

datum	30 januari 2021	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
kenmerk	154/2021	T.a.v. minister H.M. de Jonge
onderwerp	Reactie Discussienota 'Zorg voor de toekomst'	Parnassusplein 5 2511 VX DEN HAAG
In behandeling bij	Raad van Bestuur	
telefoon	+31 (0)30 78 92 300	
e-mail	rvb@vilans.nl	

Geachte Minister De Jonge, geachte lezer,

als kennisinstituut voor de langdurende zorg, Vilans, reageren wij graag op uw Discussienota 'Zorg voor de toekomst'. De toekomst van de zorg, maar ook de toekomst van onze maatschappij in brede zin gaat ons aan het hart en is de kern van ons werk als kennisinstituut. Daarbij richten wij ons in het bijzonder op kennis voor mensen met langdurende zorgvragen en hun naasten en alle professionals en medewerkers die in de zorg voor hen een rol spelen. Onze reactie positioneren wij juist daarom vanuit dit brede perspectief en geven wij de prikkelende titel:

***“Kijken naar de toekomst is kijken vanaf de andere kant”***

Hieronder zetten wij onze reactie op uw vragen uiteen:

1. Herkent u zich in de drie thema's als de thema's waar de komende jaren meer verandering op nodig is?

Het stuk raakt veel belangrijke thema's en schetst herkenbare vraagstukken. Het kiest een benadering vanuit het stelsel. Voor mensen die het huidige zorgstelsel goed kennen, geeft het daarmee veel waardevolle suggesties. Echter, de vraagstukken waar we in de zorg voor staan, kunnen niet alleen door de formele en professionele gezondheidszorg worden opgelost. Wij pleiten daarom voor een visie op de Zorg voor de Toekomst die ook goed herkenbaar is vanuit patiënten, cliënten, hun verwanten waaronder mantelzorgers, vrijwilligers, alsook burgers in het algemeen zodat we *samen* het vraagstuk van de toekomstige gezondheidszorg gaan oplossen. Wanneer we alleen een systemische en professionele aanpak voor de toekomst kiezen, zullen we achter de feiten aan lopen. Immers, de meeste zorg wordt in en door de samenleving geboden, door mensen vanuit hun rol als (mede)mens. We vinden erkenning hiervan van belang.

In de benadering die wij bepleiten en die wij als aanvullend zien, verdienen drie perspectieven meer aandacht:

- De individuele burgers: wat zij onder gezondheid verstaan, en wat hun wens en mogelijkheid tot zelfredzaamheid, autonomie en onderlinge solidariteit is.
- De rol voor mensen die zich organiseren, vrijwilligersorganisaties, burgerinitiatieven, patiënten- en cliëntenorganisaties.
- Een gezonde en ondersteunende leefomgeving (en dat is breder dan preventie) waarin mensen het leven kunnen leiden dat zij wensen, met de belemmeringen die zich daarin voordoen. Het gaat dat niet alleen om lichamelijke en geestelijke gezondheid, maar ook om wonen, werken, leren, recreëren.

De verschillen in gezondheid en levensverwachting in Nederland, vinden wij vanuit een oogpunt van gelijkheid niet acceptabel. Wanneer we deze drie perspectieven meer centraal stellen, zullen gezondheid (breed gedefinieerd) en zelfredzaamheid verder verbeteren en zal de vraag naar professionele zorg naar verhouding afnemen. Zeker is dat niet, ook gezien de vergrijzing, maar we slagen er als samenleving dan wel in om kwaliteit van leven toe te voegen. Als we dit perspectief delen en als dit denken gemeengoed wordt in de samenleving, heeft dat uiteraard gevolgen voor wat we onder zorg verstaan en de manier waarop we deze inrichten. Veel gezondheidswinst valt te behalen door interventies buiten de zorg.

2. Herkent u de knelpunten die op (één van) de drie thema's worden genoemd, of missen er nog belangrijke knelpunten?

Wij herkennen de knelpunten. Wij zien de knelpunten vanuit wet- en regelgeving en financiering, alsook op het gebied van organisatie en beleid. Wij willen daaraan toevoegen dat er ook knelpunten zijn wat betreft kennis en het gebruik van kennis. Wij zullen in Nederland de uitdagingen voor de zorg met kennis van zaken moeten aanpakken, lerend en onderzoekend om de nieuwe uitdagingen waarvoor wij staan op te pakken. Gericht kennisbeleid om geïdentificeerde knelpunten op te lossen, oplossingen op te schalen, herhaling van fouten te voorkomen en professionaliteit te verhogen. Het gaat dan om een integrale aanpak van kennisvraagstukken: vraagarticulatie (de relevante vragen formuleren en agenderen), kennisontwikkeling (als er nog geen antwoorden zijn), validering van kennis (werkt het echt), verspreiding van kennis (vinden wat je zoekt in een voor jou bruikbare vorm), implementatie (praktijk verandering) en evaluatie (leren en wat volgt next). Deze functies worden dan gecombineerd en in elkaars verlengde in samenhang uitgevoerd. En ook hier geldt dat het niet alleen gaat om kennis voor beleidsmakers, bestuurders, managers en professionals, maar ook voor burgers, patiënten/cliënten, mantelzorgers en verwanten: wat voor hén van belang is als het om kwaliteit van leven, gezondheid en zelfredzaamheid gaat, en vervolgens wat dat betekent voor de zorgverlening en het zorgbeleid. Een gedegen kennisparagraaf ontbreekt in de Discussienota.

De langdurende zorg maakt momenteel ontwikkelstappen door vanuit een integrale aanpak het kennisbeleid vorm te geven met een integrale kennisinfrastructuur. Daarbij is het gebruik van data van belang. Datagedreven zorg is een groot en onontkoombaar onderwerp voor de zorg van de toekomst. Wat is het draagvlak daarvoor, welke maatregelen zijn nodig en wat betekent dat voor het werk van professionals? Belangrijk zijn onderzoek agenda's die inspelen op de voorspellende waarde van data om problemen te signaleren en vooral te anticiperen, om gezond leven te ondersteunen en om kwaliteit aan het leven toe te voegen. Dat vergt een data-infrastructuur die eveneens sector overstijgend is, die de mens (en communities) als integrerende eenheid als vertrekpunten kiest. Daar is meer aandacht voor nodig.

De kwalificaties voor zorgverlening verdienen voortdurend aandacht. De transformatie van de beroepenstructuur die enkele jaren geleden is geschetst is vooral een plan gebleven. De match tussen vraag en aanbod wordt vaak als een kwantitatief vraagstuk gezien, maar het is ook een kwalitatief vraagstuk. De coronacrisis biedt openingen en noodzaak om met een verfrissende blik naar de beroepen in de zorg te kijken, als ook naar de vrijwilligers, mantelzorgers en burgers die hulp bieden. En zoals wij de afgelopen maanden omtrent Corona sterk ervaren: er is ook een grote kennisvraag bij kwetsbare mensen zelf.

Een laatste punt dat in het Discussiestuk ontbreekt - in lijn met onze visie die we onder 1 geschetst hebben - is dat gericht beleid ontbreekt om initiatieven van burgers, cliënten, patiënten met private en publieke partijen op het gebied van wonen, participatie en zorg te faciliteren en te verbinden met 'reguliere zorg'. Dat vraagt óók een debat over hoe we als samenleving daarmee omgaan. Dat debat kan een landelijk geïnitieerd zijn, maar het moet lokaal bij en met de inwoners van gemeenten, dorpen en wijken worden gevoerd, samen met zorgprofessionals die er lokaal toe doen en met financiers. Het moet geen abstracte gesprek zijn, maar concreet gaan over 'wat kunnen wij hier doen?' En het moet leiden tot lokale actie, passend bij de eigenheid van de lokale omstandigheden.

3. Welke beleidsopties die genoemd worden bij de drie thema's leveren volgens u een belangrijke bijdrage aan de houdbaarheid van ons zorgstelsel?

Voor de langdurende zorg verwijzen wij naar de rapportage van de Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen, waarvan veel van de aanbevelingen ook voor andere doelgroepen bruikbaar zijn. Veel van de genoemde beleidsopties zijn belangrijk. Het zou te ver voeren ze hier allemaal te bespreken. In lijn met onze eerste punten zouden we een vierde thema willen benoemen, dat overigens voor een deel al in de beleidsopties genoemd is:

*Het perspectief van inwoners*

Het gaat hier om het perspectief van de inwoners in hun rol en verantwoordelijkheid als burger, patiënt of cliënt, maar ook om die van de burger als mantelzorger, vrijwilligers en zorgmedewerker. Het gaat dan om gezonde keuzes van leefstijl faciliteren, zelfhulp (waaronder psycho-educatie), ervaringsdeskundigheid verder ontwikkelen, samen beslissen met zorg- en dienstverleners, waar nodig cliëntondersteuning bieden om tot goede keuzes te komen en de juiste bronnen te vinden, coördinatie van complexe zorg- en ondersteuningsarrangementen, mantelzorg faciliteren. Daarnaast aandacht besteden aan levensvragen zoals leven met beperkingen, dood en sterven, omgaan met ethische vraagstukken. Het gaat ook hier vaak om kennis en informatie, naast praktische en materiële steun.

Verder brengen wij graag in een paar van de genoemde thema's/beleidsopties nog enkele accenten en kanttekeningen aan:

- Bij Werkplezier gaat het om een goed werkklimaat en goede randvoorwaarden voor zorgmedewerkers. Hieronder valt regeldruk verminderen en werken met zorgtechnologie. Ook is het belangrijk interesse in het werken in de zorg positief te laden. Betekenisvol werk, met individuele en professionele autonomie, mogelijkheden voor ontplooiing en inspiratie zijn belangrijke elementen van het werk in de zorg, die bijdragen aan het behoud van zorgmedewerkers. In de relatie van de zorg- of hulpverlener met de patiënt/cliënt zit vaak de sleutel. Een goede relatie met een goede dialoog zijn voorwaarde voor persoonsgerichte zorg en de ervaring van zinvol en gewaardeerd werk voor de zorgmedewerker. Samen beslissen is een basishouding die daarbij hoort.
- De Discussie nota zet sterk in op regionalisering. Er wordt daarbij een uniforme schaalindeling voorgesteld voor het hele land, zoals de zorgkantoor regio's of de GGD-regio's. Wij begrijpen die inzet vanuit landelijke sturing en vanuit de wens tot gelijke aanspraken van mensen op zorg en ondersteuning. Echter, een uniforme regio-indeling is niet passend. Er is een groot risico dat één regiomodell niet aansluit bij de behoeften van de inwoners van de regio's en de voorzieningen die daar geregeld moeten worden. De samenhangende maatschappelijk opgave moet het uitgangspunt zijn en de regiogrenzen bepalen. Beleid moet gericht zijn op samenwerken over domeinen heen op lokaal en regionaal niveau met duidelijke verantwoordelijkheden (governance, schaal) met 'de juiste prikkel op de juiste plek', waaronder innovatieve financiële prikkels (o.a. budget poolen, health impact bonds, shared savings, eHealth stimuleringsregelingen, extra middelen voor gemeenten voor een integrale aanpak) en moet ongewenste productieprikkels opheffen, alsook vanuit het perspectief van burgers logisch zijn en de richting naar zelfredzaamheid bevorderen. Tevens moet er een duidelijke governance zijn met heldere verantwoordelijkheden op alle niveaus en een passende schaalgrootte. Ook ondersteunen wij in dit licht regionale flexibele organisatievormen en de optie voor aanvullende middelen voor gemeenten om complexe vraagstukken integraal aan te pakken.
- Herpositionering ouderenzorg in de Zvw. Een goed doordacht oordeel hierover kan (pas) worden gevormd na uitwerking van deze optie. We merken hier al wel op dat het risico van het verschuiven van zorg tussen domeinen is dat de problematiek niet verdwijnt maar slechts verschuift, of een nieuw schot creëert.
- Verbetering van kwaliteitsnormen: daar waar persoonsgerichte zorg het uitgangspunt is, zullen normen daarop toegesneden moeten worden. In de langdurende zorg zijn 'one size fits all' normen vaak niet passend. Maatwerk is nodig. De normen moeten gaan over de vakbekwaamheid om actief kwaliteit inzichtelijk te maken en continu te verbeteren en de bijdrage daarvan aan de kwaliteit van leven van cliënten en hun naasten.

4. Heeft u concrete suggesties om bepaalde opties nader te concretiseren en praktisch vorm te geven?

We kunnen een groot aantal suggesties geven, waar veel praktijk-, beleids- en wetenschappelijke kennis over is. We maken een selectie:

- Wij zien in een aantal Scandinavische landen, het Verenigd Koninkrijk en Australië modellen van reablement voor mensen met langdurige zorgvragen. Deze modellen zijn gericht op maximaal herstel van zelfredzaamheid. Een flinke investering in de eerste fase van toegenomen kwetsbaarheid om voor een langere termijn langdurende zorgvragen te beperken. Zo'n benadering gaat verder dan preventie. Het gaat bijvoorbeeld ook om aanleren van nieuwe vaardigheden. Kort door de bocht toegelicht: geen tafeltje dekje, maar leren koken.
- Het scheiden van wonen en zorg staat letterlijk al decennia op de beleidsagenda en wordt opnieuw genoemd. Wij stellen voor het te gaan hebben juist over de 'afstemming' van wonen en zorg, waarbij de (diversiteit van) wensen van burgers en hun onderlinge verbanden de ruimte krijgen. Inhoudelijk is het belangrijk dat er hier niet nieuwe belemmerende schotten worden opgeworpen die de innovatie in de weg staan. Het gaat niet (alleen) over meer passende gebouwen maar ook over anders wonen en leven, toekomstbestendig met ondersteuning van eHealth en digitale mogelijkheden.
- Afbakeningen en regels in de zorg zijn nodig om alles te kunnen organiseren, maar te rigide systemen helpen niet om te vernieuwen of in te spelen op nieuwe situaties (zoals nu met corona). Wij bepleiten mogelijkheden voor innovatieve vormen van financiering en geheel of gedeeltelijke ontheffing van regels als deze naar alle redelijkheid het doel niet dienen. 'Pas toe of leg uit', is een richtinggevend principe voor goede zorg. Het kan ook in wet- en regelgeving en financiering richtinggevend zijn.
- Onze ervaring is dat beleidsambities van de overheid en systeempartijen het beste van de grond komen als er een middenmix wordt ingezet. Er staan meerdere beleidssuggesties in het stuk die gericht zijn op het faciliteren van samenwerking. Die ondersteunen wij. Deze moeten echter worden aangevuld met het *hands on* oplossen van praktische en systemische knelpunten en het inzetten van kennis vanuit een structurele integrale kennisinfrastructuur met meerjarige implementatieprogramma's van een substantiële omvang. Het gaat bij deze doelen om duurzame veranderingen van gedrag, en het afbreken of afbouwen van ingesleten patronen en werkwijzen zodat er geen weg terug is, maar wel een perspectief en alternatief voor de toekomst. Dat betekent dat kennisontwikkeling, innoveren en piloten, grootschalig implementeren en evalueren in samenhang plaats moeten vinden. Bij deze benadering moet technologie ingebed zijn. Want technologie moet niet iets 'erbij' zijn in de zorg, maar moet naar onze mening 'van' de zorg zijn. Wij geloven in de stelling (en dragen die ook uit): technologie maakt het leven zoveel menselijker.

5. Welke beleidsopties ontbreken er nog?

In de voorgaande antwoorden ligt al een aantal ontbrekende beleidsopties besloten. We benoemen hier nog een enkele extra opties:

- De focus op de acute, curatieve zorg heeft veel aandacht, ook in de Discussienota. De grootste opgave ligt daarbuiten: in de samenleving, in de eigen woonomgeving van mensen, waar uiteindelijk de meeste zorg, vaak langdurend, wordt geboden en waar het grootste potentieel ligt om zorgvragen te voorkomen of te reduceren en de kwaliteit van leven te verhogen. Dat impliceert dat preventie en solidariteit voor zover professioneel en systemisch ondersteund dicht bij het dagelijkse leven van mensen gebracht moet worden. In beleidstermen: waar nodig ontwikkelgelden voor initiatieven van inwoners beschikbaar stellen, over domeinen heen en (digitale) preventie in het vergoedingensysteem van zorg- en welzijnsprofessionals plaatsen.
- Wij missen in de nota aandacht voor een toegankelijke samenleving, toegankelijk voor mensen met beperkingen. Het VN verdrag voor de Rechten van mensen met een beperking is in 2016 geratificeerd, nadat dit in 2006 door de Verenigde Naties was vastgesteld. De voortgang van de implementatie hoort op een agenda voor de Zorg voor de Toekomst. Inclusiviteit is één van de voorwaarden om tot een samenleving te komen die meer solidair is en waar mensen lang zelfstandig kunnen wonen ondanks beperkingen en met minder professionele zorg.

- Diversiteit en inclusiviteit als vraagstuk komen in de discussienota niet aan de orde. Als we starten bij de individuele burger, en zijn wensen, mogelijkheden en omgeving vergt dat ook voor deze vraagstukken anders denken. Enigszins gerelateerd aan diversiteit wijzen wij in het bijzonder op laaggeletterdheid en beperkte digi-vaardigheid, waarbij de laaggeletterdheid bij zorgverleners niet over het hoofd mag worden gezien.
- Tenslotte missen wij aandacht voor de *footprint* van de zorg. De Green Deal Duurzame Zorg en maatschappelijk verantwoord ondernemen zijn voor een toekomstbestendige zorg van belang. In deze tijd waarin gigantische voorraden disposables worden gebruikt en bronnen schaars zijn staan deze uitgangspunten onder druk. Wij vragen blijvende aandacht voor deze thematiek en zorginnovatie die ook impact heeft op de kwaliteit van onze leefomgeving.

Resumerend denken wij dat met alleen wetgeving en financiële prikkels we in Nederland de gezondheid en de gezondheidszorg niet voldoende verbeteren. Het gaat ook over anders organiseren en faciliteren van ander gedrag, gevoed door kennis. Wij hopen dat onze reactie daartoe inspireert en aanzet.

Met vriendelijke groet,



Raad van Bestuur Vilans  
**Mirella Minkman en Erwin Bleumink**

#### Enkele bronnen:

Both, J. M. C. (2020). *Making Work Meaningful: A way to attract nurses to remain in their jobs*. Thesis: VU Amsterdam. [Making Work Meaningful: A way to attract nurses to remain in their jobs — Vrije Universiteit Amsterdam \(vu.nl\)](https://vu.nl)

Kaehne, A. and Nies, H. (eds) (2021). *How to Deliver Integrated Care. A Guidebook for Managers*. European Health Management in Transition Series. Emerald Publishing: Bingley. [How to Deliver Integrated Care - A Guidebook for Managers - EHMA](#)

Minkman, MMN (2020). *Suitable Scales; Rethinking Scale for Innovative Integrated Care Governance*. *International Journal of Integrated Care*; 20(1): 1, 1–5. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.5468> [Suitable Scales; Rethinking Scale for Innovative Integrated Care Governance \(ijic.org\)](#)

Pel-Littel, R.E. (2020). *Shifting from “What is the matter?” to “What matters to you?”* Shared decision making for older adults with multiple chronic conditions and their informal caregivers. Thesis: University of Amsterdam. [Shifting from “What is the matter?” to “What matters to you?” \(uva.nl\)](#)

**Vilans, Academy het Dorp & VWS (2020)**. *Begeleiding à la carte en Innovatie-impuls van Volwaardig leven*. Voortgangsrapportage sept 2019-sept 2020. [Voortgangsrapportage Begeleiding à la carte en Innovatie-impuls van Volwaardig leven | Rapport | Rijksoverheid.nl](#)

Vilans (2020). *Regeldruk in de langdurige zorg. Boosdoeners blootgelegd*. [rapport-regeldruk-in-de-langdurige-zorg-boosdoeners-blootgelegd.pdf \(vilans.nl\)](#)

<https://www.zorgvannu.nl/>

<https://www.vilans.nl/artikelen/anders-werken-met-zorgtechnologie>