

KLIK HIER VOOR GEZIEN EN GEHOORD

DE ZORG  
AGENDA  
VOOR  
EEN  
GEZONDE  
SAMEN  
LEVING

raad voor **V**olksgezondheid en  
**S**amenleving

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) is een onafhankelijk strategisch adviesorgaan. De RVS heeft tot taak de regering en de Eerste en Tweede Kamer van de Staten-Generaal te adviseren over hoofdlijnen van volksgezondheid en samenleving.

#### **Samenstelling Raad**

Voorzitter: Pauline Meurs.  
Raadsleden: Daan Dohmen,  
Jan Kremer, Bas Leerink,  
Liesbeth Noordegraaf-Eelens,  
Greet Prins, Loek Winter.  
Adviserend raadsleden:  
José Manshanden, Dick Willems.  
Directeur/algemeen secretaris a.i.:  
Luc Donners.  
Adjunct algemeen secretaris:  
Marieke ten Have.

#### **Raad voor Volksgezondheid en Samenleving**

Parnassusplein 5  
Postbus 19404  
2500 CK Den Haag  
T +31 (0)70 340 50 60  
mail@raadrvs.nl  
www.raadRVS.nl  
Twitter: @raadRVS

# DE ZORGAGENDA VOOR EEN GEZONDE SAMENLEVING



## INLEIDING

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) is door minister Schippers gevraagd om toekomstige beleidsonderwerpen rond 'zorg' en 'gezondheid' in kaart te brengen. De RVS presenteert daarom *De Zorgagenda voor een gezonde samenleving*.

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) is door minister Schippers gevraagd om toekomstige beleidsonderwerpen rond 'zorg' en 'gezondheid' in kaart te brengen. De RVS presenteert daarom *De Zorgagenda voor een gezonde samenleving*. Dit is een agenda met zes kernopgaven, waar de nieuwe minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in hun beleid van de komende jaren mee te maken krijgen. En zij niet alleen. Ook hun collega's van andere ministeries en bij gemeenten zullen voor deze opgaven komen te staan. Volksgezondheid gaat nu eenmaal over meer dan goede zorg en hulp<sup>1</sup> alleen.

De Nederlandse verzorgingsstaat blijft zich ontwikkelen, met positief resultaat. Feit is bijvoorbeeld dat mensen steeds langer leven en overwegend tevreden zijn over hun bestaan. Zorg en hulp in Nederland zijn anno 2017 bovendien van hoge kwaliteit. Juist omdat het stelsel in grote lijnen succesvol is, verschuift de focus naar complexe, dieperliggende opgaven. Het zijn opgaven die raken aan fundamentele zorgen en onzekerheden onder burgers over waar het met de Nederlandse verzorgingsstaat naartoe gaat. Opgaven ook, waar geen snelle en simpele beleidsoplossingen voor te vinden zijn.

De komende regering krijgt te maken met lastige afwegingen over hoe een gezonde samenleving gestalte kan krijgen. 'Een gezond leven' betekent immers voor ieder mens iets anders, en niet iedereen is even gezond. Hieruit volgen heel verschillende ideeën over hoe mensen in een veranderend en vergrijzend Nederland voor elkaar willen en kunnen zorgen. Dit simpele, maar fundamentele gegeven vertaalt de RVS in *De Zorgagenda* naar drie uitgangspunten: investeren in onderling vertrouwen, meer aandacht voor verschillen tussen mensen en inzetten op blijvende solidariteit. Deze drie uitgangspunten en de bijbehorende kernopgaven werken we hierna verder uit.

### **Investeren in onderling vertrouwen**

In de vele gesprekken, werkbezoeken en publieksbijeenkomsten in het kader van *De Zorgagenda* merkten we dat 'vertrouwen' een terugkerend thema was. Het gaat dan om vertrouwen op verschil-

lende niveaus: van de concrete vertrouwensrelatie tussen hulpvrager en hulpverlener tot het abstracte vertrouwen dat burgers hebben in ‘de verzorgingsstaat’ en de manier waarop ze van voorzieningen gebruik kunnen maken; van de rugdekking die professionals krijgen van hun bestuurders tot de manier waarop de inspectie aanbieders controleert. Onderling vertrouwen behoeft aandacht, gegeven het feit dat steeds meer burgers zich zorgen maken over de toekomst van zorg en hulp in Nederland. De RVS neemt in *De Zorgagenda* twee kernopgaven op die het gebrek aan vertrouwen agenderen. De eerste op het niveau van concrete relaties tussen al diegenen, die rechtstreeks bij zorg en hulp betrokken zijn; de tweede op het niveau van afwegingen over de samenleving als geheel:

Kernopgave 1

#### **Verantwoording in dienst van verantwoordelijkheid**

Welke vormen van verantwoording afleggen passen bij het dragen van professionele en bestuurlijke verantwoordelijkheid? [Lees verder ▶](#)

Kernopgave 2

#### **Investeren in een gezonde samenleving**

Hoe worden maatschappelijke opbrengsten van investeringen in zorg, hulp, wonen, werken en leren beter zichtbaar en voelbaar? [Lees verder ▶](#)

### **Meer aandacht voor verschillen tussen mensen**

De RVS stelt in zijn eerste advies *Verlangen naar samenhang* (RVS 2016) dat er in Nederland heel verschillende opvattingen bestaan over ‘goede’ zorg en hulp. Verschillen in persoonlijk, economisch, sociaal en cultureel kapitaal maken dat mensen heel verschillende zorg- en hulpvragen hebben en de zorg of hulp die ze ontvangen ook heel verschillend waarderen. Het vertalen van deze pluriformiteit naar de organisatie van zorg en hulp levert veel vragen op, zo werd ook duidelijk tijdens de conferentie *De zorg van morgen: een waardevolle zorg* die de RVS op 10 oktober 2016 organiseerde. Onder de noemer ‘meer aandacht voor verschillen tussen mensen’ agendeert

de RVS twee kernopgaven voor de komende jaren. De eerste gericht op kwaliteit van zorg, de tweede gericht op kwaliteit van leven.

Kernopgave 3

#### **Diversiteit in dienstverlening**

Hoe kunnen professionals in hun dagelijkse werk recht doen aan verschillende opvattingen over wat goede zorg en hulp is, en wat betekent dat voor de bijdragen van niet-professionele hulp en/of technologische voorzieningen? [Lees verder ▶](#)

Kernopgave 4

#### **Ruimte voor kwaliteiten van leven**

Hoe kan het toepassen van steeds meer medische en technologische kennis in de praktijk voldoende ruimte laten aan persoonlijke opvattingen over kwaliteit van leven in perioden van ziek zijn, ouder worden en sterven?

[Lees verder ▶](#)

### **Inzetten op blijvende solidariteit**

In Nederland is de overheid verantwoordelijk voor een vangnet van zorg en hulp voor de mensen die dat nodig hebben. Ze heeft een belangrijke stem in de organisatie van zorg en hulp en in het verdeelen van de bijbehorende lasten over de beroepsbevolking. Daarbij moet de overheid rekening houden met demografische veranderingen: steeds meer mensen worden ouder, aandoeningen zijn vaker chronisch en het aantal werkende mensen dat het sociale vangnet financieel draagt neemt af. Nu gesproken wordt over de transitie van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving, is het van belang te kijken hoe de bestuurlijke veranderingen uitpakken voor mensen die op één of meerdere fronten kwetsbaar zijn. Hoe bereiken zij de zorg en hulp die ze nodig hebben en hoe bereiken zorg- en hulpverleners hen? Hoe slagen zij erin om mee te (blijven) doen en mee te (blijven) beslissen? Twee kernopgaven op *De Zorgagenda* horen bij het inzetten op blijvende solidariteit. De eerste draait om solidariteit in het licht van sociaaleconomische gezondheidsverschillen, de tweede om solidariteit in het licht van ‘de participatiesamenleving’:



Kernopgave 5

### Toegangsdrempels op maat

Hoe kunnen toegangsdrempels tot zorg en hulp rekening houden met de unieke situaties waarin mensen zich bevinden, zeker naarmate de problemen zich opstapelen? [Lees verder ▶](#)

Kernopgave 6

### Participeren naar eigen maatstaven

Hoe kan de overheid, in haar ambitie om mensen naar vermogen te laten participeren, voldoende ruimte laten aan ieders eigen kijk op meedoen en meebeslissen? [Lees verder ▶](#)

## Werkwijze

Met *De Zorgagenda* wil de RVS aansluiten bij wat er in Nederland leeft aan ervaringen met zorg en hulp. Deze agenda is het eerste resultaat van een zoektocht naar de praktijk van hulp vragen, hulp verlenen en hulp organiseren. Die zoektocht bestond uit verschillende stappen. In aanvulling op de thematische expertsessies die de Raad sinds zijn oprichting heeft belegd, werden voor *De Zorgagenda* verschillende werkbezoeken en publieksbijeenkomsten georganiseerd. Ook is sinds begin februari het platform [www.dezorgagenda.nl](http://www.dezorgagenda.nl) live, waar een ieder die dat wil een bericht voor de toekomstige minister van VWS kan achterlaten. De ervaringen die mensen via al deze kanalen met ons deelden hielpen om de zes kernopgaven te formuleren en aan te scherpen. Ze zijn daarom nu al bij elk van de zes kernopgaven terug te zien. Het verzamelen van ervaringen en inzichten stopt hier niet. Hoe we daar het komende jaar mee verder gaan, valt aan het einde van deze agenda te lezen. (zie Hoe nu verder?).

## Een nieuwe visie in zes kernopgaven

Met *De Zorgagenda* schetst de RVS een visie op volksgezondheid in een samenleving, waarin verschillen tussen mensen groot zijn, onderling vertrouwen tussen mensen aandacht behoeft, en waarin

een ander perspectief op solidariteit gewenst is. De zes kernopgaven vragen om meer dan het verder verfijnen en optimaliseren van wat al bereikt is of om snelle, pragmatische oplossingen. Ze vragen om een visie op hoe mensen in Nederland voor elkaar willen en kunnen zorgen en met elkaar willen bijdragen aan een gezonde samenleving. Daarbij hoort ook een visie op de rol en verantwoordelijkheid van de overheid. *De Zorgagenda* sluit daarmee aan bij de eigen meerjarige werkagenda, waarin de RVS al een brede wisseling van perspectief op zorg en gezondheid agendeerde (*Wisseling van Perspectief*, RVS 2015).

De recent verschenen *De Agenda voor de Zorg*<sup>2</sup> geeft eveneens blijk van de wens om de komende jaren in Nederland te investeren in vernieuwende zorg die past bij de veranderende samenleving. De betrokken partijen agenderen complexe problemen en ambitieuze oplossingen. Vanuit een zelfde optimistische houding agendeert de RVS in *De Zorgagenda* zes onderliggende kernopgaven die de komende jaren een rol spelen in beleidsafwegingen rond 'zorg' en 'gezondheid'. Het zijn kernopgaven die botsende waarden achter regels en systemen expliciet maken en die er toe uitnodigen om ervaringen van zorgvragers en zorgverleners meer stem te geven. Aan alle kernopgaven die we hierna uitwerken ligt namelijk één gedeelde wens ten grondslag. Een wens, die wat de RVS betreft houvast biedt voor een volgende fase van beleid op het terrein van 'zorg' en 'gezondheid'. Een wens, bovendien, die in al onze gesprekken doorklonk: om steeds als mens te zien en gezien te worden.

1. 'Hulp' gebruikt de RVS in deze agenda als overkoepelende term voor alle hulpverlening en ondersteuning die valt onder de Wet maatschappelijke ondersteuning, de Jeugdwet en de Participatiewet. 'Zorg en hulp' omvat dus niet alleen het aanbod in het zorgdomein, maar ook in het sociale domein. En daarmee zowel verantwoordelijkheden van het Rijk als van gemeenten.
2. *De Agenda voor de Zorg. Aanbod van het zorgveld aan politiek en samenleving* (2017). Gepresenteerd op 20 maart 2017 door de partijen ActiZ, FMS, GGD GHOR Nederland, leder(in), GGZ Nederland, InEen, KBO-PCOB, KNMG, LHV, Mind, NFU, Patiëntenfederatie NL, NVZ, VGN, V&VN en ZN.



## KERNCIJFERS

Met vier groepen in Nederland gaat het goed:

- de gevestigde bovenlaag (15% van de bevolking);
- de jongere kansrijken (13%);
- de werkende middengroep (27%) en
- de comfortabel gepensioneerden (17%).

Dat is in totaal ruim 70% van de bevolking.

Twee groepen (bijna 30% van de bevolking) kunnen minder goed meekomen:

- de onzekere werkenden (14%) en
- het precariaat (mensen die over de hele linie achterblijven, behalve werk bijv. ook in hun sociale netwerk, gezondheid of digitale vaardigheden) (15%).

De twee achterblijvende bevolkingsgroepen hebben weinig vertrouwen in andere mensen (ongeveer 40%, tegenover ongeveer 25% bij de vier andere groepen). Ze zijn ook minder tevreden met het leven (een gemiddelde gelukscore van 6,1 à 6,3 tegenover 7,6 à 8,1 bij de vier andere groepen).

Uit: SCP, *Vershil in Nederland. Sociaal en Cultureel Rapport 2014*

In 2050 zal naar verwachting een op de vier inwoners 65 jaar of ouder zijn (nu is dat een op de zes). Het aantal 75-plussers zal in dat jaar meer dan verdubbeld zijn tot 3 miljoen personen. Het aantal mensen met een chronische ziekte neemt toe: van 5,3 miljoen in 2011 (32% van de bevolking) naar 7 miljoen in 2030 (40% van de bevolking).

Uit: SCP, *De toekomst tegemoet. Sociaal en Cultureel Rapport 2016*

## INVESTEREN IN ONDERLING VERTROUWEN

‘Vertrouwen’ is een terugkerend thema in vele gesprekken. Het behoeft aandacht, zo blijkt uit het groeiende onbehagen onder burgers over de toekomst van zorg en hulp in Nederland. Hoe investeert een gezonde samenleving in vertrouwen, zowel in de concrete relaties tussen zorgvragers en zorgverleners, als in het draagvlak onder burgers voor ‘hun’ voorzieningen?



## Kernopgave 1 Verantwoording in dienst van verantwoordelijkheid

Welke vormen van verantwoording afleggen passen bij het dragen van professionele en bestuurlijke verantwoordelijkheid?

Kwaliteit van zorg is het meest voelbaar voor diegenen, die zorg en hulp ontvangen en verlenen. Voor velen van hen voelt het alsof de ruimte om kwaliteit te leveren wordt beheerst door wat er moet, en wordt beperkt door wat er mag. De roep om meer ruimte klinkt al geruime tijd.

In het professionele handelen in zorg en hulp ligt de nadruk te eenzijdig op het voldoen aan 'de' norm. Professionele handelingen zijn te veel gericht op het vermijden van risico's en op alleen datgene doen wat is afgesproken. En als er iets mis gaat, komt de schuldvraag in de huidige maatschappij vóór het accepteren van menselijke fouten, wat risico-avers gedrag en de neiging om zich in te dekken bij professionals en bestuurders alleen maar versterkt.

De kern van professioneel handelen is niet zozeer het volgen van de norm maar er juist van kunnen afwijken als de situatie daar om vraagt. Kwaliteit ontstaat in het proces: door het steeds motiveren van gemaakte keuzes, door zowel zorgvrager als zorgverlener. Daarbij hoort het bespreekbaar maken van de mate waarin en de omstandigheden waaronder risico's te accepteren zijn. Deze manier van verantwoording afleggen is van essentieel belang om te leren en te kunnen verbeteren, maar delft in de huidige verantwoordingspraktijk het onderspit. Niet alleen in de curatieve zorg en de langdurige zorg, maar in toenemende mate ook in de maatschappelijke ondersteuning.

De RVS wil dat verantwoording afleggen weer in dienst komt te staan van het dragen van verantwoordelijkheid voor kwaliteit van zorg en hulp. Dat vertrouwen in verantwoord professioneel handelen weer vóór vertrouwen in de gestelde norm komt te staan. Daarmee agendeert de Raad een zoektocht naar nieuwe en andere vormen van verantwoording afleggen, die in de eerste plaats als zinnig en behulpzaam worden ervaren door diegenen die er aan moeten

voldoen. Verantwoording afleggen zou dan niet langer druk moeten opleveren, maar juist ruimte moeten bieden – een vertrouwensbasis – om op verantwoordelijke wijze te kunnen werken, leren en innoveren.

“Leerplichtambtenaren die kinderen en ouders eerst weer op weg helpen voordat ze de wet handhaven: dat is pas verantwoordelijkheid nemen (en heel moeilijk!).”

Zie ook het bericht over het werkbezoek onderwijs-jeugdhulp op [www.dezorgagenda.nl](http://www.dezorgagenda.nl)

Deze nieuwe en andere vormen van verantwoording afleggen zullen gevolgen hebben voor de wijze van sturing door de overheid en controle door toezichthouders. Immers, niet de meetbare resultaten ten opzichte van het zogenaamde ‘gemiddelde’ staan dan centraal, maar vooral de vraag of er geleerd en vernieuwd is: vinden professionals en bestuurders zelf dat ze hun eigen normen en kwaliteitseisen hebben gehaald? En kunnen ze dat motiveren met behulp van de ervaringen van de mensen die ze zorg of hulp verleend hebben? Dit is toezicht op ervaren kwaliteit (door zowel zorgvrager als zorgverlener) in plaats van enkel op papieren kwaliteit. Een vorm van toezicht, bovendien, die op basis van vertrouwen ruimte biedt om vooruit te kijken: hoe ga ik het beter doen en hoe weet de toezichthouder dat?

Een deel van de zoektocht naar nieuwe vormen van verantwoording afleggen bestaat uit het verkennen van al bestaande goede voorbeelden. Neem het project ‘regelarme zorg’ bij *Philadelphia Zorg*. Medewerkers werkten gedurende twee jaar met veel minder regels en juist met meer activiteiten gericht op (zelf)reflectie en beraad. Een cultuurverandering was het resultaat: meer ervaren (zelf)vertrouwen, meer werkplezier en meer aandacht voor cliënten en hun naasten. De reacties waren positief, van cliënten tot aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

De factor ‘tijd’ speelt in deze kernopgave een belangrijke rol. Het reflecteren op gemaakte professionele en bestuurlijke keuzes kost tijd. Zowel in de ontmoetingen tussen zorgvrager en zorgverlener, als in de terugkoppeling daarover naar inspecteurs op lokaal, regionaal en nationaal niveau. Gemeenten, bijvoorbeeld, hebben tijd en rust nodig om hun bestuurlijke verantwoordelijkheid voor jeugdhulp, participatie en maatschappelijke ondersteuning vorm te geven. Snel en zichtbaar resultaten moeten boeken (bij verantwoording afleggen meestal binnen één jaar, en als er zorgen zijn over kwaliteit nog veel sneller) leidt tot vormen van verantwoording afleggen, die niet passen bij de tijd die het professionals en bestuurders kost om vanuit inhoud en patiëntervaringen te reflecteren op hun verantwoordelijkheden.

“Tijd is een financiële maat geworden. De waarde van vertragen, een pas op de plaats maken, zijn we als professionals verleerd. Ik heb er behoefte aan dat vertragen weer mag.”

Zie ook het verslag ‘De Zorgfabriek’ op [www.dezorgagenda.nl](http://www.dezorgagenda.nl)



“De creativiteit van de nieuwe generatie zorgverleners staat onder druk. Ze leren om als eerste een label op te plakken, een diagnose te stellen. Anders komt er immers geen geld om te behandelen.”

Zie ook het verslag van 'De Zorgfabriek' op [www.dezorgagenda.nl](http://www.dezorgagenda.nl)

“Zorg draait om vertrouwen. Wat zou het mooi zijn als ook de verantwoording van zorg gebaseerd wordt op vertrouwen. Dat zou veel administratieve lasten schelen; geld dat aan zorg(innovatie) kan worden besteed. Er zijn diverse initiatieven op dit gebied, maar die verlopen moeizaam en borduren voort op de huidige regels. Er is disruptie nodig op dit terrein. Dat vraagt lef, maar geeft vertrouwen!”

Ingezonden bericht. Ook een ervaring delen? Schrijf een bericht op [www.dezorgagenda.nl](http://www.dezorgagenda.nl)

## Kernopgave 2

### Investeren in een gezonde samenleving

Hoe worden maatschappelijke opbrengsten van investeringen in zorg, hulp, wonen, werken en leren beter zichtbaar en voelbaar?

Mensen met een zorg- of hulpvraag zullen op de vraag, wat ze hun gezondheid waard vinden, zelden in concrete euro's antwoorden. Ook zorgverleners willen de waarde van hun eigen handelen niet in harde cijfers uitdrukken. En toch gaat een belangrijk deel van de discussie over zorg en hulp in Nederland over wat dat de samenleving 'kost'.

“Sommige handelingen zijn van onschatbare waarde en worden toch niet of nauwelijks vergoed. Als ik in een complexe casus andere betrokken hulpverleners om raad en advies vraag, krijg ik daar met een beetje geluk € 4,50 voor. En de telefoontjes die ik pleeg om voor een patiënt een passende plek in een verzorgingshuis te regelen kunnen überhaupt niet worden vergoed.”

Zie ook het bericht over het werkbezoek huisartsenzorg op [www.dezorgagenda.nl](http://www.dezorgagenda.nl)

Deze eenzijdige focus op kosten leidt tot problemen. De financiële prikkels in het stelsel van zorg en hulp werken de verkeerde kant op. Van beloning voor zuinige en zinnige zorg of substitutie is nauwelijks sprake. Investeren in de zorg worden uitgedrukt in percentages van het nationaal inkomen, in plaats van in opbrengsten voor participatie, arbeid en volksgezondheid.

In een visie op een gezonde samenleving mogen de opbrengsten van werk, woning, opleiding, voeding en vrije tijdsbesteding voor een gezond leven niet ontbreken. Om nog maar te zwijgen over de duurzame impact van frisse lucht, schoon water en een prettige leefomgeving op gezondheid. Investeren in een gezonde samenleving betekent dat er veel meer dan nu gebeurt aandacht is voor de bijdragen die andere sectoren van de samenleving aan de volks-



gezondheid leveren. Er wordt veel gesproken over het belang van preventie, maar vooralsnog is de investering in preventie uiterst beperkt en ligt het initiatief hiervoor nog te veel binnen het domein van zorg en hulp alleen. De RVS verwacht, dat meer oog voor de feitelijke en mogelijke opbrengsten die andere domeinen voor volksgezondheid hebben het smalle debat over de betaalbaarheid van zorg en hulp in Nederland verruimt.

Investeren in een gezonde samenleving houdt verband met de vraag, wat gezondheid mensen eigenlijk waard is. Dit waardeperspectief is van belang voor het bewaken van de vertrouwensbasis onder het sociale vangnet. Immers: wat is het pensioenstelsel nog waard als de jonge generatie er niet meer in gelooft? Wat is het zorgstelsel nog waard als mensen het liefst alleen betalen voor wat ze zelf gebruiken? Investeren in een gezonde samenleving vanuit een perspectief van opbrengsten vergt dus allereerst een politiek en maatschappelijk gesprek over de gedeelde waarden die aan investeringen ten grondslag liggen. Deze gedeelde waarden vormen de vertrouwensbasis op grond waarvan burgers bereid zijn in 'hun' verzorgingsstaat te blijven investeren. Dit gesprek is urgent, zowel landelijk als lokaal, gegeven de toenemende zorgen onder burgers over de toekomst van zorg en hulp.

De RVS verwacht dat het opbrengstenperspectief helpt om financiële schotten tussen domeinen te overstijgen. Het investeren in preventie door zorgverzekeraars, bijvoorbeeld, is op dit moment lastig te realiseren en ook moeilijk uit te leggen: het zijn tenslotte euro's die ze (als het goed is) nooit meer terug zien. In termen van opbrengsten voor een gezonde samenleving lijkt een dergelijke investering echter wel te verantwoorden.

Zorgverzekeraar CZ gaat 250 Haagse gezinnen met schulden helpen. CZ betaalt daarvoor het Sociaal Hospitaal, een bedrijf waar ervaren hulpverleners werken die geselecteerde gezinnen gaan helpen met het afbetalen van hun schuld en het inzichtelijk maken van hun problemen. De achterliggende overtuiging: als je schulden kunt wegnemen of oplossen, zie je vaak ook een afname van andere (gezondheids)problemen. Als de gemeente na drie jaar ziet dat er fors minder geld is uitgegeven aan de

maatschappelijke ondersteuning van deze gezinnen, krijgt CZ het geïnvesteerde geld terug. Anders niet.

Ook als financiële schotten door het opbrengstenperspectief worden overbrugd komt de financiële vraag wel steeds op tafel: wie doet welke investering, bij wie valt er vervolgens geld vrij en waar wordt dat voor benut? Een lastige vraag, zeker wanneer maatschappelijke opbrengsten niet of nauwelijks feitelijk aantoonbaar zijn. Belangrijk onderdeel van deze kernopgave is daarom om te onderzoeken hoe de overheid het perspectief van maatschappelijke opbrengsten behoudt en onderbouwt als die opbrengsten moeilijk in euro's uit te drukken zijn.

“Laten we de memorabele momenten niet vergeten: kleine kinderen die buiten spelen op het terrein van het AZC en zo binnen een paar weken Nederlands spreken; volwassen vluchtelingen die na jaren van strijd eindelijk de draad weer kunnen oppakken; medewerkers die hun vakantie-uren liever laten uitbetalen dan op vakantie gaan, zo graag zijn ze hier bezig.”

Zie ook het bericht over het werkbezoek hulp aan vluchtelingen op [www.dezorgagenda.nl](http://www.dezorgagenda.nl)

## Investeren in onderling vertrouwen – verder in voorbereiding bij de RVS

### **Illusie van Evidence Based Practice**

In veel domeinen heeft de evidence based benadering aan invloed gewonnen, van de geneeskunde tot het overheidsbeleid. Hoewel deze rationele benadering van de professionele praktijk haar vruchten heeft afgeworpen, heeft zij ook haar beperkingen. Evidence based wordt vaak als synoniem gebruikt voor 'goed' en verdringt andere normatieve, professionele en praktische overwegingen. Er is dan onvoldoende oog voor de persoonlijke waarden en context van mensen. In dit advies biedt de RVS handreikingen waarmee professionals de complexiteit van hun praktijk kunnen omarmen met een gepast gebruik van wetenschappelijk bewijs.

### **Dure Geneesmiddelen**

Nieuwe, vaak zeer dure, geneesmiddelen leggen een steeds grotere druk op de betaalbaarheid van de zorg. Veel van die middelen vinden hun oorsprong in met publieke middelen gefinancierd onderzoek. Farmaceutische bedrijven ontwikkelen die verder en brengen ze op de markt, maar vragen daar hoge prijzen voor. De samenleving lijkt daarmee dubbel te betalen: ze betaalt voor een deel van het onderzoek en moet vervolgens het middel voor een hoge prijs kopen. In dit adviestraject buigt de RVS zich over de vraag of het ook anders kan. Zijn er alternatieve ontwikkelroutes voor

nieuwe geneesmiddelen mogelijk, waardoor middelen sneller voor patiënten beschikbaar komen tegen maatschappelijk aanvaardbare prijzen? Wat kan de Nederlandse overheid doen om dit te stimuleren?

### **Who Cares**

De RVS is partner van de Rijksbouwmeester bij de prijsvraag *WHO CARES*: een open oproep aan ontwerpers en innovatieve doeners en denkers uit andere sectoren om gezamenlijk hun idee voor toekomstbestendige wijken te verbeelden. De oproep is om innovatieve en toekomstgerichte visies op de Nederlandse woonwijken te ontwerpen, die antwoord geven op demografische ontwikkelingen en veranderingen in zorg en ondersteuning.

## MEER AANDACHT VOOR VERSCHILLEN TUSSEN MENSEN

Verschillen in persoonlijk, economisch, sociaal en cultureel kapitaal maken dat mensen heel verschillende zorg- en hulpvragen hebben en de zorg of hulp die ze ontvangen ook heel verschillend waarderen. Hoe is deze pluriformiteit naar de organisatie van zorg en hulp te vertalen?

### Kernopgave 3 Diversiteit in dienstverlening

Hoe kunnen professionals in hun dagelijkse werk recht doen aan verschillende opvattingen over wat goede zorg en hulp is, en wat betekent dat voor de bijdragen van niet-professionele hulp en/of technologische voorzieningen?

Meer mensen in Nederland worden steeds ouder. Aandoeningen worden steeds vaker chronisch. Beide zaken zorgen voor meer complexe en langdurige zorg- en hulpvragen. Afwegingen over passende zorg en hulp worden alleen maar ingewikkelder en moeten met voldoende rust en persoonlijke aandacht gemaakt kunnen worden. Ondertussen raken burgers steeds meer gewend aan de ultrasnelle, scherp geprijsde en persoonlijke service van de 24-uurs-economie. En dat vertaalt zich ook in andere opvattingen over kwaliteit van zorg en hulp: hoe meer zorgkosten mensen maken, hoe hoger de eisen die ze stellen aan het service- en kwaliteitsniveau van zorg en hulp.

Deze ontwikkelingen houden verband met alom geuite zorgen over het dreigende tekort aan personeel. Het aantal werkende mensen in Nederland daalt, terwijl het aantal mensen met een zorg- of hulpvraag stijgt. Met deze opgave agendeert de RVS de groeiende vraag om zorg en hulp met aandacht, rust, comfort en een hoog serviceniveau tot in de details. 'Meer handen aan het bed' klinkt als dé oplossing, maar die gaat voorbij aan de verschillende en veranderende opvattingen over wat mensen goede zorg en hulp vinden. Dienstverlening gaat meer dan ooit om het kunnen inschatten waar iemand op dit moment behoefte aan heeft. Het vraagt, anders gezegd, om situationele gelijkheid: niet iedereen hetzelfde bieden maar aansluiten bij wat mensen in een bepaalde context nodig hebben. Om in te schatten wat iemand nodig heeft is de juiste opleiding van groot belang. Dienstverlening die goed aansluit bij de hulpvraag en de persoonlijke context van de hulpvrager gaat echter over meer dan het hebben van de correcte papieren en bevoegdheden.

“De focus op belevingsgerichte zorg is er niet alleen voor bewoners, maar ook voor hulpverleners. Zeker ook voor die van de toekomst. En dus nodigen we stagiaires nu al uit voor workshops en praktijklessen.”

Zie ook het bericht over het werkbezoek gehandicaptenzorg op [www.dezorgagenda.nl](http://www.dezorgagenda.nl)

De RVS pleit voor het verkennen en (her)waarderen van een mix van deskundigheden. Denk aan teams of netwerken waarin zorg- en hulpverleners met verschillende opleidingsniveaus of uit verschillende organisaties samenwerken. Een belangrijke bouwsteen voor kwaliteit van zorg is dat complexe beslissingen door hoogopgeleide, geregistreerde professionals genomen worden. Denk bijvoorbeeld aan beslissingen over de uithuisplaatsing van kinderen. Maar een belangrijke bouwsteen is net zo goed: een MBO'er die bijdraagt aan een basis van rust en vertrouwen, door laagdrempelige ondersteuning te bieden bij de dagelijkse gang van zaken in een gezin met problemen.

“Samenwerken is geen kraaltjes geven. Samenwerken is gunnen, en elkaar leren kennen. Bijvoorbeeld door je verpleegkundige de kans te bieden om een paar maanden mee te draaien op een andere afdeling of zelfs in een ander ziekenhuis.”

Zie ook het bericht over het werkbezoek ziekenhuiszorg op [www.dezorgagenda.nl](http://www.dezorgagenda.nl)

De rol van niet-professionals (familieleden, vrijwilligers) in zorg en hulp groeit. Er zijn goede voorbeelden van professionele en informele hulp die samen optrekken, bijvoorbeeld bij kleinschalige woonvormen voor mensen met dementie.

“De familieleden van verschillende bewoners hebben samen wat extra geld ingelegd voor de schoonmaak van het huis. Zo hebben de verplegers meer tijd voor de bewoners.”

Zie ook het bericht over het werkbezoek ouderenzorg op [www.dezorgagenda.nl](http://www.dezorgagenda.nl)

En: wie weet welke diensten robots of andere digitale hulpmiddelen straks kunnen leveren? De digitale mogelijkheden die professionals hebben nemen toe en het aantal gerobotiseerde diensten stijgt. Die technologische voorzieningen maken dat zorg en hulp steeds vaker en makkelijker tijd- en plaatsafhankelijk geleverd worden, soms ook door dienstverleners van heel andere aard. Neem de kunstmatig intelligente dokter *Dr. A.I.* die het bedrijf HealthTab sinds januari 2017 aanbiedt: een app die mensen met een gezondheidsklacht zonder tussenkomst van een hulpverlener helpt om de aard, urgentie en mogelijke oplossing van hun klacht te bepalen.

Zowel de bijdragen van niet-professionals als het toenemende gebruik van technologische voorzieningen hebben gevolgen voor hoe professionals dagelijks zorg en hulp van hoge kwaliteit leveren. Het verkennen en (her)waarderen van een mix van deskundigheden plaatst de roep om meer personeel dan ook in een ander daglicht. Het inzetten op meer diversiteit in de dienstverlening vraagt om het doordenken van hoe verantwoordelijkheden in de toekomst op een andere manier gedeeld kunnen worden: binnen en tussen instellingen, binnen en tussen professionele, niet-professionele en gerobotiseerde zorg. Uitgangspunt daarbij is dat in de meeste zorg- en hulpsituaties sprake is van gedeelde verantwoordelijkheid, waarbij de betrokkenen allemaal een bouwsteen van goede en passende zorg leveren.

“Kijk naar wat nodig is (vraag) en niet naar wat er is (aanbod). Sta open voor alternatieve vormen van ondersteuning die mensen zelf aandragen, maar misschien niet in de bestaande structuren (verzekering) passen. Dat kan beter aansluiten bij de behoefte en dus beter helpen.”

Ingezonden bericht. Ook een ervaring delen? Schrijf een bericht op [www.dezorgagenda.nl](http://www.dezorgagenda.nl)





“Vrijwilligheid is de basis, maar moet ook worden bewaakt. Vrijwilligers krijgen hier altijd dezelfde vraag voordat ze naar huis weggaan: Ga je goed naar huis?”

Zie ook het bericht over het werkbezoek palliatieve zorg op [www.dezorgagenda.nl](http://www.dezorgagenda.nl)

“Onze architect nam voor het ontwerp van een nieuwe zorglocatie voor ouderen maar één vraag als uitgangspunt, namelijk ‘hoe zou ik het voor mijn moeder doen’? Gevolg: een open gesloten afdeling, woonkamers waar vrijwillige huismoeders appelflappen bakken en een pizzeria met lange tafels voor als de kleinkinderen langskomen.”

Zie ook het bericht over het werkbezoek ouderenzorg op [www.dezorgagenda.nl](http://www.dezorgagenda.nl)

#### Kernopgave 4

##### Ruimte voor kwaliteiten van leven

Hoe kan het toepassen van steeds meer medische en technologische kennis in de praktijk voldoende ruimte laten aan persoonlijke opvattingen over kwaliteit van leven in perioden van ziek zijn, ouder worden en sterven?

Gedurende een mensenleven passeren allerlei opvattingen over de kwaliteit van het leven de revue. Wanneer sprake is van beperking, ziekte, toenemende kwetsbaarheid of een naderend levenseinde wordt dat abstracte ‘kwaliteit van leven’ vaak heel concreet: hoe leer ik leven met mijn beperking? Wil ik wel (door) behandeld worden? Wat is de kwaliteit van leven die ik na een behandeling overhoud? Hoe wil ik mijn laatste levensfase inrichten en wat heb ik daarvoor nodig?

Bij Pharos – het expertisecentrum gezondheidsverschillen – komen steeds meer verzoeken binnen om trainingen in cultuursensitieve palliatieve zorg. Tijdens een voorlichtingsbijeenkomst werd door een zorgverlener opgemerkt: “Zorg is er op gericht om de laatste levensfase zo draaglijk mogelijk te maken. Sommige mensen met een islamitische achtergrond vinden dat het lijden er juist bij hoort; daarmee vallen de zonden weg, zo is de gedachte. Ook willen sommigen geen morfine in de laatste dagen omdat ze het belangrijk vinden om met een heldere geest voor Allah te verschijnen. Ga er echter niet van uit dat zoiets voor alle moslims geldt: blijf altijd vragen stellen naar iemands persoonlijke wensen.”

Te midden van de almaar groeiende medische en technologische mogelijkheden krijgt een maatschappelijk gesprek over omgaan met kwetsbaarheid weinig ruimte. Denk aan de aandacht voor eenzaamheid onder ouderen. Hoe snel gaat het over dé eenzame oudere die geholpen moet worden, terwijl sommige mensen het misschien juist op prijs stellen met rust gelaten te worden? Of denk aan de snelheid waarmee problemen een medisch stempel krijgen, zonder te erkennen dat ze misschien te maken hebben met de levensfase waarin iemand zich op dat moment bevindt (zie ook *Recept voor maatschappelijk probleem*, RVS 2017).

Innovatie en technologische vernieuwing zijn kenmerkend voor een cultuur van streven naar steeds betere zorg en hulp. Nederland loopt wereldwijd voorop in het toepassen van innovatie, in het echt laten werken van nieuwe ideeën in de praktijk. Een testland. En niet zomaar: technologische ontwikkelingen brengen onder meer voorspellende geneeskunde snel dichterbij. Het wordt mogelijk om te anticiperen op het ontstaan van een eventuele ziekte. Behalve het gegeven dat kennis eerder beschikbaar is, gaat het om de afweging wat die kennis waard is en of deze bepalend zou moeten zijn voor het al dan niet interveniëren.

De RVS agendeert daarom de kernopgave om te onderzoeken hoe Nederland voorop kan lopen in het ruimte bieden aan kwaliteiten van leven: het toepassen van innovatieve ondersteuning bij ziek zijn, ouder worden en sterven op een manier die past bij persoonlijke opvattingen over hoe een bepaalde levensfase kan worden ingericht. Dat komt in de praktijk met het zoeken naar een evenwicht tussen 'alles doen wat mogelijk is' en voldoende ruimte laten aan persoonlijke keuzes die misschien afwijken van wat vanuit medisch perspectief als 'logisch' of 'gezond' beschouwd wordt. Daarbij hoort ook: het rekening houden met de mate waarin mensen over digitale vaardigheden beschikken.

"Als je zorg verleent in de laatste fase van iemands leven, moet ook jij leren accepteren dat sterven bij het leven hoort. Persoonlijk contact durven maken en een gesprek kunnen voeren over kwaliteit van leven hoort dan bij je takenpakket. Dat kost energie maar is ook heel waardevol."

Zie ook het bericht over het werkbezoek ziekenhuiszorg op [www.dezorgagenda.nl](http://www.dezorgagenda.nl)

Technologische en medische ondersteuning maken het bijvoorbeeld mogelijk dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen. Dat is een waardevolle trend, tenminste, als er voldoende aandacht blijft voor iemands persoonlijke opvattingen over wat een 'thuis' uitmaakt. Op het moment dat de toegevoegde waarde van 'thuis' verloren gaat omdat het huis tot ziekenhuis is omgetoverd raakt kwaliteit van leven in het geding. Andersom geldt dat evengoed: als mensen in het

ziekenhuis moeten blijven omdat de thuissituatie (nog) niet voldoende is aangepast aan hun situatie.

"Op vrijdagavond en in het weekend worden steeds meer ouderen aangemeld bij de spoedeisende hulp. Wij moeten ze dan opnemen omdat het thuis niet meer gaat, maar eigenlijk horen zij niet in het ziekenhuis. We kunnen weinig voor ze betekenen, erger nog, de ziekenhuisomgeving verslechtert vaak hun situatie. Er moeten andere vormen van intensieve hulp en zorg komen voor mensen die het thuis (even) niet redden. De eenzijdige mythe van zo lang mogelijk thuis wonen moet doorbroken worden."

Zie ook het bericht over het werkbezoek spoedeisende hulp op [www.dezorgagenda.nl](http://www.dezorgagenda.nl)

Hier is ook het vraagstuk van continuïteit van zorg en hulp aan de orde. Kwaliteit van leven gaat voorbij aan administratieve grenzen tussen domeinen, aan fysieke grenzen tussen huis en zorginstelling en aan organisatorische grenzen tussen Rijk en gemeenten. Innovatieve ondersteuning betekent daarom ook: zorg en hulp zo kunnen inrichten dat ze aansluiten bij de leefsituatie van degene met de zorg- of hulpvraag. Er is op dit moment nog sprake van te veel administratieve, fysieke en organisatorische grenzen die vanuit het perspectief van kwaliteit van leven niet neer passen (zie ook *Implementatie van e-health vraagt om durf en ruimte*, RVS 2017).

"De overgang tussen typen zorg is niet goed. Bijvoorbeeld als je uit het ziekenhuis ontslagen wordt en je mantelzorg is er niet klaar voor. Of als je bijwerkingen krijgt op medicijnen die je chronisch ziek maken. De zorg is alleen voorbereid op wat statistisch waarschijnlijk is. En communiceert niet naar de patiënt of mantelzorger over wat zijn rol is. Men praat over ziekte, niet over zorg."

Ingezonden bericht. Ook een ervaring delen? Schrijf een bericht op [www.dezorgagenda.nl](http://www.dezorgagenda.nl)



## Meer aandacht voor verschillen tussen mensen – verder in voorbereiding bij de RVS

### Netwerkzorg

Zorg en ondersteuning worden door complexe behoeften steeds vaker door meerdere, verschillende professionals én mantelzorgers verleend. Deze netwerken rond individuele cliënten houden zich vaak niet aan bestaande organisatie- of domeingrenzen en kunnen snel van samenstelling veranderen. Het is van belang de activiteiten van verschillende betrokkenen goed op elkaar af te stemmen. In dit advies-traject onderzoekt de RVS hoe netwerken rond mensen met complexe zorgbehoeften er in de praktijk uitzien. Sluiten zij voldoende aan bij behoeften en wensen van individuele patiënten en cliënten? Hoe de verbinding te verbeteren?

### De impact van robotisering en digitalisering op mens, zorg en welzijn

De ontwikkelingen in robotisering, internet of things, digitalisering en dergelijke gaan sneller dan mensen kunnen bijbenen. Ze dringen, soms onzichtbaar, door in ons hele dagelijks leven. Zelflerend vermogen van kunstmatige intelligentie gaat een grote versnelling geven in een veranderende relatie tussen ons als mens en technologische ontwikkelingen en systemen. Wat gaan deze ontwikkelingen betekenen voor de wijze waarop 'mens en machine' zullen gaan samenwerken en samenleven?







## INZETTEN OP BLIJVENDE SOLIDARITEIT

Nu gesproken wordt over de transitie van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving, is het van belang te kijken hoe de bestuurlijke veranderingen uitpakken voor mensen die op één of meerdere fronten kwetsbaar zijn. Hoe bereiken zij de zorg en hulp die ze nodig hebben en hoe bereiken zorg- en hulpverleners hen? Hoe slagen zij erin om mee te (blijven) doen en gezond te blijven?

## Kernopgave 5 Toegangsdrempels op maat

Hoe kunnen toegangsdrempels tot zorg en hulp rekening houden met de unieke situaties waarin mensen zich bevinden, zeker naarmate de problemen zich opstapelen?

Zorg en hulp lijken op het eerste gezicht ruimschoots beschikbaar. De meeste zorgvragers vinden de weg naar een passend aanbod inderdaad gemakkelijk. Of ze weten wie hen hierbij kan helpen. Maar voor een deel van de mensen in een kwetsbare positie geldt dat het aanbod van zorg of hulp hen niet, moeizaam of te laat bereikt. Voor hen is de wereld van zorg en hulp een complex woud aan regels, formulieren en rekeningen. Zij weten de weg niet altijd te vinden en ervaren mede daardoor een tekort aan zorg en hulp. En: zij ervaren ook veel onbegrip voor hun situatie. Hoe solidair is de verzorgingsstaat eigenlijk met hen?

“Daar sta je dan met je blauwe vuilniszak. Geen geld, geen plek om naartoe te gaan. De kans dat je op dat moment weer de fout in gaat is groot.”

Zie ook het bericht over het werkbezoek zorg voor ex-gedetineerden op [www.dezorgagenda.nl](http://www.dezorgagenda.nl)

Zowel zorg en hulp die ‘te vroeg’ of ‘te vaak’ worden ingezet, als zorg en hulp die ‘te laat’ of ‘te weinig’ op gang komen gaan ten koste van de gezondheid en het welzijn van mensen. Dat kost hen én de samenleving veel leed, frustratie en geld. Het is daarom belangrijk dat iedereen op tijd de weg naar zorg en hulp weet te vinden. Dat brengt ons bij de drempels die zorg en hulp omgeven.

Zorg en hulp zijn niet zomaar toegankelijk. Logisch, want het is in het belang van de samenleving om kostbare zorg en hulp alleen dan ter beschikking te stellen wanneer dat ook echt nodig is. Het eigen risico, de eigen bijdrage, de tegenprestatie: het zijn manieren om te zorgen dat mensen bewust en zuinig gebruik maken van zorg of hulp. Dat werkt uitstekend voor de ruim 70% van de Nederlandse bevolking met een (boven)gemiddelde beurs, een (boven)gemid-

deld opleidingsniveau en een (boven)gemiddeld sociaal netwerk. Deze toegangsdrempels pakken heel anders uit voor diegenen, die op één of meerdere fronten bovengemiddeld kwetsbaar zijn. Mensen met een smalle beurs, weinig of geen opleiding, een klein sociaal netwerk of beperkte mobiliteit.

“Het is van belang zo’n 10 tot 20 Nederlanders te kennen om een goede start te maken in de samenleving. Alleen: de meesten hebben zo’n netwerk niet van vandaag op morgen opgebouwd. Hoe vind je dan je weg tussen alle instanties?”

Zie ook het bericht over het werkbezoek hulp aan vluchtelingen op [www.dezorgagenda.nl](http://www.dezorgagenda.nl)

Toegangsdrempels gaan bovendien uit van enkelvoudige problemen, die goed te omschrijven en af te bakenen zijn en waar een enkelvoudig antwoord vaak volstaat. Met als gevolg dat wanneer problemen zich opstapelen, toegangsdrempels dat ook doen. Dus: als iemand door een chronische aandoening in de bijstand belandt zijn zowel de regels rond eigen bijdrage als de regels rond tegenprestatie van toepassing. Juist wanneer problemen zich stapelen, is het van belang dat verschillende (financiële) regelingen goed op elkaar afgestemd worden. Zeker gezien het feit dat meervoudige hulpvragen vaker voorkomen bij de 30% van de Nederlandse bevolking die toch al bovengemiddeld kwetsbaar is, en voor wie (financiële) toegangsdrempels toch al belemmerend werken.

“Vrouwen in ons opvanghuis hebben vaak lang gewacht met hulp vragen. Soms laten ze problemen oplopen tot er een ambulance aan te pas moet komen. Dat zorgt willens en wetens voor problemen zoals een flinke rekening die achteraf komt, maar dat is wel de work-around omdat de ambulance eerst hulp moeten verlenen, in tegenstelling tot niet-spoedeisende hulpverleners. Je zou kunnen zeggen: het ‘eigen’ risico is eigenlijk een te groot risico voor risicogroepen. Geld is dé drijfveer om geen zorg te halen.”

Zie ook het verslag ‘Toegang tot gezondheidszorg’ op [www.dezorgagenda.nl](http://www.dezorgagenda.nl)

In het licht van sociaaleconomische gezondheidsverschillen agendeert de RVS de opgave, om in de toegangsdrempels tot zorg en hulp los te komen van een gemiddeld niveau aan vaardigheden, kennis en middelen onder burgers. Vanaf het eerste moment dat iemand aanklopt met één of meerdere hulpvragen moet rekening gehouden worden met zijn of haar unieke situatie. Denk aan het maken van een uitzondering op de regels voor de eigen bijdrage wanneer die bijdragen zich snel opstapelen omdat iemand van meerdere regelingen tegelijk gebruik gaat maken. Of aan het kiezen voor een andere tegenprestatie dan verplicht sollicitatiebrieven schrijven wanneer een uitkering verleend wordt aan iemand die laaggeletterd is.

“In de wijk kom ik mensen tegen die eigenlijk in een verpleeghuis zouden moeten wonen als je hun zorgvraag bekijkt, maar die dit niet willen omdat ze in het verpleeghuis een hoge eigen bijdrage betalen. Thuis hoeft dat niet. Dit leidt soms tot grote risico’s en problemen.”

Zie ook het verslag ‘De Zorgfabriek’ op [www.dezorgagenda.nl](http://www.dezorgagenda.nl)

Toegangsdrempels op maat zijn een voorwaarde voor het bereiken van de gewenste continuïteit van zorg en hulp in elke afzonderlijke situatie. Wanneer de regelingen algemeen en gemiddeld blijven, werken goed bedoelde drempels de verkeerde kant op en raken toegankelijkheid en continuïteit van zorg en hulp in het geding. En de solidariteit in het stelsel als geheel: want zorg en hulp dan blijven ontoegankelijk voor die mensen, die de ondersteuning het hardst nodig hebben of die er het moeilijkst om kunnen vragen.





“Mag je in Nederland nog laatbloeier zijn? Dat zou zo helpen om de verschillen tussen kinderen te omarmen in plaats van glad te strijken. En laten we niet vergeten: streetwise is ook een vorm van wijs.”

Zie ook het bericht over het werkbezoek onderwijs-jeugdhulp op [www.dezorgagenda.nl](http://www.dezorgagenda.nl)



“Zorgvraag en zorgoplossing staan ten opzichte van elkaar als rijden van A naar B. Je weet waar of wat A is en je weet dat je naar B wilt zonder dat je weet waar B is. In de auto-industrie is daar TOMTOM voor ontwikkeld. Voor de zorg lijkt het logisch om een CARECARE te ontwikkelen. Een digitale toepassing die je helpt om een overzicht te krijgen hoe je van A naar B kan komen.”

Ingezonden bericht. Ook een ervaring delen? Schrijf een bericht op [www.dezorgagenda.nl](http://www.dezorgagenda.nl)

## Kernopgave 6 Participeren naar eigen maatstaven

Hoe kan de overheid, in haar ambitie om mensen naar vermogen te laten participeren, voldoende ruimte laten aan ieders eigen kijk op meedoen en meebeslissen?

De druk om mee te doen, je stem te laten horen en jezelf te kunnen redden neemt toe. Participeren, samen beslissen en zelfredzaamheid zijn immers belangrijke speerpunten in een participatiesamenleving. Voor veel mensen sluit dit aan bij wat ze willen en kunnen. Maar niet zomaar voor iedereen. Wat als je jezelf wel wilt redden, maar je er toch niet in slaagt? Wat als je wel mee wilt beslissen over de zorg die je krijgt, maar je weet niet hoe? Of als je wel wilt meedoen, maar je daarbij tegen allerlei belemmeringen aanloopt?

“Verwacht niet dat iedereen in staat is om zelfstandig hulp te zoeken en initiatief te nemen richting herstel. Er zijn nogal wat medelanders die de weg niet weten, taal niet spreken, of op een andere manier gehinderd worden in het kenbaar maken van hun hulpvraag (sommigen zien zelfs niet in dat ze een hulpvraag hebben, terwijl de omgeving of maatschappij dat wel vindt).”

Ingezonden bericht. Ook een ervaring delen? Schrijf een bericht op [www.dezorgagenda.nl](http://www.dezorgagenda.nl)

Mensen verschillen in het persoonlijk, sociaal, cultureel en economisch kapitaal dat ze tot hun beschikking hebben. Door ziekte en beperkingen kan dit kapitaal bovendien slinken. Bijvoorbeeld door het verlies van werk, inkomen, energie en mobiliteit. Maar ook omdat vrienden en kennissen de confrontatie met ziekte of beperkingen lastig vinden. Zo kan het sociale netwerk heel klein worden en participeren heel moeilijk. Dit soort verschillen tussen mensen maakt dat ‘meedoen’ en ‘meebeslissen’ voor iedereen iets anders betekenen. Een constatering met grote gevolgen voor hoe solidariteit in een participatiesamenleving vorm krijgt.

‘Meebeslissen’ in de zorg en hulp die je krijgt kan zorgen voor een gevoel van autonomie en regie. Maar waar de ene persoon hecht

aan veel individuele inspraak en zeggenschap, vaart de andere persoon liever op de kennis en autoriteit van de arts of hulpverlener. De trend die volledig inzet op *shared decision making* miskent verschillen tussen mensen. Bovendien bestaat het risico dat er bij het eenzijdig stimuleren van samen beslissen een negatief signaal wordt afgegeven: als je niet in staat bent om mee te beslissen, voldoe je blijkbaar niet aan de normen van de huidige samenleving. Dergelijke signalen belemmeren de solidariteit tussen groepen mensen in de samenleving.

“In plaats van voor iemand te bepalen wat ‘ie moet doen, hoe het moet – gesprekken die steevast eindigen in strijd – is de bewoner nu zelf in the lead. Zelf verantwoordelijk voor wat er gaat gebeuren. Best even wennen voor beide partijen. Soms slaan mensen al steil achterover als ze ineens mogen bepalen waar het gesprek gaat plaatsvinden.”

Zie ook het bericht over het werkbezoek sociale wijkteams op [www.dezorgagenda.nl](http://www.dezorgagenda.nl)

‘Meedoen’ is nog moeilijker dan ‘meebeslissen’ te vangen in één trend of doelstelling. De manier waarop iemand participeert in de maatschappij is altijd gevoed vanuit eigen waarden en mogelijkheden. Als moreel appel van bovenaf zal ‘de participatiesamenleving’ daarom hoe dan ook falen. Al is het maar omdat de solidariteit tussen mensen die wel mee kunnen doen en mensen die niet mee kunnen doen dan sterk onder druk komt te staan.

De RVS agendeert de kernopgave om participeren een eigen waarde in plaats van een collectieve norm te laten zijn. Dat betekent onder meer erkennen dat participeren over grenzen tussen beleidssectoren en -domeinen heen gaat. Een fijne school, een prettige buurt, een veilig thuis, een motiverende baan: het zijn allemaal randvoorwaarden om mee te kunnen doen, om een netwerk te hebben en te houden, om gezond te blijven, om je stem te laten horen. Daar zit dus ook het begin van een nieuwe benadering: vanuit onderwijs, wonen en arbeid randvoorwaarden en ruimte scheppen voor ieders participeren naar eigen vermogen. Een belangrijk bijkomend voor-

deel is dat de focus verschuift van ziekte of gebreken naar talenten en mogelijkheden.

Participeren vanuit eigen waarden in plaats van één collectieve norm betekent ook dat er ruimte komt voor het waarderen van nieuwe solidariteitsverbanden tussen burgers in stad, dorp of wijk. Deze tussenvormen verleggen de focus van de tweedeling tussen *of* zelfredzaamheid *of* overheidssteun naar wat burgers direct en op kleine schaal voor elkaar kunnen betekenen. Die verschuiving heeft gevolgen voor de mate waarin ‘de overheid’ aan het roer staat van de organisatie van zorg en hulp in Nederland en zal dus ook discussie over de grenzen aan haar rol en betrokkenheid teweeg (moeten) brengen.

## Inzetten op blijvende solidariteit – verder in voorbereiding bij de RVS

### Zorginkoop en sturing

In de stelsels van zorg en welzijn geldt het uitgangspunt dat een derde partij de zorginkoop uitvoert om tot een doelmatige besteding van publieke middelen te komen. Maar in de praktijk wordt de toegevoegde waarde van de zorginkoop als sturingsmechanisme om het zorgaanbod af te stemmen op de zorgvraag betwist. Het leidt vaak tot uniformering, het legt de nadruk op wat afrekenbaar is. Het middel is tot doel verheven en kan innovatie belemmeren. Het inkoopproces gaat gepaard met veel inspanning, maar de vraag is of deze inspanning in verhouding staat tot de opbrengst. De RVS wil een perspectief op zorginkoop aanreiken waarin de wensen en behoeften van de zorgvrager centraal staan.

### Schuldenproblematiek

Schulden hebben een negatieve invloed op de fysieke en mentale gezondheid van mensen, op relaties en gezinnen, op participatie en arbeidsproductiviteit, op mentale vermogens en gedrag. Schulden staan hoog in de top tien van problemen die wijkteams aantreffen. Het voorkomen van schulden loont. Hiervoor is nodig dat meer rekening wordt gehouden met de vaardigheden en omstandigheden van mensen voor wie de samenleving te complex is. Overheden, bedrijven en maatschappelijke organisaties kunnen meer eenvoud in hun beleid

en uitvoering brengen. De RVS formuleert een aantal oplossingsrichtingen om schulden te voorkomen.

### Eenzaamheid

Het thema eenzaamheid is complexer en veelzijdiger dan vaak wordt gedacht. Het thema krijgt veel aandacht in de media. Dan gaat het vooral over ouderen, maar cijfers tonen aan dat eenzaamheid evenzeer onder andere leeftijden voorkomt. Ook kent eenzaamheid zeer diverse oorzaken. Het gaat niet alleen om het sociale contact, maar ook over verwachtingen, zingeving, geborgenheid, vertrouwdheid. Wat behelst het, wat gaat erachter schuil en hoe gaan we ermee om?

## HOE NU VERDER?

*De Zorgagenda* begint hier. De RVS geeft de nieuwe minister en staatssecretaris van VWS zes kernopgaven mee. Ze dienen volgens de RVS als leidraad voor beleid van de komende jaren.

De RVS agendeert met *De Zorgagenda voor een gezonde samenleving* de volgende zes kernopgaven:

<b>Investeren in onderling vertrouwen</b>	<b>Meer aandacht voor verschillen tussen mensen</b>	<b>Inzetten op blijvende solidariteit</b>
1. Verantwoording in dienst van verantwoordelijkheid	3. Diversiteit in dienstverlening	5. Toegangsdrempels op maat
2. Investeren in een gezonde samenleving	4. Ruimte voor kwaliteiten van leven	6. Participeren naar eigen maatstaven

*De Zorgagenda* begint hier. De RVS geeft de nieuwe minister en staatssecretaris van VWS zes kernopgaven mee. Ze dienen volgens de RVS als leidraad voor beleid van de komende jaren. De zes kernopgaven zijn bouwstenen voor een nieuwe visie op een pluriforme, gezonde samenleving. Zodoende kunnen ze dienen om afwegingen in beleid en praktijk de komende jaren van scherpte te voorzien: hoe zijn deze opgaven in beeld? Wat kunnen verschillende spelers hierin betekenen? Wat blijft ingewikkeld, bijvoorbeeld als het gaat over de rol en mate van betrokkenheid van de overheid?

Neem het vraagstuk van kostenbeheersing in de zorg. De RVS verwacht dat de zes kernopgaven van *De Zorgagenda* helpen om op een andere manier naar dit vraagstuk te kijken. Als we de kernopgaven volgen, zouden ook andere ministeries zich eigenaar moeten gaan voelen van dit vraagstuk – met mogelijk andere oplossingen tot gevolg. Discussies over het eigen risico of de eigen bijdrage kunnen meer in relatie tot sociaaleconomische gezondheidsverschillen komen te staan – met mogelijk andere conclusies tot gevolg. Slimme verantwoordingsregels en moderne dienstverlening kunnen leiden tot besparingen van onderop die vanuit beleid niet te bedenken zijn – met meer draagvlak en eigenaarschap voor zuinige zorg in de dagelijkse praktijk tot gevolg.

*De Zorgagenda* is bewust geen instrumentele agenda van A naar Beter geworden. Onze keuze voor een open agenda waar de vraag en niet het antwoord voorop staat, weerspiegelt de noodzaak om het beleid op het gebied van volksgezondheid in samenspraak met anderen – de samenleving – tot stand te brengen. Naar ons oordeel komt er alleen via deze benadering de nodige aandacht voor verschil, vertrouwen en solidariteit in een gezonde samenleving. Uiteindelijk is het aan regering en parlement om in dezen finale politieke beslissingen te nemen. Maar nogmaals: voor deze kernopgaven is een gezamenlijke zoektocht en draagvlak voor de gekozen richting meer dan ooit geboden.

Het belang van samenspraak betekent ook dat de adressant van deze kernopgaven niet dé overheid in de hoedanigheid van het ministerie van VWS is. De nieuwe bewindspersonen delen hun verantwoordelijkheid voor deze opgaven nadrukkelijk met collega's op andere ministeries (SZW, OCW, V&J, BZK, I&M) en met gemeenten, verzekeraars, aanbieders, professionals en (initiatieven van) burgers. Deze zes kernopgaven laten zien dat steeds vaker een andere rol van de overheid wordt verlangd. Soms sturend, controlerend en wetgevend, maar veel vaker zal de (lokale) overheid medebedenker zijn van oplossingen of slechts optreden als ondersteuner van initiatieven van anderen. In een gezonde samenleving vervult de overheid verschillende rollen. Ze is lang niet altijd als eerste aan zet bij het verder brengen van de kernopgaven. Minder beleid of zelfs afzien van beleid zal dan ook regelmatig meer voor de hand liggen dan het maken van nieuw beleid.

De RVS scherpt zijn gedachten over de zes kernopgaven het komende jaar verder. Dat doen we allereerst door te werken aan onze eigen meerjarige werkagenda: op verschillende plaatsen in *De Zorgagenda* valt te lezen welke adviezen we in voorbereiding hebben. Daarnaast vervolgen we de discussies over de zes kernopgaven op het online platform [www.dezorgagenda.nl](http://www.dezorgagenda.nl) en organiseren we een onafhankelijke raadpleging onder zorgvragers, zorgverleners en zorgbestuurders (zie ook [www.dezorgagenda.nl/partners](http://www.dezorgagenda.nl/partners)). De opbrengsten daarvan delen we het komende jaar op verschillende manieren met politiek, beleid en praktijk. Zo blijft de RVS zelf actief een bijdrage leveren aan het in samenspraak oppakken van *De Zorgagenda voor een gezonde samenleving*.

17.000  
ERVVARIN  
GEN MET  
ZORG EN  
HULP



# GEZIEN EN GEHOORD 17.000 ERVARINGEN MET ZORG EN HULP

## **Samenstelling Raad**

Voorzitter: Pauline Meurs  
Raadsleden: Daan Dohmen, Pieter Hilhorst, Jan Kremer, Bas Leerink, Liesbeth Noordegraaf-Eelens, Jeannette Pols, Greet Prins en Loek Winter.  
Directeur: Cathalijne Dortmans  
Adjunct-directeur: Marieke ten Have

## **Vorbereiding**

*Gezien en gehoord* is voorbereid door een commissie bestaande uit Daan Dohmen, Pauline Meurs, Willemijn van der Zwaard, Ingrid Doorten en Ayeh Zarrinkhameh.

U kunt contact opnemen met de commissie via [mail@raadrvs.nl](mailto:mail@raadrvs.nl).

## **Publicatie 18-01**

(toegevoegd aan publicatie 17-04)

Ontwerp: Stroomberg  
Druk: Xerox/OBT

© Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Den Haag, 2018

Investeren in onderling vertrouwen	Meer aandacht voor verschillen tussen mensen	Inzetten op blijvende solidariteit
1. Verantwoording in dienst van verantwoordelijkheid	3. Diversiteit in dienstverlening	5. Toegangsdrempels op maat
2. Investeren in een gezonde samenleving	4. Ruimte voor kwaliteiten van leven	6. Participeren naar eigen maatstaven

**Figuur 1: Overzicht van de zes kernopgaven uit *De Zorgagenda voor een gezonde samenleving* (RVS 2017).**

## VAN ERVARINGEN TOT AANBEVELINGEN

“Met *De Zorgagenda* schetst de RVS een visie op volksgezondheid in een samenleving, waarin verschillen tussen mensen groot zijn, onderling vertrouwen tussen mensen aandacht behoeft, en waarin een ander perspectief op solidariteit gewenst is. De zes kernopgaven vragen om meer dan het verder verfijnen en optimaliseren van wat al bereikt is of om snelle, pragmatische oplossingen. Ze vragen om een visie op hoe mensen in Nederland voor elkaar willen en kunnen zorgen en met elkaar willen bijdragen aan een gezonde samenleving.”

*De Zorgagenda*, pag. 6-7

Geen *quick fixes* voor de taaie vraagstukken. Met dit uitgangspunt is de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) sinds april 2017 op pad. We zijn de dialoog aangegaan over de uitwerking van de zes kernopgaven op *De Zorgagenda* (zie het schema). Ruim 17.000 patiënten, cliënten, mantelzorgers, vrijwilligers, zorg- en hulpverleners, bestuurders en gemeenten deelden digitaal hun ervaringen met ons. Ervaringen, die we in gesprekken met een aantal van hen verder hebben verkend en uitgediept.

Steeds weer bleek hoezeer het in de zorg en het sociaal domein gaat om de vraagstukken van de vele handen. Er is niet één aanpak, niet één verantwoordelijke, niet één hoofdrolspeler. Sterker nog: er valt niet eens duidelijk af te bakenen waar het ene vraagstuk ophoudt en het andere begint. De grenzen tussen onze zes kernopgaven vervaagden dan ook snel. De verschillende onderwerpen bleken sterk met elkaar verbonden. In die verbinding herkenden we wel de drie pijlers waar *De Zorgagenda* op stoelt (zie nogmaals het schema): investeren in onderling vertrouwen, meer aandacht voor verschillen tussen mensen en inzetten op blijvende solidariteit. Onze raadpleging toont – meer dan een concrete uitwerking van de zes kernopgaven – duidelijk de urgentie van deze onderliggende pijlers.

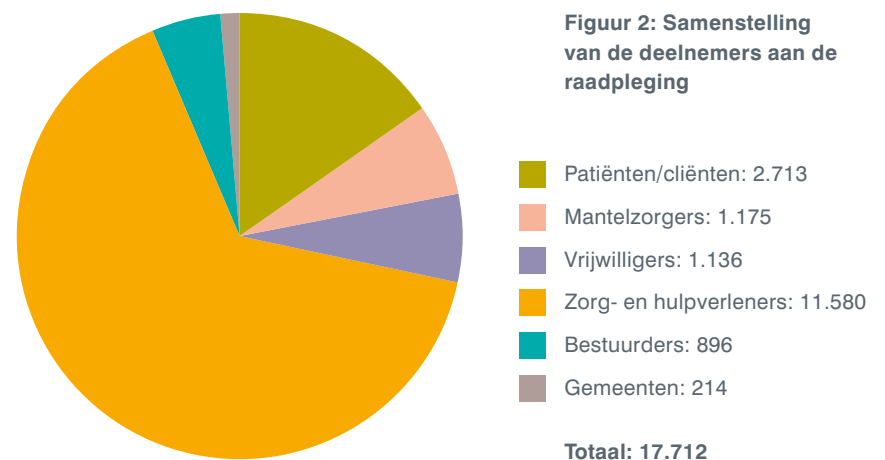
Grote en abstracte begrippen versus concrete, tastbare ervaringen. Dat is de worsteling die het project *De Zorgagenda* gekenmerkt heeft. En niet alleen dit project. Het is een worsteling die kenmer-

kend is voor veel veranderingen, initiatieven en projecten in de zorg en het sociaal domein in Nederland. Het is ook een opdracht aan ons allen. Hoe staan we open voor de taal, de ervaring en het perspectief van de ander? Hoe blijven we met elkaar in gesprek over wat goede zorg is en hoe eenieder daaraan kan bijdragen?

In dit afsluitende essay doen we een handreiking om dat gesprek verder te voeren. We bieden een kader om de taaie vraagstukken toch hanteerbaar te kunnen maken, zonder dat we simpele en snelle oplossingen aanreiken. Eerst schetsen we kort de aanpak en opzet van de raadpleging. In de daarna volgende drie paragrafen bieden we op basis van de raadpleging een concrete duiding van de drie pijlers: 'inzetten op blijvende solidariteit', 'meer aandacht voor verschillen tussen mensen' en 'investeren in onderling vertrouwen'. Daarbij is de oorspronkelijke volgorde van de drie pijlers gewijzigd. De concretisering van 'inzetten op solidariteit' heeft vooral betrekking op de *aanloop naar* zorg en hulp; 'meer aandacht voor verschillen tussen mensen' speelt concreet *tijdens* het ontvangen van zorg of hulp; en 'investeren in onderling vertrouwen' lijkt op grond van de raadpleging vooral concreet te worden in het *terugkijken op* de verleende zorg en hulp. Na de concretisering van de drie pijlers volgt een afwegingskader met drie principes die de komende jaren leidend zouden moeten zijn bij het werken aan een gezonde samenleving.

## DE RAADPLEGING OVER DE ZORGAGENDA

In de zomer van 2017 vroeg de RVS om ervaringen en ideeën rondom de zes kernopgaven op *De Zorgagenda voor een gezonde samenleving*. Zoals gezegd: ruim 17.000 cliënten, patiënten, mantelzorgers, vrijwilligers, zorg- en hulpverleners, bestuurders en gemeenten deelden hun dagelijkse ervaringen met ons. Ze beschreven hun ideeën over wat er goed gaat en wat nog beter kan in de zorg en hulp in Nederland. Mensen deelden persoonlijke ervaringen en scherpe observaties. De genoemde voorbeelden (positief of negatief) zijn talrijk, net als de suggesties voor verbeteringen en veranderingen.

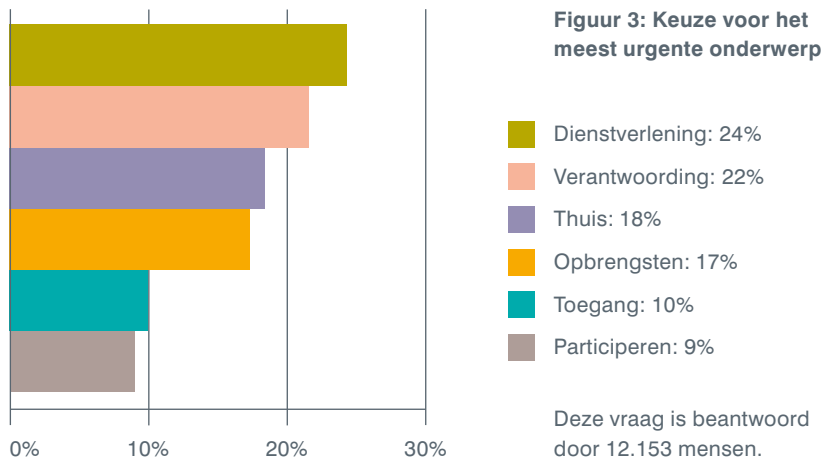


We hebben zoveel verschillende mensen kunnen bereiken dankzij de samenwerking met ruim 40 ledenorganisaties in zorg en sociaal domein. Ze hebben ons geholpen onze vragen breed uit te zetten. Over de eerste resultaten zijn we in het najaar van 2017 weer met hen in gesprek gegaan.

We vroegen de deelnemers aan de raadpleging om een keuze te maken voor het onderwerp dat zij het belangrijkste of urgentst von-

den. Over dat onderwerp werden een aantal vervolgvragen gesteld, steeds van min of meer dezelfde strekking: wat is de grootste belemmering of het grootste knelpunt? Wie is als eerste aan zet om daar iets aan te veranderen? En hoe kan diegene dat doen? Het was mogelijk om daarna ook nog voor een ander onderwerp te kiezen (maar niet verplicht).

### Prioritering



Deze grafiek laat de prioritering van onderwerpen zien.<sup>1</sup> Daarbij valt meteen op dat de twee kernopgaven rondom toegang en participeren over het geheel genomen minder gekozen zijn dan de andere vier. In de antwoorden op de vervolgvragen over die andere vier kernopgaven komt met name 'toegang' wel in grote mate terug. Bovendien: dit is een prioritering over het geheel genomen. Een uit-

1. In de raadpleging is het brede onderwerp 'Ruimte voor kwaliteiten van leven' toegespitst op de discussie over langer thuis blijven wonen, onder de noemer 'Thuis'. De kernopgave 'Investeren in een gezonde samenleving' is in de figuur benoemd als 'Opbrengsten'.

splitsing per groep toont interessante verschillen, die dit algemene beeld nader nuanceren. Patiënten en cliënten kiezen bijvoorbeeld in verhouding veel vaker voor het onderwerp over 'toegang' dan dit algemene beeld doet vermoeden.

De schat aan informatie, taal en inzichten is groot. Te groot om in dit essay samen te vatten. Verder lezen over de raadpleging kan op verschillende manieren. In de bijlage bij dit essay staat de prioritering per perspectief plus een korte toelichting daarop. Korte inkijkjes in de analyse en ook impressies van een aantal gesprekken zijn te vinden op [www.dezorgagenda.nl](http://www.dezorgagenda.nl). En onze uitgebreide analyse van alle binnengekomen reacties per kernopgave is te lezen in de achtergrondstudie, die op [www.raadrvs.nl](http://www.raadrvs.nl) te downloaden is.

Dagelijkse ervaringen van mensen zijn subjectief. In die subjectiviteit schuilt een belangrijke waarde, namelijk dat ervaringen niet te vatten zijn in structuren of algemeenheden. Juist omdat ervaringen uniek zijn, verhinderen ze een vlucht in de getallen en de neiging tot het objectiveren en generaliseren van een vraagstuk. Een belangrijke les uit de raadpleging is daarom dat we met het gebruiken en het waarderen van ervaringen een kennisbron aanboren die onmisbaar is. Beleid heeft uiteindelijk niet op de tekentafel, maar in de praktijk betekenis en het is dus ook die praktijk die steeds opnieuw moet kunnen spreken.

Het benutten van ervaringen helpt om beleid en bestuur van de komende jaren in te bedden in de dagelijkse belevingswereld van mensen. Die ervaringskennis komt niet in plaats van andere kennisbronnen, maar ernaast. Een manier van werken waar de RVS zich ook in andere lopende en toekomstige adviestrajecten aan committeert. Raadpleging is daarbij niet louter instrument, maar een werkwijze die past bij een visie op een gezonde samenleving. In de hierna volgende drie paragrafen bieden we op basis van de raadpleging een concrete duiding van de drie pijlers die de zes kernopgaven op *De Zorgagenda* met elkaar verbinden: inzetten op blijvende solidariteit, meer aandacht voor verschillen tussen mensen en investeren in onderling vertrouwen.

# INZETTEN OP BLIJVENDE SOLIDARITEIT

“Nu gesproken wordt over de transitie van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving, is het van belang te kijken hoe de bestuurlijke veranderingen uitpakken voor mensen die op één of meerdere fronten kwetsbaar zijn. Hoe bereiken zij de zorg en hulp die ze nodig hebben en hoe bereiken zorg- en hulpverleners hen? Hoe slagen zij erin om mee te (blijven) doen en gezond te blijven?”

*De Zorgagenda, pag. 35*

Van pleidooien voor respect en saamhorigheid tot een breed gedeelde oproep tot omzien naar elkaar: in verschillende bewoordingen wordt in de raadpleging aandacht voor solidariteit gevraagd. Zeker in het licht van de vele veranderingen in publieke voorzieningen van de laatste jaren. Dit brede solidariteitsvraagstuk wordt in de raadpleging vooral concreet op het punt van toegang tot zorg en hulp. Dat zijn de vragen die spelen in de aanloop naar zorg of hulp, of in aanloop naar ondersteuning op het gebied van wonen, werken of leren.

Het beeld dat in de raadpleging ontstaat is: ‘mensen die op één of meerdere fronten kwetsbaar zijn, verdwalen nog te vaak’. Soms heeft dat te maken met de complexiteit van hun zorg- of hulpvraag of met hun werksituatie, inkomen, opleidingsniveau of woonsituatie. Maar nog veel vaker heeft ‘verdwalen’ te maken met de ervaren ontoegankelijkheid van instanties en organisaties. Dat lijkt de solidariteit van het stelsel onder druk te zetten: hoe toegankelijk is het vangnet van zorg, hulp of andere ondersteuning eigenlijk nog?

## Toegangsdrempels die mensen ervaren

Cliënten, patiënten, hun naasten én zorg- en hulpverleners ervaren ‘kosten’ zoals het eigen risico en de eigen bijdragen als grootste drempels tot zorg en hulp. Zeker zodra er sprake is van stapeling. Het voorstel om het eigen risico en de zorgpremie inkomensafhankelijk te maken (op een andere manier dan dat dit nu via de zorgtoe-

slag gebeurt) blijft steeds terugkomen. Een variant hierop, eveneens breed geopperd in de raadpleging, is om te verkennen of het mogelijk is verschillende financiële drempels onder bepaalde voorwaarden (tijdelijk) te verlagen of af te schaffen.

Ook mentaal voelen mensen soms belemmeringen om de zorg of hulp te vragen die ze nodig hebben. Want: waar moet je beginnen? Patiënten en cliënten, maar ook mantelzorgers en vrijwilligers geven aan dat mensen gemakkelijk verdwalen in de complexiteit van onder meer formulieren, vragenlijsten en brieven. Of in die van wetten, stelsels en financieringsstromen. Mantelzorgers en vrijwilligers ervaren ook dat er nog steeds veel mensen zijn die uit schaamte voor hun probleem niet om hulp vragen. Het gevolg is stress, frustratie en onzekerheid, zo lezen we vaak. En dat speelt dan juist in de fase waarin mensen nog op zoek zijn naar wat er precies met ze aan de hand is en welke vorm van zorg of hulp bij ze past. In dit licht valt het belang van een versimpeling van overheidscommunicatie niet te onderschatten, zeggen veel mensen.

Een derde type drempels betreft de ‘papieren’, administratieve toegangspoorten. We hebben veel gelezen over problemen en frustraties rond (her)indiceren. Want waarom (half)jaarlijks indiceren in het geval van chronische of duidelijke langdurige klachten? Het leidt tot ergernis, stress en onzekerheid bij alle betrokkenen, zo blijkt uit de ervaringen die mensen met ons deelden. Flexibeler (her)indiceren kan een manier zijn om vertraging en frustratie te voorkomen, denken veel mensen. Het kennisniveau van degene die indicaties beoordeelt moet omhoog, zeggen weer anderen. Mensen geven aan dat ze begrijpen dat zorg en hulp niet ‘overmatig’ of ‘verkeerd’ gebruikt mogen worden, maar ervaren het krijgen van een (her)indicatie nu als een toegangsdrempel die buiten proportie is geraakt. Administratieve drempels leiden tot slot ook in heel praktische zaken tot frustratie. Zo lazen we bijvoorbeeld regelmatig over moeizame ervaringen met het aanvragen van parkeervergunningen of Wmo-taxi’s. Dat kan leiden tot heel letterlijke belemmeringen bij het krijgen van zorg en hulp, die vaak spelen rond de grenzen van regio’s of gemeenten en stuiten op veel onbegrip.



## Toegang in het licht van solidariteit

Mensen ervaren financiële, mentale en administratieve toegangs-drempels en hebben allerlei ideeën voor manieren waarop die drempels verlaagd zouden kunnen worden. Wat de RVS betreft liggen daaronder twee belangrijke vragen. De eerste betreft de toegangs-drempels zelf. Welke afwegingen liggen aan toegangs-drempels ten grondslag en hoe pakken die uit in de praktijk? Hoe kunnen bijvoorbeeld processen van indiceren en herindiceren niet alleen een noodzakelijke drempel, maar ook een begrijpelijk, behulpzaam en respectvol instrument zijn bij het vinden van de zorg of ondersteuning die iemand nodig heeft? En hoe kan een stapeling van financiële drempels dwars door domeinen heen worden verminderd en voorkomen?<sup>2</sup> Dit zijn voorbeelden van vragen en dilemma's die we verder zullen oppakken in het nieuwe adviestraject over 'toegang' dat de RVS in 2018 start naar aanleiding van de raadpleging. Dat doen we tegen de achtergrond van een tweede vraag die we meenemen uit de raadpleging.

Die tweede vraag is principiëler en heeft betrekking op hoe het vraagstuk van toegankelijkheid raakt aan de waarde van solidariteit. Natuurlijk, we weten al heel lang dat mensen verschillen in hoe gezond ze zijn. We weten ook dat die verschillen samenhangen met inkomen, opleiding, sociale omgeving en de wijk of buurt waar iemand woont. En we constateren al een tijdje dat sociaaleconomische gezondheidsverschillen tussen mensen niet kleiner, maar eerder groter worden (zie o.a. SCP 2014; SCP 2016). Daar komt nu dus bij dat juist de mensen die relatief gezien *meer* zorg en hulp nodig hebben, *minder* vaak de zorg en hulp krijgen die ze nodig hebben – of dat in elk geval zo ervaren. Mensen die kwetsbaar zijn,

2. In het nieuwe regeerakkoord is veel aandacht voor de zogenaamde 'cumulatie van zorgkosten' en daar horen verschillende maatregelen bij. Denk aan het bevriezen van het eigen risico tot 2021, een plafond van 250 euro per jaar aan bijbetaling voor geneesmiddelen en het invoeren van een "eenvoudig en transparant

abonnementstarief van 17,50 per vier weken" voor de Wmo (Regeerakkoord, pag. 16). Een belangrijke aanvulling op deze (deels al genomen) maatregelen is het verkennen hoe stapeling van financiële drempels dwars door domeinen heen kan worden verminderd en voorkomen.

bijvoorbeeld omdat ze (tijdelijk) geen eigen inkomen hebben, schulden maken of laaggeletterd zijn, juist deze mensen weten de weg naar zorg of hulp vaak maar lastig of zelfs helemaal niet te vinden. Dat beperkt hen niet alleen in hun gezondheid, maar toont ook de beperkingen van onze samenleving. Op dit punt hebben we als samenleving de komende jaren een belangrijke opdracht, vindt de RVS. En voor het aangaan van die opdracht bestaat draagvlak, dat nemen we mee uit de raadpleging.

# MEER AANDACHT VOOR VERSCHILLEN TUSSEN MENSEN

“Verschillen in persoonlijk, economisch, sociaal en cultureel kapitaal maken dat mensen heel verschillende zorg- en hulpvragen hebben en de zorg of hulp die ze ontvangen ook heel verschillend waarderen. Hoe is het simpele feit dat mensen van elkaar verschillen te vertalen naar de organisatie van zorg en hulp?”

*De Zorgagenda, pag. 23*

Meer aandacht voor verschillen tussen mensen vraagt om meer maatwerk. En zorg en hulp op maat, dat wil natuurlijk iedereen. Alleen is ‘maatwerk’ in de praktijk nog niet zo vanzelfsprekend en ook niet eenvoudig te realiseren. Veel van de gedeelde ervaringen gingen over deze kwestie. Deels vanuit praktische belemmeringen die mensen dagelijks aan den lijve ondervinden, of ze nu hulp krijgen of verlenen. Maar er leek ook een meer principiële zorg onder te liggen. Zorg en hulp ‘op maat’ is een vraagstuk van mensen, niet van stelsels of organisaties. Persoonlijke opvattingen over kwaliteit van leven zouden daarin de boventoon moeten voeren. Dat gebeurt in de praktijk nog maar mondjesmaat, zo klonk het in de ervaringen van de deelnemers aan de raadpleging.

## Zorgen over versnippering en tekorten

De behoefte om over de grenzen van het medische domein heen te kunnen kijken groeit, zo lazen we veel terug in de gedeelde ervaringen. In dat kader zien de deelnemers aan de raadpleging de versnippering van zorg en hulp als een groot probleem. Ze ervaren dat mensen soms tussen wal en schip vallen, bijvoorbeeld wanneer wet- en regelgeving van verschillende stelsels slecht op elkaar aansluiten. Maar, zeggen weer anderen, versnippering zorgt ook voor grote variatie in het aanbod. En dat biedt juist weer kansen op maatwerk, want een gevarieerd aanbod betekent meer keuze voor de cliënt en diens naasten. Een dilemma dus.

Dat er ondanks het grote aanbod nu nog te vaak gaten vallen in de zorg- of hulpverlening, wijten veel mensen aan een tekort aan personeel. Zo lazen we bijvoorbeeld dat er zorgplannen op maat geschreven worden, die vervolgens blijven liggen door een gebrek aan mensen om ze uit te voeren. Mensen uitten zorgen over de – in hun ogen – ondergeschikte positie van mbo-gekwalificeerde medewerkers en het onderbenutten van beschikbare capaciteit. Een andere oproep was dat er vooral ook hard gewerkt moet worden aan het imago van werken in de zorg.

Verder lazen we dat opleiding, bij- en nascholing nog altijd sterk op de eigen discipline gericht zijn. In de raadpleging klonk dan ook een grote wens rondom scholing. Er zijn zoveel moeilijke praktijkdilemma’s waarover zorg- en hulpverleners graag in alle rust eens zouden willen doorpraten of doorleren. Toch voelen bij- en nascholing vaak als een verplicht en weinig inspirerend element van het dagelijkse werk, blijkt uit de ervaringen van verschillende zorg- en hulpverleners. Hoe kunnen opleiding, bij- en nascholing veel meer in dienst komen te staan van de leerbehoeften van degenen die het werk (gaan) doen?

Oplossingen die mensen voorstelden waren veelal gericht op het integreren van regels, stelsels en systemen.<sup>3</sup> Waarom, zo vragen bijvoorbeeld patiënten en cliënten in de raadpleging, is het niet mogelijk om met één loket te werken? Eén loket, waar iedereen met een hulpvraag terecht kan en waar je geholpen wordt om je weg te vinden naar de zorg of hulp die bij je past, dwars door domeinen heen? En waarom, zo vragen weer andere cliënten, patiënten, mantelzorgers en professionals, zijn financieringsstromen niet te

3. Dit type oplossingen komt ook op verschillende plaatsen in het regeerakkoord terug. Zoals het werken aan een betere aansluiting van passend onderwijs en zorg, van de zorg en ondersteuning voor mensen met een (licht) verstandelijke beperking, daklozen en zwerfjongeren, en van de GGZ en de langdurige zorg.

bundelen? Bijvoorbeeld door te experimenteren met een integraal persoonsgebonden of persoonsvolgend budget?

### Maatwerk begint bij het erkennen van grenzen

De RVS leest deze ervaringen en zorgen als een grote behoefte aan creatief en domeinoverstijgend denken, werken en leren. Van zo'n loket, bijvoorbeeld, lijkt verwacht te worden dat het een plek is waar mensen gewoon geholpen worden, ongeacht de vraag in welk domein of stelsel ze vallen.

Domeinoverstijgend denken, leren en werken is een behoefte waarvan de Raad de urgentie erkent en deelt. Dat is echter iets anders dan het onderschrijven van het verlangen om versnippering tegen te gaan, dat ook uit de ervaringen spreekt. Dat patiënten, cliënten en hun naasten de zorg en hulp die ze krijgen als samenhangend in plaats van versnipperd ervaren, is van groot belang. Mensen moeten eenvoudig kunnen weten waar ze met hun vragen terecht kunnen. Dat betekent zeker niet dat het er achter de schermen ook eenvoudiger op wordt. De uitdaging is de eenvoud en de samenhang niet primair te zoeken in de achterliggende organisatie, sturing en financiering (RVS 2016a; RVS 2017a).

We kunnen en willen maatwerk niet in structuren of in één samenhangend stelsel vatten. Het zoeken van oplossingen die gericht zijn op het integreren van stelsels en systemen is een doodlopende weg. Al is het maar omdat er talloze coördinerende en regisserende functies bij zullen ontstaan, die ook weer tot nieuwe grenzen en schotten zullen leiden (RVS 2017b). Zorg en hulp 'op maat' blijft een kwestie van een unieke afweging in een unieke situatie. Belangrijker dan 'integraal' kunnen werken is daarom het kunnen werken met grenzen en schotten, die bij elke hulpvraag weer anders uitpakken. Weten en durven toegeven waar je grenzen liggen en wanneer je een ander nodig hebt, zijn dan ook onmisbare professionele en bestuurlijke competenties bij het leveren van maatwerk, vindt de RVS. Om die competenties te onderhouden en te voeden, zouden moreel beraad en intervisie geen uitzonderingen moeten zijn, maar

regel. In het bieden van tijd en ruimte hiervoor spelen financiers een belangrijke rol (RVS 2016b).

Tussen de verschillende zorg en ondersteuning die iemand krijgt zullen namelijk altijd schotten en grenzen blijven bestaan. Onwerk- bare of nutteloze grenzen moeten uiteraard altijd onderwerp van discussie kunnen zijn. Maar de focus zou niet moeten liggen op het opheffen van schotten per se. Want met het oplossen van de ene grens ontstaat elders waarschijnlijk weer een nieuwe grens. De uitdaging is dus zeker ook om de cliënt te helpen bij het omgaan met al die schotten en grenzen (RVS 2017b).<sup>4</sup> Creatief en domeinoverstijgend kunnen werken van professionals en bestuurders heeft vooral hierop betrekking.

4. Dat vraagt niet om onafhankelijke cliëntondersteuning zoals in het regeerakkoord is voorgesteld (pag. 16), maar juist om zeer persoonlijk betrokken cliëntondersteuning (RVS 2017b).

# INVESTEREN IN ONDERLING VERTROUWEN

“‘Vertrouwen’ is een terugkerend thema in vele gesprekken. Het behoeft aandacht, zo blijkt uit het groeiende onbehagen onder burgers over de toekomst van zorg en hulp in Nederland. Hoe investeert een gezonde samenleving in vertrouwen, zowel in de concrete relaties tussen zorgvragers en zorgverleners, als in het draagvlak onder burgers voor ‘hun’ voorzieningen?”

*De Zorgagenda, pag. 13*

Het werken aan vertrouwen was in de raadpleging een veelbesproken thema. Concreet ging het dan steeds over de verantwoordingslast rond zorg en hulp, die als groot en negatief ervaren wordt. Dat betekent niet dat professionals en bestuurders niet zouden willen verantwoorden (dat willen ze best). In hun ervaringen klonk echter door dat op dit moment niet duidelijk is waarom en voor wie verantwoording moet worden afgelegd. En dat te vaak onduidelijk is wat er met die informatie gebeurt. Het voeden van onderling vertrouwen – juist op het moment dat er gerapporteerd, gereflecteerd, teruggeblikt of geëvalueerd moet worden – staat maar al te vaak onder druk, zo lazen we.

## De behoefte aan minder regels en meer vertrouwen

Uit de gedeelde ervaringen komt het beeld naar voren dat verantwoording afleggen te veel een doel op zich is geworden. De veelheid aan regels en formulieren maakt het dagelijks werk nodeloos complex, zo lazen we. Bovendien ligt de focus op controleren en afrekenen in plaats van op leren en verbeteren, zo betogen veel zorg- en hulpverleners in de raadpleging. Niet alleen belemmert de regeldruk professionals en bestuurders in het nemen van hun verantwoordelijkheid, het versterkt ook een onderliggende cultuur van wantrouwen bij alle betrokkenen, lazen we.

Er klonk in de raadpleging dan ook een breed gedeeld pleidooi voor meer creativiteit en meer gezond verstand in het zorg en hulp verlenen. In het verlengde daarvan klonk een groot pleidooi voor het schrappen van regels.<sup>5</sup> Deze opdracht werd meestal aan de rijksoverheid geadresseerd, met daaronder dus de aanname dat de meeste regels en wetten ook ‘van boven’ komen. Oplossingen om regeldruk tegen te gaan die werden voorgesteld, draaiden in essentie om het luisteren naar ervaringen met regels in de praktijk. Zoals een professional schreef: “Elke hulpverlener, iemand die dagelijks bezig is met patiënten, kan zijn leidinggevende (en die weer aan de laag boven hem) vertellen wat nutteloze handelingen zijn.”

Concrete ideeën voor welke regels geschrapt zouden kunnen worden, waren er ook. Zo stellen sommige zorg- en hulpverleners voor om het registreren en rapporteren te beperken tot de uitzonderingen. Dus niet laten zien dát je de protocollen gevolgd hebt, maar alleen laten zien waarom je in een bepaalde situatie van het protocol bent afgeweken. Alleen al de vraag “Is hier sprake van een uitzondering?” kan zorg- en hulpverleners stimuleren tot scherp en deskundig reflecteren op hun eigen handelen, aldus deze professionals.

Een ander voorstel dat we lazen in de ervaringen is het maken van onderscheid tussen regels waarop echt gecontroleerd en gehandhaafd wordt (wetten) en regels waarbinnen meer eigen interpretatie mogelijk is (richtlijnen). In de gedeelde ervaringen klonk kritiek op beroepsverenigingen wanneer zij richtlijnen tot ver in de uitvoering geven. Dergelijke richtlijnen, zoals van de fysiotherapeuten, worden door verzekeraars snel aangegrepen als houvast voor het sluiten van contracten. Alleen, zo stellen zorg- en hulpverleners, dan zijn het dus eigenlijk geen richtlijnen meer, maar wetten, want op goede gronden afwijken is niet langer mogelijk (in elk geval niet zonder financiële gevolgen).

5. Een pleidooi dat het nieuwe kabinet lijkt te delen. De regeldruk moet omlaag om “ruimte [te geven] aan de vakmensen die er werken” (Regeerakkoord, pag. 1).

Concreet is het kabinet van plan om samen met het veld en gemeenten schrapessies te organiseren, om bureaucratie en regels fors terug te dringen (Regeerakkoord, pag. 17).

Een derde idee dat veelvuldig terug te lezen was, ging over de frequentie van het verantwoording afleggen. Is het mogelijk om minder vaak te rapporteren, bijvoorbeeld meerjaarlijks of zelfs steekproefsgewijs? Het kost namelijk jaarlijks veel tijd en energie die niet aan zorg worden besteed, schrijven zowel zorg- en hulpverleners als bestuurders. Werken aan kwaliteit en vernieuwing vergt nu eenmaal een lange(re) adem – daar lijken de deelnemers aan de raadpleging het over eens. Liever eens in de paar jaar grondig stilstaan bij het functioneren én de toegevoegde waarde van een zorg- of hulporganisatie, dan jaarlijks een verplicht nummer afdraaien – zo luidt een duidelijke oproep in de gedeelde ervaringen.

### Van minder verantwoordden naar anders verantwoordden

De drie ideeën hebben één ding met elkaar gemeen: ze zorgen ervoor dat mensen op verschillende niveaus het met minder informatie over elkaar moeten doen. De aanname lijkt dat minder verantwoordden leidt tot meer vertrouwen (je weet immers niet meer alles van de prestaties van de ander). Dat is wat de RVS betreft te simpel. Met alleen *minder* verantwoordden komen we er niet; ook *anders* verantwoordden is nodig. Steeds meer mensen ervaren in de praktijk dat controle op afstand niet meer voldoet. De balans tussen vertrouwen en controle moet meer naar de context van de praktijk worden gebracht.

Op dit moment is verantwoordden gekoppeld aan het controleren van de geleverde prestaties en uitkomsten. Professionals en bestuurders geven via verantwoording inzicht in hun handelen en dat helpt om hen te vertrouwen. In deze kijk op verantwoording heeft schrappen weinig zin; verantwoording enkel gericht op het controleren van prestaties is namelijk een bodemloze put. Er zullen altijd nieuwe risico's ontstaan om af te dekken of dicht te regelen. Onderling vertrouwen zal daarmee ook permanent onder druk blijven staan. Niet alleen tussen de inspectie en de uitvoering, maar net zo goed binnen branches en binnen beroepsgroepen.

Er zijn behalve 'prestaties' twee andere dimensies die bepalend zijn voor de mate van onderling vertrouwen: competenties en intenties. Vertrouwen op basis van competenties ontstaat vanuit de aanname

dat de ander deskundig is. Bijvoorbeeld omdat diegene over de juiste diploma's beschikt. Vertrouwen op basis van intenties ontstaat vanuit het geloof in elkaars goede bedoelingen (Meurs 2014). Dat is geen naïef pleidooi voor blind vertrouwen, maar een oproep om verantwoording altijd in context te plaatsen. Soms kunnen we vertrouwen op de een, maar is het nodig om strenger te zijn voor de ander. Bij het zoeken naar andere vormen van verantwoording is het van belang de verschillende dimensies van vertrouwen weer meer naar voren te laten komen. We schetsen daartoe voor beide dimensies een aanzet, die in het komende RVS-advies over openheid en openbaarheid verder zal worden uitgewerkt.

*Anders* verantwoordden vraagt om het verbreden van de focus op controleren naar een focus op leren en verbeteren. Dat betekent dat er meer onderscheid nodig is in het 'type' informatie dat via verantwoording wordt opgevraagd. Sommige informatie is zeker nodig voor controle en beoordeling, maar andere informatie zou eerder een rol kunnen hebben voor reflecteren, leren en verbeteren. Dat vergt soms het opvragen van niet minder, maar juist meer informatie dan nu gebeurt. Een belangrijk element daarin is wel dat duidelijk is wie nu eigenlijk aan wie verantwoording vraagt, op welke gronden dat gebeurt én wat degene die de informatie heeft aangeleverd daarvan kan leren. Een ander belangrijk element is het bespreekbaar maken van welke risico's onder welke omstandigheden aanvaardbaar zijn.

*Anders* verantwoordden heeft ook te maken met het ontwikkelen van vormen van 'warme' verantwoording naast 'koude' verantwoording alleen. Verantwoording is ontzield geraakt. Rechtmatigheid wordt nu in absolute zin gehanteerd: een handeling is wel of niet rechtmatig. Een benadering waarbij de context in ogenschouw wordt genomen is echter meer op zijn plaats. Onpartijdig toetsen en controleren is van belang, maar komt pas echt in perspectief te staan door ontmoeting en gesprek op alle niveaus. Nu wordt verantwoordden vaak ervaren als het eenzijdig insturen van opgevraagde gegevens zonder dat duidelijk is wat er eigenlijk mee gebeurt. Warme verantwoording impliceert een dialoog over hetgeen waarover verantwoord wordt. Tweezijdigheid dus. Dat doet recht aan het feit dat professionals en bestuurders zich eigenaar (mogen) voelen van processen en vormen van verantwoording, om de simpele reden dat ze dat op grond van hun verantwoordelijkheden ook voor een belangrijk deel zijn.



# WERKEN AAN EEN GEZONDE SAMENLEVING

“De *Zorgagenda* is bewust geen instrumentele agenda van A naar Beter geworden. Onze keuze voor een open agenda waar de vraag en niet het antwoord voorop staat, weerspiegelt de noodzaak om het beleid op het gebied van volksgezondheid in samenspraak met anderen – de samenleving – tot stand te brengen.”

*De Zorgagenda*, pag. 48

We begonnen dit essay met een opdracht aan ons allen: hoe staan we open voor de taal, de ervaring en het perspectief van de ander? Hoe blijven we met elkaar in gesprek over wat goede zorg is en hoe eenieder daaraan kan bijdragen? Op basis van de ervaringen en behoeften – en onze visie daarop – komen we nu tot een antwoord op deze vragen.

In het regeerakkoord lazen we over de benadering van de medisch-ethische kwesties. De coalitiepartijen hebben ervoor gekozen om hierover geen dichtgetimmerde afspraken te formuleren, maar een respectvolle omgang met elkaars standpunten op te nemen. Verschillende waarden ten aanzien van zorg en gezondheid mogen naast elkaar blijven bestaan. Deze grondhouding is wat de RVS betreft de sleutel tot samenspraak in de komende jaren. Niet alleen in woorden, ook in handelen. Niet voor niets kozen veel mensen in de raadpleging voor een combinatie van antwoorden op de vraag wie er nu aan zet is. Vele handen zijn samen verantwoordelijk. Betrokkenen gunnen elkaar daarbij hun eigen rol en taak en respecteren elkaars waarden ten aanzien van zorg en gezondheid. Zij *delen* in plaats van *verdelen* verantwoordelijkheid.

In het licht van de taaiere vraagstukken waar praktijk, beleid en politiek de komende jaren voor staan, is het erkennen van de eigenheid van de vele betrokken handen stap één. Een tweede stap is het werken aan een manier waarop alle betrokkenen zichzelf en elkaar kunnen aanspreken op hun bedoelingen, ideeën, initiatieven en maatregelen, opdat dit ook tot meer passende zorg en hulp leidt. Met deze ambitie presenteert de RVS daarom tot besluit van dit essay een

afwegingskader als handreiking voor een dergelijk gesprek. Het afwegingskader bestaat uit drie principes, die we baseren op de ervaringen en behoeften uit de raadpleging en onze duiding daarvan. Elk principe is gekoppeld aan twee vragen die helpen bij het operationaliseren ervan.

## De principes in praktijk gebracht

De RVS stelt het volgende voor. De komende jaren wordt elk nieuw beleidsvoorstel, organisatieplan of praktijkvoorschrift aan deze drie principes getoetst. Zo wordt duidelijk of het nieuwe plan recht doet aan de ‘onderstroom’: aan de zorgen, behoeften en ervaringen die spelen bij zo veel betrokkenen. Deze drie principes gelden niet alleen voor de rijksoverheid, maar juist ook voor gemeenten, brancheverenigingen, beroepsverenigingen, bestuurders en professionals in verschillende domeinen en vakgebieden. Oftewel: voor iedereen die betrokken is bij het werken aan een gezonde samenleving.

### Eenvoud

#### Voor wie maak ik het nu eenvoudig? Begrijpt de burger het?

Mensen die werken aan gezondheid en een gezonde samenleving verdwalen nog te vaak. Dat betreft patiënten, cliënten en hun naasten als het gaat om toegang – maar net zo goed professionals en bestuurders als het gaat om het leveren van maatwerk of het afleggen van verantwoording. Met ‘eenvoud’ als principe kan hier de komende jaren aan gewerkt worden. Onder meer door bij een nieuw idee of initiatief de vraag te stellen voor wie het daarmee eigenlijk eenvoudiger wordt. Of door te checken of degene voor wie een nieuwe aanpak of maatregel bedoeld is deze ook begrijpt. En let wel: eenvoudig betekent niet hetzelfde als simpel! De verschillen tussen mensen, organisaties en partijen maken ‘eenvoud voor de burger’ tot een uiterst complexe opgave achter de schermen.

## Grenzenwerk

Kan ik hiermee voorbij grenzen werken?  
Ken ik de gevolgen hiervan voor anderen?

Ook in een gezonde samenleving blijven schotten en grenzen tussen domeinen bestaan. 'Alles integraal' is geen passend antwoord op de ervaren versnippering tussen domeinen en de ervaren complexiteit van het stelsel. Meer houvast voor professionals, bestuurders en beleidsmakers biedt het principe 'grenzenwerk' (Oldenhof 2012). Nu lukt het maar mondjesmaat om een grens van een sector, domein of vakgebied over te steken of een ander vanaf de overkant te laten oversteken. Door je bij nieuwe initiatieven en maatregelen af te vragen of die bijdragen aan het werken op de grens en rekening te houden met de gevolgen daarvan voor andere betrokkenen, wordt een grens geen aanleiding tot stilstand, maar juist tot beweging. Zeker als het gaat om grenzen die voor burgers onnodige drempels tot zorg en hulp opwerpen.

## Leren

Welk inzicht levert mij dit op?  
Welk inzicht levert dit de ander op?

Werken aan gezondheid en een gezonde samenleving vraagt om meer ruimte om te leren. Daar hoort bij: het bespreekbaar maken van risico's en het leren waarderen van de onzekerheid die bij het menselijk bestaan hoort (in plaats van het willen afdekken daarvan). 'Leren' als principe behelst ook dat onderscheid wordt gemaakt tussen verschillende informatiestromen. Door expliciet te vragen welk inzicht een nieuw initiatief of een nieuwe maatregel vanuit verschillende perspectieven oplevert, krijgen alle betrokkenen meer kans zich eigenaar te voelen van het leerproces.

De drie principes en de bijbehorende vragen kunnen alle betrokkenen helpen om zich de komende jaren steeds weer af te vragen: wat betekent dit idee voor 'eenvoud'? Welke ruimte creëer ik met deze aanpak voor 'grenzenwerk'? Hoe pakt deze nieuwe maatregel uit voor 'leren'? Antwoorden op deze vragen helpen om na te gaan of een nieuw plan of een nieuwe maatregel bijdraagt aan een gezonde samenleving, op een manier die verbinding legt met het dagelijks leven van burgers. De principes berusten immers op de vele zorgen en behoeften die leven bij cliënten, patiënten, mantelzorgers, vrijwilligers, zorg- en hulpverleners, bestuurders en gemeenten.

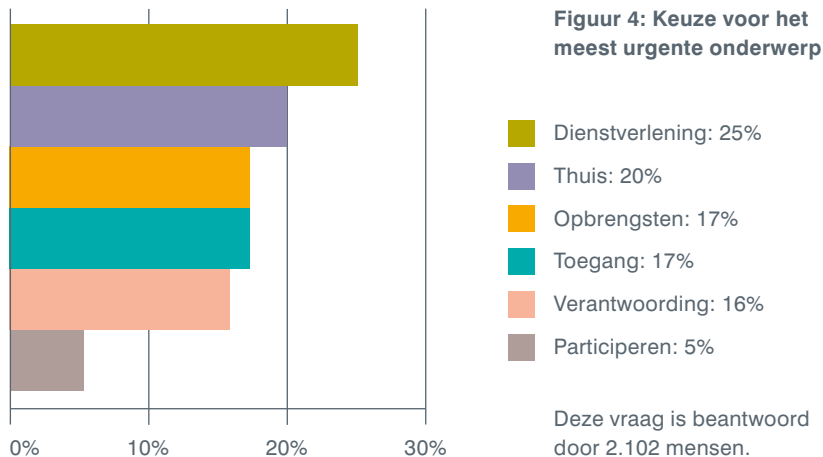
Nu kan het zeker zo zijn dat een maatregel of initiatief wel eenvoudig, maar niet per se het leren of grenzenwerk ten goede komt (of vice versa). Vandaar dat we de drie principes presenteren als *afwegingskader*. De vraag welk principe in een bepaalde situatie voorrang verdient – en waarom dat zo is – is wat de RVS betreft de kern van politieke, bestuurlijke en professionele afwegingen. De principes kunnen op deze manier helpen om elkaar in de komende jaren te blijven ontmoeten. En dat is niet vrijblijvend. Het afwegingskader helpt namelijk ook om elkaar aan te spreken en elkaars overwegingen te scherpen. Een opgave die de RVS ook zichzelf stelt in lopende en nieuwe adviestrajecten.

Met de principes 'eenvoud', 'grenzenwerk' en 'leren' in de hand kunnen beleid, bestuur en praktijk de komende jaren bouwen aan een gezonde samenleving. Een samenleving waarin mensen gezien en gehoord worden, om zo vanuit respect voor verschillen tussen mensen te werken aan blijvende solidariteit en onderling vertrouwen.

# BIJLAGE: PRIORITERING PER GROEP

In deze bijlage schetsen we de keuze voor het meest urgente onderwerp per groep, dus voor cliënten/patiënten, mantelzorgers, vrijwilligers, zorg- en hulpverleners, bestuurders en gemeenten afzonderlijk.<sup>6</sup> Elke schets wordt geïllustreerd met een aantal citaten. Tevens maken we steeds een korte vergelijking tussen de groepen rond de meest opvallende overeenkomsten en verschillen.

## De keuze van inwoners / patiënten / cliënten



6. In de raadpleging is het brede onderwerp 'Ruimte voor kwaliteiten van leven' toegespitst op de discussie over langer thuis blijven wonen, onder de noemer 'Thuis'. De kernopgave 'Investeren in een gezonde samenleving' is in de figuur benoemd als 'Opbrengsten'.

Inwoners, patiënten en cliënten hebben het meest gekozen voor het onderwerp 'Dienstverlening'. Hier gaat het om zorg en hulp die bij mensen past, waarbij rekening wordt gehouden met de persoonlijke situatie. In vakjargon wordt ook wel gesproken van maatwerk.

In de argumentatie geven meerdere deelnemers aan dat het vaker voorkomt dat artsen bepaalde ziektebeelden, waaronder NAH (niet aangeboren hersenletsel), niet tijdig herkennen. Dit met langdurige of onherstelbare schade als gevolg. Ook leidt onjuiste of ontijdige indicatie ertoe dat gepaste zorg of hulp lang op zich laat wachten, waardoor mensen niet meer of onvoldoende kunnen deelnemen aan het dagelijks leven. Dit terwijl mensen behoefte hebben aan zelfstandigheid, hun eigen regie willen behouden en onafhankelijk willen zijn van hun omgeving.

Mensen vinden zorg en hulp een individuele kwestie, omdat situaties zeer verschillen, dus ook de mogelijke oplossingen. Vooral bij complexe ziekten neemt de behoefte aan een individuele benadering toe. Daarbij zijn een luisterend oor en betrokkenheid bij de persoonlijke situatie en de daadwerkelijke behoefte van mensen belangrijke voorwaarden om gepaste zorg en hulp te kunnen bieden. Meerdere cliënten/patiënten ervaren het als lastig om de juiste oftewel de passende zorg en hulp (geregeld) te krijgen.

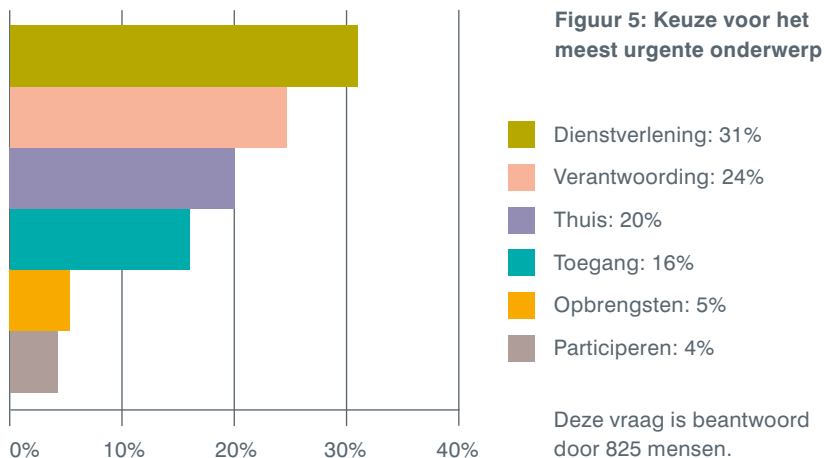
Verder valt op dat het onderwerp 'Toegang tot zorg en hulp' relatief gezien vaker is gekozen door cliënten/patiënten dan door andere groepen.

*"Mijn ervaring is dat er nog veel te veel 'standaard' zorg wordt geboden. Heb je diagnose A dan volgt er standaard behandeling zus, heb je diagnose B dan standaard behandeling zo. Ik vind dat er veel meer naar de persoonlijke situatie gekeken moet worden."*

*"Ik wil graag zelf bepalen welke zorg ik nodig heb, dus wil ik dat hulpverleners naar mij luisteren en niet naar wat er volgens de regeltjes zou moeten gebeuren!!"*

*"Dankzij een diëtist heb ik gezonder leren leven. Wij trokken er samen op uit. Geen onbegrijpelijk gesprek op kantoor of zo'n folder. Nee, de diëtist ging mee naar de supermarkt. Zo leerde ik goed te kijken naar de producten en de calorieën af te lezen. Nu weet ik veel beter wat gezond is of niet."*

## De keuze van mantelzorgers



Net als bij cliënten/patiënten hebben ook mantelzorgers het meest gekozen voor het onderwerp 'Dienstverlening', waarbij het gaat om zorg en hulp die bij mensen past.

Ook in deze groep blijkt uit ervaring dat passende zorg en hulp moeilijk te vinden is, terwijl iedere persoon en iedere situatie anders is. Bovendien biedt de juiste zorg en hulp echt mogelijkheden in het dagelijkse leven. Passende zorg vraagt volgens meerdere mantelzorgers wel om de nodige afstemming binnen de zorg en tussen betrokken hulpverleners. Ook is er in deze groep vooral behoefte aan een luisterend oor en een echt gesprek over de persoonlijke situatie en wat daarin nodig is.

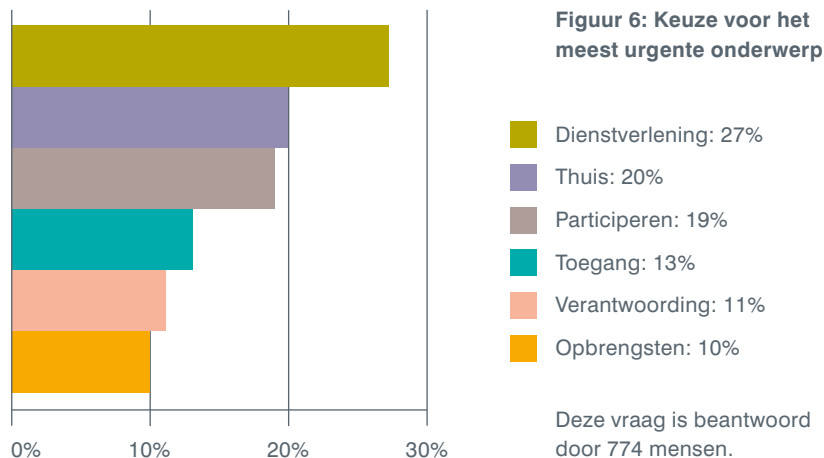
Daarnaast valt in deze groep op dat het onderwerp 'Investeren in een gezonde samenleving' in verhouding heel weinig is gekozen. De hoge scores op dit onderwerp komen dus echt bij andere groepen vandaan.

*"Het indicatiesysteem dwingt tot keuzes die niet op de werkelijkheid passen. Om als oudere intensieve zorg te krijgen moet je naar een gesloten afdeling ook al ben je geen gevaar voor jezelf of een ander. Alleen door je 'vrijwillig' te laten opnemen, is de zorg beschikbaar. Het systeem is leidend niet de persoon."*

*"Ik kies voor dit onderwerp, omdat ik van dichtbij meemaakte dat mijn moeder heel veel zorg kreeg die mijns inziens niet nodig was en die bij samenwerking c.q. coördinatie wellicht niet gegeven zou zijn."*

*"De persoon die zorg en hulp vraagt, is het meest gebaat bij passende en op maat gesneden zorg. Dit leidt tot echte levensondersteuning, verrijking en uitbreiding van mogelijkheden."*

## De keuze van vrijwilligers



Ook door vrijwilligers is het meest gekozen voor het onderwerp 'Dienstverlening', oftewel zorg en hulp die bij mensen past.

Naast de groepen van cliënten/patiënten en mantelzorgers ervaart ook deze groep dat het lastig is om voor iemand precies de zorg te regelen die bij hem of haar past, terwijl ieder mens anders is en andere behoeften heeft. Meerdere vrijwilligers geven dan ook aan dat ze dit thema belangrijk vinden. Passende zorg en hulp maakt volgens deelnemers zorgvolle situaties draaglijker en biedt mensen de mogelijkheid om regie te houden over hun eigen leven. Dit zou met name in de laatste levensfase belangrijk zijn. Verder maakt passende zorg en hulp het mogelijk voor mensen om op een zo fijn mogelijke manier deel te nemen aan de samenleving. Bovendien krijgen mensen meer vertrouwen in de behandeling en volgen ze adviezen beter op. Ten slotte vinden

meerdere dat passende zorg en hulp op lange termijn efficiënter en kostenbesparend werken.

Persoonlijke aandacht is echter een voorwaarde. Voldoende handen aan het bed en voldoende tijd zijn nodig om de cliënt aandacht te geven en hem of haar beter te leren kennen en daarmee het karakter en de behoeften, wensen, voorkeuren, familie en levensomstandigheden. Ook is het belangrijk om zorg en hulp dicht bij de patiënt/cliënt te organiseren en gezamenlijk in overleg tot passende zorg en hulp te komen, waarbij rekening wordt gehouden met de persoonlijke situatie en de wensen van de patiënt/cliënt.

Opvallend in deze groep is dat het onderwerp 'Participeren' hoog scoort, waar dat bij cliënten/patiënten en mantelzorgers veel minder het geval is.



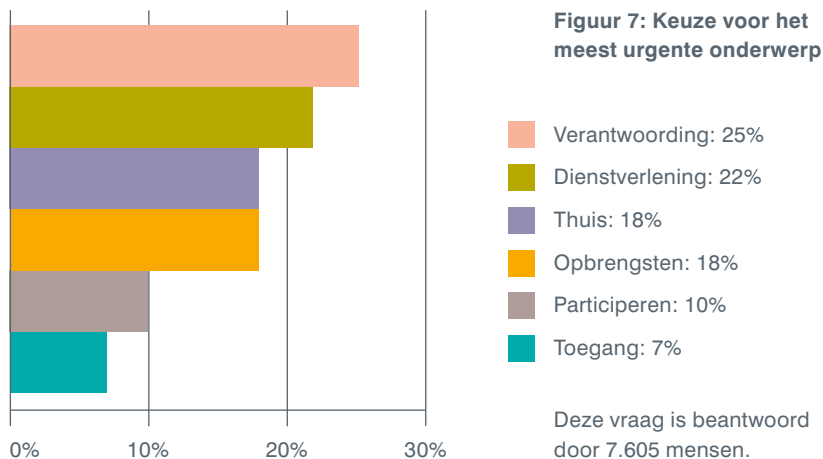
“Stop met het voortdurend (opnieuw) toetsen van de zorgindicatie. Het is al meerdere malen vastgesteld dat mijn maatje echt niet meer terug kan keren op de arbeidsmarkt en echt hulp nodig heeft in de huishouding. En iedere keer als de zorg door een andere instantie wordt ingevuld, wordt opnieuw een gesprek ingepland. Dit levert dusdanig veel stress op dat we weer drie stappen terug zijn wat nog meer zorg vraagt van de omgeving.”

“Familie, mantelzorgers en/of vrijwilligers zijn het meest betrokken bij de patiënt en kennen diegene ook het beste. Daarnaast hebben zij het complete overzicht van de hulp die gegeven wordt en wat er

nog mist. Bij een verwarde vrouw vond de professionele hulpverlening dat zij nog best alleen thuis kon blijven wonen, omdat zij nog helder sprak. Na een nacht waken door een vrijwilliger bleek dat mevrouw de hele tijd aan het rondspoken was, in paniek raakte en erg veel moest huilen. Na verslag van deze vrijwilliger en van de zoon werd besloten om mevrouw dezelfde middag nog op te nemen.”

“Door personeelstekort krijgen de bewoners niet of onvoldoende aandacht. Het is voor de mensen in verzorgingstehuizen al moeilijk, omdat het heel anders is dan thuis. Dan is aandacht juist heel belangrijk.”

## De keuze van zorg- en hulpverleners



In tegenstelling tot de drie vorige groepen hebben zorg- en hulpverleners niet het meest gekozen voor het onderwerp ‘Dienstverlening’, maar voor het onderwerp ‘Verantwoording’.

Herhaaldelijk geven zorg- en hulpverleners aan dat regels en procedures als doel op zich zijn gaan dienen. De enorme verantwoordingslast maakt de zorg onnodig

duur en staat goede en betaalbare zorg in de weg. Daarnaast leiden te veel verschillen in regels, bijvoorbeeld tussen gemeenten, ertoe dat er veel onduidelijkheid ontstaat. Ten slotte vinden meerdere deelnemers dat de kwaliteit van zorg, het persoonlijk contact en de werkplezier van hulpverleners lijden onder allerlei regels en verplichtingen. Er gaat te veel tijd en energie zitten in afvinken en procedures volgen.

Meer vertrouwen in de goede bedoelingen van mensen, waaronder professionals, en minder angst voor risico’s zouden het verlenen van goede zorg een stuk makkelijker maken. Minder regels rond verantwoording betekent meer tijd voor de cliënt/patiënt en dat is waar het uiteindelijk om gaat.

Deze groep heeft relatief gezien veel minder voor het onderwerp ‘Toegang’ gekozen, maar veel van de inbreng bij het onderwerp ‘Verantwoording’ raakt aan de toegankelijkheid van zorg en hulp.

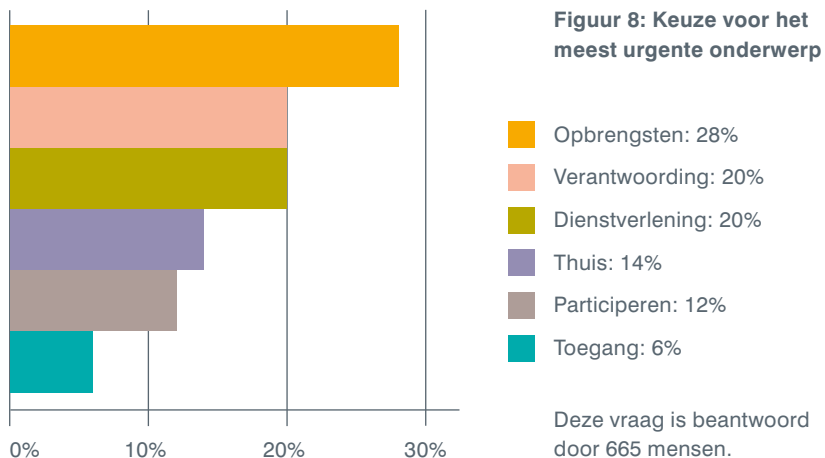
“Bij het overdragen van zorg aan thuiszorg, moeten vele papieren ingevuld worden. Na drie maanden of na een jaar is er een verlenging nodig, dus weer papierwerk. Zo zonde van onze tijd. Wij indiceren geen zorg als dat niet nodig is. Wij zijn professionals. Zorgverzekeraars mogen wat meer vertrouwen hebben in zorgverleners.”

“Omdat de vereiste mate van verantwoording afleggen nu ten koste gaat van verantwoordelijkheid krijgen en dragen. Voorbeeld: je kunt een perfect geaccrediteerde praktijk voeren en daarvoor beloofd worden, terwijl dat helemaal NIETS zegt over de verleende zorg. De intrinsieke waarde van zorg verlenen komt door alle controle/verplichtingen ernstig onder druk te staan en kost bakken geld en energie die maar zeer ten dele aan de patiënt ten goede komt.”

“Wat ik als verpleegkundige vaak ondervindt, is dat men moet werken volgens protocol om het protocol. En natuurlijk moeten er richtlijnen etc. zijn, maar als verpleegkundige moet je soms, met reden, buiten het protocol en in het belang van de patiënt werken en niet alleen maar lijstjes afvinken.”

“De zorg wordt teveel in hokjes verdeeld meer mensen met verschillende taken en niveaus. Bijvoorbeeld: verpleegkundige niveau 5 mag de evaluaties doen bij een cliënt terwijl een collega met lager niveau vaak veel beter op de hoogte is en de cliënt veel beter kent. Toch mag dit niet meer. De doelstellingen van de evaluaties vervagen hierdoor eerder en vertrouwenskwesaties gaan dan ook meer een rol spelen.”

## De keuze van bestuurders



Opvallend is dat door bestuurders het meest is gekozen voor 'Investeren in een gezonde samenleving'. Hier gaat het om hoe deelnemers zich gewaardeerd voelen voor de investeringen in gezondheid die ze doen.

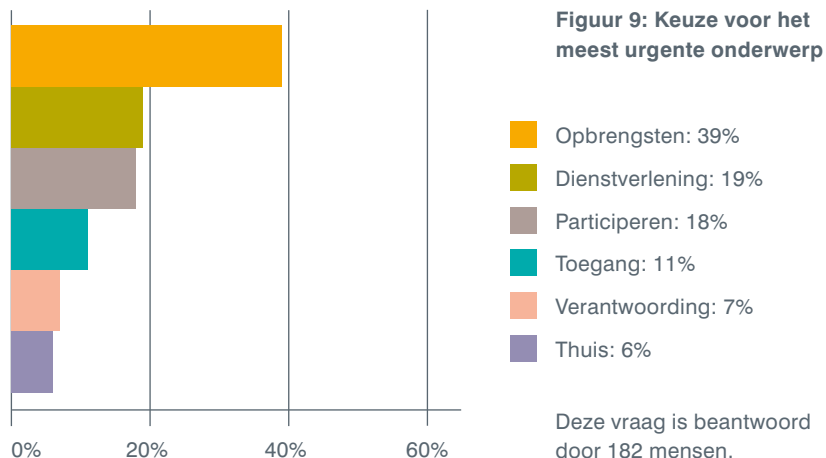
Het valt op dat meerdere deelnemers een positieve kijk hebben op gezondheid. Een brede blik past volgens deze deelnemers bij de dagelijkse realiteit en het welbevinden van mensen. Dit wordt namelijk niet alleen door afwezigheid van ziekte en beperking bepaald. Een gezonde samenleving gaat dus over veel meer dan alleen goede gezondheidszorg. 'Je gezond voelen' is als een satéprikker door alle domeinen van het leven gestoken (werk, inkomen, wonen, leefomgeving, vrijetijdsbesteding, sociale verbanden, zingeving, etc.). Meerdere bestuurders vinden aandacht voor preventie belangrijk om onnodige schade aan de gezondheid te voorkomen en

bijbehorende kosten voor te zijn. Het grootste verschil met de laatste groep – de gemeenten – is dat het onderwerp 'Verantwoording' hier nog behoorlijk sterk leeft.

*"Accepteer dat niet iedereen voldoet aan ons standaardbeeld van wat een mens zou willen en waar je 'dus' naar moet streven. Een baan, gezond leven, 'je eigen broek ophouden' zijn voor sommige mensen begrippen van een planeet waar zij niet wonen. Het heeft geen zin van hen te blijven vragen hier aan te werken en boos te worden als ze daarin falen."*

*"Het is tijd voor een paradigma shift. Een zieke is voor het grootste deel namelijk gezond. Aandacht voor normale woon- en werkomstandigheden, onthaasten, zingeving en saamhorigheid zijn factoren van een gezonde samenleving."*

## De keuze van gemeenten



Net als door bestuurders is ook door gemeenten het meest gekozen voor 'Investeren in een gezonde samenleving'. Onder gemeenten verstaan we een combinatie van wethouders, directeuren sociaal domein en strategisch beleidsadviseurs in dienst van een gemeente.

Gemeenten vinden dat investeren in gezondheid aan de basis staat van een gezonde samenleving. Net als bestuurders zijn ook gemeenten in meerderheid van mening dat gezondheid breder moet worden begrepen dan de afwezigheid van ziekte alleen. Investeren in gezondheid vraagt daarom om een stevige verbinding tussen gezondheid en werk, woning, opleiding, sociaal netwerk, enzovoort. Deze verbinding zou volgens meerdere deelnemers ook het uitgangspunt van preventie moeten zijn. De nadruk op opbrengsten in plaats van kosten helpt daarbij, omdat het een gesprek over het

welbevinden van mensen (en wat daarvoor nodig is) mogelijk maakt.

Opvallend is dat het onderwerp 'Verantwoording' van alle groepen door deze groep veruit het minst is gekozen. Dat geldt ook voor het onderwerp over thuis blijven wonen.

*"De grootste beperking van onze samenleving is dat we niet toegankelijk zijn voor al onze burgers."*

*"Doorzettingsmacht en vertrouwen gunnen aan professionals, randvoorwaarden creëren waarbij professionals zich veilig voelen om te doen wat nodig is, professionals meer durf en lef hebben om te doen wat nodig is in plaats van de gebaande paden. Er is vaak meer mogelijk dan men denkt"*

# LITERATUUR

Meurs, P. (2014). *Van regeldruk naar passende regels. Vertrouwen, veerkracht, verantwoordelijkheid, vrijheid.*

Oldenhof, L. (2012). *Wijkgericht werken: intersectorale samenwerking in de wijk door grenzenwerk.* Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

RVS (2016a). *Verlangen naar samenhang. Over systeemverantwoordelijkheid en pluriformiteit.* Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

RVS (2016b). *Een gedurfde ambitie. Veelzijdig samenwerken met kind en gezin.* Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

RVS (2017a). *Eenvoud loont. Oplossingen om schulden te voorkomen.* Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

RVS (2017b). *Heft in eigen hand. Zorg en ondersteuning voor mensen met meervoudige problemen.* Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

SCP (2014). *Verschil in Nederland.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

SCP (2016). *De toekomst tegemoet. Leren, werken, zorgen, samenleven en consumeren in het Nederland van later.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

## Publicatie 17-04

ISBN: 978 90 5732 266 2  
Ontwerp: Stroomberg  
Fotografie: Nationale Beeldbank  
Druk: Xerox/OBT

© Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Den Haag, 2017

Niets in deze uitgave mag worden openbaar gemaakt of verveelvoudigd, opgeslagen in een data-verwerkend systeem of uitgezonden in enige vorm door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke wijze dan ook zonder toestemming van de RVS.

U kunt deze publicatie downloaden via [www.dezorgagenda.nl](http://www.dezorgagenda.nl) en via [www.raadrvs.nl](http://www.raadrvs.nl).

DE ZORG  
AGENDA  
VOOR  
EEN  
GEZONDE  
SAMEN  
LEVING

raad voor **V**olksgezondheid en  
**S**amenleving