



REACTIE BESTUUR Landelijke stichting Molukse Ouderen (LSMO) OP

DISCUSSIONOTA VAN VWS: “ZORG VOOR DE TOEKOMST”

1. Kernvraag van de nota:

Hoe kunnen we de houdbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg waarborgen? Hoe kunnen wij de huidige kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van onze gezondheidszorg in stand houden en hoe op vele aspecten van de diverse domeinen verbeteringen aan te brengen?

2. Want de bedreigingen zijn er wel, namelijk:

- Toenemende vergrijzing / toenemende en complex wordende zorgvraag/ toename chronische ziektes
- Schaarste aan personeel / beschikbare Mantelzorgers en Vrijwilligers / hoge werkdruk
- Schaarste aan financiële middelen / toename zorguitgaven voor curatieve zorg;

3. Drie hoofdthema's

We kunnen niet met de huidige wijze van zorgverlening doorgaan. Ter voorkoming van faillissement zijn er veranderingen noodzakelijk. De discussienota beschrijft drie hoofdthema's waarop maatregelen nodig zijn om de noodzakelijke veranderingen vorm te geven:

I. Preventie en Gezondheid:

De huidige sterke focus op ziekte en zorg (genezing) meer ombuigen naar het bevorderen van gezondheid en welbevinden. Meer aandacht voor leefstijl via sociaal netwerk en aanpak sociale problemen; sociaal domein: schuldhulpverlening; langdurige werkloosheid; eenzaamheid; het faciliteren van mantelzorg en zelfhulp. Meer investeringen in preventie

II. Organisatie en Regie; hoe beter, makkelijker en effectiever?

Intensieve samenwerking tussen zorgpartijen (tussen zorgaanbieders en zorginkopers, zorgverzekeraars, gemeente / GGZ en bedrijfsleven, zorgkantoren, NZa, VNG). Verandering in de organisatie van gezondheidszorg: meer lokaal en wijkgericht; zorg dichtbij de burger

III. Vernieuwing en werkplezier

Meer aandacht voor digitalisering; e-Health; zorg meer persoonlijk (zelfhulp) en dichter bij huis of thuis; minder regeldruk; ouderen leren omgaan met apps, sensoren en alarmsystemen; veilig omgaan met persoonlijke zorg en medische data; perspectief voor zorgverleners/ zekerheden voor mantelzorgers.

2

De vijf consultatieve vragen

Inleiding

De Landelijke Stichting Molukse Ouderen (LSMO), ondersteunt als lid-organisatie van het Netwerk van organisaties van oudere migranten (NOOM), de reactie van het NOOM waar het aan heeft meegewerkt. De LSMO wil met zijn reactie op de vijf consultatieve vragen extra aandacht vestigen op de positie van de Molukse gemeenschap in Nederland.

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

De Landelijke Stichting Molukse Ouderen (LSMO) herkent zich in de drie in het discussiestuk benoemde thema's (1) preventie en gezondheid, (2) organisatie en regie en (3) vernieuwing en werkplezier. De volgende aanvullingen voegt LSMO hierbij toe. Voor LSMO is het van groot belang dat met betrekking tot deze thema's erkend wordt dat er oog moet zijn voor diversiteit in zorg en welzijn, zodat cultuursensitieve en cultuurspecifieke zorg- en welzijnsarrangementen eerder vanzelfsprekend worden dan bijzonder. Dit omdat het aantal ouderen met een migratieachtergrond toeneemt en uit cijfers blijkt dat hun gezondheid slechter is dan die van hun Nederlandse leeftijdsgenoten. **Dit geldt ook voor Molukse ouderen (zie Molukkers in Nederland, CBS 2020)**

Uitgangspunt van het discussiestuk 'Zorg voor de toekomst' is het toewerken naar een houdbaar zorgsysteem voor de lange termijn. Hiervoor zijn veranderingen nodig met betrekking tot de gezondheidszorg zelf en in relatie tot welzijn en wonen. Hierbij komen thema's als betaalbaarheid, toegankelijkheid en veiligheid ook aan de orde. Dit vraagt om samenwerking en verbinding met andere ministeries zoals het ministerie van Economische zaken, Sociale Zaken, Volkshuisvesting, Onderwijs, Justitie en Veiligheid. **Wij verwijzen hier met name naar het recente CBS rapport Molukkers in Nederland (2020), waarin niet alleen aandacht is voor gezondheid, de verstrekking van medicijnen, zorgkosten, beroep op jeugdhulp en jeugdbescherming, maar ook wordt ingegaan op andere domeinen zoals werk en inkomen, onderwijs, wonen etc.** Innovatieve oplossingen zijn nodig, terwijl tegelijkertijd met name mensen die zich in kwetsbare posities bevinden vaak niet eens goed de weg kunnen vinden in het bestaande zorgstelsel. Onder deze mensen bevindt zich een groot aantal migrantenouderen. **Innovatieve oplossingen moeten zich niet richten op een bepaalde beleidsterpfeuille, maar moeten in samenhang met andere beleidsterreinen worden gezien en aangepakt.**

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

LSMO herkent dat de huidige organisatie van zorg in drie wetten, het ingewikkeld maakt de juiste zorg op de juiste plek te krijgen. Voor oudere migranten maakt dit de zorg er niet toegankelijker op. De transitiefase van familie­zorg naar professionele zorg vraagt om meer aandacht van de aanbieders. Een goede afstemming tussen formele en informele (mantel)zorg draagt eraan bij dat de cliënt maar één keer zijn verhaal hoeft te doen en dat samen met familie naar oplossingen gekeken wordt.

Hoewel het misschien lastig is om de grote decentralisaties van een aantal jaren geleden terug te draaien, is een kritische(r) houding tegenover decentralisaties op zijn plaats. De regiovoering door gemeenten komt op aantal terreinen niet goed uit de verf. Decentralisatie is 'verkocht' als een systeem dicht bij de burgers, maar was ook een bezuinigings­slag. Uiteraard zijn er gemeenten waar dit goed gaat, maar in veel gevallen is er door de veelheid aan regels en aanbieders van zorg niets verbeterd voor de burger. Bovendien is er ook rechtsongelijkheid ontstaan tussen gemeenten en dat geeft verwarring voor cliënten. Decentralisaties moeten niet meer gebruikt worden als voorwendsel om grootschalige bezuinigingen door te voeren.

Door de enorme diversiteit is zorg niet meer herkenbaar voor senioren. Verschillende benamingen, verschillende organisaties en reframing van diensten maakt het niet meer inzichtelijk en bedreigt de continuïteit. Regelmatig ervaren senioren dat zij "hun" vertrouwde organisaties moeten missen of hebben onvoldoende zicht op processen en mate van samenwerken. Voor oudere migranten komt hierbij dat zij ook de vertrouwde medewerkers missen die hen in de eigen taal te woord konden staan.

Ook bij de doelstelling van langer thuis wonen, botst het wereldbeeld van beleidsmakers met de realiteit. Die realiteit is dat de verzorgingshuizen relatief snel zijn wegbezuinigd. Mede hierdoor is er in een tijd waarin meer, uiteenlopende mensen vergrijzen, een groot gat gevallen tussen langer (vaak in een onaangepaste woning) thuis wonen en het verpleeghuis. Tussenvormen zijn in onvoldoende mate beschikbaar, vooral voor mensen uit de laagste inkomensklasse. Denk daarbij aan innovatieve woonvormen tussen langer thuis en (verpleeg-)huis in de buurt. Denk aan initiatieven van ouderen zelf om hun woningen aan te passen. Het project Wonen met Gemak in Breda is een goed voorbeeld.

De wijze waarop invulling is gegeven aan de marktwerking in de zorg, heeft ertoe geleid dat er een wildgroei aan, soms zelfs frauderende, (kleinere lokale en regionale) zorginstellingen is ontstaan. Ziekenhuizen zijn elkaars concurrenten geworden en geldstromen zijn centraal komen te staan.

Het tekort aan arbeidskrachten in de zorg en toenemende vergrijzing vraagt om meer aandacht voor beroepen in de zorg in alle lagen van het onderwijs. Positieve gezondheid, preventie, de opkomst van ICT in de zorg zijn geen aandachtspunten van en voor alleen ouderen, maar van de hele samenleving. Willen we veranderingen in denken over het ouder worden op gang brengen, dan zijn die ook in het onderwijs nodig. Zie het advies van de Raad voor Ouderen over ICT en Technologie medio 2020.

Tegen deze achtergrond raken zorginhoudelijke kwesties en patiënten belangen ondergesneeuwd, mede door regel- en controledwang waarmee ook veel van het werkplezier van zorgpersoneel verdwenen is. In zijn algemeenheid ervaart ook onze achterban de bureaucratie nog steeds als een groot probleem in de zorg. Wij zijn dan ook van mening dat er een centrale regie nodig is op de hoofdlijnen; dan komt ook lokale invulling van zorg en ondersteuning beter tot zijn recht. Dat zijn lessen die we hebben geleerd in de afgelopen periode. En realiseer u dat elke wijziging meerkosten met zich meebrengt in de uitvoering en niet direct leidt tot een besparing.

LSMO ziet dat veel vrijwilligers met een migratieachtergrond zich in zorg en welzijn inzetten maar niet of moeilijk door kunnen stromen naar een betaalde baan. Een gemiste kans vindt

LSMO, dat op de lange duur ook nog eens effect kan hebben op het enthousiasme voor vrijwilligerswerk omdat men zich gebruikt gaat voelen.

LSMO herkent ook dat er knelpunten zijn op het gebied van preventie. Daarbij vragen wij extra aandacht voor mensen met een lage sociaaleconomische status in het algemeen en in het bijzonder voor oudere migranten. Het programma Sociaal Vitaal in Kleur dat bijdraagt aan fysieke en psychische weerbaarheid van migrantenouderen dat ondersteund wordt door de rijksoverheid, zien wij ook graag ondersteund in gemeenten.

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

Het vergemakkelijken van domein overstijgende samenwerking en een sterkere focus op preventie zien wij als veelbelovende beleidsopties om de houdbaarheid van het zorgstelsel te vergroten.

Vooraf ideeën om te ontschotten of schotten permeabel te maken, zijn positief voor ouderen die zowel Wmo-ondersteuning als Wlz- en Zvw-diensten nodig hebben. Het ontschotten moet zeker leiden tot grotere toegankelijkheid van zorg en leiden tot een inzichtelijker zorgstelsel.

Wellicht kan ook regionalisering met centrale aansturing, mogelijk in combinatie met populatiebesteding, de houdbaarheid vergroten. Of dit in de praktijk werkelijk tot verbeteringen leidt, zal echter sterk afhangen van de invulling:

- Het is bijvoorbeeld de vraag of de plannen voor regionalisering ver genoeg gaan om de nadelen van de decentralisaties te compenseren
- Eventuele toepassing van populatiebesteding moet wel op een dusdanige manier geschieden, dat de sturing (op kenmerken van groepen binnen een populatie) niet volledig ten koste gaat van de rechten en keuzevrijheid van de mensen die onderdeel zijn van de populatie
- Er is een antwoord nodig op de vraag hoe de regionalisering werkt wanneer bepaalde voorzieningen beperkt worden tot enkele plaatsen en dus niet overal beschikbaar zijn.

Essentieel is in ieder geval dat er een democratische controle mogelijk moet zijn. Op basis van haalbaar, uitvoerbaar en betaalbaar moet het mogelijk zijn overheden aan te spreken op hun inzet en de impact hiervan. Regionalisering lijkt dat principe te ondermijnen, waardoor het evaluerend en lerend vermogen onder druk staat. Geen aannames meer, maar controle op impact van beleid.

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

LSMO wil de volgende suggesties doen om opties nader te concretiseren en praktisch vorm te geven:

- Bij een keuze voor meer regionale samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgverleners moet nader uitgewerkt worden wat de precieze taak van de gemeenten is binnen het sociale domein in brede zin. Wanneer dit niet duidelijk wordt omschreven,

zijn wij bang dat de meer sociale aspecten niet aan bod komen of met te grote verschillen per gemeente worden ingevuld.

- De gedachte over een structurele sociale basisvoorziening waarin bijvoorbeeld ontmoetingsmogelijkheden opgenomen worden zie rapport *'Het verschil durven maken. Samen ouder worden in een andere verhouding tussen inwoners en overheid'*, vindt LSMO het uitwerken waard. Stimuleren en toegankelijk maken van ontmoeting draagt bij aan vroegsignaleren en biedt mogelijkheden voor preventie en bewustwording om voor te bereiden op het ouder worden.
- Binnen het preventiebeleid moet worden ingezet op gerichte gezondheidsbevorderende programma's voor verschillende doelgroepen, zoals senioren, mensen met een lage sociaaleconomische status en ouderen met een migratieachtergrond. Er is specifieke aandacht nodig voor sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Het instellen van een preventiefonds kan hierbij een goed instrument zijn. **In het verlengde hiervan dringt LSMO aan op een gezondheidsbevorderend preventiebeleid dat al begint op jonge leeftijd en waar rekening wordt gehouden met burgers met een lagere SES. LSMO wijst op de positie van Molukkers in Nederland. Al in 1981 schetsten J. Veenman en L.G. Jansma, onderzoekers van de Erasmusuniversiteit een weinig rooskleurig beeld van de kwetsbare positie van Molukkers in Nederland. De eerder door ons aangehaalde publicatie van het CBS over Molukkers in Nederland (2020) laat zien dat die positie na 40 jaar niet echt is verbeterd. Interventie en aanvullende maatregelen zijn nodig om de balans te herstellen, anders wordt het een probleem dat zich van generatie tot generatie overgaat.**
- De ontwikkelingen in de digitale zorg gaan snel. Het is moeilijk te volgen. Ouderen moeten in het kader van 'zorg dichtbij op afstand' kunnen beschikken over digitale mogelijkheden (beeldbellen, digitale monitoring). Zij moeten – zo nodig - geholpen worden bij het gebruik ervan; ook bij het overlijden van een partner. De individuele behoefte van de oudere dient het uitgangspunt te zijn bij digitale behandeling, begeleiding en informatievoorziening. Omdat ouderen soms ver af staan van de digitale wereld en niet alle ouderen goed kunnen omgaan met digitale behandeling, moeten mengvormen mogelijk zijn. We verwijzen hier ook graag naar het advies van de Raad van Ouderen.
- De rol van wijkverpleegkundigen is in het discussiestuk nog onderbelicht. Deze is de spil in de wijk. Evenals de rol van vrijwilligers en mantelzorgers. Hun betrokkenheid en samenwerking met professionals, maar ook middelen voor hun deskundigheidsbevordering is noodzakelijk om een netwerk te vormen voor met name kwetsbare ouderen.
- Omdat bij ouderen vaak co-morbiditeit voorkomt is in de eerste lijn een goede toegang tot de expertise van de specialist ouderengeneeskunde essentieel. In het ziekenhuis moeten geriateren standaard betrokken zijn wanneer ouderen worden behandeld.
- Bij vernieuwing en werkplezier kan overwogen worden om experimenten met het multidisciplinaire overleg (MDO) goed te volgen, te borgen en uit te breiden. Het stimuleren van huisartsen om hieraan mee te doen is een vereiste, evenals waar nodig en gewenst de aanwezigheid van mantelzorgers bij de gesprekken. Bij de doelgroepen van LSMO heeft dit goed gewerkt.
- LSMO adviseert bij domeinoverstijgende samenwerking waar mogelijk zo kleinschalig mogelijk te organiseren en als vertrekpunt de wijk te nemen. Daarbij dient nadrukkelijk te worden overwogen of geen gebruik moet worden gemaakt van de ervaringen van woonservicewijken bijvoorbeeld wat betreft voorzieningen als winkels, huisarts en openbaar vervoer in de nabijheid.
- **In het verlengde van het vorige punt is LSMO in gesprek met Molukse buurtorganisaties en vrijwilligers om te kijken of Molukse wijken verder kunnen worden ontwikkeld als omgeving waarin men veilig en zo lang mogelijk in de eigen omgeving oud kan worden.**

In 2018 woonde 63% van de Molukkers in een gemeente met een Molukse wijk. Volgens de gemeentelijke indeling van 2018 hebben 67 gemeenten een Molukse wijk (gehad), waaronder de drie grote steden Amsterdam, Rotterdam en Utrecht (CBS, Molukkers in Nederland, 2020). Wij zullen over de rol van Molukse wijk nog afzonderlijk bij u op terug komen.

5. Welke beleidsopties ontbreken er nog?

Gezondheidszorg moet niet uitsluitend over medische zorg gaan, maar ook over welzijn, positieve gezondheid en gezondheidsbevordering. Positieve gezondheid kan senioren helpen langer vitaal te blijven en draagt bij aan het voorkomen of uitstellen van een beroep op medische zorg of langdurige zorg.

Ook de kwaliteit van leven is een belangrijk aspect dat moet worden meegewogen in beleid. Dat vraagt om een andere mindset in de zorg en tijd om het gesprek te voeren.

Stimuleren van innovatieve woonvormen tussen langer thuis en (verpleeg-)huis in de buurt, waarbij niet alleen aandacht voor de 'stenen' is maar ook voor de woonomgeving en de initiatieven van ouderen zelf. Denk aan initiatieven van ouderen zelf om hun woningen aan te passen. Het project Wonen met Gemak in Breda is een goed voorbeeld.

Er is binnen gemeenten nog steeds te vaak sprake van niet mee kunnen werken aan zogenaamde doelgroepenbeleid. Binnen de LSMO achterban wordt dit als storend ervaren omdat een dergelijke houding niet bijdraagt aan de wil om samen te zoeken naar mogelijkheden voor passende zorg. De gesprekken gaan nog te vaak over onmogelijkheden in plaats van over mogelijkheden. **Bij inclusief beleid dienen gemeenten en maatschappelijke organisaties ook te kijken naar de factoren aantoonbaar bijdragen dat iedereen daadwerkelijk passende zorg krijgt.**

Zet maatschappelijke (ouderen)organisaties structureel in om thema's als positieve gezondheid, voorbereiden op het ouder worden, etc. te agenderen bij senioren. Dat vraagt wel om een structurele impuls aan deze organisaties en vooral ook om een structurele betrokkenheid.

De mogelijkheid die LSMO nu heeft gekregen om als lidorganisatie van het Netwerk organisatie van oudere migranten in intramurale setting (ontwikkeling van de leidraad cultuurspecifieke zorg) en voor de migrantenouderen die thuis wonen, zorg en welzijn te verbeteren (in voorbereiding), tezamen met de wekelijkse gesprekken die er nu tussen seniorenorganisaties en het ministerie van VWS zijn, zijn mooie vertrekpunten voor structurele samenwerking in de toekomst.