

VAN SYSTEMEN NAAR SAMENHANG

OVER DE VERBINDING TUSSEN ZORG, WELZIJN EN GEMEENSCHAP

 COINCIDE

COINCIDE

07

DE KOKERS IN ZORG EN
SOCIAAL DOMEIN OP DE
SCHOP

10

EGOLOOS SAMENWERKEN
MÉT DE BURGER

16

ER ZIJN GEEN SCHOTTEN
BIJ DE SCHOTTEN



VOORWOORD

Voor deze bundel zijn artikelen samengebracht die ontstonden naar aanleiding van onze Beleidsreis Langdurige Zorg en Welzijn naar Glasgow in september 2022. De thema's die toen al centraal stonden, zijn urgenter dan ooit. De verbinding tussen zorg en het sociaal domein. De kracht van gemeenschappen. Preventie. Samenwerking over organisatie- en domeingrenzen heen. En de vraag hoe ondersteuning, vanuit de behoeften van mensen zelf, meer onderdeel kan worden van het dagelijks leven in buurten en gemeenschappen.

Glasgow bleef ons bij als een stad waar veel van deze vraagstukken samenkomen. Schotland kampte, mede als gevolg van hardnekkige armoede, jarenlang met grote gezondheidsverschillen en kent een van de laagste levensverwachtingen van West-Europa. Dat bracht een sterk besef met zich mee dat gezondheid niet los gezien kan worden van wonen, bestaanszekerheid, sociale netwerken, onderwijs, werk en de kwaliteit van de leefomgeving.

In Glasgow groeide op veel plekken de overtuiging dat ondersteuning en zorg beter aansluiten wanneer de leefwereld van mensen het uitgangspunt vormt. Met aandacht voor publieke gezondheid, preventie, lokale betrokkenheid en samenwerking met inwoners. Ook groeide een beweging waarin bewoners en gemeenschappen nadrukkelijker invloed kregen op hun eigen toekomst.

De artikelen in deze publicatie gaan over het doorbreken van kokers en schotten. Over de overtuiging dat wonen, welzijn, zorg en gezondheid sterker met elkaar verbonden zijn dan systemen vaak doen vermoeden.

Vier jaar later zijn deze vraagstukken, ook in Nederland, alleen maar urgenter geworden en hebben deze teksten nauwelijks aan actualiteit verloren.

Dorothee Kaiser

Managing Partner Coincide BV



“Gezondheid begint niet in de zorg, maar in de omstandigheden waarin mensen leven.”

Guus Bannenbergh

voormalig bestuursvoorzitter TrageL, Initiatiefnemer en voorzitter burgerinitiatieven *Langer Zelfstandig Leven*
Oegstgeest en Oegstgeester Hofjes

INTEGRALE AANPAK ZORG EN WELZIJN SAMEN MET COMMUNITIES

Net zoals Nederland bereidt Schotland zich voor op de vergrijzing en daarmee samenhangende stijgende vraag naar zorg en welzijn. Belangrijk verschil is dat Schotland minder welvarend is en daardoor verhoudingsgewijs veel minder te besteden heeft. Ook is de bevolkingsdichtheid laag en zijn communities verspreid over een groot landelijk gebied. Hoe pakt Schotland dit aan en wat kan Nederland hiervan leren?

Schotland is als onderdeel van het Verenigd Koninkrijk nauw verbonden met het gedachtegoed van een centralistische National Health Service (NHS). Sinds 1999 kan de Schotse regering een autonoom beleid voeren voor volksgezondheid. In 2014 is de Public Bodies Act in werking getreden, waarbij de uitvoering van de zorg is neergelegd bij 32 regionale autoriteiten voor zorg en welzijn. Op dit moment wordt een wet voorbereid om de NHS uit te breiden met de National Care Service (NCS), waardoor zorg en welzijn binnen één wettelijk kader komen te vallen. Vooruitlopend daarop zijn er op regionaal gebied Integrated Joint Boards zijn gevormd die elk beschikken over een eigen Health and Social Care Partnership. Binnen de HSCP werken zorg- en welzijnsorganisaties samen aan één gezamenlijk plan met daaraan gekoppeld een begroting met verdeling van subsidies voor de aangesloten organisaties.

De Schotse benadering lijkt op het eerste gezicht centralistisch, maar dat is vooral ingegeven om de schaarse financiële middelen zo effectief en efficiënt mogelijk te verdelen over de 32 regio's. Binnen de regio's wordt intensief samengewerkt tussen de autoriteiten van de NHS en de regionale aanbieders van zorg en welzijn die



gebruik maken van de subsidies van de NHS en straks ook van de NCS. Met een knipoog wordt opgemerkt dat het centralistische systeem van de NHS afkomstig is van "Westminster" en dat de Schotten er regionaal steeds meer hun eigen draai aan geven. Daarin staat het werken met lokale communities en het benutten van de kracht in de samenleving in de regio centraal.

North Lanarkshire

Een mooi voorbeeld is North Lanarkshire, een regio tussen Glasgow en Edinburgh met 341.000 inwoners, dat altijd arbeidskracht leverde aan beide grote steden maar nu verarmd is en aandacht nodig heeft op het gebied van zorg en welzijn. De HSCP heeft een ambitieus 10-jaren plan opgesteld voor deze regio, waarvoor een budget van 640 miljoen pond is beschikbaar gesteld (omgerekend 745 miljoen euro). De HSCP en alle daarin vertegenwoordigde organisaties in zorg en welzijn werken samen aan 6 strategische ambities voor de regio, vastgelegd in het Strategic Commissioning Plan. De ambities zijn vooral gericht op preventie, het in stand houden van community service, technologie en behoud van werk. Boeiend is ook dat lokale maatschappelijke initiatieven ("Third Sector") subsidie kunnen ontvangen voor programma's die aansluiten op de ambities en inwoners in staat stellen om inwoners zo lang mogelijk zelfstandig thuis te blijven wonen.

Wat de Schotse aanpak extra interessant maakt is dat de regionale overheid op de ambities van de HSCP aansluit met een sterke visie op de toekomst en infrastructuur van de regio en de kernen daarbinnen. De North Lanarkshire Council heeft daarvoor een verstrekkend plan opgesteld onder de naam The Place, The Vision. Daarin wordt nagegaan hoe de kernen toekomstbestendig kunnen worden gemaakt, waarbij wordt gekeken naar leefbaarheid, diensten en investeringen in nieuwe woningen voor het groeiend aantal oudere inwoners. Interessante invalshoek daarbij is het creëren van "hubs": plekken van waaruit de mobiliteit wordt georganiseerd alsmede bedrijfsverzamelgebouwen voor maatschappelijke organisaties. Zo zagen wij een gebouw waar zowel zorgvoorzieningen als een huisartsenpraktijk en polikliniek als maatschappelijke functies zoals een woningcorporatie, bibliotheek en welzijnsorganisatie zijn gevestigd. Oudere inwoners kunnen dan op één plek terecht voor alle vragen op het gebied van zorg en welzijn en de organisaties leren elkaar beter kennen hetgeen de samenwerking bevordert.

Wat kunnen we hiervan voor Nederland leren? Hoewel de aanpak in Schotland ingebed in de NHS en NCS op het eerste gezicht nogal centralistisch en bureaucratisch overkomt, werken de drive waarmee regionaal wordt samengewerkt en de integrale

benadering absoluut aanstekelijk. Kijkend naar regionale samenwerking waarbij ik zelf betrokken ben dan zie ik dat deze heel erg afhankelijk is van bestuurders die elkaar vinden in gezamenlijk projecten. Dit terwijl de uitdagingen voor bijvoorbeeld de langdurige zorg voor de komende jaren enorm zijn als het gaat om stijgende vraag naar zorg en welzijn bij een gelijkblijvend aanbod.

Ook wij zullen ons in Nederland moeten afvragen hoe we samenwerking regionaal en lokaal kunnen inrichten om de resultaten te behalen in de langdurige zorg. Zeker, gemeentes kunnen hierin een belangrijke rol spelen en willen dat ook graag, maar ik zie dat vooral grote gemeentes doen die over voldoende staf beschikken. Andere bepalende spelers zijn de zorgverzekeraars en zorgkantoren. Wat ik nog te weinig tegenkom is het betrekken van communities. Er zijn in Nederland al honderden burgerinitiatieven op het gebied van wonen, zorg en welzijn, maar uit eigen ervaring kan ik zeggen dat het heel wat moeite kost om serieus genomen te worden door gemeentes, zorgverzekeraars en zorgkantoren. Dan kan ik alleen maar respect hebben voor de misschien bureaucratische, maar aanstekelijke en voortvarende aanpak in Schotland. ◊

"De Schotse aanpak lijkt centralistisch, maar is vooral bedoeld om schaarse middelen effectief over de 32 regio's te verdelen."



Hilde Reints

gemeentesecretaris / algemeen directeur Gemeente Oss
voormalig directeur Zorg, Jeugd, Onderwijs en Diversiteit Gemeente Amsterdam

CARING TOGETHER

In 'De winst van het sociaal domein' doen de gezamenlijke Nederlandse gemeenten een voorstel voor een samenhangende aanpak van de drie grote actuele maatschappelijke opgaven: het herstellen van bestaanszekerheid, het vergroten van kansengelijkheid en het makkelijker maken van gezond leven. Het zijn grote opgaven, die sterk met elkaar samenhangen en een langjarige en niet-vrijblijvende samenwerking van de overheid en alle maatschappelijke partners in en rondom het sociale domein vragen.

"Caring together to make a difference"

Goede zorg vraagt gezamenlijkheid. De kern van de propositie is, dat een aanpak alleen in samenhang rendoert en meerwaarde voor inwoners creëert: investeren in het sociaal domein ontketent maatschappelijke besparingen. De randvoorwaarden die de gemeenten stellen aan hun inbreng in de gezamenlijke aanpak zijn voldoende financiële middelen, sturing die werkt, geredeneerd vanuit de uitvoering en een gezamenlijke opdracht voor een sterk sociaal domein. Hoe belangrijk die derde voorwaarde is, de gezamenlijke opdracht, wordt geïllustreerd aan de hand van de Schotse samenwerking op het gebied van zorg en welzijn.

Dat een sterk gezondheidsstelsel noodzakelijk is voor het tegengaan van de groeiende tweedeling door sociaaleconomische gezondheidsverschillen is inmiddels common sense. En ook het inzicht dat zo'n sterk gezondheidsstelsel, de opgave van gezondheid, het bereiken van een gezonde samenleving, vragen om een bredere scope dan de inzet van alleen (medische) zorg en ondersteuning, is breed erkend, bijvoorbeeld in het recent afgesloten Integraal Zorg Akkoord (IZA).

De Schotse aanpak

In Schotland is, mede daarom, in 2014 gekozen voor de inrichting van Health and Social Care Partnerships (HSCP's) om samenhang en samenwerking wettelijk te verankeren en ook echt te realiseren. In de HSCP's sturen overheden en zorgverzekeraars samen op geïntegreerde zorg en ondersteuning op lokaal niveau. Dicht bij de inwoner en passend bij de buurt of wijk waarin wordt gewerkt.

Deze aanpak, met een wet die een opdracht geeft voor integrale samenwerking, werkt. Vanuit een gedeelde visie voor gezondheidszorg en sociale ondersteuning realiseren de HSCP's in de regio Greater Glasgow inmiddels echte gezamenlijke uitvoering. Waarin budgetten grootschalig en gezamenlijk worden gericht, waarin samen wordt geleerd en ontwikkeld en waarin samenhang niet meer alleen voortkomt uit wettelijke verplichting maar ook uit diepgevoelde noodzaak en vanzelfsprekendheid.

In East Renfrewshire is de samenwerking fysiek zichtbaar geworden met het Eastwood Health and Care Centre. Een gebouw waarin alle eerstelijnsgezondheidszorg- en welzijnsvoorzieningen samen een plek hebben en dat inmiddels de standaard is geworden voor de bouw van maatschappelijke voorzieningen in heel Schotland. De gebruikers zouden niet meer terug willen naar vroeger, ze zien dat 'samenwonen' werkt.

In de gemeente East Dunbartonshire maakt de breed gedeelde en doorleefde gezamenlijke visie indruk. De social worker, de nurse, het gemeenteraadslid, de voorzitter van de Health Board... allemaal vertellen ze dezelfde missie naar hun dagelijkse werkpraktijk "Caring together to make a difference". Ze zijn unaniem enthousiast over deze nu vanzelfsprekende werkpraktijk. In de coronaperiode heeft deze zich meer dan ooit bewezen, zeggen ze. Nu zou ik zeker niet willen pleiten voor nieuwe wetgeving om ook in Nederland de samenwerking te verankeren en vandaaruit (pas) te gaan werken aan integrale zorg en ondersteuning. Laten we de voorbeelden van Schotland en ook de succesvolle ervaringen uit eigen land (Welzijn op recept, Blauwe Zorg etc.) gebruiken om gewoon te doen. Niet om in nieuwe proeftuinen en pilots te ontdekken dat het beter werkt als we een gezamenlijke opdracht hebben, maar door de eigen organisatiebelevingen integraal in dienst te stellen van de mensen die te maken hebben met ongezondheid, onzekerheid, ongelijkheid.

Amsterdam Vitaal en Gezond

In Amsterdam zijn de eerste stappen daartoe veelbelovend. In "A'dam Vitaal en Gezond" bundelen gemeente en zorgverzekeraar én alle zorg- en welzijnsorganisaties (van universitair ziekenhuis en langdurige zorg tot sociale buurtteams en welzijnswerk) de krachten om ervoor te

zorgen dat Amsterdammers ook in de toekomst vitaal en gezond kunnen leven en gebruik kunnen maken van goede en betaalbare ondersteuning en zorg. De gezamenlijke opdracht die alle deelnemers aan "A'dam Vitaal en Gezond" aan zichzelf hebben gegeven is, dat alle Amsterdammers in 2040 gelijke kansen hebben op goede gezondheid.

En hoewel de spannende, met name budgettaire keuzes en financiële gevolgen, nog moeten worden aangeraakt, leidt de samenwerking al tot betekenisvolle resultaten. Zo werken corporaties en gemeenten nu als vanzelfsprekend samen met zorg- en welzijnsaanbieders aan de inrichting van het nieuwe stadsdeel Strandeiland. En komt er één team met één telefoonnummer voor alle nachtzorg in de stad, in plaats van de versnipperde aanpak met tientallen organisaties nu. En is er een integraal servicecentrum waar medewerkers uit de zorgsector terecht kunnen voor snelle hulp bij bijvoorbeeld het zoeken naar een woning.

Tot slot

De benadering van maatschappelijke vraagstukken en 'wat past' verschilt per land, per regio, per stad en is afhankelijk van de bestaande gewoontes, beschikbare kennis, opgedane ervaringen enzovoorts. Zowel in Schotland als in Nederland zien we dat het helpt om binnen die verschillen te werken aan het formuleren van de gezamenlijke opdracht. En als we willen dat een aanpak van de actuele maatschappelijke opgaven gaat werken voor inwoners dan is samenhang zelfs noodzakelijk. De vraagstukken zijn te verweven en te groot om zonder elkaar aan te pakken. Als je Glaswegian bent, of Amsterdammer, kun je er in ieder geval al op rekenen dat de overheid en de maatschappelijke partners er voor je zijn. Vanuit een gezamenlijke opdracht die soms wel en soms niet is vastgelegd in een wet: Caring together to make a difference! ◊



Ton Poos

*raad van bestuur Philadelphia Zorg
voormalig voorzitter raad van bestuur Vilente*

Illya Soffer

*algemeen directeur JINC
voormalig directeur Ieder(in)*

DE KOKERS IN ZORG EN SOCIAAL DOMEIN MOETEN OP DE SCHOP

De zorg en het sociaal domein in Nederland zijn verdeeld in een soort kokers, waardoor vragen om hulp of zorg nodeloos ingewikkeld en duur is. Daarover wordt al heel lang steen en been geklaagd door zowel cliënten als hulp- en zorgverleners. Wij zien wel een oplossing in het overnemen van de principes van het integrale stelsel dat Schotland hanteert, waarin care en well being centraal staan. Dit vereist een radicale ommezwaai waarbij de kokers op de schop moeten.

We geven in Nederland nog steeds veel geld uit aan de zorg, maar je kunt je afvragen of we het aan de juiste dingen uitgeven. De zorgsector is nodeloos verknipt en versnipperd georganiseerd. De sector is opgedeeld in kokers – ouderenzorg, ggz, jeugdzorg, gehandicaptenzorg – met elk hun eigen ketens, toegangspoorten, criteria en indicaties. Iemand die zorg nodig heeft, wordt in een van die tunnels geleid, ongeacht of diegene en diens zorgvraag daar wel past. De zorgsector vloeit over van geld, bureaucratie, indicatie, systematiek, verantwoording en compliance. Maar er is nauwelijks compassie.



In Schotland is er meer compassie en bestaan bovendien de kokers niet. Tijdens ons werkbezoek aan het land enkele maanden geleden raakten we enorm geïnspireerd – evenals andere Nederlandse zorgbestuurders die er zijn geweest. In Schotland kijken professionals naar een hulpvraag vanuit welzijn, of liever gezegd: vanuit welbevinden. Pas als blijkt dat de oplossing niet kan komen uit laagdrempelige ondersteuning in de eigen nabije gemeenschap, dan ga je door naar de zorg. Dus wie binnenkomt met een angststoornis hoeft niet eerst op een wachtlijst voor een indicatie en dan op een wachtlijst voor een intake. Professionals gaan direct met diegene aan de slag. Wat hierbij helpt, is dat de budgetten voor cure, care en welzijn wettelijk grotendeels zijn samengevoegd. Die budgetten worden beheerd door 32 local authorities, min of meer vergelijkbaar met gemeenten. De opvatting is dat welbevinden leidt tot lichamelijke en geestelijke gezondheid, en dus tot lagere zorgkosten. In de praktijk gaan er in Schotland dus meer middelen naar het sociaal domein, naar bestrijding van armoede, eenzaamheid en het stimuleren van sociale cohesie, en relatief minder naar de curatieve gezondheidszorg, of naar technologische medische hoogstandjes zoals protonencentra en zorgrobots. Het gevolg: de mens staat echt centraal, de uitkomsten van interventies zijn beter en de kosten zijn lager. De Schotse aanpak lijkt alleen maar voordelen te hebben.

Geld is een perverse prikkel

Ook in Nederland zouden we moeten durven te stoppen met automatisch een dokter aan iemand te laten sleutelen, waarna hij een factuur mag sturen naar de zorgverzekeraar. Iedereen is het er inmiddels wel over eens dat de uitgaven aan zorg moeten worden beteugeld. Er is recent een integraal zorgakkoord voor opgetuigd, waarin

steviger wordt ingezet op preventie met een grotere rol voor het sociaal domein om zo het beroep op zorg terug te dringen.

Al jaren worden pogingen ondernomen om de zorguitgaven te beteugelen. Zo is er geëxperimenteerd met populatiebepoorting en zijn er pilots geweest waarin positieve gezondheid centraal staat. Om minder geld aan dure zorg uit te geven, is substitutie een goede beweging. Hierbij worden middelen verplaatst van de derde naar de tweede, eerste en nulde lijn. Het gebeurt alleen amper omdat geld een perverse prikkel is in de zorg. Hierdoor blijven bestaande posities en belangen bestaan. We zouden moeten kijken naar wat ze in Schotland doen: namelijk verplicht budgetten samenvoegen voor zorg en het sociaal domein, en dan per gemeente kijken wat werkt en nodig is.

Waar we in Nederland ook nog stappen te zetten hebben, is het mensbeeld op basis waarvan politici en beleidsmakers handelen. De neiging die hier bestaat om van het negatieve uit te gaan, is er in Schotland veel minder. Schotse professionals in de zorg en welzijnssector gaan veel meer uit van compassie met mensen die ziek of gehandicapt zijn of die de eindjes niet aan elkaar kunnen knopen. Het kan ons allemaal overkomen dat we opgroeien in een moeilijk gezin, dat we arm worden, slecht eten, te veel alcohol gaan drinken of aan iets anders verslaafd raken. De verslaafde op straat, kan ook jouw zoon of dochter zijn.

In Nederland is het mensbeeld negatiever en worden mensen eerder bejegend vanuit wantrouwen. Bovendien staat de cure, het medische, veel hoger in aanzien dan de

“We moeten in Nederland minder inzetten op de medische benadering en meer op de sociale benadering.”



langdurige zorg. Een voorbeeld is het verschil in benadering als het gaat om hulpmiddelen. Als iemand een rolstoel aanvraagt, wordt dat gezien als een greep uit de gemeenschapspot doen. Maar als iemand een kunstnie krijgt, is dat geweldig. Terwijl het om precies hetzelfde gaat, namelijk iemand in staat stellen deel te nemen aan de maatschappij. En dan bepaalt de gemeente ook nog dat de persoon met de rolstoel maar zoveel kilometer per maand mag rijden, want het is niet de bedoeling dat diegene er leuke dingen mee gaat doen. Tegelijkertijd moet degene met de kunstnie kunnen dansen, bij wijze van spreken. Het verschil in waardering tussen zorg als sector en welzijn als maatschappelijk streven is enorm.

Eenzaamheid in Spanje

We moeten in Nederland minder inzetten op de medische benadering en meer op de sociale benadering. In plaats van dat we van een hulpvraag een probleem van het individu maken, moeten we kijken naar de rol van de samenleving, van het collectief. Dus na een diagnose moet een hulp- of zorgverlener kijken naar de persoon om wie het gaat. Wie is die persoon? Wat heeft diegene nodig om zijn leven te kunnen leiden? En wat heeft zijn familie nodig om hem daarin bij te staan?

Een mooi voorbeeld van hoe het zou kunnen werken, komt uit Spanje. Daar is eenzaamheid uitgeroepen tot grootste probleem in de ouderenzorg. Dat leidt tot heel andere oplossingen voor hulpvragen van ouderen. Daar wordt aan de oudere gevraagd: 'Wat is er aan de hand? Waar woont uw familie? Waar wonen mensen die u kent?' Vervolgens wordt er geregeld dat de oudere in kwestie kan verhuizen naar een plek waar meer mensen wonen die hij of zij kent. Dat wordt gewoon geregeld. In Nederland kan dat niet, want er is een woningbouwbesluit, een richtlijn en allerlei andere obstakels waardoor iemand moet blijven wonen waar hij woont.

In Nederland maken we zaken vaak nodeloos ingewikkeld door de verkokering, waardoor gemeenten weliswaar verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning, maar toch niet in staat zijn om door middel van een integrale aanpak de eigen inwoners te helpen. We hebben verschillende wetten waarin de zorg geregeld is, en dus verschillende, gescheiden budgetten. In Schotland is alles rond zorg en sociaal domein in principe in een wet en in een budget ondergebracht. Daardoor is er een wettelijke borging voor samenwerking met een integrale aanpak. Dat zouden we in Nederland ook moeten doen. Waar een wil is, is een weg. Maar waar geen wil is, helpt de wet! o

"In Schotland kijken professionals naar een hulpvraag vanuit welzijn, of liever gezegd: vanuit welbevinden."



Ria Stegehuis

voormalig voorzitter raad van bestuur
Espria

Cynthia op den Brouw

directeur Espria Ledenvereniging

Sandra Oud

bestuurder Zonnehuisgroep Amstelland
voormalig directeur-bestuurder Eveen

EGOLOOS SAMENWERKEN MÉT DE BURGER



Een Schotse huisarts bedient een service user. Geen patiënt, geen cliënt. Een service user. Een begrip dat zich in Nederlandse context het beste laat vertalen als burger. Het inspireert Ria Stegehuis, Sandra Oud en Cynthia op den Brouw tijdens de door Coincide georganiseerde Beleidsreis 2022 naar Schotland. Espria, Eveen en de Espria Ledenvereniging zetten stappen in de richting van het Schotse model: egoloos samenwerken. Mét de burger.

Bij ons bezoek in Glasgow spraken we netwerken van zorgprofessionals, welzijnswerkers, mantelzorgers, familie, vrienden en eventueel andere betrokkenen die degene met een hulpvraag ondersteunen. Of dat nou een vraag is die te maken heeft met ouder worden, een verstandelijke beperking of welzijn. De financiering kent geen schotten. De professies evenmin. Welzijnswerker, apotheker, huisarts en verpleegkundige werken nauw samen. Het netwerk van informele en formele zorg blijft, ook wanneer de service user in een care home komt.

'Zorg vanuit de kracht van de samenleving'

Natuurlijk kennen ze in Schotland, meer dan in Nederland, particuliere en niet-particuliere zorg en daarmee grote verschillen in arm en rijk. In de bovengenoemde positieve kanten van het 'ont-schotte' Schotse zorgsysteem zagen Stegehuis, Oud en Op den Brouw desondanks een voorbeeld voor Nederland. In Schotland is zorg heel vanzelfsprekend geregeld vanuit een community. Het is, in de woorden van Oud: 'zorg vanuit de kracht van de samenleving'.

Burger-benadering

In deze community- benadering staat centraal wat iemand zelf wil en kan met hulp van een sociaal netwerk. Dat geeft de professionele zorg lucht voor haar noodzakelijke taken. Cruciaal is het besef dat een burgervraag de basis en het startpunt is. Stegehuis verklaart: 'Vanuit de zorgpraktijk gezien kan iets nodig zijn, mogelijk is voor de persoon in kwestie iets anders belangrijk. De vraag moet zijn "wat vind jij belangrijk" in plaats van "wat biedt de zorg aan". Laatst was ik in een revalidatiecentrum. De revalidant kreeg

bij binnenkomst te horen dat zij over twee weken een multidisciplinair behandelplan zou krijgen. Haar behoefte lag heel ergens anders. Zij wilde aan het einde van de week zes treden kunnen traplopen, want dan zou ze naar huis kunnen. Op dit soort vragen zijn we onvoldoende ingesteld.' Op den Brouw vult aan: 'Op een zorgvraag komt een antwoord vanuit de zorgpraktijk, op een burgervraag komt een antwoord vanuit de community zoals een ledenvereniging.'

Oud ziet zo'n burger-benadering werken in haar domein van (specialistische) verpleging, behandeling, verzorging, begeleiding en thuiszorg: 'We moeten ons vaker afvragen; moeten we dit echt doen of kan er een maatje worden gevonden om te zorgen dat iemand zo lang mogelijk zelfstandig thuis kan blijven wonen.'

Omdat zorg onbetaalbaar wordt, moeten burgers daarbij zelf eerder nadenken over wat ze zelf mogelijk al nodig hebben of moeten gaan regelen. Er is bewustzijn nodig dat zorg geen vanzelfsprekendheid meer is. Zelfs niet als je geld hebt. "Ik zie het wel tegen die tijd", gaat niet meer op.

Hoe gaat het met je?

Marktwerving staat ont-schotten nog wel eens in de weg. Schotten tussen disciplines en informele en formele zorg hebben grotendeels ook met financiering te maken. 'Een burger bestaat niet uit een deel zorg, een deel welzijn en een deel zelf doen. In Nederland wordt hulp wel in deze delen aangeboden. Hoe analyseer je een burgervraag als je in je achterhoofd moet bedenken uit welke financiering iets komt, je benadert iemand dan alsof hij of zij uit drie aparte delen bestaat', is Op den Brouws opvatting.

"Op een zorgvraag komt een antwoord vanuit de zorgpraktijk, op een burgervraag komt een antwoord vanuit de community zoals een ledenvereniging."

Ze verduidelijkt: 'Hoe kan je de vraag goed analyseren als je in achterhoofd moet denken "uit welke financiering komt dit?". We moeten ernaar toe dat een burger belt en hij of zij de vraag krijgt: "Hoe gaat het met je?" Door goed te luisteren krijgen we dan een passend antwoord op iemands behoefte.' Oud: 'Het is precies waarom Evean, Espria en de ledenvereniging een gezamenlijk triage ontwikkelen. Om te beginnen met die vraag 'Hoe gaat het met je?', en dan te kijken wat nodig is'. De eigen kracht van de burger moet optimaal worden ingezet. Dat betekent eerst kijken naar wat iemand zelf kan, eventueel met hulpmiddelen.

Ego's en marktwerking

Ook in Nederland zijn voorbeelden van pilots waar geen schotten in financiering zijn. Oplossingen als Community Care, zoals in Glasgow, zijn een voorbeeld. Het integraal zorgakkoord zegt: "We willen anders, we moeten anders". Een burger maakt geen scheiding tussen de systemen. De zorgorganisaties van Espria ontwikkelen met de ledenvereniging daarom een gezamenlijke triage. In samenwerking met allen, volgens het gelijkheidsprincipe en vanuit burgerdenken. Stegehuis pleit verder voor lumpsum-financiering, waarbij bestuurders uitgaan van professionals en zeggenschap van burgers. Het is essentieel om te horen wat iemand zelf echt wil. Oud noemt de marktwerking doorgeslagen: 'Egoloze samenwerking is nodig. Dit vraagt lef om samen te werken over schotten heen. Dan past geen directief leiderschap, dan past ruimte voor professionals.'

Burgers bedienen

In de wijk komen veel verschillende zorgorganisaties. Samenwerken en afspraken maken is hierin ingewikkeld en spannend, soms ook omdat er wordt gevreesd voor het eigen voortbestaan. Egoloos is ook dat we stoppen met elkaar beconcurreren. 'Er is veel meer vraag dan aanbod, dus laten we daarmee ophouden,' stelt Op den Brouw voor: 'Misschien moeten we gewoon besluiten het duurzaam samen te doen omdat de burger en de zorgmedewerker, die ook burger is, momenteel de dupe zijn. Onze gezamenlijke triage is ook schaalbaar voor andere organisaties.' Zorgbestuurders hebben kortom de schone taak bezig te zijn met hoe ze, samen met de burger, kunnen blijven zorgen. Hoe ze met elkaar burgers in een werkgebied bedienen. Het bijeffect is dat zorgmedewerkers worden ontlast. Stegehuis, Oud en Op den Brouw applaudiseren niet alleen voor de zorg, ze willen samenwerken voor de zorg. Niet alleen met elkaar, maar egoloos, samen mét de burger, over alle schotten heen. ○



"Het is precies waarom Evean, Espria en de ledenvereniging een gezamenlijke triage ontwikkelen. Om te beginnen met de vraag: 'Hoe gaat het met je?'"



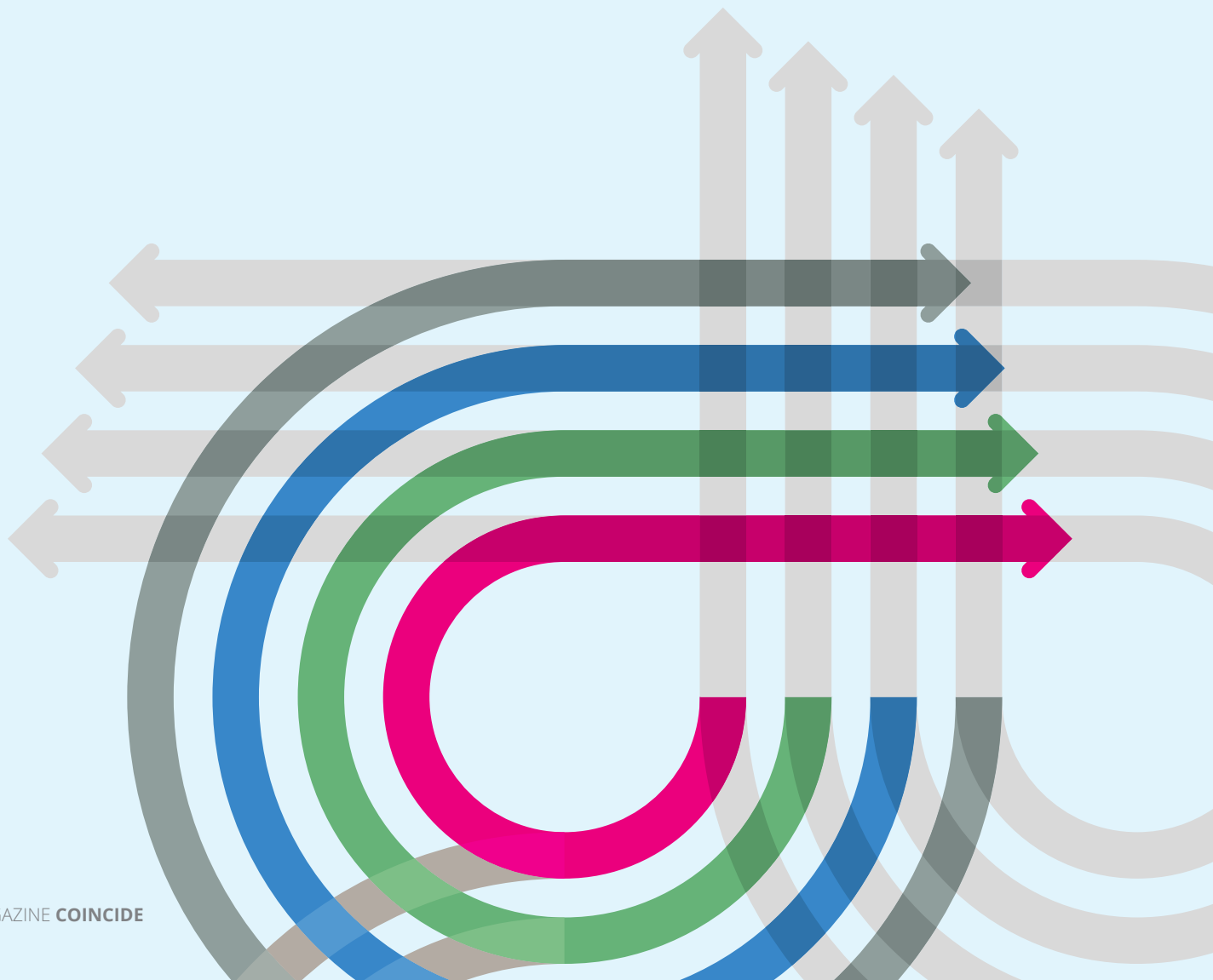
Jeroen Lambriks
raad van bestuur Amstelring

ZIJN WE OP DE GOEDE WEG?

Ken je dat? Druk bezig je door je agenda heen te werken. Een voldaan gevoel als dat gelukt is en je ook nog je mailbox bijgewerkt hebt... Dan op een onbewaakt moment, bij mij meestal op vrijdagmiddag een knagende stem die vraagt 'ben ik nou druk geweest met de juiste dingen?'.

Als bestuurder in de zorg (en welzijn) staan we in midden in het brandpunt van de aandacht. En terecht, verreweg de grootste dienstverlenende sector van Nederland, daarmee ook de grootste werkgever. Onze zorg en diensten bevinden zich aan de basis van de pyramide van Maslov en als gevolg van de coronacrisis zijn we ook nog een nationale helden geworden! Het kan niet op.

Anno 2022 is zorg en welzijn een van de belangrijkste thema's in de maatschappij naast duurzaamheid en veiligheid. Dat gegeven alleen al maakt dat wij als zorgbestuurders, ik regelmatig de vraag hoor te stellen 'zijn we op de goede weg?'. Eigenlijk twee vragen in een. Namelijk de eerste 'zijn we op weg (en zo ja waarheen?) en de tweede 'is het de juiste weg?'.
Laten we eens nader stilstaan bij deze twee vragen



Zijn we op weg en zo ja waarheen?

Wat mij opvalt is dat we in Nederland vaak praten over de zorg als 'probleem'. Er is een probleem dat we ouder worden en vergrijzen. Er is een probleem dat we zoveel zorg 'gebruiken'. Er is een probleem dat we medewerkers tekort komen. Begrijp me goed, ook ik sta dagelijks in de modder en begrijp dat dit issues zijn maar het fascineert me dat we dit zo eenzijdig bekijken. Want tegelijk zou je kunnen zeggen dat alle mensen, kennis en ervaring in bijvoorbeeld de ouderenzorg dus een enorme verrijking is voor de maatschappij, want het thema speelt nu. Een oudere kunnen we zien als een kwetsbare en tegelijk als een medemens met de meest rijke levenservaring (en daar hebben we er binnenkort dus heel veel van). Zo ook het personeelstekort, ja als we zo doorgaan als nu komen we mensen tekort. Kortgezegd, we moeten zo niet doorgaan omdat dan het hele zorgstelsel vastloopt (verwachtingen die we niet kunnen waarmaken en dergelijke), tegelijk is zorg en welzijn de grootste werkgever, 1 op de 6 werkenden werkt daar, de impact die we nu al maken in ons land is enorm, de veranderkracht is dus ook enorm.

Ook het mensbeeld van waaruit we werken in de zorg is onderweg. Zelf ben ik ooit opgeleid als verpleegkundige. Ik kan mij de gesprekken met hoofdzuster Sjoerdje nog herinneren over het gegeven dat ik me druk maakte dat we 'aan de koffie gingen als iedere patiënt gewassen was en naast bed zat'. Als beginnend verpleegkundige dacht ik dat het dan pas begon (wie bent u, wat wilt u doen?) maar zo werkte het niet, het voornaamste werk zat erop. Die tijden veranderen, we hebben steeds meer aandacht voor de mens achter de cliënt (patiënt zeggen we niet meer), wie ben je, wie wil je zijn en wie neem je mee? Dat zijn de vragen die we cliënten stellen en we willen die eigenheid een plek geven. Zelf vind ik het een hele mooie ontwik-

keling dat we de individuele mens, met alle eigenheid en verscheidenheid willen zien en een plek willen geven in ons zorgstelsel een enorm mooie en belangrijke stap. Even terug naar de vraag, 'zijn we op weg?'. Jazeker, we werken keihard aan medemenselijkheid, ruimte voor het individu, naast de systemische kwaliteit die 10 jaar geleden al nadrukkelijk op kwam.

Is het 'de juiste weg'?

Nou zijn we een democratisch land dus ligt het voor de hand om te zeggen dat dat een mening is van iedere bewoner. Klopt, en een groot deel van die bewoners mag stemmen en via die weg komen we tot een set gekozen bestuurders van het land met Mark aan het roer. En dan is het 4 jaar 'out of our hands'. Mark c.s. bepalen vervolgens het beleid, de spelregels waarbinnen wij zorg en welzijn regelen en verlenen in Nederland.

Jaarlijks pluis ik de rijksbegroting door, een beroepsafwijking, en zie keer op keer dat de zorg in 1 maand het gehele defensie jaarbudget gebruikt, dus qua geld en verhoudingen durf ik wel te stellen dat we op de goede weg zijn. Maar de grote vraag is of je daarmee een gezond en gelukkig land hebt?

En daar wringt de schoen, talloze rapporten laten zien dat degene die het minste zorg consumeren het gezondst zijn, dat verreweg het meeste geld, tijd, energie uitgaat naar behandelen van aandoeningen die voorkomen hadden kunnen worden met een andere levensstijl. Iets met water en zee.

En toch dragen we dat water iedere dag met liefde naar de zee, uit compassie, uit liefde voor elkaar en ook het vak, want de gezondheidszorg is een prachtig vak.

*"De tijden veranderen,
we hebben steeds meer
aandacht voor de mens
achter de cliënt."*



Recent was ik met een collega bestuurders op beleidsreis naar Schotland. De sociale problematiek die we daar zagen is groter dan die we in Nederland kennen. De betrokkenheid en trots op hoe ze samenwerken en wat ze bereiken in het gezonder maken van de stad ook, was naar mijn gevoel ook groter dan in Nederland. En waar zou dat door kunnen komen? Wat ik zag was trotse bewoners, cliënten, de zorg was van Hen (met een hoofdletter). Het was de cliënt die de sollicitant opbelde om te vertellen dat ze was aangenomen, het was beleidsmedewerker van de woningbouwcorporatie die zelf vertelde hoe zijn werkte aan sociale veiligheid in de woningen (en niet naar een ander keek om dat te regelen), het was de bewoner van een flat die zelf het initiatief nam tot een ruilwinkel. Die trots en betrokkenheid heeft me geraakt. Die collectiviteitszin heeft me geraakt.


Doordenkend op de lijn van de Schotten, is het raadzaam om ook eens in te zoomen op het hoge ziekteverzuim in een aantal sectoren in Nederland. Ziekteverzuim van meer dan 6 of 7% is in veel organisaties sinds corona het nieuwe normaal geworden. Indachtig de les van de Schotten is dat ook niet zo vreemd. Veel medewerkers staan erg onder druk door bijvoorbeeld de hoge inflatie. Of door de stress van de pandemie. Of door het arbeidstekort en de druk op de werkvloer. Dit resulteert in de situatie dat veel medewerkers de combinatie van de zorgen die ze hebben met het werken moeilijker zijn gaan vinden. En vervolgens in hun werk uitvallen. Deze uitval heeft grote gevolgen voor de medewerkers in die bedrijfstak: zowel voor de mensen die uitvallen alsook voor de mensen die niet ziek zijn en die hun werkdruk zien oplopen.


En wat is het antwoord in Nederland op dit fenomeen; dat we mensen naar de bedrijfsarts sturen. Daarmee benaderen we het vraagstuk van de verkeerde kant, dat

is de les van de Schotten. In plaats van een bedrijfsarts, zou er een breed welzijnsteam beschikbaar moeten komen dat vooraf helpt om de veerkracht en vitaliteit te vergroten. Een team dat voor iedereen beschikbaar is en dat net als de Schotten als eerste vraagt hoe hun netwerk eruitziet en hoe ze dat kunnen versterken. Er waren al veel argumenten om onze praktijk rondom ziekteverzuim en de wet Poortwachter eens op de helling te zetten, met de les van de Schotten is de noodzaak evident geworden.

Past het denken en praten in recht op zorg nog wel als we aan zien komen dat dat geen reële belofte is?

En dat zette me aan het denken. In Nederland hebben wij zorg en welzijn goed geregeld, als een recht. Verankert in een wet als een individueel recht door middel van een stelsel. Met een verwijzing of indicatie heb je als individu recht op zorg. En dat zien we al heel lang als een groot goed, dat begrijp ik, ben daarin opgeleid en werk daar al heel lang in. Maar toch, zo'n trip overzee roept bij mij de vraag op in hoeverre het toekennen van een individueel 'recht op zorg' zich verhoudt tot de collectieve opgave ons te bekommeren om elkaar met minder beschikbare middelen? Past het denken en praten in recht op zorg nog wel als we aan zien komen dat dat geen reële belofte is? Het antwoord op die vraag lijkt me voor de hand liggend. Maar ik betrap mezelf op het stellen van deze vraag, hoe lang willen wij nog een vraag stellen aan een individueel (verzekerde)?

Is de juiste weg eigenlijk niet 'neerzetten wat we maximaal kunnen?'. Dit zijn de mensen en middelen die we maximaal kunnen en willen inzetten, die geven we maximale ruimte en steunen we in hun opdracht. En vervolgens schaffen we inkoopprocedures, grenzeloze kwaliteitskaders en ook 'recht op het beste' af. 



“Past het denken en praten in recht op zorg nog wel als we aan zien komen dat dat geen reële belofte is?”

Marcelle Hendrickx

voormalig wethouder Gemeente Tilburg

ER ZIJN GEEN SCHOTTEN BIJ DE SCHOTTEN

In 'De winst van het sociaal domein' doen de gezamenlijke Nederlandse gemeenten een voorstel voor een samenhangende aanpak van de drie grote actuele maatschappelijke opgaven: het herstellen van bestaanszekerheid, het vergroten van kansengelijkheid en het makkelijker maken van gezond leven. Het zijn grote opgaven, die sterk met elkaar samenhangen en een langjarige en niet-vrijblijvende samenwerking van de overheid en alle maatschappelijke partners in en rondom het sociale domein vragen.

Ergens in mijn mailbox ontving ik een uitnodiging voor een studiereis naar Schotland met een groep bestuurders uit de wereld van de zorg en welzijn. Dat is een divers begrip. En dat gold ook voor deze groep. Vrouwen en mannen uit de wereld van ouderenzorg, gezondheidszorg, welzijnorganisaties, dak- en thuislozenopvang, clientenorganisaties en gemeentes. Ik krijg veel uitnodigingen. En heb helaas maar één agenda. Dus het is altijd een ingewikkelde afweging. Waar ligt de prioriteit, met welke activiteit kan ik het verschil maken, waar ligt de relevantie voor Tilburg en haar inwoners. Ik heb ja gezegd.

Gaandeweg de reis dichterbij kwam, kreeg ik natuurlijk spijt. Een week weg is dramatisch voor een wethoudersagenda. Dat betekent dat je nog veel vaker nee moet zeggen. Inmiddels ben ik terug. En blij dat ik ja heb gezegd. Volledig opgeladen, geïnspireerd, geïnformeerd, geprikkeld, geraakt, geëmotioneerd en nog meer gedreven om het goede te doen voor de Tilburgse inwoners en de rest van de wereld. En met een wat andere to do lijst voor wat betreft mijn eigen portefeuille.

Zoals gezegd, het onderwerp van de reis ging over de integratie van zorg & ondersteuning. Alles draait om het welzijn van onze inwoners. Dat betekent dat alles en iedereen die daar aan bijdraagt veel meer moet samenwerken. Maar die samenwerking moet niet alleen gericht zijn op het systeem, om dat te laten werken. Nee, die samenwerking moet zich richten op de mens (Trust & Try (with passion & pride) instead of Control & Command). Open deur? Ja, misschien wel. Maar wel een die we hier in Nederland nog steeds niet door weten te lopen.

*"How can we make
your life easier?"*

De problematiek in Schotland is groot, heel groot. Lage levensverwachting, veel gezondheidsproblemen, veel alcohol en drugsverslaving, veel armoede en veel depressie en eenzaamheid. Ze pretenderen niet dat ze dat gaan oplossen voor je. Nee, er lijkt soms ook een soort acceptatie onder Schotten dat het leven nu eenmaal ook veel hobbels kent. Maar ze vinden wel dat het leven desondanks veel te bieden heeft en dat het altijd anders en beter kan.

Dus in Schotland staat de volgende vraag centraal: *Hoe kunnen wij jouw leven prettig en gemakkelijker maken?* En let op: dat betekent niet dat het om 'een makkelijk leven' gaat. Nee, het gaat erom dat we jou als onderdeel van ons beschouwen (there is no them in us) en dus jou de vraag stellen: Wat heb je nodig om in deze situatie (maakt niet uit welke) verder te komen (what do we need to do to do what needs to be done)? En dus zitten bijvoorbeeld de huisarts samen met de ouderenverpleegkundige en de sociaal werker en de vrijwilligers uit het dorp of de wijk bij elkaar. Er is geen hiërarchie. Ze werken samen. En als het met vrijwilligers kan, dan is dat soms juist beter, het versterkt het gemeenschapsgevoel (ordinary people doing ordinary things for ordinary people). En belangrijk: altijd samen met de mensen die het betreft.

Wij zijn samen de gemeenschap, de samenleving (nothing about us without us is for us). Een ander opvallend verschil is dat men een aantal jaar geleden weer heel bewust heeft gekozen voor collectieve niet-geïndiceerde voorzieningen en soms ook zorg. Ik vond het hartverwarmend wat men in Glasgow doet ten aanzien van dak- en thuislozen. Met name het destigmatiseren trof me: Je bent er een van ons (you are my brother and my sister).

Misschien is dat laatste wel de belangrijkste kernboodschap die ik mee terug heb genomen. Onze gemeenschap, onze community, daar hoort iedereen bij. Dus al onze inwoners verdienen een plek in de stad of onze dorpen. En daar hebben we allemaal een rol in. Tijdens Corona hebben we ervaren hoe belangrijk het is dat je weet wie je burens zijn, dat je wat voor elkaar doet, dat je wat voor elkaar betekent. Moeten we niet vergeten. Sterker nog, misschien moet dat de ziel van al ons beleid zijn: wij zijn er voor elkaar. ○

*“Onze gemeenschap,
onze community, daar
hoort iedereen bij.”*



Sam Schoch

bestuurder GGZ Rivierduinen

PANACEE OF DOOS VAN PANDORA

VERTROUWEN ALS RODE DRAAD IN DE RELATIE TUSSEN
OVERHEID EN GEZONDHEIDSZORG

In Glasgow is er een voelbaar vertrouwen tussen uitvoerders onderling en tussen uitvoerders én financiers. Een vertrouwen dat in het Nederlandse zorgstelsel ver weg lijkt te zijn. Verdamppt en verdwenen en ingewisseld voor een stelsel van marktwerking en controle. Of zoals Pauline Meurs het vaak noemt: een stelsel gebaseerd op geïnstitutionaliseerd wantrouwen. Over de waarde van vertrouwen en de ontstaansgronden voor het wederzijdse wantrouwen wil ik het graag hebben.



"Vertrouwen is een wisselwerking.

Van beneden naar boven, maar evenzo goed van boven naar beneden.

Wie durft te vertrouwen verwerft gezag. Wie gezag heeft, krijgt vertrouwen.

De wereld is gecompliceerd, maar dit soort zaken blijven vrij simpel.

Grijp uw moed. Durf de waarheid, de werkelijkheid, in al zijn onbegrijpelijkheid, onder ogen te zien.

En, alstublieft, gooi die valse kleermakers de deur uit.

Trek de keizer zijn gewone kleren weer aan. Morgen nog.

Wij, uitvoerders en vakmensen, zullen u eeuwig dankbaar zijn."

Geert Mak, Raiffeisenlezing 2004

Wie de ogen sluit voor het verleden, is blind voor de toekomst

Bekend is hoe nauw verweven de ontwikkeling van de Nederlandse gezondheidszorg is met die van de verzorgingsstaat. De relatie tussen overheid en sector laat zich beschrijven als een golfbeweging, een transformatie van particulier initiatief naar verstatelijking en vervolgens naar een gedeeltelijke vermarkting. Tegelijkertijd met deze golfbeweging is een toenemend wantrouwen ontstaan tussen overheid en zorgsector. Tot de jaren '90 was er sprake van een, zonder in moeilijke oorzaak-gevolganalyses te willen geraken, gezamenlijke verantwoordelijkheid in het laten ontstaan en handhaven van wederzijds vertrouwen tussen overheid en sector. Vanaf de jaren '90 is de relatie tussen overheid en sector steeds minder gebaseerd op wederzijds vertrouwen. Belangrijkste reden is de grotere politieke betrokkenheid bij de zorg. Twee factoren spelen daarbij een rol: de wens om grote maatschappelijke doelstellingen via de zorg te realiseren en het verdwijnen van de positie – en daarmee de macht – van het (verzuilde) maatschappelijk middenveld, waardoor de invloed van de sector op het beleid sterk verminderd werd.

Wantrouwen als rode draad in de relatie tussen overheid en gezondheidszorg, oftewel sluipende slopende krachten in de polder

Vanuit de zorgsector geldt dat het vertrouwen in de overheid als 'oplosser' voor problemen en knelpunten laag blijkt te zijn. De overheid heeft zichtbaar onvoldoende vertrouwen in de goede wil van zorgorganisaties en de daarin werkende professional om zelf te komen

tot een doelmatig en kwalitatief aanbod met een bijpassende verantwoordingsstructuur en gematigde groei. De conflicten die ontstaan gaan over: Wie bepaalt welke patiënt welke zorg krijgt? Wat is goede zorg? Wanneer is iemand een goede professional? Als door schaarste aan financiële middelen niet alles kan, wie bepaalt dan wat binnen de budgettaire kaders wel kan? Kortom: wie heeft de lead? De overheid, de zorgorganisatie, de professional of de patiënt? De overheid lijkt daarbij aan het langste eind te trekken. De centralisatiereflex van de overheid en de strijd over het 'eigenaarschap' leiden tot defensief gedrag aan de zijde van zorgorganisaties en professionals en vervolgens weer tot wantrouwend gedrag aan de zijde van overheid. De introductie van marktwerkingsconcepten vanaf de jaren '90 heeft het wantrouwen versterkt. Dit wantrouwen uit zich in de toename van controlemechanismen en toezichtvormen.

Enkele concluderende woorden

Op hoofdlijnen is een aantal conclusies te trekken. Er is in Nederland geen natuurlijk bondgenootschap meer tussen zorgsector en overheid: vaak staan belangen van beide tegenover elkaar. De conclusie is dat wederzijds wantrouwen tussen overheid en gezondheidszorg zich uit door de focus op harde, verticale verantwoording. Dat is merkbaar in zeer gedetailleerd institutioneel regime voor toezicht, verantwoording en monitoring. In Schotland lijkt er vanuit een ander waardeperspectief gewerkt te worden. Vertrouwen is daar de basis. De NHS leidt tot een stabielere omgeving waardoor de actoren in het stelsel beter op de hoogte zijn over wederzijdse bedoelingen en meer bereidheid kennen om toezeggingen te vertrouwen. ◦

“ In Schotland lijkt er vanuit een ander waardeperspectief gewerkt te worden.”

