

**Illya Soffer**  
directeur Ieder(in)

# VOORKOMEN IS BETER DAN GENEZEN;

*Investeren in het sociaal domein als voorwaarde voor  
de Juiste Zorg op de Juiste Plek*

Er is geen land waar ik liever ziek word dan Nederland, want onze medisch zorg is erg goed. Maar of ik in Nederland wil zijn als ik langdurige ondersteuning nodig heb vanwege ouderdom, een chronische aandoening of een beperking? Ik denk het niet. Uit allerlei onderzoeken blijkt dat de gepercipieerde kwaliteit van leven, de eigen regie, de participatie en het eigen netwerk de afgelopen jaren achteruit is gegaan. We zien kwaliteitsindicatoren de verkeerde kant op gaan sinds de decentralisaties. Dit raakt de dagelijkse ondersteuning voor ruim 1,5 miljoen mensen met een beperking of chronische aandoening.

**H**et omgekeerde van wat we beoogden  
Het aantal gedetineerden en dak- en thuislozen met een beperking neemt toe. Het aantal mensen met ernstige psychische klachten en schulden neemt toe. Het aantal (gedwongen) opnamen en crisisplaatsingen neemt toe. Het arbeidsverzuim en burn-outklachten onder mantelzorgers neemt zelfs sterk toe. En we zien meer jeugdigen met een beperking uitvallen in onderwijs, vervolgopleidingen, arbeid, inkomen en wonen. Je kunt op je vingers natellen dat deze optelsom van maatschappelijke kosten niet positief uitvalt. Dat is zorgelijk en is precies het omgekeerde van wat we beoogden met de decentralisaties.

Hoe verantwoord is het om te blijven volhouden dat dit kinderziekten zijn en dat we eigenlijk best goed bezig zijn? Ik verbaas mij steeds meer over het maakbaarheidsoptimisme. Over het geloof in toekomstig succes van de hervormingen en decentralisaties. Ook in de recent aangekondigde Haagse zorgcontourennota's, regiobeelden en kleine wetsingrepen wordt niet getwijfeld aan de tekentafellogica achter de hervormingen. Hoe zat het ook al weer met die logica?

Het idee was dat kosten beheersbaar zouden worden door het terugduwen van de zorgvraag van ouderen, jeugd en volwassenen met (psychische) beperking. Terugduwen

# *“Een investering in het sociaal domein ten koste van opbrengsten in de zorgmarkt, is misschien wel de hardste dobber van onze hervormingen en decentralisaties.”*

vanuit de duurdere specialistische of intramurale zorg naar goedkopere eerstelijnszorg. En van daaruit weer naar de participatie-samenleving met gratis inzet van informele ondersteuning en eigen kracht en eigen thuis.

## **Te mager ingericht**

Tegen beter weten in ging de transitie gepaard met een forse bezuinigingsopdracht. De toegang tot het sociaal domein was bedoeld als welkomstpoort naar de lokale, inclusieve samenleving. In plaats daarvan werd het een streng bewaakte douanepost om toegang te beperken tot schaarse voorzieningen. Met alle gevolgen van dien.

Ik heb honderden vastgelopen cases onder ogen gehad. De rode draad? Al direct in het begin is er een mismatch tussen de zorgvraag, het ingekochte aanbod en het beschikbare geld. Als een veenbrand ontstaan er daarna steeds grotere problemen. Mensen kunnen oorspronkelijk toe met laagdrempelige, ambulante, langdurige ondersteuning en met kleine, nabije, eenvoudige oplossingen en hulpmiddelen. In plaats daarvan raken ze van de wal in de sloot door het ontbreken van langdurige laagdrempelige ondersteuning thuis. En daardoor zijn er vaak specialistische voorzieningen nodig om ze weer op de kant te trekken. Is deze opstuwende werking als gevolg van een te mager ingericht sociaal domein nog wel te keren?

## **Wat de Denen anders doen**

Een uitstapje naar Denemarken. Zij hebben ruim tien jaar geleden gedecentraliseerd. Wat we in positieve zin kunnen leren van de Denen is dat het helpt om het hele sociale domein in één hand (en wet) te organiseren. Of het nu gaat om werk, inkomen, hulpmiddelen, om wonen, onderwijs, ondersteuning, activering, of om thuishulp, thuiszorg en andere verpleegkundige zorg; het is de gemeente die ervoor moet zorgen dat met de juiste mix aan voorzieningen inclusie en participatie worden bevorderd en mensen zo goed mogelijk kunnen meedoen. Daar komt geen arts of zorgaanbieder aan te pas.

Ook interessant is dat deze voorzieningen niet onder het Ministerie van Zorg vallen, maar onder Sociale Zaken. Het concurreert daardoor niet met ander zorgaanbod. Wat de Denen ook anders doen, is dat de ondersteuning grotendeels door gemeenten zelf wordt uitgevoerd en dus niet van externe zorgaanbieders komt. Dat maakt samenhang en samenwerking gemakkelijker; er zijn immers geen economische prikkels die dat tegenwerken. En wat we ook kunnen leren is dat preventief interveniëren in een integraal sociaal domein een flinke investering vraagt. Een investering die zich pas na een aantal jaren uitbetaalt. Pas recent is in Denemarken zichtbaar dat zorgkosten afnemen.

## **Geldstromen ombuigen**

Een investering in het sociaal domein ten koste van opbrengsten in de zorgmarkt, is misschien wel de hardste dobber van onze hervormingen en decentralisaties. Zijn we bereid een deel van de geldstromen die nu richting aanbieders, artsen, specialisten, psychiaters, farmaceuten en verzekeraars gaan, om te buigen ter bevordering van inclusie en preventie in het sociaal domein? Zijn we echt bereid te investeren in passender onderwijs, arbeid, inkomen, ondersteuning, verpleging, vervoer, ten koste van de zorgbegrotingen van aanbieders en verzekeraars?

Ik geloof dat het flink zal lonen om een substantieel deel van het huidige zorgbudget voor ouderen, gehandicapten en jeugdigen in een grote pot te stoppen. En dat we met dat geld een nieuwe, passende ondersteuningsstructuur in het sociaal domein ontwerpen voor ondersteuning, participatie en inclusie. Dichtbij, op maat en werkelijk vraaggestuurd.

Ik voorspel dat door vraagsturing, maatwerk en inclusie het aantal zieken en gehandicapten fors terug zal lopen. Niet omdat mensen geen ziekten of beperkingen meer hebben, maar omdat zij minder belemmeringen ondervinden en dat ze daarmee kunnen leven en meedoen. Dat scheelt kosten. Dat scheelt personeel. En dat scheelt bovendien een hele hoop frustratie! Wie weet komt het dan toch nog goed met die decentralisaties.