

Vergaderjaar 2012–2013

32 620

Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr. 89

BRIEF VAN DE MINISTER EN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Hierbij bieden wij u onze reactie op het advies «Regie aan de Poort» van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) aan.

Op 7 december 2012 heeft de RVZ het advies «*Regie aan de Poort: de basiszorg als verbindende schakel tussen persoon, zorg en samenleving*» gepresenteerd. De beleidsvraag die ten grondslag ligt aan dit advies is welke herinrichting van de poort naar de gezondheidszorg en welzijnssector nodig is om de toegankelijkheid, probleemverheldering en het zorgaanbod bij meervoudige problematiek te verbeteren.

Het onderzoek

Een grote groep mensen in de samenleving heeft te maken met problemen op meerdere levensgebieden. Het gaat om personen met twee of meer somatische of psychische aandoeningen die samenhangen met problemen op andere levensgebieden zoals huisvesting, arbeid en inkomen, maatschappelijke participatie, onderwijs en gezin, waarbij de problemen elkaar in stand houden of versterken, en die hiervoor zijn aangewezen op hulp. De sociale problematiek kan zowel de oorzaak als het gevolg zijn van de gezondheidsproblemen, waardoor de hulpvragen zich uitstrekken over meerdere levensdomeinen.

De RVZ geeft aan dat deze groep, die naar schatting van de Raad momenteel al ten minste 1 miljoen mensen kent, door epidemiologische en maatschappelijke ontwikkelingen in aantal zal toenemen. Deze groep kan de weg naar het juiste aanbod vaak niet vinden. Ook is er sprake van gescheiden werelden tussen de curatieve zorg en welzijns-, arbeids- en woonvoorzieningen en is er geen eigenaar van het totaalresultaat van de hulpverlening. Hierdoor wordt er een groter beslag gelegd op zware zorg en voorzieningen dan nodig is. De zorgprofessionals en voorzieningen blijken niet voldoende in staat te zijn om samenhangende sociale en gezondheidsproblematiek te beoordelen en te ontrafelen.

Bovenstaande bevindingen maken volgens de Raad veranderingen in de basiszorg noodzakelijk. Er wordt in het advies een vergezicht geschetst, waarbij de basiszorg van de toekomst haar maatschappelijke functie versterkt door:

- multidisciplinaire samenwerking,
- samenhang in de zorg door handelingsruimte voor professionals en taakherschikking,
- een integraal en breed aanbod van preventie, diagnostiek, behandeling en coördinatie van zorg.

Op grond van zijn conclusies komt de Raad met zes aanbevelingen die de realisatie van het vergezicht mogelijk maken.

Beleidsreactie

Graag willen wij de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bedanken voor zijn analyse van de beschikbare eerstelijnsvoorzieningen voor zorg en welzijn, de wijze waarop deze aansluit bij de zorgbehoefte van burgers en de aanbevelingen die zijn gedaan over hoe basiszorg eruit moet zien. De RVZ geeft met dit advies het signaal af dat het (steeds groter wordende) aanbod van zorg en welzijn niet goed aansluit bij de meervoudige hulpvraag van een specifieke groep burgers. Hierdoor vindt mogelijk zowel over- als onderbehandeling bij meervoudige problematiek en medicalisering van burgers plaats. Ook wordt gesignaleerd dat afstemming tussen de curatieve zorg en andere hulpverlenende instanties beter kan, dat versnippering van het zorgaanbod maakt dat hulpverleners het overzicht verliezen en dat samenwerking daardoor uitblijft.

Wij herkennen het beeld dat er veel poorten zijn waar de burger kan aankloppen, dat de keuze voor de juiste poort lastig blijkt en dat doorverwijzing tussen de poorten niet altijd goed gaat. Wij zien ook dat basiszorg als verbindende schakel tussen persoon, zorg en samenleving reeds op tal van plaatsen in de samenleving zichtbaar is. Het RVZ-advies onderbouwt deze ontwikkeling en motiveert betrokkenen de basiszorg op deze nieuwe leest te schoeien. Hieronder zal worden ingaan op de aanbevelingen die gericht zijn aan de Rijksoverheid.

Multidisciplinaire samenwerking

De Raad adviseert dat op het gebied van multidisciplinaire samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars de ontwikkeling van wijkgerichte basiszorgteams faciliteren, en deze systematisch evalueren in een aantal proeftuinen. Tevens adviseert de Raad dat zorgopleidingen investeren in specifieke deskundigheid en competenties voor zorg bij meervoudige problematiek.

Veel gezondheidsproblemen van burgers staan niet op zichzelf. Essentieel in de visie van dit kabinet is dan ook dat «breed» naar de hulpvraag wordt gekeken en dat er een zorgvuldig gesprek moet plaatsvinden waarin de burger samen met een deskundige gespreksvoerder zijn hulpvraag helder krijgt. Daarna bepalen zij gezamenlijk wat er moet gebeuren, door wie en wat hierbij de bijdrage van de burger zelf c.q. zijn sociale netwerk kan zijn. De rol van de overheid wordt groter naarmate burgers meer zorg nodig hebben, minder inkomen hebben en het sociale netwerk minder op kan vangen. Bij het voeren van dit gesprek is het niet de bedoeling dat een burger in het hokje van patiënt wordt geplaatst, maar er zal zo integraal mogelijk naar zijn ondersteuning en/of zorgbehoefte en de eigen mogelijkheden worden gekeken. Daarbij is het van belang om de hulpvraag in samenhang met vragen of problemen op andere levensdoelstellingen te bekijken, zoals arbeid, onderwijs of schuldhulpverlening. Bij de decentralisatie van de jeugdzorg vormen dit type gesprekken het

uitgangspunt en in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning vinden ze reeds plaats.

Meervoudige problematiek vraagt om specifieke deskundigheid en wij moedigen dan ook aan dat opleidingsinstellingen en beroepsorganisaties hier aandacht aan besteden bij de vaststelling van de inhoud van het curriculum en het aanbod van bij- en nascholing. Wij zien hier tevens aansluiting met het voornemen van het kabinet tot het opleiden van wijkverpleegkundigen. Onder andere een wijkverpleegkundige heeft een belangrijke functie bij vroegsignalering en de organisatie en coördinatie van het zorgnetwerk van de burger. Ze is gemakkelijk toegankelijk, vervult een spilfunctie in zorgverlening op hoog niveau en heeft een belangrijke toegevoegde waarde bij het leveren van preventie en het stimuleren van de zelfredzaamheid. Het kabinet stelt daarom vanaf 2014 € 200 mln. structureel ter beschikking voor de inzet van wijkverpleegkundigen. De wijkverpleegkundige zorg wordt, in het verlengde van de nieuwe aanspraak thuisverpleging, in de Zvw gepositioneerd. Daarbij wordt er 50 mln. geïnvesteerd in het opzetten van sociale wijkteams. Het doel van sociale wijkteams is het afstemmen van zorg uit de Zvw en ondersteuning uit de Wmo, hetgeen zeer belangrijk is voor het leveren van succesvolle wijkverpleegkundige zorg.

Goede samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars is naar onze mening een randvoorwaarde voor het laten slagen van multidisciplinaire teams in de wijk. In het land zijn meerdere initiatieven tot stand gekomen waar hiermee wordt geëxperimenteerd. Goede voorbeelden hiervan zijn onder andere het project «Gezond meedoen» als uitvloeisel van een convenant tussen de gemeente Enschede en Menzis, de samenwerking tussen De Drechtsteden en zorgkantoor VGZ, «De ontbrekende schakel: het thuiszorgarrangement» van zorgaanbieder Aafje in samenwerking met de gemeente Rotterdam of het project «Beter samen in Noord» met betrokkenheid van Achmea, in het kader van de topsector Life Sciences & Health. Het Transitiebureau Wmo is in samenwerking met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een masterclass voor gemeenten gestart. Verzekeraars hebben een belangrijke rol in het programma van deze masterclass, die onder andere gaat over de afstemming met zorgverzekeraars en kansrijke onderwerpen die daarbij spelen.

Ook waar het gaat om experimenteren met wijkteams worden in het land goede stappen gezet. Gemeenten zijn vanuit de Wmo en de Jeugdwet actief aan de slag met het opzetten van sociale wijkteams, in allerlei vormen en maten en met verschillende doelen. Te denken is aan de voorbeelden «Gezonde Wijk» in ondermeer Utrecht, «Frontlijn team in wijk» in Leeuwarden, «Sociale Wijkteams Multi-probleemgezinnen» in Groningen, «WIJ Eindhoven» en «Proeftuinen Gezinsmanagement» in Tilburg. Ook binnen het project regelarme instellingen wordt geëxperimenteerd met het bieden van zorg, ondersteuning en welzijn over de domeinschotten heen, zoals bij Vitras CMD, het project «Handen in één», van de gemeente Leeuwarden met De Friesland en Opella met de gemeente Ede.

De Raad adviseert in zijn rapport extra proeftuinen in te richten om te kunnen experimenteren met de inrichting van de basiszorg. In het kader van de hervorming van de langdurige zorg worden zorgaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars door het kabinet ondersteund met een meerjarig transitieprogramma. De inrichting van proeftuinen gericht op de

veranderingen die gepaard gaan met de hervorming en het monitoren van de veranderingen maken onderdeel uit van dit transitieprogramma¹.

Het advies van de Raad om meer proeftuinen te initiëren gaat ons inziens gepaard met een oproep aan het veld om de lessen uit de bestaande initiatieven te trekken en toe te passen. De bovengenoemde voorbeelden van goede samenwerkingsverbanden bieden werkzame ingrediënten, randvoorwaarden en oplossingen voor belemmeringen, waarmee gemeenten, zorgaanbieders, verzekeraars en maatschappelijke organisaties aan de slag kunnen met een multidisciplinaire aanpak. Om dit verder te faciliteren, is het Nicis Institute in opdracht van de G32 gestart met een leergang over sociale wijkteams voor gemeenteambtenaren. Goede praktijkvoorbeelden worden ook beschikbaar gesteld op InvoorZorg!, een initiatief van het ministerie van VWS en Vilans (kenniscentrum langdurige zorg), waar bestaande kennis wordt gebundeld en organisaties praktische ondersteuning wordt geboden in hun eigen veranderingstraject.

Het Transitiebureau Wmo brengt in een werksessie met kennisinstituten alle bestaande kennis van en ervaring met sociale wijkteams bij elkaar. Met de kennisinstituten wordt gekeken naar de kritische vragen waar gemeenten in ieder geval keuzes in moeten maken alvorens en tijdens de inrichting van wijkteams.

Ook het Transitiebureau Jeugd biedt ondersteuning van partijen bij de veranderingen en laat het Nederlands Jeugdinstituut netwerken van gemeenten en experts organiseren rondom thema's als «generalistisch werken» en «beslissen over hulp». Hierbij wordt kennis gedeeld, omschreven en ontwikkeld, om vragen uit de praktijk over deze thema's te beantwoorden. Daarnaast wordt er in opdracht van de VNG in juni 2013 een handreiking «functioneel model» gepresenteerd die gemeenten een handvat moet geven bij het inrichten van de passende hulp rondom jeugdigen en waar, op basis van een omschrijving van bestaande initiatieven, ook lessen uit getrokken kunnen worden.

Gemeenten

De Raad adviseert aan gemeenten dat zij urgentie creëren bij de aanpak van meervoudige problematiek met behulp van wijkscans en lokale zorgnetwerken en dat zij gaan werken met basiszorgteams aan intersectoraal beleid.

Met de decentralisaties in het sociale domein die door dit kabinet in gang worden gezet, is er niet alleen sprake van een verschuiving van taken, maar de ondersteuning zal op een geheel andere manier vorm moeten worden gegeven. Daarbij dient veel meer aansluiting te worden gezocht bij de individuele situatie van de burger en zijn of haar netwerk en dient vooral te worden gekeken naar wat de burger wel kan. Dit is niet alleen van toepassing op de «cure en care» aspecten, maar zou ook met andere partners op het terrein van inkomen, wonen en sociale voorzieningen moeten worden besproken.

Hierbij zien wij een belangrijke rol weggelegd voor gemeenten in het leveren van een bijdrage aan het vergroten van de deskundigheid en competenties van zorgverleners. Wijkscans kunnen een belangrijk instrument zijn voor gemeenten, wijkteams en zorgverleners, om inzicht te bieden in de wijk en goed te kunnen schakelen naar verschillende vormen van preventie, zorg en voorzieningen. Het kabinet stimuleert gemeenten om sociale wijkteams op te richten en stelt hier € 50 miljoen

¹ Kamerstuk 30 597, nr. 296

voor beschikbaar, zodat de ondersteuning uit het gemeentelijk sociale domein afgestemd kan worden op het medisch domein.

Bij de decentralisaties naar gemeenten en de daarbij behorende grotere gemeentelijke beleidsverantwoordelijkheid, hoort ook een brede beleidsvrijheid. Wij erkennen dan ook de urgentie die de Raad schetst, maar de invulling daarvan is aan de gemeenten.

Financiering, bekostiging en mededinging

De Raad adviseert dat er een passende financiering en bekostigingssystematiek dient te komen voor wijkgerichte basiszorgteams, door bundeling van geldstromen binnen het collectieve pakket mogelijk te maken en door populatiegebonden bekostiging die ruimte biedt voor lokaal maatwerk, samenwerking bevordert en bereikte teamresultaten beloont. Ook adviseert zij dat de praktijk van het toezicht in lijn moet worden gebracht met de praktijk van de basiszorg waarvan samenwerking binnen en tussen disciplines een wezenlijk onderdeel uitmaakt.

Wij zijn van mening dat gemeenten hun verantwoordelijkheden het beste kunnen invullen als de burger centraal wordt gesteld bij het maken van beleid op het sociale domein en aanpalende domeinen (veiligheid, onderwijs, wonen, ondersteuning en zorg). Een stap om deze invulling te realiseren is om gebruik te maken van wijkscans om te zien over welke doelpopulatie het gaat. Wijkscans vormen een belangrijke informatiebron om te komen tot een passende inrichting van de zorg en financiering hiervan. Dit neemt niet weg dat ook in de bekostiging van de basiszorg reeds wordt gekeken hoe deze beter kan aansluiten op de noodzaak voor samenwerking en kan bijdragen tot het behalen van de grootste gezondheidswinst. In de proeftuinen en pilots «betere zorg met minder kosten» wordt op kleine schaal geëxperimenteerd met alternatieven van bekostiging van de eerste lijn. Hier bent u in april jl. over geïnformeerd².

Veldpartijen geven zelf aan dat ze kunnen samenwerken waar dit nodig is om, in het belang van de burger, de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de zorg te bevorderen³. Maar zorgaanbieders hebben ook laten weten dat ze in de praktijk belemmeringen voor samenwerking ervaren, die kunnen zijn opgeworpen door (Europese) wet- en regelgeving betreffende mededinging en de huidige bekostigingswijze. Wij willen graag de knelpunten rondom samenwerking tussen hulpverleners en verzekeraars aanpakken. Tijdens de begrotingsbehandeling 2013 hebben wij toegezegd de Kamer voorstellen te zenden hoe dit binnen de huidige wettelijke kaders, in het belang van de patiënt, meer los getrokken kan worden. Dit wordt meegenomen in de brief die wij eind 2013 aan de Kamer zullen sturen over samenwerking en mededinging.

Daarnaast is in het Regeerakkoord afgesproken dat er een nieuw bekostigingsmodel voor de huisartsenzorg komt, dat in een later stadium ook gaat gelden voor de extramurale verpleging in de Zvw (de thuisverpleging). Dat model moet uitgaan van populatiegebonden bekostiging en ruimte bieden voor aanvullende afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Dat betekent dat in het toekomstige model, meer dan nu al het geval is, kenmerken van de populatie een basis zijn voor de bekostiging van de zorg. Welke populatiekenmerken zich daar goed voor lenen onderzoeken wij de komende tijd. Wij verwachten dat het in de toekomst eenvoudiger zal zijn om de huisartsenzorg en verpleegkundige

² TK 2012–2013, 32 620, nr. 85

³ Uit de notitie «Agenda voor de zorg» van Actiz, Cso, GGD Nederland, GGZ Nederland, KNMG, LHV, LVG, NPCF, NFU, NVZ, OMS, VGN, V&VN en ZN

zorg integraal in te kopen en dat daardoor de samenwerking tussen zorgaanbieders onderling in teams sterker wordt. Dit geldt ook voor de samenwerking tussen de inkopende partijen (gemeenten en zorgverzekeraars), omdat daar waar zij met dezelfde populaties te maken hebben, zij beiden hun inkoop kunnen baseren op gedeelde populatiekenmerken, die de zorg- en ondersteuningsbehoefte van de populatie in kaart brengen. Wij zullen de Kamer in de zomer informeren over onze ideeën voor de toekomstige bekostiging van huisartsenzorg, geïntegreerde zorg en thuisverpleging.

Conclusie

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg schetst in zijn advies *«Regie aan de Poort: de basiszorg als verbindende schakel tussen persoon, zorg en samenleving»* een vergezicht dat wij met het kabinet ook voor ogen hebben. De ingeslagen weg van de decentralisatie in het sociale domein naar gemeenten, de hervorming van de langdurige zorg, de nieuwe bekostiging van de huisartsenzorg, geïntegreerde zorg en de thuisverpleging die onder de Zvw wordt gebracht en de heldere centrale positionering van de wijkverpleegkundige geven hier blijk van.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn