

Mr. Hans

van Mierlo

Stichting

Ontschotting:

**zoeken naar verbinding tussen
mensen in de zorg**

Den Haag, December 2011

Jan-Willem Verlijndonk, Corina Hendriks, Jieskje Hollander

1. Inleiding

De Nederlandse gezondheidszorg behoort tot de wereldtop en is in principe toegankelijk voor iedereen. Dit zijn verdiensten waarvoor de ijver van liberalen bij het opbouwen van de verzorgingstaat - al sinds de vroege 19^e eeuw- van cruciaal belang is geweest.

Maar met de uitbouw van de verzorgingstaat zijn in de loop van de twintigste eeuw ook problemen ontstaan. Grote problemen. De betrokkenheid van de overheid, die eerder nodig was om de kwaliteit en toegankelijkheid te waarborgen, leidden tot inefficiëntie en een gebrek aan betwistbaarheid in het domein van de zorg. Het Nederlandse zorgstelsel verwerd zo tot een uitdijend geheel van instellingen, regels, overheidsinstanties en financieringskanalen waarvan de kosten onbeheersbaar bleken.

De introductie van marktwerking - ingevoerd in het zorgdomein vanaf de jaren 1990 met als doel de ontstane problemen op te lossen - heeft nieuwe vraagstukken voortgebracht. Meer dan ooit regisseert een systeem van instanties en marktprincipes de relatie tussen zorgverlener en zorgbehoevende, in plaats van zij dit systeem. De persoonlijke relatie tussen zorgbehoevende en zorgprofessional - essentieel voor goede en efficiënte zorg - staat onder druk. De mens is uit beeld geraakt.

Specifiek in de gevallen waar de zorgproblematiek complex is en zorgprofessionals uit zowel de *cure* als *care* sector betrokken zijn, blijkt het in de praktijk moeilijk voor de patiënt om het overzicht en persoonlijke relaties te (onder)houden.¹ Zorgbehoevenden die kampen met complexe, meervoudige zorgproblematiek (vaak ouderen) raken eenvoudig de weg kwijt in het huidige stelsel waarin zorg en sociaal maatschappelijk welzijn bij tal van verschillende professionals en instellingen zijn ondergebracht. Zij hebben vaak niet alleen meerdere specialisten nodig maar wellicht ook thuiszorg, psychologische hulp of hulp bij re-integratie op de arbeidsmarkt. Ondertussen richten zorgaanbieders zich veelal op het functioneren van hun eigen 'eilandjes' en zijn overheden en zorgverzekeraars sterk gericht op collectieve regelingen. Beide gaan ten koste van individuele behoeftes. Dit wordt nog eens versterkt doordat de individuele zorgbehoevende onvoldoende invloed (inkoopmacht) heeft om die zorg voor zichzelf te organiseren die hij of zij nodig heeft. Zo ontstaat een warrig speelveld van collectieve en individuele belangen, waarin het zowel zorgaanbieders als zorgbehoevenden aan beslis- en daadkracht ontbreekt.

Dit discussiedocument van de Mr. Hans van Mierlo Stichting richt zich specifiek op het complexiteitsprobleem dat kenmerkend is voor de zorg aan deze meest kwetsbare groep patiënten. Het stuk pleit voor 'ontschotting' als middel om de complexiteit in, en fragmentatie

¹ Zorg in brede zin omvat niet alleen het genezen van ziekten (*cure*), maar ook het verzorgen van hulpbehoevenden (*care*), en de zorg voor individueel en collectief welzijn in het algemeen (maatschappelijk werk, politiewerk).

van de zog te reduceren zodat zorg weer iets wordt van mensen onderling. Dit betekent dat de zorg rondom de mens georganiseerd moet worden, waarbij de traditionele scheidslijnen tussen de verschillende zorgniveaus (eerste-, tweede- en derdelijnszorg) en zorginstellingen worden verminderd. Deze 'ontschotting' kan op vele manieren plaatsvinden. In dit document, ligt de focus op wat mensen zelf (professionals en vrijwilligers), op lokaal niveau, kunnen doen. Met dit discussiedocument beoogt de Van Mierlo Stichting een aanzet te geven voor een verdere verkenning - in de lokale praktijk - van ontschotting als oplossingsrichting.

Den Haag, februari 2012.

2. Het probleem: schotten in de zorg

De complexiteit in en van de zorg kent verschillende aspecten die veelal te herleiden zijn naar het fundamentele onderliggende probleem: de zorg is gefragmenteerd, zowel aan de aanbod- als aan de vraagkant. Er is weinig samenwerking tussen de verschillende zorgaanbieders – het zorgveld is onoverzichtelijk, er bevinden zich, zogezegd, ‘schotten’ tussen de verschillende instellingen - en zorgbehoevenden vinden zelf vaak onvoldoende hun weg in het zorgsysteem. Dit heeft de volgende ongewenste gevolgen:

- *Frustratie bij de zorgbehoevende:* Niet zelden komt het voor dat verschillende behandelaars of zorgaanbieders tegengestelde adviezen geven of taken afschuiven. Dit leidt tot verwarring. Bovendien wordt niet altijd rekening gehouden met de belasting die het bezoeken van verschillende zorgverleners met zich meebrengt, bijvoorbeeld voor oudere patiënten met een beperkte mobiliteit. De zorgbehoevende voelt zich van het kastje naar de muur gestuurd;
- *Suboptimale kwaliteit van zorg:* De fragmentatie van de zorg in combinatie met het gebrek aan regie en communicatie, kan ernstige gevolgen hebben voor de kwaliteit van zorg. Slechte samenwerking kan leiden tot overbodig medicijngebruik en onnodige medische ingrepen. Door het bestaan van ‘schotten’ tussen instellingen, wordt meervoudige (sociale) problematiek in sommige gevallen te laat gesignaleerd. Het resultaat is een verhoogde morbiditeit en mortaliteit;
- *Inefficiëntie:* Onvoldoende afstemming tussen de verschillende behandelaars leidt ook tot inefficiëntie. Betere (logistieke) planning kan zorgen voor een effectiever gebruik van zorgvoorzieningen en kost minder tijd voor de patiënt en zijn/haar eventuele werkgever. Daarnaast is voorkomen door vroege signalering niet alleen beter, maar ook goedkoper dan genezen. Tenslotte zijn overbodig medicijngebruik en onnodige medische ingrepen op zichzelf al weggegooid geld, maar kunnen ook leiden tot complicaties die vaak nog vele malen duurder zijn.

2.2. Oplossingsrichting: ontschotting

Om de fragmentatie in de gezondheidszorg tegen te gaan en de zorg meer rondom de patiënt te organiseren, wordt ‘ontschotting’ al enige tijd als oplossing aangedragen. D66 schreef er al over in haar verkiezingsprogramma van 2010. Ontschotting houdt in dat er minder in domeinen wordt gedacht en dat de verbinding tussen verschillende professionals, instellingen en lijnen in het behandelen van de zorgvraag van een patiënt wordt bevorderd. Het is geen doel op zich, het is een middel om te komen tot patiëntgerichte zorg, waarin de zorgbehoevende centraal staat en er effectief en integraal naar zijn/haar problematiek wordt gekeken.

Samenwerking en betere afstemming van behandelplannen biedt verschillende mogelijkheden tot verbetering van de zorg, waaronder het eerder en beter signaleren van problemen, het tegengaan van overbodig medicijngebruik en het voorkomen van onnodige medische ingrepen. Bovendien draagt ontschotting bij aan het effectiever gebruik van zorgvoorzieningen, doordat

deze meer kunnen worden toegespitst op de behoeften en wensen van het individu. Uiteindelijk kan hierdoor de kwaliteit van zorg stijgen en kunnen de zorgkosten dalen. Met name bij complexe meervoudige problematiek kan ontschotting bijdragen aan efficiëntieverbetering omdat de problemen van de zorgbehoevende integraal worden aangepakt en het risico dat een element van de problematiek onbehandeld blijft, wordt verkleind.

De laatste jaren heeft de overheid – in samenwerking met zorgaanbieders en verzekeraars – al geprobeerd om de zorg te ‘stroomlijnen’, en zo samenwerking en verbinding tussen de verschillende instellingen te verbeteren. Dit onder meer door het ontwikkelen van zogeheten ‘zorgstandaarden’ die beschrijven waar kwalitatief goede zorg aan moet voldoen; zowel op het niveau van zorg zelf, als op het niveau van haar organisatie. Daarnaast heeft ook de introductie van marktwerking de samenwerking tussen instellingen verbeterd: de zorgvrager kan veel meer dan vroeger bepalen welke zorgverlener hij of zij wil.

Maar er valt nog veel te verbeteren, met name in de uitvoering in de dagelijkse praktijk. Hoe kunnen we op dit niveau de verbinding tussen zorgvrager, zorgverzekeraar en zorgaanbieder tot stand brengen? Op welke manier kunnen, naast regelgeving uit ‘Den Haag’ (ordening via ‘bureaucratie’) of marktwerking (ordening via ‘markt’)¹, mensen onderling zelf hun zorg ontschotten? Want daar gaat het uiteindelijk om in de zorg: het directe contact tussen mensen aan bed, huis of straat. Het gaat om datgene wat mensen zelf kunnen doen, eventueel met hulp van zorgaanbieders en politiek.

2.3. Een sociaal-liberale oplossing

De fragmentatie en complexiteit van de zorg heeft niet alleen negatieve gevolgen voor de zorgbehoevende en de kwaliteit en efficiëntie van de zorg. Op een veel fundamenteler niveau druist het ook in tegen de fundamentele van het sociaal-liberale gedachtegoed. De vrijheid en eigen kracht van de individuele zorgbehoevende is ondergeschikt geraakt aan het zorgsysteem van unilateraal opererende zorgaanbieders.

Het liberalisme stelt de eigen kracht van het individu centraal, en gaat uit van zelfredzaamheid, regie van zorgbehoevenden en – zo mogelijk - het nemen van eigen verantwoordelijkheid. Een voorwaarde is dat de zorgbehoevende hiertoe wel in staat moeten worden gesteld; waar nodig moet hij/zij worden geholpen. Hij/zij heeft recht op een functionerend zorgstelsel waarin kwaliteit, betaalbaarheid, effectiviteit en toegankelijkheid zijn gewaarborgd door de overheid. Om dit te bereiken, moeten de verschillende actoren in het zorgstelsel (inclusief de zorgbehoevende) samenwerken. Samenwerking in de zorg is gebaseerd op de professionaliteit van de zorgverleners en de mondigheid van zorgvragers.

¹ Zie “Ordening op Orde: een sociaal-liberale visie op de verhouding mens, markt en overheid” dat in 2011 is gepubliceerd door de Mr. Hans van Mierlo Stichting. In dit document wordt onder meer een onderscheid gemaakt tussen drie ‘ordeningsprincipes’: ordening via de markt (via prijsprikkels), via de bureaucratie (via afdwingbare rechten en plichten) en via mensen onderling (via vertrouwen en wederkerigheid).

2.4. Geen panacee

Vanzelfsprekend kan en moet ontschotting niet gezien worden als een panacee voor alle problemen in de Nederlandse zorg. Het financieringstekort, bijvoorbeeld, kan er niet (afdoende) mee worden opgelost. Ook brengt ontschotting nieuwe kwetsbaarheden met zich mee. Een verbinding tussen mensen werkt bij de gratie van onderling vertrouwen; iets dat tijd nodig heeft om te groeien en eenvoudig teniet kan worden gedaan. Dit document richt zich uitdrukkelijk op vraagstukken waarin ontschotting *kan bijdragen* aan een oplossing.

3. Ontschotten in de (lokale) praktijk

Alhoewel ontschotting als oplossing al breeduit is bediscussieerd, is er nog geen consensus over hoe dit te bereiken. Expertdiscussies over 'ontschotting' vervallen snel in verhandelingen over zorgkwaliteitsstandaarden, diagnose en behandelplannen, en geïntegreerde ketenzorg en verliezen zo opnieuw de zorgbehoevende mens en de zorgverlenende professional uit het oog. Vooral als het gaat om wat mensen zelf, op lokaal niveau, kunnen doen, bestaat er nog onduidelijkheid. Met dit vraagstuk ging de Mr. Hans van Mierlo Stichting (VMS) aan de slag. De kernvragen waarmee de VMS aan dit project begon, waren de volgende:

Welke factoren spelen een rol in het bevorderen, of juist belemmeren, van ontschotting?

En op welke manier kunnen mensen zelf – zorgbehoevenden, zorgaanbieders, verzekeraars, ambtenaren, private partijen etc. - bijdragen aan verregaande ontschotting in de zorg?

Tegen de achtergrond van eerdere studies, probeerde de VMS een antwoord op deze vragen te vinden door te kijken naar goede praktijkvoorbeelden. Deze praktijkvoorbeelden vormen de kern van dit document. Tezamen vormen zij een overzicht van mogelijkheden tot ontschotting die – op lokaal niveau - kunnen bijdragen aan de verbinding tussen zorgaanbieder(s) en de zorgbehoevende.

4. Goede praktijkvoorbeelden van ontschotting

De fragmentatie in de zorg kent verschillende niveaus. Verkokering speelt in de financiering, bij zorgaanbieders, maar ook in de uitvoering. In het sterk 'verschotter' zorglandschap is de zorgbehoevende zelf ook verkokerd gaan denken, en handelen. Deze uiteenlopende vormen van fragmentatie, en verkokering binnen de verschillende niveaus hebben op hun beurt weer verschillende oorzaken. Dit hoofdstuk bespreekt een selectie van de problemen, op verschillende niveaus, en is er op gericht te laten zien hoe, en waar ontschotting het verschil kan maken.

De eerste twee paragrafen van dit hoofdstuk (4.1 en 4.2) maken duidelijk hoe ontschotting kan bijdragen aan het onderling verbinden van zorgprofessionals en zorgbehoevenden, zonder daarbij de soms divergerende belangen van beide categorieën uit het oog te verliezen. Paragraaf 4.3 stelt dat relatief kleine verschuivingen in het complexe stelsel van financieringsstromen een wereld van verschil kunnen maken. Paragraaf 4.4, vervolgens, handelt over de belangen van het waarborgen van toegankelijke zorg. Ook hier is ontschotting een sleutelwoord. In paragraaf 4.5, ten slotte, staat het vergroten van de regie en het overzicht van de zorgbehoevende centraal.

4.1. Verbinden door leiderschap

Om te komen tot een integrale benadering waarbij de patiënt centraal staat, is een strategische koerswijziging nodig: van een aanbodgestuurde benadering naar een vraaggestuurde aanpak. Zo'n verandering vraagt om leiderschap, gestuurd door visie en moed. Het moet duidelijk zijn wie verantwoordelijk is voor het veranderingsproces (*process ownership*), wie kan beslissen en vooral wie medewerking kan afdwingen. Een goed voorbeeld van de voordelen van zulk leiderschap is het project 'Gezonde Wijk Overvecht' waarbij het gemeentebestuur en zorgverzekeraar de handen ineen sloegen om de integrale zorg rondom kwetsbare groepen in de stad te bevorderen. Zie ook het kader.

Verbinden door faciliterend leiderschap

Het initiatief 'Gezonde Wijk Overvecht' ontstond in de Utrechtse wijk Overvecht zelf. Geconfronteerd met relatief hoge cijfers aangaande ziekte en overgewicht en complexe welzijnsproblematiek, sloegen verscheidene gezondheidsorganisaties (huisartsen, fysiotherapeuten, welzijnsorganisatie e.d.) de handen ineen. Zij melden zich bij wethouder Victor Everhardt (Volksgezondheid, Welzijn en Participatie) met de vraag hoe zij konden bijdragen aan een gezonder Overvecht, zonder daarvoor aanspraak te doen op publiek geld.

Everhardt toonde bestuurlijke visie, moed en dienend leiderschap toen hij zich bereid tonen om buiten overheidskaders te denken en voorstelde het gezamenlijke initiatief van de gezondheidsorganisaties te verbinden aan de private diensten van Agis Zorgverzekeringen. Middels een door Agis geleverd preventieprogramma en het versterken van samenwerking tussen vier belangrijke partijen rondom kwetsbare groepen (GGD, Sociale Zaken, Welzijn/WMO en AWBZ) maakte 'Gezonde Wijk Overvecht' sinds 2008 naam als een succesvol voorbeeld van intersectoraal gezondheidsbeleid. Het praktijkvoorbeeld laat zien hoe schotten kunnen verdwijnen en verbinding kan ontstaan door een overheid die ondersteunt en faciliteert.

4.2. Samenwerking op basis van autoriteit

Serius genomen worden als autoriteit en de daarbij horende discretionaire bevoegdheid (autonomie) zijn van groot belang voor de zorgverlener. Artsen, verpleegkundigen, welzijnswerkers en andere professionals in de zorg willen zelfstandig en onafhankelijk hun handelen bepalen om te zorgen dat hun patiënten/cliënten zorg van een goede kwaliteit ontvangen. Vanzelfsprekend is het ook voor de zorgbehoevende van belang dat de zorgprofessional zijn/haar werk kan doen zoals het hem/haar goed dunkt.

Het huidige zorgstelsel dat is gestoeld op institutionele, hiërarchische controledwang en waarin protocollen vaak leidend zijn, verhoudt zich slecht met het concept van professionele autonomie voor zorgverleners. Er zitten (perverse) prikkels in het systeem die verscotting in de hand werken. Zo zijn individuele professionals vaak niet geneigd zijn tot samenwerking uit angst voor de afname van de controle over het zorgproces of voor het naar voren komen van onvolkomenheden in hun behandeling (fouten maken 'mag niet'). Ook financiële belangen spelen een rol. In sommige gevallen is het financieel aantrekkelijk om patiënten zelf te behandelen of juist door te verwijzen en niet meer zelf te behandelen. Tenslotte zijn zorgprofessionals vaak onvoldoende vertrouwd met beleidsprocessen in de zorg. Dit alles leidt tot scepsis, een 'nee-zeg-cultuur', een gebrek aan vertrouwen en onzekerheid en heeft tot gevolg dat zorgverleners zich terughoudend opstellen en onvoldoende samenwerken.

Het domein van de zorg dient uit te gaan van de professionele autoriteit en autonomie van de zorgverstrekkers en tot samenwerking te stimuleren. Daar dient de (professionele) mentaliteit van zorgverleners zich op aan te passen. Het kritisch vormen van een compleet beeld van de patiënt en zijn/haar klachten(en) en het in samenwerking ontwikkelen van een integraal behandelplan moet een grondhouding zijn van elke zorgprofessional. Constructief samenwerken, *peer review* en communicatie zijn een belangrijk onderdeel van de professionele competenties van de zorgverleners. Aan deze aspecten kan meer aandacht besteed worden door middel van trainingen. Tijdens de opleiding dienen toekomstige zorgprofessionals meer vertrouwd te worden gemaakt met samenwerken in de zorg. Anderzijds dient de overheid ruimte te laten voor de autoriteit van de professional en deze niet te verstikken in protocollen.

De autoriteit van de professional centraal

Adviesbureau Ecart is bedreven in het opzetten van samenwerkingsstructuren onder gemeentelijke regievoering. Door buurtregisseurs voor probleemwijken op te leiden, helpt Ecart de overlast in probleemwijken terug te dringen. De problematiek rond 'hangjongeren' in de Rotterdamse wijk Kralingen is door een dergelijke aanpak verregaand gereduceerd.

Bijzonder is dat Ecart werkt vanuit de waarden en de kracht van de professional en niet protocollen en richtlijnen leidend laat zijn. De buurtregisseurs worden vrijgelaten om autonoom – op basis van de eigen autoriteit – problemen te signaleren, te bespreken met de betrokkenen en op basis van de eigen inschatting hulpgevend instanties (politie, arts, CWI, school, etc.) in te roepen voor hulp. De buurtregisseurs spelen een centrale rol en kunnen zorgen voor werk, scholingsplaatsen, (her)huisvesting en medische zorg. Met Ecart als verbinder tussen hulpverlener en overheid, weet de buurtregisseur zich gesteund en gedekt door de overheid indien nodig. Zo wordt afdwingbaarheid gegarandeerd en de kans op succesvolle hulpverlening verhoogt. Opvallend is wederom de faciliterende rol van de overheid. De persoonlijke verhouding tussen buurtregisseur en hangjongere is het uitgangspunt.

4.3. Het budget op orde

De structuur en financiering van zorgvoorzieningen is sterk gefragmenteerd en bevat daardoor verschillende prikkels die innovatie en samenwerking tegenhouden, en patiëntselectie in de hand werken. Er is een wirwar van stromen ontstaan – denk aan de verschillende structuur en aparte financiering van de eerste en tweede lijn, de eigen zorgverzekering, de WMO, de Werkloosheids- en ander uitkeringen en verschillende subsidies op lokaal provinciaal en rijksniveau - die elkaar soms overlappen en vaak juist niet op elkaar aansluiten. Het is een ondoorzichtig veld waarin instituties leidend zijn ten koste van de overzichtelijkheid en effectiviteit van het zorgstelsel voor de zorgbehoevende.

Een oplossingsrichting is om het beheer van geld meer aan de zorgbehoevende over te laten. Veel meer dan nu het geval is, moeten niet de beschikbare budgetten, maar de persoon die zorg nodig heeft bepalen waar hoeveel geld naar toe gaat. Het Persoonsgebonden Budget (PBG) is een goede manier om de zorgvrager meer regie over zijn eigen zorgplan te geven (zie ook verderop). Een andere optie om ontschotting in de financiering mogelijk te maken is om geld niet beschikbaar te maken voor specifieke instellingen en behandelingen, zoals nu gebeurt, maar om geld vrijelijk tot de beschikking te stellen van mensen in een bepaald gebied. In zogeheten 'regelvrije zones' worden budgetten samengevoegd en door betrokkenen zelf bepaald waar het aan wordt besteed. Dit moet wel een overzichtelijk gebied zijn, en iemand (bv. een verzekeraar) moet leiderschap tonen en de regie houden. Onderstaand praktijkvoorbeeld toont een mogelijkheid.

Regie in de geldstroom

Zoals hierboven uiteengezet, kan het voor zorgbehoevenden lastig zijn om de bomen van het bos te onderscheiden in het woud van financieringsstromen. Het huidige stelsel waarin verschillende zorgbehoeftes via verschillende instanties en regelingen moeten worden verrekend, vormt bovendien een rem op het integraal en gelijktijdig aanpakken van complexe zorgproblematiek.

Zorgverzekeraar Salland Verzekeringen signaleerde en erkende deze systeemproblemen en besloot er iets aan te doen. Toen buurtregisseurs in Deventer in samenwerking met uiteenlopende zorgaanbieders de meervoudige problematiek rond ca. 500 straatzwervers wilden aanpakken (ziektebeeld, verslaving, huisvesting, werk en schulden) wierp de verzekeraar zich op als de verantwoordelijke voor het afhandelen van de diverse geldstromen. Concreet: de buurtregisseurs voldeden aan de zorgbehoefte van de zwervers en stuurden de rekening door naar de verzekeraar, die op haar beurt de verantwoordelijkheid nam om de kosten te verhalen via zorgpolis, PGB, WMO, of specifieke subsidies. Resultaat was de halvering van de hoeveelheid straatbewoners in drie jaar tijd, tegen een fractie van de kosten die de meervoudige problematiek de maatschappij anders gekost zou hebben.

4.4. Zorg dichtbij

Laagdrempelige voorzieningen dichtbij huis zijn niet alleen prettig voor de burger, maar bevorderen ook de secundaire¹ en tertiaire¹ preventie van zorgproblematiek. De behoefte aan specialisatie en schaalvergroting in de zorg, echter, staat vaak op gespannen voet met het concept van zorg dichtbij. In het bijzonder voor krimpregio's geldt dat de toegankelijkheid van basisvoorzieningen voor mensen (zoals de huisarts of maatschappelijk werk) bijzondere aandacht behoeft. Een goede ontwikkeling waarin een brug geslagen wordt tussen schaalvergroting enerzijds en zorg dichtbij anderzijds, zijn de proeven met de introductie van laagdrempelige, cliëntgerichte wijkcentra, die zowel medische als maatschappelijke zorg en ondersteuning bieden. Het aanstellen van buurtcoördinatoren zoals in de wijk Velve-Lindenhof in Enschede, is ook een goed voorbeeld (zie kader).

Zorg dichtbij in een probleemwijk

De wijk Velve-Lindenhof in Enschede-Oost was lange tijd een beruchte probleemwijk. Hoge criminaliteit, hoge werkloosheid, hoge ziektecijfers en de complexe welzijnsproblematiek die hieruit voortvloeide, maakte dat het vertrouwen tussen bewoners onderling en bewoners en de politie/politiek lange tijd tot het vriespunt was gedaald.

Wijkagent Bennie Beuvink – uitgegroeid tot een fenomeen in welzijnsland door zijn onorthodoxe en non-institutionele benadering – besloot middels een persoonlijke aanpak de dialoog in de buurt op gang te brengen en trachtte vanuit dit startpunt een gevoel van gedeelde verantwoordelijkheid voor de buurt te ontwikkelen.

En met succes. In de loop der tijd ontwikkelden zich tal van samenwerkingsvormen tussen bureaus onderling en een afstemmingsoverleg met buurtbewoners en de betrokken instanties (politie, gemeente en welzijnsorganisaties). Opnieuw geldt: de (gemeentelijke) instanties ondersteunden de initiatieven van de buurtbewoners – de toegankelijkheid in de buurt werd gegarandeerd en de veiligheid gewaarborgd – maar legden geen processen op.

De casus Velve-Lindenhof heeft inmiddels landelijke bekendheid omdat het aanpakken van integrale problematiek in de leefomgeving geleid heeft tot een verhoging van het welzijn en welbevinden in de wijk met uitstraling naar minder criminaliteit, minder onderwijsuitval, minder zorgbehoefte, minder werkloosheid, etc. Het voorbeeld laat zien dat mensen onderling zelf veel vermogen als het hun eigen welzijn betreft en dat de toegankelijkheid van zorgdiensten op wijkniveau daar ondersteunend aan kan zijn.

¹ Secundaire preventie is gericht op het opsporen van ziekten of afwijkingen in een vroeg stadium. De ziekte of afwijking kan daardoor eerder worden behandeld, zodat de zieke eerder geneest of de ziekte niet erger wordt.

4.5. Van aanbod- naar vraaggestuurd

Op dit moment is de gezondheidszorg nog sterk aanbodgestuurd: de zorgaanbieder bepaalt wie welke zorg krijgt, wat soms tot frustratie en ongenoegen bij zorgbehoevenden leidt. In een meer vraaggestuurde aanpak daarentegen staat het individu en diens behoeften centraal. Dit betekent dat, daar waar mogelijk, hij/zij de regie voert over het eigen zorgproces. Zorgbehoevende burgers moeten zich er van bewust worden dat ze zorgvrager zijn en eisen mogen stellen aan de manier waarop de zorg rondom hen is georganiseerd. Marktwerking kan een positieve rol spelen bij het leggen van de regie bij de patiënt. Zo kunnen kritische zorgvragers zorgverzekeraars dwingen om meer in te zetten op een integrale benadering en de financiering hieraan te koppelen.

Daar staat tegenover dat van zorgvragers ook verantwoordelijkheid mag worden verwacht, zowel in het zorgproces als ten aanzien van gedrag en leefstijl. Daarbij zou het helpen als de zorgvrager beheerder van zijn eigen zorggeld zou zijn, hetgeen een pleidooi inhoudt voor het nu zo gewraakte patiëntgebonden budget (PGB). Het PGB stelt de zorgvrager – of een combinatie van zorgvragers en/of naasten (in ‘regelvrije zones’) - namelijk in staat om zelf de regie te voeren en de benodigde zorg te financieren. Om te voorkomen dat zorgbehoevenden het overzicht verliezen en tussen wal en schip terecht komen, dienen zij waar nodig ondersteund te worden bij het voeren van de regie. In de curatieve zorg, neemt de huisarts niet zelden de regierol op zich, maar hij/zij heeft vaak onvoldoende tijd om het complete overzicht te bewaren. In veel landen – waaronder ook Nederland - wordt daarom al gewerkt met ‘case-managers’ die deze taak van de huisarts kunnen overnemen. De zorgbehoevende houdt op die manier één aanspreekpunt en blijft zelf het gevoel houden dat hij medeverantwoordelijk is. Een andere mogelijkheid is het instellen van ‘veldregisseurs’ – Salland Verzekeringen kwam met dit initiatief - die patiënten ondersteunen bij de aanvraag van meervoudige zorgvoorzieningen. Nog een andere mogelijkheid is het aanstellen van zorgcoördinatoren zoals in het Oncologisch zorgcentrum (zie kader).

De noodzaak van een tussenpersoon: de casemanager of zorgcoördinator

In de regio Den Haag – Gouda zijn vier verschillende ziekenhuizen (Bronovo, Medisch Centrum Haaglanden, 't Lange Land Ziekenhuis en Groene Hart Ziekenhuis) een samenwerkingsverband aangegaan om de oncologische zorg te concentreren. Dit houdt in dat alle oncologische operaties zullen worden uitgevoerd in één oncologisch-chirurgisch centrum. Dit verhoogt de ervaring en dus het niveau van de chirurgen, waardoor de kwaliteit van zorg omhoog gaat, en is bovendien efficiënter. Het diagnostisch traject en de nazorg (o.a. eventuele chemotherapie) zullen in de eigen ziekenhuizen plaatsvinden, dicht bij huis.

De samenwerking tussen de verschillende ziekenhuizen, specialisten en andere zorgprofessionals vraagt veel afstemming op organisatorisch gebied. Om dit proces te bevorderen, zijn er zogeheten Kwaliteitscoördinatoren aangesteld. Het is de taak van de zorgcoördinator om zogenaamde ‘zorgpaden’ te ontwikkelen waarbij de patiënt centraal staat en de kwaliteit van zorg en efficiëntie optimaal zijn door een goede stroomlijning van de verschillende zorgprocessen.

5. Zoeken naar verbinding: vertaling naar de praktijk

Wat in de hierboven beschreven oplossingsrichtingen en goede praktijkvoorbeelden nadrukkelijk opvalt, is dat de kernproblematiek zit in het spanningsveld tussen een individuele benadering van de zorgbehoevende en het veelvoud aan beschikbare dienstverleners. Het samenbrengen - het verbinden, van meerdere partijen in een overleg waarbij wederzijds vertrouwen een basis is - levert de grootste kansen op het bieden van adequate zorg.

In plaats van het opleggen van meer en meer regels, moet de overheid zich proactief naar zorgprofessionals en zorgbehoevenden opstellen. "Wat hebben jullie nodig om een beter resultaat te bereiken en hoe kunnen wij daarbij helpen?" Ondersteunen kan zijn het bij elkaar brengen van partijen of het zorgen voor financiële speelruimte georganiseerd rond de zorgbehoevende. Deze ondersteuning is maatwerk. Een aanpak die werkt voor een bepaalde groep zorginstellingen of een specifieke wijk zal elders niet automatisch werken.

Verdere discussie is nodig over hoe het concept 'ontschotting' zich zou moeten vertalen in concreet beleid en programmapunten. Duidelijk is dat meer regelgeving niet de enige manier is om zorgvrager en zorgverlener te verbinden; juist niet! Goede nationale regelgeving laat veel ruimte voor specifieke lokale oplossingen en dat is ook nodig want in Oost-Groningen zullen dingen anders werken dan in Amsterdam.

De in dit document beschreven voorbeelden van ontschotting geven aanknopingspunten voor toepasbare oplossingen in de (lokale) praktijk. Succesvolle ontschotting lijkt samen te hangen met:

- 1) **Bestuurlijke visie, moed en dienend leiderschap.** Politici en bestuurders zullen moeten inzien dat mensen onderling meer vermogen dan instituties kunnen organiseren. Zij zullen zich moeten opwerpen als katalysator van het ontschottingproces waarin het verbinden van zorgprofessional en zorgbehoevende centraal staat.
- 2) **Werken vanuit de autoriteit van de zorgprofessional.** In het zorgproces moet worden gewerkt vanuit de zorgbehoevende enerzijds en het op basis van kennis en ervaring verkregen recht van spreken (autoriteit) van de professional anderzijds. Regelgeving en protocollen dienen de relatie tussen beide te ondersteunen en niet te verstikken.
- 3) **Regie waar nodig.** Een oproep tot beter 'samenwerken' tussen meerdere en verschillende partijen is vaak onvoldoende. Een organisatie (gemeente of verzekeraar) of persoon (casemanager of veldregisseur) moet de leiding nemen in een zorgtraject. Hierbij is een zekere mate van afdwingbaarheid (bv. beslissingsmacht over financieringsstromen) van belang. Maar samenwerking moet ook lonen. Hierbij kan ook worden gedacht aan het zoeken naar verbinding met een economische agenda (publiek-private samenwerking).

- 4) **Orde in de financieringsstromen.** Versnippering en rigiditeit van financiering moet worden voorkomen. Meer invloed over en verantwoordelijkheid voor de besteding van zorggeld moet komen te liggen bij de zorgbehoevende of naasten (bv. zorgsparen, PGB's of 'regelvrije zones' voor het integreren van budgetten).
- 5) **Sterker vragend vermogen van de zorgbehoevende.** Hierbij kunnen patiëntenorganisaties (zoals de koepelorganisatie NCPF) een rol spelen, maar ook middels ad hoc initiatieven (vaak onder regie van een verzekeraar) kunnen mensen met eenzelfde ziektebeeld bij elkaar brengen om samen een zorgvraag te formuleren.

Leden van lokale D66-afdelingen of thema-afdelingen kunnen het voortouw nemen bij het organiseren van lokale projecten (zoals Gezonde Wijk Overvecht) of bij het versterken van het vragend vermogen van zorgvragers.

7. Conclusie

Zorg moet weer rondom de mens (en diens netwerken) worden georganiseerd, zo stelt dit discussiedocument. Hoewel ontschotting ook beperkingen kent, kan het helpen bij het reduceren van de complexiteit van en in de Nederlandse zorg en het verhogen van de efficiëntie. De goede praktijkvoorbeelden, besproken in dit document, laten zien hoe ontschotting kan bijdragen tot verbinding van, en samenwerking tussen zorgverleners en zorgbehoevenden.

Dit document kan meerdere doelen dienen. D66 wil haar leden stimuleren tot het ontplooiën van maatschappelijke projecten waarbij zij redeneren vanuit de eigen kracht van mensen. Het zoeken van een oplossing in ontschotting sluit aan bij het sociaal-liberale idee dat mensen onderling veel kunnen bereiken en dat niet altijd naar de overheid als initiator gekeken hoeft te worden. Het document biedt handvatten voor (o.a.) lokale afdelingen om te zoeken naar knelpunten die op lokaal niveau, door mensen onderling kunnen worden weggenomen. Naarmate de positieve ervaringen met ontschotting toenemen en de aanpak aantoonbaar leidt tot efficiëntere zorg en betere zelfredzaamheid van zorgbehoevenden, zou het concept kunnen worden opgenomen in het partijprogramma als wenselijke zienswijze op zorg.

Verantwoording

Dit discussiedocument is tot stand gekomen onder de verantwoordelijkheid van de Mr. Hans van Mierlo Stichting.

Coördinatie: Sven-Ake Hulleman, Ad van Vugt en Annelien Bredenoord

Redactie: Jan-Willem Verlijndonk, Corina Hendriks en Jieskje Hollander

Met dank aan:

Victor Everhardt - Wethouder Gemeente Utrecht (zie ook: <http://www.utrechtgezond.nl/>)

Peter Wiekenkamp – Ecart (<http://ecart.nu/ecart>)

Jorrit de Jong – Sallandt Verzekeringen

Bennie Beuvink – Gemeente Politie Enschede

Lieke Hoogerwerf – Quitessence healtcare

Kees van Bree – Kairos / UFC utrecht

Joris van den Kuitert - Hoogeleraar Erasmus Universiteit

Cathy van Beek - Vice voorzitter Nederlandse Zorgautoriteit

Gerard van Unen - Beleidsmedewerker D66 Tweede Kamerfractie.

Een zorgpanel in het Academieggebouw in utrecht