

Bezoekadres
Vijzelmolenlaan 20-22
3447 GX Woerden

Postadres
Postbus 2012
3440 DA Woerden

Telefoon (0348) 46 66 66

E-mail info@anbo.nl
Website www.anbo.nl

K.v.K. Utrecht 40476442
ABN AMRO NL16ABNA0433715014

Aan de Tweede Kamer-commissie
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Woerden
16 april 2018

Onderwerp
Hoorzitting

Kenmerk
PA-160418

Informatie bij
a.schipaanboord@anbo.nl

Wat zijn de ervaringen met de eerdere hoofdlijnenakkoorden?

ANBO heeft binnen SER-verband (als toenmalig lid van het FNV) bijgedragen aan de totstandkoming van Sociale Akkoorden.

ANBO heeft daar waar het zorg betrof altijd de nadruk gelegd op kwaliteit, en gepleit voor een bredere visie op zorg dan alleen het gewenste budgettaire kader en de positie van werknemers.

Ook nu vinden wij dat de inzet op hoofdlijnenakkoorden op deelgebieden van zorg, een veel te smalle basis is. Wij vinden dat aan een hoofdlijnenakkoord een visie ten grondslag moet liggen, die zich uitspreekt over het gewenste kwaliteitsniveau en wat daar voor nodig is om deze op dit niveau te handhaven. Daarnaast vinden wij dat er een relatie gelegd moet worden met welzijn, wonen en wijken, en met een veel grotere bijdrage van preventieve inzet. Ook vinden wij het van belang dat de juiste actoren bij de akkoorden betrokken worden. Een hoofdlijnenakkoord is een middel en geen doel.

Onze samenleving verandert. De demografische opbouw, met een bevolking waarvan straks de helft 50-plus is, zal leiden tot een andere zorgvraag. Het overheidsbeleid dat gericht is op het faciliteren van zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen vraagt andere ondersteuning en andere zorgoplossingen.

Voor welke uitdagingen staan we de komende jaren waar het gaat om betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit?

1. Het bereiken van kwetsbare groepen mensen. Het SCP heeft aangegeven dat de sociale en culturele verschillen leiden tot verschillen in levensverwachting, in zorgconsumptie, in de opvattingen over gezondheid en in het ervaren gezondheidsverlies. Het verschil in levensverwachting tussen hoog- en laagopgeleiden is zo'n zeven jaar en het verschil in jaren van ongezondheid of stapeling van ziekte loopt op tot zo'n achttien jaren. De maatschappelijke versnelling, onder meer door grotere technologische mogelijkheden, zal deze verschillen naar verwachting groter maken;

2. De ontwikkeling van samenhangend beleid over de verschillende departementen heen. Wanneer mensen, conform hun eigen wens, zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen, leidt dit onherroepelijk tot een beroep op zorg en ondersteuning, zeker als het gaat om de genoemde kwetsbare groepen. Die zorg en ondersteuning moet op maat zijn en veel meer welzijnselementen in zich hebben. Dit betekent dat er een goede afstemming moet komen tussen inkomensvraagstukken, woonbeleid en beleid op toekomstige zorgbehoeften;
3. We moeten durven investeren in preventieve maatregelen die verder gaan dan alleen mensen aanspreken op leefstijl. Preventie is nodig op het terrein van welzijn, wonen en wijken. Zorg zou een sluitstuk moeten zijn, voor wanneer mensen ziek worden en hulp nodig hebben. We zien nu te vaak dat er een beroep op de gezondheidszorg wordt gedaan zoals bezoek aan de huisarts of de spoedeisende hulp terwijl het om hele andere hulpvragen gaat.

Welke thema's zouden in de zorgakkoorden een plek moeten krijgen en welke thema's juist niet?

- Investering in een wijkgerichte aanpak, waarin de wijkverpleegkundige al in een veel vroeger stadium signaleert of er binnen een huishouden meer ondersteuning nodig is. Dit zou zich niet alleen moeten beperken tot zorg, maar juist integral moeten zijn: schuldenproblematiek, eenzaamheid, de woonomgeving etc. Er zijn te veel signalen dat de spoedeisende hulp bezocht wordt omdat mensen te lang wachten voor er hulp gezocht wordt. Dit betreft zowel problemen die men binnen het sociale domein ervaart en die leiden tot problemen met de gezondheid, als zorgvragen die men te lang uitstelt;
- Preventie, voor een deel uiteraard leefstijl, maar ook in welzijn en een veilige gezonde omgeving;
- Goede regionale afspraken tussen de verschillende zorgaanbieders, er veel meer een aaneengesloten keten ontstaat van eerstelijns, tweedelijns en weer terug naar huis. Dat betekent: een betere afstemming in de keten van eerstelijnszorgaanbieders, samen met ziekenhuizen en zorgorganisaties. En daar waar het kan zoveel mogelijk de zorg naar de mensen toe brengen. Met behulp van nieuwe technologieën is er veel meer thuis mogelijk of binnen de eerstelijnszorg;
- Werk maken van een toegankelijk patiënten- of cliëntendossier waar de betrokken aanbieders allen inzage in hebben in de voor hun relevante informatie. We moeten stoppen met elke keer eigen ICT-oplossingen te gebruiken. De mogelijkheid tot brede uitwisseling dient de primaire voorwaarde te zijn;
- Investeren van verdere ICT-toepassingen, zoals domotica en allerlei telemedicine-diensten, die bijdragen aan de mogelijkheid om veel meer zorg thuis of dichtbij huis te organiseren en leveren;
- Arbeidsmarkt: het bieden van complexe langdurige zorg bij een stijgende vraag in een krappe arbeidsmarkt, vraagt om oplossingen die verder gaan dan een investering in meer personeel alleen. Substitutie is één richting. Maar zorg leveren in een krappe arbeidsmarkt vraagt om een goede samenwerking tussen de diverse professionals, opleiders, familie, en vrijwilligers, waarbij ICT-toepassingen de nodige ondersteuning kunnen vergemakkelijken.

Op welke wijze kan meer invulling gegeven worden aan zorginhoudelijke afspraken?

- Meer vertrouwen in zorgprofessionals en zorgbestuurders en governance aanscherpen aan de poort. De overheid moet randvoorwaarden scheppen en niet bij elk incident te willen ingrijpen met regelgeving en nieuwe normen. Verantwoordelijkheden moeten belegd worden daar waar de afwegingen gemaakt worden en de risico's liggen. Dat betekent een beter samenspel tussen overheid, burger en professional;
- De demografische ontwikkelingen vragen om meer zorg maar op andere en nieuwe wijzen geboden. We moeten breed tot het besef komen dat veel zorg voorkomen kan worden, door meer te investeren in welzijnsoplossingen. We moeten daarnaast ophouden met denken in stenen. Verpleegzorg bijvoorbeeld, moet daar geboden worden waar het nodig is ongeacht locatie. Dit kan in het eigen huis zijn, in alternatieve woonvormen of in een verpleeghuis. We denken nog te veel in eilandjes en bakenen dit af, terwijl maatwerk nu juist vraagt op speciale oplossingen.

Hoe kunnen we invulling geven aan regionaal maatwerk?

- Goede demografische analyse op de korte en langere termijn;
- Ontwikkeling van regionale visie door zorgaanbieders (eerstelijns, tweedelijns en thuiszorgorganisaties);
- Gemeente en verzekeraars dienen dit te faciliteren;
- Financiële prikkels.