

## ***Brotherwood, Forum 1718***

### ***Context, toelichting en achtergrond bij analyse veranderingen in de zorg***

Vanaf 1990 heeft de overheid een groter beroep gedaan op de eigen verantwoordelijkheid van burgers, voor hun gezondheid, inzetbaarheid en oudedagsvoorziening. Met betrekking tot arbeid kwamen er strengere regels en meer verplichtingen.

#### ***Verandering Zorg per 1 januari 2015***

‘We gaan de zorg samen radicaal veranderen, wij stellen uw zorgvraag centraal en u als zorggebruiker op de eerste plaats. Wij bieden zorg met aandacht voor onderwijs, scholing, werk en inkomen en u biedt uw talenten en betaald ook mee’.

Zodat u kunt meedoen en zolang mogelijk onderdeel kunt zijn van- en bijdragen aan de maatschappij. Dat is het doel, een inclusieve solidaire samenleving, samen voor onszelf en met elkaar.

#### ***Betekenis en invloed van de verandering***

Deze politieke opvatting, ambitie en opdracht stuurt maatschappelijke- en financieel-economische veranderingen en verhoudingen, een mijlpaal in de geschiedenis van de gezondheidszorg. Die goedkoper, anders en beter moet. Een brede inhoudelijke en relationele verandering, verbonden met vertrouwen, zekerheid en veiligheid. Onder democratische controle van parlement en gemeenteraden.

#### ***Voorwaarden: maatschappelijk, persoonlijk, organisaties***

- Meer voor ons zelf en voor elkaar te zorgen, minder gebruik maken van collectieve verzekerde zorg, meer zelf financieel bijdragen aan hulp, ondersteuning en zorg.
- Zelf zorgen voor persoonlijke gezondheid, deelnemen en bijdragen aan de maatschappij en bij zorgbehoefte zo lang mogelijk thuiswonen.
- Zelfstandig en in samenwerking met collega organisaties zorgen voor goedkopere, betere en aansluitende integrale hulp- en dienstverlening.

#### ***Controle Gemeenteraad***

Raadsleden worstelen met cijfers en regionale samenwerking over de Zorg. Zij krijgen te weinig cijfermatige onderbouwing. Daardoor is het lastig te kunnen beoordelen of met het vastgestelde kader en beleid wel de goede resultaten worden behaald. De (verplichte) regionale samenwerking is ook thema. Hoe kan het zijn dat de zorg die dichtbij georganiseerd moet worden tegelijk op regionaal niveau vastgesteld moet worden? Schaalvergroting voor specialistische zorg, is noodzakelijk. Hoe kun je daarin als gemeenteraad nog sturen op kader en resultaten controleren? Zeker bij betalende dus bepalende grote centrumgemeenten. Raadsleden vinden dat instellingen ook zélf verantwoordelijk zijn om uitgaven te beheersen. Het voelt vreemd dat je daar als raad verantwoordelijk voor bent.

#### ***Publiek debat***

Wie volgt dit veranderingsproces in het publieke domein en wie voedt van daaruit het debat. Het ontbreekt vaak aan (kritische) reflectie vanuit de media. Omdat het aantal journalisten van regionale en lokale dagbladen daalt en de journalistiek over gemeentezaken in sommige gemeenten is verdwenen.

### ***Forum 1718, in gesprek over de zorg***

Op verzoek van gemeente Apeldoorn en in samenwerking met zorgorganisaties organiseerde Brotherwood van oktober 2017 tot en met februari 2018, in het kader van de gemeenteraadsverkiezingen op 21 maart 2018, een vijftal bijeenkomsten over vernaderingen in de zorg. Sinds November 2014 organiseerde Brotherwood in totaal 25 bijeenkomsten over de zorg. Onder de titel 'Buurten in de Wijk en Buurten in het Dorp'. Ontmoetingen voor overheid, burgers en organisaties. Met elkaar in gesprek over betekenis en invloed van de veranderingen.

### ***Forum 1718, verloop bijeenkomsten***

De eerste periode zijn bijeenkomsten met name door de gemeente, maar ook door de andere zorgaanbieders, benut om burgers te informeren over de veranderingen in wet- en regelgeving, verandering van werkwijzen, over keukentafelgesprekken, andere loketten en nieuwe samenwerking.

Over wijzigingen in Thuiszorg, eigen-bijdragen, PGB's, langer thuiswonen van ouderen, hulp door familie en het organiseren van zorg dichtbij.

Aansluitend en later kwamen de ervaring, mening, kortom de verhalen van burgers, mantelzorgers en professionals aan de orde.

Ontmoetingen over de invloed, betekenis en effecten van alle veranderingen op hun dagelijks leven en werken. Afwisselend was er sprake van een informatieve, bemoedigende, indringende en kritische uitwisseling van ervaring en mening. Deelnemers benutten de bijeenkomsten om hun persoonlijke situatie en ervaring met anderen te kunnen delen. En om de aandacht te vestigen op te verbeteren regels, zorg, bejegening en aanpak.

### ***Forum 1718, rol, positie overheid en organisaties***

De gemeente werd als opdrachtnemer en verantwoordelijk uitvoerder van Rijksbeleid door burgers aangesproken op de versobering van zorg, de verplichting tot eigen bijdragen, het (instructieve) verloop van 'keukentafelgesprekken', het ingewikkeld maken van regels en procedures, onduidelijkheid over 'loketten' en gebrek aan informatie.

De gemeentelijke tussenpositie maakt het mogelijk vandaar ook verontschuldigend te wijzen: 'het moet van Den Haag'!

Een te gemakkelijk excuus. In plaats daarvan maakt het krachtig stellen van gemeentelijke verantwoordelijkheid op sommige momenten meer duidelijk over het gezamenlijk proces en wat daarin goed en fout gaat. Ook dat is een bijdrage aan de (lokale) solidaire samenleving.

Het omgekeerde, het in eerste instantie kritiekloos volgen van de Rijksoverheid, was ook aan de orde. Voorbeeld daarvan: onjuiste dus onterechte gemeentelijke reactie op de onrust onder Zorgboeren over het uitblijven van PGB gelden: 'volgens de Staatssecretaris is er niets mis'.

Overheidsvertegenwoordigers, vertegenwoordigers van gemeente, professionals, hebben de neiging inzet en inspanningen van hun organisatie en van zichzelf, tegenover kritische opmerkingen vanuit het publiek te plaatsen. 'Er gaat heel veel goed en we hebben aandacht voor wat minder goed gaat'. Een verdedigingsreflex die afsluit en daardoor onvoldoende bijdraagt aan een open gezamenlijk debat over lastige onderwerpen bij veranderende zorg. Aan het noodzakelijk contact en de dialoog daarover met de burgers.

### ***Inspanning gemeente en organisaties***

Er zijn door gemeente en organisaties onder veel druk, voorwaardelijk grote inspanningen verricht om de uitvoering van veranderingen in de zorg mogelijk te maken. Kaderwetten, uitvoeringswetten, regelingen, procedures, trainingen en werkafspraken. In algemene zin was het uitvoeringssysteem voor de eerste fase van verandering technisch redelijk op orde. En er gaat veel goed.

### ***Verwachting burgers***

Rekenkamer Apeldoorn schetste in 2014 een verwachtingsvolle praktijk: 'Het kan niet zo zijn dat pleidooien voor nabijheid, voor andersoortige relaties en verhoudingen tussen overheid en burgers geen gevolgen heeft voor de positie die burgers, en meer in het bijzonder opvattingen, meningen en ervaringen van burgers, innemen binnen de beleidscyclus. Het verhaal van burgers doet ertoe'!

### ***Complimenten voor burgers***

In januari 2018 complimenteert Rekenkamer Apeldoorn burgers met de kwaliteit van hun verhalen op basis van onderzoek naar de Participatiewet: 'Wat vooral opvalt, is hoe goed mensen in staat zijn hun verhaal te vertellen in termen van samenhang en vooral chronologie. Verbazingwekkend hoe gestructureerd en mooi gefaseerd verhalen op tafel kwamen. Dat zij ook scherpe beelden hebben over sommige meer dieperliggende beweegredenen of motieven voor het beleid waar zij meer te maken krijgen. Vaak scherper dan veel bestuurders of beleidsmakers zelf'.

### ***Twee werelden, overheidsbeleid en burgers***

De rekenkamer vermeldt verder: 'De systeemwereld is er één. De leefwereld en belevingswereld van burgers die het betreft is een tweede. Tussen die werelden bestaat zoals uit ons onderzoek zal blijken een duidelijke kloof. Soms makkelijk te overbruggen, maar soms welhaast onoverbrugbaar. En dat besef is voor beide kanten van groot belang'. 'Alle mooie begrippen, de kanteling, de transitie, de transformatie, eigen regie, eigen verantwoordelijkheid, eigen kracht, nabijheid, verbinding, integraliteit en wat al niet meer ten spijt, het dominante discours binnen het sociale domein blijft dat van de systeemwereld'.

Zijn Rijksoverheid, gemeente, burgers en organisaties zich hier voldoende van bewust. De praktijk is vaak dat 'dit bewustzijn' steeds werkendeweg blijkt. Veelal na negatieve ervaring, bij botsende opvattingen en oplopend conflict zonder 'winnaar'.

### ***Macht, rijksoverheid en gemeenten***

Positie en macht (ook) bij de veranderingen in de zorg een cruciale rol. Hoe meer taken de rijksoverheid bij decentralisaties overdraagt aan medeoverheden, hoe meer nationale beleidsmakers zich bemoeien met wat medeoverheden doen.

Van gemeenten wordt verwacht dat ze in staat zijn gedecentraliseerde taken en bevoegdheden naar behoren uit te voeren, waarbij ze landelijke beleidsdoelen moeten zien te realiseren en daarnaast ook nog lokaal maatwerk dienen te leveren. Maar: het probleemperspectief van de Rijksoverheid is daarbij leidend.

### ***Twee werelden, gemeentebeleid en burgers***

In januari 2018 meldt het Centraal Cultureel Planbureau op basis van onderzoek naar de lokale uitvoering van de WMO dat deze een positieve impuls heeft gegeven aan samenwerking. Beleidsmedewerkers zijn positief, de beleidskant en uitvoeringskant zijn binnen de gemeente dicht bij elkaar komen. Bijbehorende cultuur- en gedragsverandering moet bij veel professionals echter nog plaatsvinden.

Aanbieders zijn negatief over toegenomen administratieve druk door vele (per gemeente) verschillende regels, procedures en verantwoordingsystemen.

Toegang tot ondersteuning is ingewikkelder geworden, waardoor het voor zowel inwoners als professionals niet duidelijk is waar zij terecht kunnen met een hulpvraag en welke instantie verantwoordelijk is.

Burgers zijn tot nu toe niet of nauwelijks meegenomen in beoogde cultuur- en gedragsverandering. Er zijn zorgen over grenzen aan de redzaamheid van burgers. Niet iedereen denkt en kan het zelfde. De burger moet de wet niet alleen kennen maar ook kunnen. In aanleg is er al verschil in kansen op redzaamheid.

48 % van alle Nederlanders heeft moeite zelf regie te voeren over gezondheid, ziekte en zorg. 1 op de 3 Huishoudens heeft onvoldoende buffers om normale tegenslag op te vangen. 650.000 gezinnen hebben problematische schulden en 735.000 gezinnen lopen risico daarop

### ***WMO raden zoeken nieuwe rol***

De meeste Wmo raden, adviesorganen van inwoners, zijn overgegaan in sociaal domein brede raden. Zij beogen een actievere rol, willen hun agenda meer zelf bepalen en meer interactie met inwoners zoeken.

### ***Complicerende rol van gemeenten***

De gemeente is per 1 januari 2015 tegelijk verantwoordelijk uitvoerder van Rijksbeleid en lokaal kaderstellende, sturende regisseur, contractant, financier, toezichhouder, controleur en uitvoerder van zorg, welzijn, werk en inkomen geworden. Tegelijk: hechte samenwerking met verzekeraars, opdrachtgever en samenwerkingspartner van aanbieders en hulpverlener voor burgers.

### ***Kosten verzorgingsstaat omlaag, stijging particuliere zorguitgaven***

Er is een stijging van particuliere zorguitgaven omdat wettelijke voorzieningen verschrompen, vooral in ouderenzorg. Toegang tot hulp, verzorging en verpleging vanuit WMO, ZvW en Wlz wordt steeds verder beperkt. In 2014 ontving nog 31% van de 75+-ers publiek gefinancierde zorg. In 2015 was dit nog maar 24%. Nu al ontvangt ca. 15% van hen particulier gefinancierde zorg, m.n. huishoudelijke hulp.

Uit recente CBS-cijfers over doodsoorzaken bleek dat er een sterke stijging is (16 %) van het aantal ouderen dat overlijdt als gevolg van een val, 3.300 in 2016, dat zijn negen mensen per dag.

Een van de verklaringen is dat mensen (noodgedwongen) langer thuis wonen. Een ander schokkend getal is dat het aantal 65-plussers dat na een val terechtkomt op de spoedeisende hulp de afgelopen tien jaar met ruim 40 procent is gestegen; elke vijf minuten wordt er een oudere naar het ziekenhuis gebracht. 98 % Van de bevolking wil dat de verzorgingshuizen blijven. Omdat kwetsbare ouderen daar onderdak, eten en verzorging vinden en ook aanspraak en gezelligheid.

### **Zorgstelsel**

Ons zorgstelsel is gebaseerd op de wet marktordening gezondheidszorg uit 2006: zorgverzekeraars, zorgverleners en zorggebruikers en drie bijbehorende markten, de zorgverzekeringmarkt, de zorginkoopmarkt en de zorgverleningsmarkt. En twee andere groepen markten: leveranciers van geneesmiddelen, andere medische producten en instrumenten en de niet medische leveranciers.

### **Zorginkoopmarkt ingewikkeld stelsel**

Vier grote zorgverzekeraars met ruim 90% marktaandeel maken de dienst uit. Zij sluiten contracten met ziekenhuizen en met aparte bedrijven van medisch specialisten, huisartsen, apothekers e.a. die zich allen georganiseerd hebben om met en tegenover elkaar en de zorgverzekeraars een vuist te kunnen maken.

### **Gemeenten, zorgaanbieders, afspraken en zorginkoop**

Met de decentralisatie van maatschappelijke ondersteuning, begeleiding en jeugdhulp per 1 januari 2015 (Wmo) en Jeugdwet (Jw), moeten gemeenten voor hun inwoners afspraken maken met diverse zorgaanbieders. Aanbieders worden geacht samen te werken en te concurreren.

De markt is eerder een ingewikkeld georganiseerd en gebudgetteerd stelsel van afspraken en wederzijdse zekerheden met enige speelruimte voor de onderlinge partijen, maar waar blijft de patiënt?

De Raad voor Volksgezondheid Samenleving (RVS) meldt in oktober 2017 dat de zorginkoop weliswaar heeft bijgedragen aan betaalbare zorg, maar dat de transactie tussen inkoper en aanbieder te dominant geworden is en de nadruk vooral op prijs en doelmatigheid ligt. Uniforme regelingen hebben de overhand gekregen, voor de specifieke noden van de patiënt is te weinig ruimte.

Het huidige proces van zorginkoop vraagt bovendien om strakke en uitgebreide verantwoording met hoge administratieve lasten voor aanbieders tot gevolg.

Zorginkoop in Nederland moet veranderen vindt de RVS. In een vorm waarbij patiënten en cliënten samen met de zorgverlener die hun situatie goed kent, kunnen bepalen welke zorg zij nodig hebben en wie die zorg het beste kan geven.

### **Zorginkoop langdurige zorg.**

Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) onderhandelen zorgverzekeraars al zo'n tien jaar en in toenemende mate, met zorgverleners over prijs en kwaliteit van curatieve zorg.

Zorginkoop speelt een belangrijke rol in de langdurige zorg. De Wet langdurige zorg (Wlz) regelt dat zorgkantoren namens verzekerden afspraken maken met zorgaanbieders over vernieuwing en kwaliteit.

### **Een nieuwe rol voor het zorgkantoor**

Zorgkantoren worstelen met hun rol bij de zorginkoop van de langdurige intramurale ouderenzorg. Nu de transitie technisch gelukt is, rijst een aantal vragen.

In de wet staat cliëntgerichtheid voorop en dat geeft een breder kader aan inkoop: wat ga je inkopen, wat is de klantvraag, hoe borg je die klantvraag en hoe beleg je dat in je inkoopspecificatie.

### **Zorg, risico's voor aanbieder en client / patiënt**

Bij de Wlz gaat het ook over hardere sanering: de zorgaanbieder is ondernemer, een faillissement is risico van het vak. De strijd tussen inkoper en verkoper gaat over de vraag waar het risico moet komen te liggen, of waar het ongemak neergelegd wordt. Via ontwikkelafspraken tussen direct betrokkenen kan risicoacceptatie worden bereikt: met de cliënt, de familie, de professional, de zorginstelling, het zorgkantoor, zo nodig met de brandweer of de inspectie.

### **Markt voor Particuliere zorg**

De markt voor particuliere zorg groeit fors. Sinds 2009 met 17,5 % naar bijna €18 miljard in 2015.

Dat is een grotere stijging dan die van de totale zorgkosten, + 12,3%.

Het aandeel van zorgverzekeraars hierbinnen neemt echter zienderogen af.

Verklaring voor groei:

- 1e. Stijging uitgaven zorgsoorten die particulier geregeld worden, mondzorg (+ 7,5%) en fysiotherapie (+20%) sinds 2010.
- 2e. Stijging particuliere zorguitgaven omdat wettelijke voorzieningen verschromen, vooral in ouderenzorg. Toegang tot hulp, verzorging en verpleging vanuit WMO, ZvW en Wlz wordt steeds verder beperkt.  
In 2014 ontving 31% van de 75+-ers publiek gefinancierde zorg. In 2015 was dit nog maar 24%. Dus regelen steeds meer ouderen dit zelf. Nu al ontvangt ca.15% van hen particulier gefinancierde zorg, m.n. huishoudelijke hulp.
- 3e. Gezond leven wordt steeds belangrijker en de klant geeft hier steeds meer aan uit. Sinds 2010 verdrievoudigde het aantal mensen dat een diëtiste bezoekt. Sinds 2014 verdubbelde het aantal mensen dat digitaal hun beweging monitort naar 24%.

### **Zorgverzekeringen, toekomst**

Nederlandse zorgverzekeraars spelen niet of beperkt in op groeifactoren. Daardoor verliezen zij snel terrein. Niet omdat behoefte aan particuliere financiering afneemt, maar omdat zij geen passende oplossingen bieden.

Techbedrijf Amazon stapt met JPMorgan en Berkshire Hathaway in de zorg. Zij willen een onafhankelijk zorgbedrijf starten. Gericht op het gebruik van technologie om zorg goedkoper en simpeler te maken. Eerst voor hun eigen medewerkers, maar op termijn aan anderen.

### **Zorgtechnologie**

De experimenteer fase voorbij. E-health is mede bepalende factor bij zorginkoop. Het gebruik van Domotica is aan het wennen. Robotica loopt binnen in de zorg en het gebruik van nanotechnologie is aan de orde. Philips is speler op de zorgmarkt. Apple, Microsoft, IBM en Alphabet beginnen in de zorg met apps en datadiensten.

### **Jeugdhulp**

Contractering met gemeenten heeft bij (boven) regionale aanbieders geleid tot grote toename van verantwoordings administratie. Er is sprake van groeiende liquiditeitsproblemen bij een toenemend aantal aanbieders. Dit vaak als gevolg van gebrek aan werkkapitaal door de omschakeling van subsidiëring of bevoorschotting vooraf naar betaling achteraf – vooral waar de behandelduur lang en duur is en/of betaling om

administratieve redenen uitblijft. Als gemeenten en aanbieders hiervoor in onderling overleg geen oplossingen weten te vinden, is het gevaar groot dat essentiële functies van jeugdhulp in het gedrang komen.

Uit de eerste evaluatie van de Jeugdwet blijkt dat extra inspanningen nodig zijn om de ambities van die wet te realiseren. De transformatie naar een effectiever jeugdstelsel is nog niet gerealiseerd. 'Het fundament ligt er, maar het gebouw moet echt worden neergezet'. Drie jaar na de invoering van de Jeugdwet blijkt het voor lang niet alle ouders en jeugdigen eenvoudig om de jeugdhulp te krijgen die nodig is. Volgens bijna één op de drie ouders in het onderzoek heeft dat zelfs veel moeite gekost.

Vooraf voor gezinnen in een kwetsbare positie. De rechtsbescherming van cliënten bij jeugdhulp schiet tekort.

Herbezinning op enkele onderdelen van de Jeugdwet is wenselijk. Onderzoekers pleiten onder andere voor een betere informatievoorziening waardoor cliënten hun weg naar jeugdhulp beter kunnen vinden en extra aandacht voor gezinnen in een kwetsbare positie. Daarbij is niet alleen een rol weggelegd voor gemeenten maar ook voor huisartsen, scholen en jeugdgezondheidszorg.

Preventie en vroeg-signalering zijn ook een vindplaats voor meer behoefte aan specialistische jeugdhulp. Het lijkt nog te vroeg om een uitspraak te doen ten aanzien van de veronderstelde gevolgen van preventie op het gebruik van specialistische jeugdhulp', aldus de onderzoekers.

Gemeenten zijn per 1 januari 2015 verantwoordelijk voor de provinciale jeugdzorg, de jeugdbescherming en reclassering, de Jeugd GGZ en de zorg voor licht verstandelijk gehandicapte jeugd. GGZ aanbieders van OGGZ maken zich grote zorgen over de continuïteit en kwaliteit van hun specialistische zorg nu gemeenten de uitvoering daarvan onderbrengen binnen de wijkteams.

### ***Jeugdzorg in praktijk***

Uit 'Esther Vandaag', moeder van Tom, zoon (2006) met klassiek autisme, een verstandelijke beperking en een flink slaapprobleem. 'Hoe logisch een indicatie ook lijkt, het is niet vanzelfsprekend. Dagelijks lees en hoor ik verhalen van mensen in een soortgelijke situatie bij wie het kind is afgewezen voor de WLZ.

Soms met redenen die de ouders erg verdrietig maken, en hen het gevoel geven dat ze niet begrepen worden. Ik vroeg een aantal ouders om de reden die ze kregen voor de afwijzing. Ik kreeg veel reacties'. Iemand met een kind met autisme, een verstandelijke beperking en ADHD kreeg te horen: "Waarom vraagt u eigenlijk WLZ aan? Is dat omdat u het wel makkelijk vindt? U weet toch niet zeker dat uw zoon levenslang zorg nodig heeft?"

### ***Ziekenhuizen***

In 2015 bedroegen de uitgaven aan medisch-specialistische zorg € 26,2 miljard. 95% daarvan wordt gefinancierd door de Zvw, 1,4% door de overheid via diverse subsidieregelingen, 3% door de Wlz en 0,4% door eigen betalingen.

Zorgverzekeraars proberen ziekenhuizen met zogenaamde shared- savingsmodellen te verleiden om minder productie te maken en meer in kwaliteit en preventie van operaties en dergelijke te investeren. Bij het shared-savingsmodel wordt de winst van de besparing



gedeeld tussen de zorgverzekeraar en het ziekenhuis. Ziekenhuizen zijn hiertoe bereid, omdat hun voortbestaan in het geding is wanneer ze dit niet doen. Maar de zorginkoop is ook een machtsspel om het geld. Het onderhandelproces tussen verzekeraars en ziekenhuizen is verhard, waarbij het naar de media stappen of dit dreigen te doen een geoorloofd instrument is.

Opvallend is dat wat de patiënt zelf belangrijk vindt slechts een beperkte rol speelt binnen het inkoop-/verkoopproces bij medisch-specialistische zorg. Het gaat voornamelijk over financiële kaders, en wanneer het over kwaliteit gaat binnen de inkoop, gaat het om professionele opvattingen over kwaliteit. Alleen in het gesprek met de patiëntenvereniging is het gegaan over het belang van gezamenlijke besluitvorming.

### ***Ouderenzorg, verzorging en verpleging***

Intramurale ouderenzorg, zorg voor ouderen die niet meer zelfstandig kunnen wonen en een relatief zware zorgvraag hebben.

Onder de zorg valt verblijf, medische zorg en behandeling, maaltijdvoorziening, huishoudelijke hulp, welzijnsactiviteiten en outillagemiddelen.

De totale uitgaven aan langdurige zorg bedragen in 2016 bijna € 10 miljard. De geplande bezuinigingen op verpleeghuizen uit het Regeerakkoord vanaf 2017 zijn inmiddels van de baan. Doordat er echter steeds meer nieuwe zorginstellingen voor intramurale ouderenzorg komen, zijn er steeds minder middelen beschikbaar voor bestaande zorginstellingen.

40 % Van de zorgorganisaties in verpleging, verzorging en thuiszorg schreef in 2016 rode cijfers. Oorzaak 3,8 miljard bezuiniging in de caresector.

In 2014, 2015 zijn in totaal 55.000 mensen in de verpleging, verzorging en thuiszorg ontslagen. 18.000 Huishoudelijke hulpen en 37.000 grotendeels mensen met de functie helpende nivo 2.

De verwachting is dat het aantal ouderen in de intramurale zorg bij ongewijzigde toewijzingsregels zal toenemen. Met name het aantal mensen met een zwaardere indicatie stijgt.

Nederland telt op dit moment 735.000 ouderen van 80 jaar of ouder. Tot 2025 wordt een verdubbeling van dat aantal verwacht. Momenteel wonen 129.000 mensen in een verpleeg- of verzorgingshuis, 6 van de 7 80+ ers woont dus thuis.

Jaarlijks bezoeken zo'n 800.000 ouderen de afdelingen voor spoedeisende-hulp (SEH's) bezoeken. De continue stroom oudere mensen naar de 'eerste hulp' doet zich voor sinds het sluiten van de meeste verzorgingshuizen enkele jaren geleden. Van deze 800.000 senioren worden er 543.000 opgenomen in het ziekenhuis. In slechts 40 procent van deze SEH-opnamen blijkt het om noodzakelijk medisch specialistische zorg te gaan. Jaarlijks belanden er dus 322.000 ouderen zonder medisch specialistische noodzaak in een ziekenhuisbed (ca. € 800 per dag). Alleen omdat deze mensen nergens terecht kunnen en mede omdat verzorgingshuizen bijna allemaal zijn opgeheven. Carin Gaemers en Hugo Borst hebben met hun Zorgmanifest in December 2017 het politieke besluit bevorderd dat er 2.1 miljard euro zal worden besteedt aan de verbetering van de zorg aan ouderen.



## Zorgagenda

### *Drie uitgangspunten:*

- 1. investeren in onderling vertrouwen*
- 2. aandacht voor verschillen tussen mensen*
- 3. inzetten op blijvende solidariteit*

### *Investeren in onderling vertrouwen*

- vertrouwensrelatie tussen hulpvrager en hulpverlener*
- vertrouwen van burgers in 'de verzorgingsstaat'*
- vertrouwen van burgers in gebruik kunnen maken van voorzieningen*
- rugdekking die professionals krijgen van hun bestuurders*
- vertrouwen in de manier waarop de inspectie aanbieders controleert.*

### *Aandacht voor verschillen tussen mensen*

- heel verschillende opvattingen over 'goede' zorg en hulp*
- verschillen in persoonlijk, economisch, sociaal en cultureel leven en kapitaal*
- waardoor mensen heel verschillende zorg- en hulpvragen hebben*
- en de zorg of hulp die ze ontvangen ook heel verschillend waarderen*

### *Inzetten op blijvende solidariteit*

- steeds meer mensen worden ouder*
- aandoeningen zijn vaker chronisch*
- aantal werkende mensen dat sociale vangnet financieel draagt neemt af overgang van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving*
- hoe veranderingen uitpakken voor mensen die kwetsbaar zijn*
- hoe bereiken zij de zorg en hulp die ze nodig hebben*
- hoe bereiken zorg- en hulpverleners hen?*
- hoe slagen zij erin om mee te (blijven) doen en mee te (blijven) beslissen?*

Bijlage:

Brotherwood, Forum 1718

Context, toelichting, achtergrond bij analyse veranderingen in de Zorg

Literatuur, bronnen:

1. Eerste evaluatie Jeugdwet, na de transitie de transformatie, ZonMw, januari 2018
2. De WMO in Praktijk, de lokale uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning, Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) januari 2018
3. De Kanteling als kompas, Rapport Rekenkamer Apeldoorn 2014
4. Je trekt altijd aan het kortste eind, Rapport Rekenkamer Apeldoorn, januari 2018
5. Weten is nog geen doen, een realistisch perspectief op redzaamheid, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) 2017
6. Zorgen voor de Jeugd, Transitieautoriteit Jeugd, maart 2017
7. 'Esther Vandaag', blog van Esther, moeder van Tom
8. Verkenning macro doelmatigheid van decentralisaties, Het Zijlstra Center, Vrije Universiteit Amsterdam, maart 2017
9. Vraag het ouderen en het tehuis is zo terug, artikel NRC, 1 juli 2017
10. De Cure onder het mes, Gijs van der Loef, oktober 2016
11. Zorgverzekeraars, Bas Hagoort, mei 2017
12. Decentralisatie als opgave, evaluatie decentralisatiebeleid Rijksoverheid 1993-2208, mei 2008
13. Decentralisatie en bestuurskracht van de gemeente, SCP, oktober 2009
14. Op maat voor later, maatschappelijke initiatieven op het snijvlak van wonen, zorg en pensioen, WRR 2014
15. Samenwerking centraal, Management Impact, januari 2018
16. Verslag workshops sociaal domein, landelijk raadsledencongres, Vereniging Nederlandse Gemeenten, januari 2018
17. De Zorgagenda voor een gezonde samenleving, Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS), 4 april 2017
18. Essay 'Gezien en gehoord, 17.000 ervaringen met zorg en hulp, RVS, 18 januari 2018
19. Zorgrelatie centraal, Partnerschap leidend voor Zorginkoop, RVS, oktober 2017
20. Vertrouwen in elkaar en in de samenleving, WRR 2017
21. Inkoop safari, Verkenning van de praktijk van Zorginkoop, RVS, februari 2017