

**INTERNETCONSULTATIE CONTOURENNOTA “ZORG VOOR DE TOEKOMST”:
REACTIE EN VISIE VAN HET TRIMBOS-INSTITUUT
31 JANUARI 2021**

Zorg voor de Toekomst is een inspirerend en uitnodigend verhaal dat verbinding en vernieuwing stimuleert. Op hoofdlijnen ondersteunen we dit verhaal. Graag willen we ter aanvulling enkele zaken benadrukken en toelichten.

De essentie van de uitdagingen waar de zorg komende jaren voor staat, zien wij als volgt:

- De focus moet integraal en onverkort op Gedrag en Gezondheid gericht worden, niet alleen bij VWS, maar bij alle departementen, niet alleen bij de rijksoverheid maar ook de lokale overheid, niet alleen bij aanbieders maar ook bij financiers en tenslotte ook bij burgers. Door een integrale focus moeten burgers de slag gaan maken van consumerende mensen naar mensen die bewust met hun gezondheid omgaan, geholpen door de overheid, gefaciliteerd door financiers en gestimuleerd in hun dagelijkse woon-, leef- en werkomgeving.
- Dat vereist dat we niet alleen maar denken in termen van ziekte en gericht zijn op de gezondheidszorg, maar vooral denken in termen van gezondheid en welbevinden, en gericht zijn op het versterken van het gezondheidssysteem (woon-, leef-, leer, werk, vrijetijdsklimaat).
- Als Nederlandse samenleving moeten we overgaan op “brede welvaart” en niet langer eenzijdig gericht zijn op het BBP. Ook zaken als sociale vooruitgang, inkomensgelijkheid, vrije tijd, gezondheid, onderwijs en een goede kwaliteit van de leefomgeving doen er toe. Daar moeten alle betrokkenen hun verantwoordelijkheid in vinden.

Om dat te realiseren is een eenduidige aanpak nodig:

1. Promotie, zowel gericht op het individu (kennis en gezondheidsvaardigheden), samenleving (inclusief denken, gezonde wijken) als de omgeving (de gezonde keus de aantrekkelijke keus maken, variërend van fiscale maatregelen voor werkgevers, BTW-vrij voor gezonde dagelijkse producten en hoger BTW voor ‘luxe producten’).
2. Preventie, met aandacht voor de uitdagingen van de verschillende levensfasen en vooral de overgangen daartussen.
3. Vroegsignalering, oog en aandacht hebben voor de gezondheid en het welbevinden van mensen in de verschillende sociale contexten: gezin, buurt, school, verenigingen, werk en sociaal domein. Secundaire en tertiaire preventie uitbouwen zoals bv bij de aanpak van diabetes.

Dat vereist enkele randvoorwaarden

1. Helderheid over verantwoordelijkheden (overheden, scholen, werkgevers, aanbieders, financiers, burgers)
2. Heldere keuzes over landelijke, regionale en lokale aanpakken
3. Het financieringssysteem moet promotie en preventie lonend maken. De prikkels moeten allemaal in dezelfde richting staan, voor zowel burgers, aanbieders als financiers.

Tenslotte hebben we een lerend netwerk nodig waarin we (leer)ervaringen delen, een kennisinfrastructuur faciliteren en we door strakke monitoring zicht houden op ontwikkelingen, trends en effecten van beleid. Alle partijen moeten zich hierover periodiek verantwoorden en rapporteren.

Veel van deze ideeën vinden we terug in de nota, maar de samenhang kan volgens ons versterkt worden.

Hieronder reageren wij op specifieke onderdelen van de nota.

1. NEDERLAND GEZOND EN WEL

Aan de schets van ontwikkelingen die de kwaliteit, houdbaarheid en betaalbaarheid van onze gezondheidszorg beïnvloeden, zouden we graag de volgende punten toe willen voegen:

In het huidige zorgsysteem hebben we enkele belemmerende mechanismen die problemen in stand houden en soms vergroten en die oplossingen in de weg staan.

- Allereerst zijn er in onze samenleving diverse risico's die de kans op ongezond gedrag en mentale problemen vergroten. Die risico's zijn afgelopen jaren fors groter geworden. Met de gestegen welvaart hebben we een 'Westerse leefstijl' ontwikkeld waardoor we een substantieel deel van de ziekten zelf veroorzaken. Daarnaast zijn we steeds meer een 24-uurs digitale kennis-samenleving geworden, met toenemende complexiteit en snelheid van leven, met een sterke individualisering, veel nadruk op zelfredzaamheid en een afnemende sociale cohesie. **Voor een groeiende groep mensen is deze leefstijl niet bij te houden.** Ze kunnen niet meer meedoen, staan aan de kant en doen steeds vaker een beroep op zorg. De sociaal-economische gezondheidsverschillen nemen toe.
- Een ander mechanisme is dat we in onze samenleving geneigd zijn problemen een medisch etiket te geven, terwijl de onderliggende vraag niet per se medisch van aard is. Door deze medicalisering heeft de samenleving verwachtingen die we niet kunnen waarmaken, maar ook niet moeten willen waarmaken. **Als de maatschappij het probleem is, dan is een recept niet de oplossing.** Denk aan de gevolgen van sociale problemen zoals armoede, schulden, eenzaamheid, slechte huisvesting, onveilige wijken voor de mentale gezondheid van mensen. Die los je niet op met therapie, maar met het oplossen van die maatschappelijke problemen.
- Tenslotte hebben we last van een steeds specialistischer wordende gezondheidszorg. En iedere specialist vindt vanuit het eigen vakgebied altijd wel iets. **De integrale blik op mensen in hun sociaal maatschappelijke context ontbreekt.** De focus in de gezondheidszorg ligt teveel op behandelen niet of nauwelijks op 'opvoeden' in een gezonde leefstijl.
- Het huidige financieringssysteem versterkt bovengenoemde mechanismen. Promotie en preventie lonen niet. Daarnaast speelt het 'wrong pocket' probleem, de opbrengsten komen vaak niet terecht bij de partij die investeert. **Het systeem stimuleert silo denken en handelen en maakt samenwerken over domeinen heen lastig haalbaar.** Tenslotte stimuleert het consumentisme bij burgers.
- Veel zorgkosten worden gemaakt in de **laatste levensfase**. Die kunnen deels worden teruggedrongen door zeker in deze fase te zorgen dat *kwaliteit van leven* in plaats van *tijd van leven* centraal staat.
- Er zijn veel prikkels die **eigenaarschap en verantwoordelijkheidsgevoel** verminderen. Naast de genoemde regeldruk gaat het ook om onvoldoende tijd en ruimte voor professionals om zelf invulling te geven aan hun vak. Maar ook de snelle doorstroom van professionals binnen de organisatie staat dat eigenaarschap in de weg. Dat heeft impact op de uitstroom en op de kwaliteit van werken.
- Er zijn nog veel kansen om met bestaande middelen méér te doen. Een aantal van de opmerkingen die hierna volgen hebben dan ook betrekking op het verbeteren van de **impact en de efficiency** van beleid.
- Tot slot missen we aandacht voor een thema dat op langere termijn enorme invloed op de fysieke en mentale volksgezondheid kan hebben: CO²-uitstoot. Uit een recente studie (Pichler et al, 2019) bleek dat de Nederlandse zorg mondiaal gezien de hoogste CO²-uitstoot heeft. Wij pleiten ervoor nieuw overheidsbeleid standaard te toetsen op de implicaties voor het welzijn (*dwz: duurzaamheid, gezondheid en welbevinden*): **welzijn-in-all-policies**.

HOOFDSTUK 2 PREVENTIE & GEZONDHEID

2.1 Belangrijke knelpunten

- Het is van belang dat expliciet wordt vastgelegd **wie verantwoordelijk is voor preventie**. Hierbij zal een sterke regiefunctie vanuit de overheid nodig zijn, om niet te blijven verzanden in het ingewikkeld samenspel van actoren (gemeente, GGD, sociaal versus zorgdomein, zorgverzekeraars, zorgprofessionals). Duidelijke kaders zijn nodig vanuit de overheid, eventueel via wetgeving, waarbinnen wel veel ruimte moet blijven voor regionale en lokale regie.
- Zowel landelijk als op lokaal niveau wordt er nog steeds relatief veel geld besteed aan de ontwikkeling van steeds maar weer nieuwe interventies. Dit terwijl er goede interventies bestaan en er nauwelijks of geen structureel budget is voor **doorontwikkeling en implementatie**. De overheid zou hier meer kaderstellend en faciliterend moeten zijn, zodat landelijke expertise- en kenniscentra de opdracht krijgen (met voldoende middelen) om lokale en regionale uitvoerders te ondersteunen bij het op maat maken en implementeren van effectieve preventie-interventies, via **lerende netwerken**.
- Om te garanderen dat kwaliteit en duurzame implementatie centraal staan, zou het goed zijn als (zoals dat ook gangbaar is bij de vergoedingen voor medicijnen) een **basisaanbod preventie** vast te stellen dat gemeenten en verzekeraars vergoeden, waarvan beperkt kan worden afgeweken. Daarmee blijft er wel ruimte voor **maatwerk**. Dat is nodig om aan te sluiten bij de lokale situatie en een gevoel van eigenaarschap te garanderen bij de professionals die interventies implementeren.

2.2 Krachtiger inzet op het voorkomen van zorg

- We maken ons zorgen dat er nog **té veel wordt vertrouwd op het 'bevorderen van eigen regie'**, zelfmanagement en vergroten van gezondheidsvaardigheden. *Een goede gezondheid begint niet bij jezelf, zoals in de nota wordt gesuggereerd, maar bij een gezonde pedagogische, sociale, online, fysieke en beleidsomgeving.* Dat zou de kerngedachte van de nota moeten zijn. Mensen moeten het gevoel hebben dat ze grip op hun leven hebben, dat ze geen speelbal zijn van omstandigheden die buiten hun controle liggen, zoals slechte huisvesting, niet passende hulpverlening, uitsluiting en achterstelling op het werk en in het onderwijs.
- In het verleden is al veel ingezet op het versterken van eigen regie, maar dit heeft te weinig opgeleverd en wordt in de praktijk soms als 'blaming the victim' ervaren en als een excuus om niet over te gaan tot regelgeving om burgers effectief te **beschermen tegen marketing verleidingen** waarmee aanbieders van ongezonde producten, zoals tabak en alcohol, hen dagelijks confronteren. Maatregelen die daar beperkingen in aanbrengen, behoren tot de effectiefste maatregelen. Wij juichen dan ook toe dat de nota aangeeft dat er "vanuit het Rijk en gemeenten meer maatregelen genomen kunnen worden om de omgeving gezonder te maken".
- **Het vergroten van mentale veerkracht** zou een belangrijkere plaats moeten innemen in het doorlopend onderwijscurriculum, van kinderopvang en peuterschool tot en met de universiteit. Er wordt wel gesproken over het vergroten van gezondheidsvaardigheden, maar vooral mentale veerkracht helpt om te gaan met moeilijke situaties in het leven.
- We missen **aandacht voor het thema leefstijlgeneeskunde**. Zowel binnen de eerstelijnszorg als de ziekenhuiszorg zijn er veel kansen voor leefstijlgeneeskunde (ook al is en blijft de belangrijkste uitdaging om via een gezonde omgeving te voorkomen dat ongezond gedrag ontstaat). Daarbij is van belang dat preventie en leefstijl niet worden gezien als een gewoon 'medicijn', maar als een eigen vakgebied met relevante wetenschappelijke inzichten, interventies en randvoorwaarden (bijvoorbeeld mbt scholing). Wanneer een leefstijlinterventie kosteneffectiever is dan reguliere medicijnen, zou dit de preferente behandeling moeten zijn.
- Intensivering van vroegsignalering biedt veel kansen. Hierdoor kan al vroeg in het traject (bijvoorbeeld bij psychiatrische problematiek/dementie, maar ook middelengebruik) een psychosociale interventie ingezet worden, waardoor crisis of snelle achteruitgang, dus een zwaardere zorgvraag, voorkomen of uitgesteld kan worden. Vroegsignalering heeft echter alleen zin als professionals voldoende toegerust zijn: vaardigheden, tijdsdruk en bekostiging staan nu veelal in de weg. Zorgverzekeraars zouden moeten zorgen dat er op **alle leefstijlthema's een goed vroegsignaleringsaanbod is, in ieder geval binnen de eerste en tweede lijn, dat vergoed wordt**. Dit aanbod zou recht moeten doen aan de samenhang tussen de verschillende leefstijlgedragingen.
- De nota stelt terecht dat het faciliteren van mantelzorg en (onderlinge) zelfhulp belangrijk is en aantoonbaar zorgkosten voorkomt, terwijl ook de kwaliteit van leven ermee wordt bevorderd. Er is

meer **inzicht nodig in de meerwaarde van randvoorwaarden voor mantelzorg bij psychiatrisch patiënten**. In reguliere studies naar mantelzorg wordt veelal niet naar de GGZ gekeken, waardoor dit inzicht ontbreekt.

- Naast mantelzorg zou er ook aandacht moeten zijn voor vrijwilligers. De **samenwerking tussen de professionele en informele zorg** hapert namelijk nog te vaak, zowel bij de samenwerking met mantelzorgers als met vrijwilligers. Er worden bijvoorbeeld vaak onmogelijke prestatie-eisen gesteld aan vrijwilligersorganisaties, waardoor hun rol wordt ingeperkt.
- Er moet meer aandacht zijn voor de **directe voordelen/winst voor de gezondheid van investeringen in een sociale basis en GGZ**. Sociale problemen en mentale disbalans veroorzaken veel klachten en ziekten, daarnaast hebben ze een fors kostenverhogende werking voor somatische ziekten.
- Het is van groot belang **dat promotie en preventie worden verankerd in de (lokale) samenleving**. Denk aan de "blue zones" waar mensen met een hoge mate van sociaal en emotioneel welbevinden oud worden zonder veel kosten te veroorzaken (bv aanpak Bakkeveen).

2.3 Betere inbedding van preventie en leefstijl

- Wij ondersteunen de gedachte dat gezondheid deel zou moeten uitmaken van de economische **kernindicatoren**. Dat geldt echter niet alleen voor *gezondheid*, maar ook voor *welbevinden*. Welbevinden draagt immers bovenal bij aan productiviteit, gezondheid draagt bij aan meer welbevinden.

2.4 Financiële prikkels

- Zeker in een tijd van bezuinigingen staat preventiebeleid al snel sterk onder druk, zowel lokaal, regionaal als nationaal. Het is dan ook een cruciale gedachte uit de nota om **preventietaken beter te verankeren in de WPG** en daarbij tevens te zorgen voor aanvullende middelen voor gemeenten en rijk.
- Het oplossen van het 'wrong pocket problem' is **een belangrijke randvoorwaarde** om de gewenste en noodzakelijke transitie te doen slagen, kijkend naar preventieve vs. curatieve zorg en sociale vs. medische zorg.
- Wij ondersteunen het basisidee van 'shared savings' en zouden het toejuichen als dit idee in Nederland verder wordt verkend. Belangrijk hierbij is dat gemeenten (zowel binnen het zorg- als het sociale domein) én zorgverzekeraars beter **zicht krijgen op de financiële en gezondheidsopbrengsten van preventie**. Er kunnen instrumenten worden ontwikkeld om dit inzichtelijk te maken op het niveau van een gemeente of regio middels return-on-investment tools, waarbij demografische gegevens worden gecombineerd met wetenschappelijke data over kosten-effectiviteit van preventie.
- Een preventiefonds is een goed idee. Van belang daarbij is, zoals ook de NPHF bepleit, dat er prikkels worden ingebouwd om het voor burgers, gemeenten, zorgverzekeraars en werkgevers verplichtend én lonend te maken om te **co-investeren**. Daaraan toe voegen wij ook private partijen, bijvoorbeeld gebruik makend van health impact bonds, en fondsen.
- Naast de introductie van een Regionaal Preventiefonds, zodat partijen kunnen investeren in een gezamenlijke aanpak van preventie, vinden wij dat er ook op nationaal niveau structureel meer budget beschikbaar moet komen voor preventie. Een **Nationaal Preventiefonds** kan bijvoorbeeld garanderen dat er langdurige ondersteunende overheidscampagnes worden gehouden om het roken en alcoholgebruik te ontmoedigen en lokale initiatieven op deze gebieden van een landelijk kader te voorzien en te ondersteunen. Goed gefinancierde overheidscampagnes zijn kosteneffectief en cruciaal binnen de mix van interventies en maatregelen voor een goed tabaks- en alcoholbeleid.
- Sinds de ondertekening van het Nationaal Preventieakkoord zijn belangrijke eerste stappen gezet, maar het is nog te vroeg om hier al de vruchten van te plukken. **Continuering en intensivering van het Preventieakkoord** met verdergaande maatregelen en voldoende financiële middelen is dan ook cruciaal om de landelijke doelstellingen m.b.t. tabaksontmoediging, problematisch alcoholgebruik en obesitas te halen.
- We pleiten ervoor **mentale gezondheid als vierde thema** toe te voegen aan de preventieakkoorden en de **samenhang** tussen de diverse akkoorden te versterken, alleen al gezien de grote comorbiditeit. Een betere mentale gezondheid zal ook de doelen van de andere thema's helpen realiseren.
- Voor meer impact van het Nationaal Preventieakkoord zijn stevigere maatregelen noodzakelijk, zoals ook het RIVM constateert. Het is de vraag of de tafelstructuur niet in de weg staat voor de invoering

van dergelijke bewezen effectieve maatregelen. Daarom raden wij aan om te zorgen er ruimte blijft om ook **aanvullende maatregelen buiten het Nationaal Preventieakkoord** te nemen.

Overig

- We zouden graag extra aandacht willen vragen voor het belang van preventie bij **jeugdigen en hun opvoeders**. Met name investeringen in 'de eerste duizend dagen' en ter voorkoming van 'negatieve kindervaringen' zouden expliciet mogen worden benoemd, gezien de toegenomen kennis over de grote impact daarvan in het latere leven. De kosten die daarmee samenhangen betreffen niet alleen zorg, maar ook justitie en Sociale Zaken.
- We missen het levensloop- en ontwikkelingsperspectief. Het zou goed zijn als in een **doorgaande leerlijn of ontwikkelingslijn** gedacht wordt, waarbij al vanaf kinderopvang/basisschool aandacht is voor een goede basis en dat VO/MBO/HBO/WO en werkgevers hier weer goed op aansluiten met hun aanbod.

HOOFDSTUK 3: ORGANISATIE & REGIE

3.1 Belangrijke knelpunten

- We herkennen ons in de geschetste knelpunten. Die hebben vooral betrekking op de reguliere zorg, maar ook bij preventie geldt dat belangentegenstellingen en verkeerde prikkels zorgen voor inefficiënt gebruik van middelen. Autonomie van organisaties zit nog te vaak in de weg bij het ontwikkelen van een lerend samenhangend systeem. Stuur op het verminderen van het aantal coördinatiepunten, en daarmee de **vermindering van de complexiteit**, zoals ook de NPHF bepleit.

3.2. Intensiveren van samenwerking in de regio

- Wij steunen het voorstel in de nota om voort te bouwen op 'regiobeelden', waarbij gemeenten en verzekeraars gezamenlijke gezondheidsdoelen stellen (ondersteund en onder coördinatie van GGD-en) en hierover duidelijke afspraken maken over wie welke activiteit organiseert en financiert. Om het huidige vrijblijvende karakter hiervan weg te nemen, juichen wij het toe als de taken en verantwoordelijkheden wettelijk worden verankerd.
- Ons advies is om te zorgen dat binnen regiobeelden kan worden ingezoomd op bijvoorbeeld dorp of een wijk. Het IJlandse preventiemodel heeft ons geleerd om te redeneren vanuit de behoefte van de lokale gemeenschap en op basis van actuele data over deze gemeenschap prioriteiten voor preventie te selecteren. Het is daarom cruciaal om **lokale/wijk data** ter beschikking te hebben. Van belang is dat deze data snel na het meetmoment ter beschikking wordt gesteld aan een groep lokale stakeholders die zich verantwoordelijk voelt voor de lokale gemeenschap en de organisatie van preventie.
- Verder voortbouwend op het voorstel om regiobeelden te ontwikkelen: het zou het goed zijn om de **samenhang te verbeteren tussen de analyse van uitkomsten van lokale monitors en de selectie van passende en evidence-based interventies**, zoals dat structureel gebeurt in de IJlandse aanpak van middelengebruik en welzijn bij jongeren.

3.3. Bevordering van coördinatie tussen domeinen

- Wij delen de mening dat op dit punt nog ruimte is voor verbetering. Voor een samenleving waarin iedereen volwaardig mee kan doen is **een sterke sociale basis** van groot belang. Dat vraagt een lokale infrastructuur met sociale basisvoorzieningen die in eerste instantie niet medisch is. Er zijn immers allerlei sociale problemen die maatschappelijk meedoen in de weg staan. Hiervoor is een sociaal netwerk nodig van gemeenten, sociaal werk en andere maatschappelijke organisaties én de bewoners. Een netwerk dat gaat over alle aspecten van het dagelijkse leven: ontmoeting, onderwijs, opvoeding, werk, gezondheid, wonen, bewegen, cultuur en veiligheid. Alles bij elkaar vormen die voorzieningen een vangnet van hulp en steun. Ze zijn zichtbaar en laagdrempelig, iedereen kan er gebruik van maken.
- In geval van hulpvragen moet tijdig en laagdrempelig hulp, ondersteuning en zorg geleverd worden, zoveel mogelijk op maat georganiseerd, door een formeel en informeel zorgnetwerk, met een flexibele op- en afschaling van kennis en kunde. Het moet daarbij gaan om **hulp en zorg voor 'heel de**

mens' en dus over alle levensgebieden. Die hulp en/of zorg die geleverd wordt moet afgestemd zijn op de zorgvraag en op de sociale context van betrokkene.

- Daarnaast is winst te behalen door het **verminderen van dubbele werkzaamheden**. In het project Dementiezorg voor Elkaar is bijvoorbeeld geëxperimenteerd met indicatiestelling door een casemanager dementie, waarbij uitbreiding van diens bevoegdheden zorgde voor minder dubbeling van werkzaamheden met de wmo-casemanager.

3.4 Financiële prikkels

- Een financieringssysteem met verschillende schotten waar verschillende partijen verantwoordelijkheid voor dragen, heeft het risico van afwentelingsmechanismen. En daarmee het risico dat niet de burger met een zorgvraag, maar het systeem en het budget centraal staan. **Cruciaal is dat de financiële prikkels gericht zijn op de bedoeling, namelijk te zorgen dat mensen toegang hebben tot noodzakelijke zorg en ondersteuning.**
- De schotten zorgen er soms voor dat in de ouderenzorg cliënten te snel 'doorgeschoven' worden van de Wmo naar de Wlz. Dit wordt terecht benoemd in de nota.
- Rondom de jeugd-GGZ hebben gemeenten zowel extra taken als een bezuinigingsopdracht gekregen. **Je kunt niet tegelijk innoveren en bezuinigen.** Er zal nu eerst flink moeten worden geïnvesteerd in andere manieren van werken. Dit punt wordt in de nota wel aangehaald, maar onvoldoende benadrukt.

HOOFDSTUK 4: VERNIEUWING EN WERKPLEZIER

4.1. Belangrijke knelpunten

- Door diverse factoren, variërend van bureaucratie en de administratieve lastendruk tot onvoldoende ruimte voor het vakmanschap, is het verloop in de gezondheidszorg zeer groot. Dat is niet alleen jammer van de maatschappelijke investeringen in opleidingen, maar belemmert continuïteit van zorg. Dat is naar ons idee niet op te lossen met administratieve verlichting, maar vraagt een **meerjarig programma om werken in de zorg weer aantrekkelijk te maken.**

4.2. Ruimte voor noodzakelijke vernieuwing

- Er ligt een rol voor **opleidingen om professionals beter op te leiden in het vinden en toepassen van innovatieve digitale oplossingen**. De toepassing van digitale interventies is namelijk vaak moeizaam, doordat er onvoldoende aandacht is voor de implementatie ervan. Onder meer is er te weinig aandacht in het onderwijs voor innovaties die medewerkers echt kunnen ontlasten. Hier ligt ook een belangrijke rol voor zorgverzekeraars/zorgkantoren, zij kunnen dergelijke innovaties intensiever stimuleren.
- Het is van belang dat **kennis mbt preventie en gezondheidsbevordering** binnen opleidingen zoals verpleegkunde, medicijnen en sociaal werk wordt vergroot.

4.3. Gepast gebruik en uitkomstgerichte zorg

- Zorgaanbieders moeten **uitkomstmonitoring** gebruiken om eigen leerprocessen aan te jagen om tot betere zorg te komen. Uitkomstinformatie moet structureel worden bijgehouden en gericht en effectief worden benut. Er moet transparantie zijn over de kwaliteit van aanbieders en de effecten van behandeling. Deze uitkomsten moeten landelijk openbaar worden en vergelijkbaar zijn tussen aanbieders, zodat zowel zorgvragers als zorgverzekeraars hier kennis van kunnen nemen en kunnen gebruiken als keuze informatie en sturingsinformatie.

4.4. Ruimte voor de professional en meer werkplezier

- Een effectief functionerende gezondheidszorg vereist een professioneel klimaat waar ieders expertise wordt herkend en erkend, professionals ruimte en vertrouwen krijgen en er **regelmatig wordt gereflecteerd op het beroepsmatig handelen**. Dit beroepsmatig reflecteren wordt gevoed door evaluaties van de door de zorgvrager ervaren kwaliteit van zorg. Door dit professionele klimaat worden professionals geïnspireerd, leren ze en verbeteren ze zich als professional, wat leidt tot meer werkplezier. Dat versterkt de arbeidsmarkt voor de gezondheidszorg.

4.5 Gegevensuitwisseling bevorderen

- De verantwoordingsdruk in de gezondheidszorg is buitengewoon hoog. Professionals moeten steeds meer registreren, waarvan nut en noodzaak ernstig wordt betwijfeld. We adviseren de **registratiedruk te reduceren tot essentiële informatie waar iets mee gebeurt.**
- Informatie die in de dagelijkse zorgpraktijk wordt verzameld over patiënten is nu vooral gericht op de zorg voor een cliënt, maar wordt idealiter ook gebruikt als stuurinformatie voor verbetering van kwaliteit van zorg en als verantwoording. Dat vereist **eenduidigheid van systemen, in taal en techniek.** Dit komt de efficiëntie ten goede en draagt bij aan minder regeldruk, omdat er geen losse informatie hoeft te worden geregistreerd. Om de informatie vergelijkbaar te maken, vereist dit dus wel een 'hervorming' van huidige registratiesystemen, waarbij duidelijke regie van VWS nodig is.

4.6. Financiële prikkels

Jaarlijks worden vele miljoenen euro's geïnvesteerd in het aanvragen van subsidies ter verbetering van de zorg. Het rendement van die investeringen is nu heel laag, waardoor veel uren van wetenschappers en professionals in de zorg vervliegen. Zeker in de toekomst als er krapte is op de arbeidsmarkt, is dat onverteerbaar. **Maak de tijd die wordt geïnvesteerd voor het indienen van subsidieprogramma's efficiënter.**

Nu wordt veel beleid niet onderzocht en worden veel interventies wel onderzocht maar niet (breed) ingevoerd. Die aansluiting kan veel beter. Zorg daarom dat er **meer samenhang komt tussen onderzoeksprogramma's en VWS-beleid.**