



Voor betrokken ondernemers.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
t.a.v. dhr. E.B.K. van Koesveld, DG langdurige zorg
Postbus 20350
2599 EJ Den Haag

Zorgthuisnl
De Molen 92
3995 AX Houten

088 - 46 00 300
zorgthuisnl.nl
info@zorgthuisnl.nl

Betreft: Contourennota: Beter ten halve gekeerd, dan ten hele gedwaald

Houten, 24 januari 2020

HB/24012020

Geachte heer Van Koesveld.

Op 11 december jl. heeft Zorgthuisnl in een korte pitch al aangegeven wat de aandachtspunten zijn die volgens ons een plek verdienen in de contourennota. Zoals afgesproken zouden de hoofpunten nog in een brief terugkeren. Bij deze ontvangt u de toegezegde reactie op schrift.

In de eerste plaats wil ik onze waardering uitspreken voor de werkwijze die u gekozen heeft om de contourennota van betekenis te laten zijn voor het veld. Wij achten het belangrijk dat veldpartijen hun zienswijzen kunnen leveren. Wat ons nog niet helemaal helder is hoe wij onze inbreng straks kunnen terugzien en op welke wijze u ons als veldpartijen informeert wat de verschillende rondes hebben opgeleverd.

Zoals u uit onze pitch op 11 december 2019 heeft kunnen opmaken draait onze inbreng om 5 cruciale punten, te weten:

- Zet sterker in op het begin van opkomende kwetsbaarheid door tijdige ondersteuning en begeleiding;
- Draai de financiële prikkels de andere kant op; beloon preventie en het voorkomen van (zwaardere) zorg;
- Hef de financiële schotten op: zet de client centraal: ook in de wijze van financieren (persoonsvolgende financiering over de domeinen heen);
- Zet sterk in op Telecare en ICT: voer een landelijk EPD in;
- Herzie op belangrijke punten de organisatie van zorg en de inzet van medewerkers; stop het opdrijvende effect van steeds opschroeven van eisen!



Voor betrokken ondernemers.

Ik zal de 5 hoofdpunten kort toelichten.

Voorkom zware zorg door inzet lichte zorg

Hoewel het beginpunt van het ontstaan van kwetsbaarheid voor ieder persoon kan verschillen, zijn er toch wel mogelijkheden en aangrijpingspunten om de beginnende kwetsbaarheid in ogenschouw te nemen. Dat kan een leeftijdscategorie zijn (bijvoorbeeld vanaf 70 jaar) maar we weten dat er in het leven zich omstandigheden voordoen die in ieder geval een katalysator vormen in het opkomen van kwetsbaarheid. Dat hoeft niet direct al een medisch feit zijn (maar kan wel, zoals bijvoorbeeld een gebroken heup) maar ligt eerder op het snijvlak van sociaal-maatschappelijke omstandigheden. Zoals het verlies van werk (pensionering), verlies van partner, terugval in inkomen of schuldenproblematiek, eenzaamheid etc. Dat maakt ook noodzakelijk om de ouderenzorg niet alleen vanuit een (medische) zorg optiek te beschouwen, maar een verbinding te leggen met welzijn.

Vanuit eerder onderzoek, maar ook het recente werk van het CPB ("Wat als zorg wegvalt"), weten we dat het adequaat en tijdig bieden van ondersteuning en begeleiding en waar nodig al lichte zorg, bijdraagt aan het voorkomen van zware zorg en bijvoorbeeld onnodige ziekenhuis opname. Hoewel er onder professionals en in het veld al veel bekend is over het nut, noodzaak en de bewijsbare kostenbesparing (en minder aanslag op zorgcapaciteit) van deze vroegtijdige inzet, kan het naar ons gevoel geen kwaad om hieromheen een stevige maatschappelijke Kosten en baten Analyse te zetten (MKBA). Zorgthuisnl heeft hier eerder voor gepleit en heeft ook eerdere ervaring met een dergelijke werkwijze en zou die handschoen graag met VWS willen oppakken.

Omkeren Financiële prikkels

Een belangrijk tweede punt hangt nauw met het voorgaande samen. De huidige werkwijze in het zorgstelsel bevordert niet de inzet op preventie en vroegsignalering (vroegtijdige actie) maar beloont het afschuiven van problematiek. De beloning in de zorg is ook niet gericht op gezondheid en voorkomen van een (groeierende) zorgvraag, maar is volledig gekoppeld aan het leveren van (ware) zorg nadat het probleem is ontstaan. Het heeft naar ons gevoel dan geen zin om oneindig budgetten toe te voegen (hoewel sommige partijen wel degelijk momenteel tekortkomen) maar om de financiële prikkels anders in te richten. Beloon het als verantwoordelijke partijen erin slagen om binnen acceptabele grenzen, het mogelijk te maken dat iemand langer thuis



Voor betrokken ondernemers.

kan verblijven en met passende ondersteuning en begeleiding zijn zelfredzaamheid op peil kan houden (reablement) en door het op passende wijze van volgen van de ontwikkeling van kwetsbaarheid ook op tijd kan opschalen naar zwaardere vormen van zorg alsmede intramurale zorg elders. Eerder hebben we in ander verband ook gewezen op de noodzaak om de “eilandstatus” van verpleeghuizen op te heffen en zich veel meer te laten oriënteren op de omringende gemeenschap en hun diensten en voorzieningen meer en meer outreachend aan te bieden en pas “als het niet meer anders kan of verantwoord is” een intramurale opname te overwegen. Leegstand van intramurale capaciteit zou dan de wens moeten zijn en niet bestraft maar als onderdeel van de gezamenlijke inzet om met lichtere zorg, zwaardere zorg te voorkomen, beloond worden.

Schotten opheffen

Al de voorgaande genoemde punten vragen niet alleen om het omkeren van de financiële prikkels die nu het systeem kenschetsen en naar ons gevoel onnodig duur maken, maar raken ook de problematiek van het verschotterde en versnipperde zorgstelsel. In de huidige tijd is om terechte reden de client centraal het leitmotif. Laat dat dan ook het geval zijn gedurende de gehele reis die een kwetsbaar wordende burger maakt door het maatschappelijk stelsel van zorg en welzijn. Dat maakt ook dat de burger- of clientkeuze centraal staat bij arrangementen van zorg en welzijn, maar vooral ook de financiering die reis moet volgen. Dat is wat ons betreft dan ook persoonsvolgende financiering. Dat kan in de vorm van een PGB zijn, maar onder de strikte voorwaarde dat de houder van die voorziening dat goed kan overzien, daarbij wordt ondersteund en zonnodig de bewindvoering in handen van een daartoe geschikte (financiële) professional.

De voornoemde werkwijze van financieren maakt het ook mogelijk om de contractering van zorg te beperken tot die onderdelen die alleen zo op voorhand geborgd kunnen worden; bijvoorbeeld heel specialistische zorg die alleen kleine niches kent of zogenaamde waakvlam of systeemfuncties, die beschikbaar moeten zijn zodra onverwacht een zorgvraagstuk voordoet (casemanagement dementie is een bekend voorbeeld van een noodzakelijke systeemfunctie). Ook hierover is eerder gerapporteerd, waaronder door de RVS in hun rapport “Zorginkoop” van voorjaar 2018. Wij bevelen dat rapport van harte aan voor een plek in de contourennota.



Voor betrokken ondernemers.

Bij het wegnemen van schotten hoort ook de integrale vraag rondom wonen in de zorg. Voor veel woningen geldt dat die niet of onvoldoende geschikt zijn om zorg te ontvangen en te leveren. Er zullen meer voor zorg geschikte woningen moeten komen, soms in verbanden van meerdere zorgvragers tegelijk zonder dat het klassieke verpleeghuizen worden. Maar investeer ook in voorzieningen rondom het wonen die het ontmoeten en de bereikbaarheid van de woningen vergoten. Maar denk ook aan vormen van zorgwonen nabij het eigen huis, of door slimme toevoegingen van (tijdelijke) woonzorgvoorzieningen als zorgunits in de tuin of op het dak. Ook kangoeroe-woningen kunnen op tijdelijke basis; dan moeten de financiers van zorg en wonen wel de handen ineenslaan en de regelmakers ruimte bieden voor (tijdelijke) vormen die mogelijk niet aansluiten bij de oorspronkelijke bedenkers (gemeenten/provincie) van regels van ruimtelijke ordening. Ook hier geldt de vraag naar domein overstijgende inzet, regie en doorzettingsmacht

Telecare en ICT

Hoewel er wel veel over inzet van technologie en ICT wordt gesproken zien wij dat er in Nederland geen structurele en samenhangende inzet is. En dat naast het ontbreken van regie als voorwaarde ook de financiering niet bevorderlijk is. Een belangrijk aandachtspunt is dat belangrijke spelers op dit terrein de observatie doen dat het kleine Nederland op dit terrein sterk versnipperd is en dat er zodoende onvoldoende massa kan worden gerealiseerd om investeringen te rechtvaardigen en terug te verdienen. Het zorgveld snakt overigens ook naar een duidelijke lijn en een wens om te stoppen met de waterval aan projecten. Een belangrijk aandachtspunt is de breed gedeelde behoefte aan één landelijk epd; zet voor Nederland een landelijk dekkend epd op die voor alle burgers, zorgaanbieders en overheden voorgeschreven is.

Hoewel dit een belangrijke voorwaarde is, vragen de voorgaande aandachtspunten om een grotere inzet op Telecare, eHealth en “do it yourself (DIY) zorg”. Door slim gebruik van al bestaande (en nog te realiseren) oplossingen kunnen kwetsbaar wordende burgers langer vormgeven aan zelfredzaamheid. Zet een duidelijke financiële prikkel om op gezins- en gemeenschapsniveau investeringen te doen, die het mogelijk maken om langs digitale weg zonodig zelf (medische) metingen te doen, leefstijl te ondersteunen en leefstijlpatronen te herkennen (bijvoorbeeld door sensoren te meten of er wel voldoende gedronken wordt of medicatie wel tijdig en zorgvuldig ingenomen etc.). In eerdere contacten hebben wij gewezen op mogelijkheden en ontwikkelingen



Voor betrokken ondernemers.

die elders in de wereld als vet aan de grond hebben gekregen en zichtbaar maakt dat Nederland met zijn versnipperde inzet achterloopt. Wij zien bijvoorbeeld hele positieve ontwikkelingen in Catalonië, waar door slimme inzet van Telecare en zorg en welzijn, de daar zelfstandig wonende kwetsbare burgers gemiddeld vele jaren langer thuis kunnen blijven wonen en onnodige (vroegtijdige) opnames in ziekenhuis en verpleeghuis voorkomen worden, waarmee een grote kostenbesparing gerealiseerd wordt. Deze inzet laat ook zien dat het vooral proactief en preventief werkt, in plaats van reactief zoals momenteel systemen in Nederland (bijvoorbeeld personen alarmering) die pas actief worden nadat zich een probleem heeft voorgedaan (reactief in plaats van proactief). Het ontbreken van een eenduidig beleid op dit punt en het nagenoeg afwezig van structurele financiering baart ons zorgen (een groot deel van de huidige personenalarmering is privé aangeschaft en niet voor iedere beurs toegankelijk) en er wordt in Nederland nu een grote kans gemist om de hiervoor verwoorde ambities van het voorkomen van zwaardere zorg door inzet lichte zorg, mogelijk te maken. Het ontbreken van een gericht beleid om woningen beschikbaar te hebben voor kwetsbare en zorgvragende burgers is hier ook een onderdeel van.

Organisatie van zorg

Op alle voorgaande punten kan worden aangetekend dat het vraagt om een radicale andere wijze van organiseren van zorg. Het gaat ook minder om zorgorganisaties, maar om het organiseren van zorg. En ga in die organisatie van zorg aan de voorkant van kwetsbaarheid zitten en wacht niet tot iets zich voordoet dat tot (verhoging van) kwetsbaarheid leidt en zet andere middelen in - zoals Telecare - om de steeds groter wordende groep kwetsbare burgers goed te bedienen.

Dit vraagt ook iets van de medewerkers in zorg en welzijn. In de eerste plaats vraagt het inzetten op de voorkant medewerkers die meer in integraliteit naar maatschappelijke en sociale vraagstukken kunnen kijken naast zorg gerelateerde vraagstukken. Kijk naar de mogelijkheden om bij laag complexe zorg lager geschoold personeel in te zetten waarbij meer aandacht bestaat voor competenties dan voor diploma's en beperk de inzet van hooggeschoolde medewerkers tot hoog complexe zorg. Dus stop ook met medicalisering van de ouderenzorg en stop met de "HBO-isering van de zorg".

In de tweede plaats vraagt dit om herwaardering van wat we nu de niveaus 1, 2 en 3 noemen. Met meer aandacht voor het welbevinden en welzijn zal ook in de begeleiding en ondersteuning andere typen van vaardigheden en deskundigheden worden



Voor betrokken ondernemers.

gevraagd die beter passen bij de medewerkers op die niveaus. En daar zijn er simpelweg ook meer van. Regel in de organisatie van zorg dat zij, indien nodig met supervisie via bijvoorbeeld mogelijkheden van Telecare, ook in staat zijn om handelingen te verrichten waar ze wel competent voor zijn, maar volgens de spelregels van toezicht (of de vereisten van verzekeraars) niet bevoegd. Zorg ook dat beletsels in de arbeidswetgeving wegvallen: erken dat zorg voor 24/7 plaatsvindt en zorg dat de medewerkers in hetzelfde ritme zorg kunnen leveren; aandoeningen en kwetsbaarheden gaan niet met weekendverlof. De inzet op begeleiding, ondersteuning en lichte zorg draagt ook verder bij aan het terugdringen van vroegtijdige of onnodige zware zorg. Zorg dat die besparingen ook zichtbaar en inzetbaar worden aan de voorkant van het systeem waar het om preventie en vroegsignalering gaat (revolving fund). Zoals eerder aangegeven kan een gedegen MKBA daar inzichtelijk maken welke besparingen met deze inzet gerealiseerd kunnen worden en hoe die dan aan voorkant aan de kostenkant, kunnen worden ingezet.

De kern uit ons betoog is telkens: zet in op het voorkomen van toename van kwetsbaarheid door inzet op welzijn, welbevinden, begeleidingen en ondersteuning, en zet waar dat kan lichte zorg in om zware zorg te voorkomen. En richt de organisatie van ouderenzorg en het landschap waarbinnen dit moet plaatsvinden op inzet van middelen (geld, mensen steunsystemen in de ICT) radicaal anders in dan nu het geval is. Met de huidige inrichting van het stelsel zijn we voor de ouderenzorg in een doodlopende straat terechtgekomen, dat moeten we ons realiseren, vervolgens de regie nemen en daadwerkelijk stappen zetten om hieruit te komen; beter ten halve gekeerd, dan ten hele gedwaald!

Uiteraard ben ik beschikbaar om dit schrijven op onderdelen of zijn geheel toe te lichten.

Met vriendelijke groet,

Hans Buijning
Bestuurder Zorgthuisnl