**Position paper Zorg op de Juiste Plek**

Guy Schulpen

***Hoe kan worden gekomen tot een betere organisatie van de maatschappelijke ondersteuning en medische zorg?***

Feit is dat deze twee werelden te veel uit elkaar getrokken zijn, terwijl de samenhang tussen dagelijks functioneren (werk, huisvesting, sociale zekerheid, enz) en de zorg groot is.

De samenwerking tussen medisch en sociaal domein is in elk geval niet geholpen met de enorme versnippering die is ontstaan bij de aanbieders. Bij de gemeente Maastricht zijn 240 aanbieders van jeugdzorg gecontracteerd. Hiermee is iedere samenwerking of bekendheid met het aanbod, voor bijvoorbeeld huisartsen, onmogelijk gemaakt. Een overzichtelijk zorgaanbod, met vaste contactpersonen, hulpverleners die op persoonlijke basis en relatie met andere hulpverleners samenwerken, kan een wereld van verschil zijn. Er lijkt een diep verankerd denken in termen van omzet, productie en (financiële) belangen te zijn, hetgeen “de goede samenwerking en/of hulpverlening” in de weg staat.

***Op welke wijze kunnen stakeholders betrokken worden bij het anders organiseren van de zorg?***

Aanbieders: In onze ervaring is het noodzakelijk dat op drie niveaus de visie en uitvoering anders wordt. Op bestuurlijk niveau de bewustwording dat omzet, instellingsbelang minder belangrijk is dan een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor beperkte middelen en een toenemende vraag. Op uitvoeringsniveau, dat professionals de vrijheid ervaren en ook leren te gebruiken om de juiste zorg op de juiste plek te leveren. Maar de belangrijkste “leemlaag” blijkt het middelmanagement dat de visie van de bestuurders moet omzetten naar feitelijk ander gedrag. Dialoog en beïnvloeding op regionaal niveau voor alle drie de lagen is van belang.

Financiers: De gemeenten hebben per definitie een focus op de regio, maar verzekeraars hebben in hun beleid landelijke benchmarks en standaardisatie voorop staan. De regionale plannen zoals bedoeld in “zorg op de juiste plek” vereisen regionale kleuring en maatwerk. Dit vergt een aanpassing in de huidige werkwijze van verzekeraars en er is een terechte vraag te stellen in hoeverre verzekeraars bereid en in staat zijn hierin mee te bewegen en geen hindermacht te worden.

Daarnaast is het “business case denken” bij verzekeraars een additioneel risico. De focus is hiermee overmatig op de financiële kant van verandering belegd en is het korte termijn effect de doelstelling. Juist een beweging als “zorg op de juiste plek” gaat over een verandering in cultuur van zorgverlening en zal de nodige tijd vergen. En terwijl de financiële houdbaarheid van groot belang is, zijn de maatschappelijke effecten van beoogde veranderingen zeker net zo zeer van belang.

Patiënten/ burgers: zie ook verderop.

***Welke wet- en regelgeving staat in de weg?***

In de dagelijkse praktijk blijkt het reuze mee te vallen welke wetten en regels een concept als “zorg op de juiste plek” in de weg staan. Punt van aandacht is de ACM en AVG. Regionale samenwerking mits juist ingekleed hoeft niet op gespannen voet te staan met de mededinging. Een proactieve houding van de ACM is wenselijk om hierin het werkveld op eventuele vragen tegenmoet te komen.

De AVG leidt momenteel tot een overregulering in Nederland. Het uitwisselen van data tussen professionals (met toestemming) en tussen professional en cliënt/ patiënt is van groot belang. Er dient aandacht te zijn voor de pragmatiek van de dagelijkse praktijk i.c.m. de gewenste bescherming voor privacy.

***Hoe kunnen mensen voldoende in hun kracht worden gezet? Hoe kunnen professionals worden voorbereid op het anders uitoefenen van hun vak?***

Burgers: Er is een aantal punten aan te dragen die kunnen bijdragen aan meer eigen regie voor de burger/cliënt/patiënt. Toegang tot eigen dossier is evident, maar ook de zorgvrager als vertrekpunt van zorgvraag en niet het aanbod van de zorgverlener. Het betrekken van burgers/ patiënten in vormen van shared decision making staat veelal in de kinderschoenen. Het versterken van de positie van de zorgvrager via begrippen als advanced care planning, via zelfmetingen, enzovoort, kan worden versterkt. Wellicht zou de klantervaring (via tevredenheid, maar ook via instrumenten als positieve gezondheid) meer richtinggevend moeten zijn om de effecten van zorgverlening te beoordelen.

Professionals: Voor bestaande professionals is er een cultuurverandering nodig. De vraag centraal stellen in plaats van het aanbod, het functioneren van mensen centraal stellen in plaats van de beperking, vergt niet alleen training en scholing, maar ook coaching om tot een duurzame verandering te komen. De oorspronkelijke motivatie van zorgverleners wordt in het “systeem” omgezet naar werken conform “systeem” en minder om zorg te verlenen. De veelal (te) grote administratieve belasting (hetgeen het gevoel oplevert niet vertrouwd te worden) helpt hierbij niet.

Voor nieuwe professionals geldt dat de opleiding zal moeten worden aangepast naar de gewenste cultuur. Veel medische opleidingen kennen nog het meester-gezel principe waarbij cultuurverandering relatief langzaam gaat conform het principe “zoals de ouden zongen, piepen de jongen”. Het aanpassen van opleidingen naar de hedendaagse wensen van zorgverlening is dus zeer gewenst.