blz. 29: wordt gesproken over doelmatigheidsprikkels in de langdurige zorg terwijl een definitie van doelmatigheid ontbreekt.

Domein overstijgende samenwerking een duurzame basis geven is een goede zaak. Wij vragen meer flexibiliteit in de samenwerking. Afhankelijk van de benodigde resultaten is soms de medische, soms de sociale benadering effectief. De domein overstijgende samenwerking moet kunnen meebewegen in deze keuzes.

Blz. 30: Voorkomen van afwenteling tussen domeinen. Vereenvoudiging van de overgangen tussen domeinen is een punt waar wij het mee eens zijn. Het verhogen van de toegangsdrempel op het moment dat wachtlijsten groeien en mensen met een indicatie lang moeten wachten past daar niet bij.

Wij zijn het ermee eens dat financiële overwegingen geen rol mogen spelen voor cliënten om wel of niet te kiezen voor de zorg die zij nodig hebben.



Momenteel zijn er grofweg twee mogelijkheden in wonen voor ouderen; thuis wonen of in een verpleeghuis. De tussenvorm, het verzorgingshuis is weggesaneerd als gevolg van de decentralisaties. Scheiden van wonen en zorg, meer maatwerk, ontwikkeling nieuwe woon-zorg combinaties en betere mogelijkheden voor collectieve woonvormen, al dan niet met lichte zorgondersteuning. Wij ondersteunen deze opties.

Gepast gebruik en uitkomstgerichte zorg

Grootschalig onderzoeken van effectiviteit van zorg heeft een lijst opgeleverd van zorg die geen meerwaarde heeft voor de patiënt en cliënt. Het is meer dan logisch dat zorg zonder meerwaarde wordt afgebouwd. Wij vinden het wel van groot belang dat patiënten- en cliënten(organisaties) hierbij betrokken worden. Dit geldt ook voor de ontwikkeling van uitkomstindicatoren.

Digitale toepassingen bij uitkomstgerichte zorg kunnen helpen, maar zorgverleners en hun patiënten moeten bekwaam zijn. De invoering van nieuwe ICT levert vaak problemen op, hoe gaan we daar in de toekomst beter mee om. En er moet worden geregeld dat patiënten en cliënten bekwaam worden, zijn en blijven. En als dat laatste niet mogelijk is dan moet ondersteuning worden geregeld.

Denkbare beleidsopties:

Persoonsgerichte zorg, brede opleiding, en deskundigheid van zowel patiënten als andere zorgverleners betrekken in hun eigen zorgproces etc. zijn volgens ons goede punten evenals verbetering van kwaliteitsnormen etc. Dit geldt ook voor meer inbedding in stand van de wetenschap en kijken naar effectiviteit. Maar het belangrijkste voor persoonsgerichte zorg vinden wij het beter benutten ervaringsdeskundigheid van patiënten en cliënten en het meer betrekken van mantelzorgers.

Daarnaast is ook hier nodig om schotten weg te halen door gelijkschakeling in wetgeving. Cliënten medezeggenschap op grond van de WMO is anders geregeld dan cliënten medezeggenschap op grond van de WMCZ. Meer middelen voor de subsidiering van patiënten en gehandicaptenorganisaties, helpt daarbij voor het beter behartigen van belangen van patiënten en cliënten.

Tot slot voor dit hoofdstuk: Wat ons zorgen baart is dat gemeenten momenteel onomkeerbare maatregelen nemen om financiële tekorten als gevolg van de hoge kosten van gedecentraliseerde uitvoering tegen te gaan door te bezuinigen op andere voorzieningen. Voor ouderen belangrijke voorzieningen als zwembaden en bibliotheken worden gesloten. Bij de uitvoering van nieuw beleid wordt al begonnen met een achterstand. Dus er zullen wat ons betreft nu noodmaatregelen moeten worden genomen.

Vernieuwing en werkplezier

Het werken in Zorg & Welzijn is onvoldoende aantrekkelijk wordt geconstateerd in de nota. Helaas neemt u in uw oplossingen enkele essentiële zaken niet mee. De FNV is van mening dat het werken in de zorg alleen aantrekkelijker wordt door werknemers werkzekerheid op langere termijn, een vast



contract van voldoende omvang om een leefbaar inkomen te verkrijgen, een structurele verbetering van de lonen, betere arbeidsvoorwaarden en betere arbeidsomstandigheden te bieden.

Naast geld voor goede arbeidsvoorwaarden is er geld nodig om ervoor te zorgen dat het zorgpersoneel wat er nu is niet wegloupt. Om zorgwerknemers in staat te stellen weer een privéleven te hebben naast het werken in de zorg. Niet meer 24 uur per etmaal, 7 dagen per week beschikbaar te moeten zijn en een goede balans te hebben tussen werk en privé. Om meer collega's aan te trekken. Om meer kwalitatief hoogwaardige stageplaatsen te creëren. Om veilig te kunnen werken. Om de werkdruk en de administratieve belasting te verlagen. Om te investeren in opleiden, her- bij- en opscholing en werknemers te behouden voor de zorg. Zodat ze gezond en prettig kunnen blijven werken, van baan kunnen verwisselen maar wel behouden blijven voor de zorgsector.

Voor het laatste punt ziet u onder andere als optie de mogelijkheid om een regionale flexibele schil te creëren van zorgmedewerkers, die daar worden ingezet waar ze het hardste nodig zijn. Dit zien wij niet als oplossing om zorg en welzijn aantrekkelijker te maken. Het kan zelfs heel ongunstig uitwerken voor medewerkers die op deze manier niet weten waar ze aan het werk moeten, maar ook niet onder welk pakket van arbeidsvoorwaarden.

Zorgprofessionals moeten de ruimte krijgen om hun beroep uit te oefenen met hun kennis en ervaring. Ze verdienen vertrouwen en niet de afvinklijstjes en het toestemming vragen voor iedere handeling.

U constateert terecht dat door de combinatie van een hoge mate van regeldruk, de hoge werkdruk, te weinig ervaren zeggenschap door professionals en een ervaren gebrek aan loopbaanperspectief en -mogelijkheden is werken in de zorg lang niet altijd even aantrekkelijk. De administratieve lasten zijn sinds de decentralisatie fors gestegen. Beperking daarvan leidt tot meer tijd voor de zorg en minder werkdruk voor de professional. Deze lasten kunnen beperkt worden door een verbod op tijdschrijven en standaardisering van de verantwoording. Een controle op output kan plaatsvinden op basis van inhoud en een kwaliteitsmeetlat.

In de eerste beleidsoptie noemt u dat de beoogde veranderingen in de zorg samen met de zorgverleners moeten worden georganiseerd. Die worden in de praktijk nog wel eens vergeten. Een voorbeeld; Jeugdzorgwerkers in de jeugdzorg zijn continu bezig met het versterken van hun deskundigheid en de positie van hun beroep. De FNV vindt daarom dat jeugdzorgwerkers onafhankelijk moeten kunnen werken in een werksituatie waarin ze eigen beslissingen kunnen nemen.

FNV Zorg & Welzijn

FNV Senioren

Toon Wennekers
Sectorhoofd

Bas Elfrink
Teamleider