

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."

