

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Eerste Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20017
2500 EA Den Haag

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
1310220-174262-PZO

Bijlage(n)
-

Uw kenmerk
161934.01u

Datum 29 april 2019
Betreft Commissiebrief Eerste Kamer inzake Rapport "Heft in eigen hand"

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Geachte voorzitter,

In oktober van het jaar 2017 bracht de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (hierna: RVS) een advies uit over zorg en ondersteuning voor mensen met meervoudige problemen: *Heft in eigen hand*. Daarin beschreef de Raad drie knelpunten¹ aangaande de positie van mensen die thuis zorg krijgen, en wat er nodig is om die knelpunten op te lossen. Volgens de RVS is versterking van de eigen regie een belangrijke sleutel tot verbetering. Dit vraagt om gedegen samenwerking van alle betrokken formele en informele zorgverleners die een netwerk vormen rondom cliënten en patiënten. Het perspectief van de patiënt moet daarbij centraal staan, aldus het advies van de RVS.

Met deze brief kom ik – mede namens de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport - tegemoet aan het verzoek vanuit de Eerste Kamer van 15 november 2017 om met een reactie te komen.

De rode draad in mijn reactie op de knelpunten in deze brief is het grote belang dat ik hecht aan volwaardig kunnen meedoen, ook als mensen zorg en ondersteuning nodig hebben. Het kunnen blijven participeren en zoveel mogelijk eigen regie houden op leven, zorg en ondersteuning acht ik van groot belang. Ons beleid is daar dan ook op gericht, zoals u zult lezen in deze brief. Waar nodig zullen we ons sterk maken voor het bevorderen van eigen regie.

Uitgestelde reactie voor een vollediger beeld

De RVS bracht haar advies kort voor het aantreden van het huidige kabinet uit op 26 oktober 2017. De reden dat onderhavige reactie op zich liet wachten is dat programma's, waarin de versterking van de eigen regie op ondersteuning en zorg onderdeel van uitmaken, nog moesten worden opgestart. Daarin, en ook in de aanvang van de andere programma's die voortvloeien uit het regeerakkoord, is veel energie gaan zitten. Om een zo volledig mogelijke reactie te kunnen geven, is de opstart van relevante programma's afgewacht zodat in deze brief een compleet beeld van het regeringsbeleid opgenomen kon worden. Inmiddels zijn de verschillende programma's goed uit de startblokken. Versterking van eigen regie heeft binnen verschillende beleidsterreinen een prominente plaats. In deze brief

¹ Zie blz 26 van het rapport 'Heft in eigen hand'.

geef ik een overzicht over hoe het VWS-beleid bijdraagt aan de versterking van de eigen regie. Daarbij ga ik ook in op de aanbevelingen die de RVS heeft gedaan in haar advies.

Eigen regie cruciaal, maar ook complex: steeds meer zorg in netwerken

Een groeiend aantal mensen in Nederland krijgt zorg en/of ondersteuning in de thuissituatie. De bedoeling van zorg thuis is dat mensen zoveel als mogelijk kunnen blijven participeren en eigen regie kunnen houden op hun zorg en ondersteuning. Veel mensen ervaren het houden van die regie echter als (te) complex, zeker als zorg en ondersteuning nodig is vanuit verschillende zorgdomeinen. Dat geldt bijvoorbeeld voor mensen die kampen met een combinatie van fysieke, mentale en sociale problemen, zoals ouderen met zowel lichamelijke als psychische aandoeningen of mensen met gezondheidsproblemen in combinatie met verslavings- en schuldenproblematiek. Mensen met meervoudige zorg en/of ondersteuningsbehoeften hebben meestal te maken met verschillende zorgverleners; een netwerk van verschillende professionals, mantelzorgers en vrijwilligers. Dat maakt dat het lastig kan zijn voor cliënten en patiënten om goed overzicht te houden over hun zorg en/of ondersteuning en eigen regie te blijven houden.

In het advies laat de RVS zien dat een veelheid aan professionele zorgverleners rondom een cliënt of patiënt een gevolg is van een verregaande mate van specialisatie. Positief daaraan is dat het niveau van zorg en ondersteuning op al die gespecialiseerde terreinen hoog is. De uitdaging is er evenwel in gelegen om de verschillende zorg- en hulpverleners goed met elkaar te laten samenwerken en de zorg zoveel mogelijk te organiseren vanuit het perspectief en de behoeften van de patiënt. Het doel moet zijn dat in het complexe bouwwerk van meerdere specialismen en meerdere domeinen, telkens een andere combinatie van formele en informele zorg tot zijn recht kan komen. Dat vraagt om een proactieve inzet van alle betrokken zorg- en hulpverleners, vrijwilligers en naasten zodat gezamenlijk wordt gekomen tot een passende aanpak, die over grenzen van specialismen, organisaties of beroepsgroepen heen reikt.

De RVS stelt in haar advies *Heft in eigen hand* dat om die eigen regie van cliënten te verbeteren, de persoonlijke zorgnetwerken van elke cliënt het vertrekpunt zouden moeten zijn. Die netwerken bestaan uit alle formele en informele zorg- en hulpverleners die betrokken zijn bij de zorgbehoeften van de cliënt. De RVS constateerde drie knelpunten bij de regie op zorg en ondersteuning voor mensen met meervoudige zorgbehoeften:

1. Het is niet eenvoudig om het juiste loket te vinden voor de zorg en hulp.
2. Indien de zorg is geregeld is het moeilijk om het overzicht en de regie daarover te bewaren.
3. Als er iets misgaat is het lastig voor mensen om te weten bij wie ze terecht kunnen met hun vragen of klachten.

Hieronder geef ik mijn reactie per knelpunt. Daarbij ga ik in op de belangrijkste aanbevelingen uit het advies van de RVS en licht ik toe hoe de plannen en de inzet die vanuit het bestaande kabinetsbeleid lopen bijdragen aan oplossingen.

Ad 1. Het vinden van het juiste loket

De RVS constateerde in *Heft in eigen hand* dat het voor mensen met een meervoudige zorg en/of ondersteuningsvraag, niet eenvoudig is om het juiste loket te vinden. Volgens de RVS ervaren veel mensen dat het lastig is om informatie te vinden over wie waarover gaat en wat er komt kijken bij het regelen van zorg en ondersteuning. Voor deze mensen betekent dit dat de toegang tot zorg en/of ondersteuning die bij ze past, niet optimaal is. Het kabinet zet zich daarom in voor een verbetering van een laagdrempelige toegang tot passende zorg en ondersteuning. Het is de bedoeling dat mensen zoveel mogelijk naar vermogen kunnen blijven participeren in de samenleving. Formele en informele zorgverleners uit het netwerk hebben daarbij een rol en verantwoordelijkheid.

Extra inzet cliëntondersteuning

Voor mensen die moeite hebben om hun zorg- en/of ondersteuningsvraag te formuleren, hun weg te vinden in het zorgdomein en die behoefte hebben aan zorg en of ondersteuning bestaat al geruime tijd de mogelijkheid om gebruik te maken van cliëntondersteuning. Cliëntondersteuning is beschikbaar vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz). Verschillende onderzoeken hebben laten zien dat nog te weinig mensen weten van het bestaan van deze functie, laat staan er gebruik van maken. Het is ook om deze reden dat het kabinet extra middelen investeert in cliëntondersteuning. Deze intensivering was nog niet bekend op het moment dat het rapport van de RVS verscheen.

Ik verwacht een positief effect van de extra investeringen in cliëntondersteuning op de mate waarin kwetsbare groepen toegang vinden tot die zorg en ondersteuning die passend is bij hun behoeften en daarmee meer eigen regie ervaren. De essentie van cliëntondersteuning is dat iemand, met overzicht van het zorg en ondersteuningsaanbod, naast de cliënt staat en hem of haar met – op de persoonlijke situatie toegesneden informatie – op weg helpt naar passende oplossingen. Dit kan door een hulpvraag te verhelderen, de weg te vinden in een complex stelsel of contact te leggen met gemeenten, zorgkantoren, instanties en aanbieders. Het is zaak om de functie van cliëntondersteuning verder te optimaliseren, zowel in het sociaal gemeentelijk domein als binnen de kaders van de Wet langdurige zorg (Wlz). Daarvoor is een gerichte herbezinning op de functie noodzakelijk, aangezien deze in de loop der tijd steeds breder is ingevuld.

In mijn brief van 12 juli 2018.² heb ik de contouren van de aanpak tot versterking van cliëntondersteuning geschetst. Langs vier lijnen zal het potentieel van deze functie beter worden benut: meer inzicht in de behoefte aan en het aanbod van cliëntondersteuning, een betere toegankelijkheid van cliëntondersteuners, een betere bekendheid van cliëntondersteuning en tot slot het bevorderen van de deskundigheid van cliëntondersteuners, met name voor specifieke zorg intensieve groepen. Door in te zetten op levensbrede cliëntondersteuning probeert het kabinet de eigen regie van cliënten en patiënten.

De huisarts als belangrijke poortwachter en verwijzer.

In ons zorgstelsel vervult de huisarts de essentiële functie van poortwachter. De huisarts staat dicht bij patiënten en maakt eigenlijk in alle gevallen deel uit van het zorgnetwerk van mensen. Het is een belangrijke constante factor in de zorgketen. Om de functie van poortwachter verder te versterken is het van belang dat de huisarts nauw samenwerkt met de wijkverpleegkundige en het sociaal

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2017-2018, 31 476, nr. 22

wijkteam van een gemeente. Zo ontstaat er een betere vroegsignalering van kwetsbaarheden en kan snel worden bepaald wat de onderliggende zorgbehoefte is. Er zijn in de praktijk zeer goede voorbeelden te zien waarin huisartsenpraktijken, de gemeente en een zorgverzekeraar samen een sociaal team hebben opgezet van waaruit wordt samengewerkt over grenzen van organisaties heen, met als vertrekpunt en focus het functioneren van cliënten vanuit een positieve gezondheidsbenadering. Dergelijke initiatieven kunnen binnen het huidige zorgstelsel tot stand worden gebracht, te meer daar de NZa met ingang van 1 januari 2018 een aantal prestaties geïntroduceerd heeft die aanvullende vergoedingen per ingeschreven verzekerde mogelijk maken. Het gaat dan om multidisciplinaire eerstelijnszorg, waarbij naast de huisartsenzorg ook andere disciplines betrokken zijn.

Regelhulp en Het Juiste Loket

Om mensen in hun zoektocht naar de juiste zorg en ondersteuning te helpen, heeft het ministerie van VWS een aantal digitale platforms opgezet. *Het Juiste Loket* is daar een goed voorbeeld van. Mensen kunnen hier per mail en telefonisch terecht voor hulp wanneer zij zich van 'het kastje naar de muur' gestuurd voelen en niet weten waar zij voor zorg of ondersteuning naar toe moeten. Daarbij kan het gaan om zorg die valt onder de Jeugdwet, Wmo, Zorgverzekeringswet (Zvw) en/of Wlz. *Het juiste Loket* wordt in opdracht van het ministerie van VWS bemenst door medewerkers van Per Saldo en Ieder(in). Zij kijken samen met de cliënt naar de vraag, geven informatie en proberen ervoor te zorgen dat in overleg met de verantwoordelijke instanties (gemeente, zorgverzekeraar, zorgkantoor, Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) of Sociale verzekeringsbank (SVB) een oplossing wordt gevonden. In een aantal gevallen is het mogelijk om op huisbezoek of naar betrokken instanties te gaan. Daarnaast bestaat er sinds 2006 de website 'Regelhulp' (www.regelhulp.nl) die mensen op weg helpt bij het regelen van zorg of ondersteuning. Regelhulp verschaft inzicht in de verschillende mogelijkheden bij specifieke zorg en ondersteuningsvragen. Het geeft informatie over zaken die mensen uiteindelijk met hun eigen zorgaanbieders moeten regelen. De informatie en 'wegwijzers' die deze platforms bieden, versterken de mogelijkheden voor cliënten om eigen regie te hebben en te houden.

Ad 2. Houden van overzicht en versterken regie

De RVS doet in *Heft in eigen hand* meerdere aanbevelingen over hoe bevorderd kan worden dat mensen overzicht houden en de eigen regie op zorg en ondersteuning kunnen verstevigen. De belangrijkste daarvan betreffen het wettelijk verankeren van een persoonlijk Zorgleefplan en de introductie van een persoonlijk, door de cliënt of patiënt aan te wijzen, regiebehandelaar.

Persoonlijk Zorgleefplan

Als basis van de zorg- en ondersteuning aan mensen met een complexe zorg- en ondersteuningsbehoefte, beveelt de RVS aan om een persoonlijk Zorgleefplan wettelijk te verankeren. Het idee van een persoonlijk Zorgleefplan is geïnspireerd op het Individueel Zorgplan (IZP), dat in verschillende deelsectoren van de zorg al op vrijwillige basis wordt gebruikt. Een persoonlijk Zorgleefplan – zoals de Raad dat voor ogen heeft – is een digitaal en persoonsvolgend dossier waarin alle afspraken van de cliënt en de zorgverlener(s) over zorg en zelfmanagement worden opgenomen, inclusief de voortgang daarvan.

Zoals door de RVS al is opgemerkt, is het fenomeen van het zorgplan niet nieuw. Sinds 1 januari 2008 is het wettelijk verplicht om met elke cliënt een

zorgplanbespreking te houden. Verpleeghuizen en de thuiszorg moeten verplicht een zorgplan opstellen in overleg met de cliënten. De gedachte hierachter is dat cliënten die zorg krijgen, meer te zeggen krijgen over de invulling van die zorg. Sinds 1 januari 2015 valt de zorg aan ouderen en chronisch zieken onder verschillende wetten. De zorg thuis valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw), de zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen valt onder de Wet langdurige Zorg (Wlz). Beide wetten, of de uitwerking daarvan, zeggen iets over het zorgplan. Een verdere wettelijke verankering acht ik op dit moment niet nodig. Daarvoor heb ik twee redenen.

Allereerst acht ik een goede samenwerking tussen zorgprofessionals belangrijk voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg en voor de cliëntgerichtheid ervan. Samenwerking moet wat mij betreft van onderop komen vanuit een intrinsieke behoefte om de zorg zoveel mogelijk rond de behoeften en wensen van mensen te organiseren. Het gaat in mijn ogen om het bevorderen van een samenwerkingscultuur, waarbij goed wordt geluisterd naar de wensen en behoeften van mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben. Daarbij moeten zorgprofessionals soms de randen opzoeken van hun eigen verantwoordelijkheid om zo de brug te kunnen vormen naar andere zorg- en ondersteuningsdomeinen. Erkenning van de inbreng van andere zorgverleners in het netwerk en onderlinge afspraken over elkaars rollen en werkwijze zodat de gezamenlijke zorgverlening aansluit bij de behoeften van de cliënt is dan wel noodzakelijk. De RVS noemt dit het bevorderen van 'grenzenwerk'. Om dit te realiseren is enerzijds nodig dat zorgverleners in hun opleiding en in de praktijk voldoende worden toegerust om zorg in zorgnetwerken te leveren. Anderzijds vraagt het om het aanpassen van de organisatiecultuur van zorginstellingen waarbij zorgverleners zich ook gesteund voelen om daadwerkelijk aan 'grenzenwerk' te doen.

Dergelijke manieren van samenwerken beginnen met het kijken naar patiënten als mensen met een integrale zorgbehoefte en de behoefte om eigen regie te houden op leven en zorg en ondersteuning. Dat betekent dus: het doordringen zijn van het belang om samen met patiënten te beslissen over welke zorg en ondersteuning wenselijk en passend zijn bij zijn of haar situatie. Deze manier van kijken en luisteren krijgt gelukkig steeds meer aandacht in de verschillende opleidingen van zorgprofessionals en wat mij betreft zal daar nog meer aandacht naar uit moeten gaan. Samenwerking moet tot stand komen vanuit een doorleefde overtuiging dat daarmee de zorg voor een cliënt of patiënt beter wordt en ook de eigen regie van de cliënt of patiënt wordt versterkt. De focus verleggen van puur behandelen van aandoeningen naar zorg en/of ondersteuning voor patiënt of cliënt vanuit zijn/haar perspectief als mens met mogelijkheden, wensen en behoeften.

Ik wil deze route naar optimale netwerkzorg de kans geven om zich goed te ontwikkelen, zonder nu al de wettelijke weg te kiezen om een Zorgleefplan verplicht te stellen. Een aanvullend argument om deze keuze nu te maken, is mijn zorg dat een verplicht Zorgleefplan mogelijk kan leiden tot meer bureaucratiesing en extra administratieve lasten. Het zou niet passen bij de belangrijke ambitie van het kabinet om administratieve lasten in de zorg fors te verminderen en de tijd van zorgprofessionals meer te richten op het daadwerkelijk leveren van zorg.

Daarmee is niet gezegd dat een Zorgleefplan in bepaalde situaties geen positieve bijdrage zou kunnen leveren. Ik ben echter van mening dat de inschatting of een Zorgleefplan in een situatie wenselijk is, van onderop en op basis van vrijwilligheid kan worden gemaakt.

Persoonlijke gezondheidsomgeving

Een tweede reden waarom ik niet pleit voor een verplichte invoering van een Zorgleefplan, zoals de RVS die voor zich ziet, is omdat ik positieve resultaten verwacht van lopende investeringen in de digitale uitwisseling tussen zorgverleners en patiënten. Met de ontwikkeling van zogeheten persoonlijke gezondheidsomgevingen (pgo's) kan in de nabije toekomst iedere Nederlander die dat wil veilig en betrouwbaar beschikken over de eigen medische en gezondheidsgegevens. In een pgo zitten diverse aanvullende functies en hulpmiddelen waarmee mensen hun eigen gezondheid en leefstijl kunnen bijhouden en ontwikkelen, of waarmee mensen kunnen communiceren met zorgverleners. Zorgverleners kunnen hierdoor meer persoonsgerichte zorg leveren hetgeen ook wordt beoogd in het RVS -advies.

MedMij ontwikkelt spelregels en standaarden waaraan persoonlijke gezondheidsomgevingen en de systemen van zorgverleners moeten voldoen om veilig en betrouwbaar met elkaar te kunnen uitwisselen. De eerste leveranciers ontvangen de komende maanden het MedMij-label. De minister voor Medische Zorg en Sport heeft in overleg met uw kamer op 30 januari jl. nog toegezegd met een aantal initiatieven op het gebied van digitale wegwijzers in gezondheidsapps waaronder het NeLL, de digitale zorggids van Patiëntenfederatie Nederland en de GGD Appstore te verkennen hoe in Nederland de gidsrol naar digitaal zelfmanagement beter ingevuld kan worden.

De persoonlijke regiebehandelaar

Geïnspireerd op de functie van hoofdbehandelaar in de medisch-somatische zorg, beveelt de RVS aan om mensen de mogelijkheid te geven om één persoon te kunnen aanwijzen als persoonlijke regiebehandelaar. Het gaat daarbij vooral om iemand die een coördinerende verantwoordelijkheid heeft over de zorg en ondersteuning, iemand die ontzorgt en als vast aanspreekpunt fungeert voor de patiënt en mantelzorgers. De regiebehandelaar dient volgens de RVS – net als het Zorgleefplan - een wettelijke basis te krijgen in de WGBO, Wmo 2015, Wlz en de Jeugdwet en zou moeten beschikken over doorzettingsmacht om in de keten van behandelaars een besluit te kunnen forceren indien er geen overeenstemming over de behandeling bestaat.

Hoewel het idee van een persoonlijk regiebehandelaar sympathiek is, zie ik momenteel andere mogelijkheden dan een wettelijke verplichting tot het instellen van een regiebehandelaar om eigen regie en het optimaal functioneren van het zorgnetwerk rondom een cliënt of patiënt te verstevigen. Deze liggen meer op het stimuleren van de juiste zorg op de juiste plek, het verbeteren van het toezicht op zorgnetwerken, het samen beslissen met patiënten over de zorg die nodig is voor de best passende uitkomsten en tot slot het bevorderen van meer gespecialiseerde vormen van cliëntondersteuning. Het potentieel om dit binnen het bestaande zorgstelsel verder te optimaliseren is waar het kabinetsbeleid zich op richt.

Zorg op de juiste plek

In het programma 'De juiste zorg op de juiste plek' gaat het om de vraag naar en het aanbod van zorg zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen. Integrale zorg betekent dat er naast de medische disciplines aandacht is voor het mentaal welbevinden, de kwaliteit van leven, preventie, het sociale systeem, de woonomgeving en de wijk. Het betekent ook: elkaar kennen, weten van elkaar wat je voor een patiënt doet, zodat je weet of de patiënt met de gezamenlijke ondersteuning is geholpen. Dit vergt adequate informatie-uitwisseling tussen zorgverleners over de zorg en ondersteuning die wordt geboden.

Zorgaanbieders zouden een netwerk moeten vormen rond de patiënt, waarin lijnen, organisaties, specialismen en functionarissen van ondergeschikt belang zijn. Begrippen als 1e lijn, 2e lijn en 3e lijn verdwijnen steeds meer naar de achtergrond. Dit kan betekenen dat in sommige gevallen een medisch specialist de regie blijft voeren voor iemand die in de thuissituatie nierdialyse ondergaat. Dat een verpleegkundige iemand traint om gebruik te maken van e-health zodat de cliënt minder vaak naar de polikliniek hoeft. Ook is het denkbaar dat een medisch specialist – bijvoorbeeld een dermatoloog - spreekuur houdt in de huisartsenpraktijk. Zorg vindt dan zo veel mogelijk rondom en dicht bij de patiënt plaats. Dat vraagt om een intensieve cultuur van samenwerken, over bestaande schotten heen. Dat is de beweging die we met de juiste zorg op de juiste plek willen bevorderen, bijvoorbeeld door het delen van goede voorbeelden. Hieronder twee van deze voorbeelden in het kort:

Verschillende zorgverleners, mantelzorgers en ouderenorganisaties in Rotterdam en omgeving werken samen in de zorg aan kwetsbare ouderen die zijn gevallen. Zo'n val staat meestal niet op zichzelf; er zit vaak een wereld achter die soms de huisarts ook niet kent. In een multidisciplinair team achterhalen ze het hele verhaal en organiseren zij, in samenspraak met mantelzorgers en naasten, tijdens een kortdurend verblijf van vijf dagen, alle hulp die nodig is. Daarvoor wordt samengewerkt met alle ziekenhuizen, huisartsen en ouderenorganisaties in de regio. In Limburg werken de triagist en de huisarts schouder aan schouder om patiënten met psychische problematiek niet te lang op de spoedpost te laten zitten in afwachting van een interventie van de crisisdienst. De triagist werkt als linking pin tussen de huisartsen en de specialistische GGZ-crisisdienst. Samen kunnen ze betere en snellere hulp aan mensen bieden. Op de website www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl zijn deze, en meer voorbeelden van samenwerking tussen zorgverleners te vinden.

Regiobeelden

Om het aanbod meer te laten aansluiten op de (toekomstige) behoefte van mensen, zal de minister voor MZS bevorderen dat er regiobeelden tot stand komen waarin er met de belangrijkste zorginstellingen een gedeeld beeld ontstaat van de zorgvraag en het zorgaanbod in de regio. Daarbij wordt gekeken naar het zorgaanbod over de volle breedte: het sociale domein, de curatieve zorg en de langdurige zorg. Op basis van data wordt er gekeken naar wat er al goed gaat in de regio en wat beter kan. Ook staat de vraag centraal welke zorg de regio over tien jaar nodig heeft en hoe daarop in gezamenlijkheid geanticipeerd kan worden met elkaar. Dit start met een gedeeld beeld van de opgave van de regio, waarna ingezoomd kan worden op bepaalde patiëntengroepen of specifieke issues.

Toezicht op samenwerking in zorgnetwerken

Stimuleren van goede netwerkzorg gebeurt ook met behulp van toezicht. De IGJ is sinds januari 2015 bezig om het toezicht op zorgnetwerken vorm te geven en door te ontwikkelen. Zij heeft toetsingskaders ontwikkeld en hanteert daarbij een agenderende en stimulerende vorm van toezicht. De inspectie houdt regiogericht toezicht op zorgnetwerken rond cliënten met complexe zorgbehoeften. Hierbij richt zij zich op dit moment op kwetsbare ouderen, kinderen met specialistische verpleging en zorg thuis en mensen met chronisch psychische aandoeningen. De inspectie vindt het belangrijk dat de zorg persoonsgericht is, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van leven. Daarbij kijkt zij naar samenhang in de zorg rondom een persoon of gezin. De inspectie vindt het belangrijk dat zorgaanbieders dit vanzelfsprekend vinden en verwacht van zorgaanbieders dat zij goed samenwerken. Niet alleen in de eigen organisatie, maar ook daarbuiten. En dat zij gezamenlijke afspraken maken over de (organisatie van de) zorg voor deze cliënten. Elke zorgaanbieder zou aandacht moeten besteden aan de randvoorwaarden om het medewerkers mogelijk te maken samen te werken in zorgnetwerken rond cliënten. De inspectie ziet het als haar rol om goede samenwerking in zorgnetwerken te stimuleren.

Meer toe naar werkelijk samen beslissen

Nog een manier om de patiënt meer eigen regie te geven is bevorderen dat 'Samen Beslissen' meer en meer de norm wordt in de zorg. Daarbij beslist de patiënt samen met de hulp- en zorgverlener welke zorg het beste past. In de hoofdlijnenakkoorden zijn hierover met veldpartijen in de zorg afspraken gemaakt. De initiatieven die thans worden ontwikkeld, richten zich vooral op het vergroten van bewustzijn van patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars over het belang van samen beslissen. Voorbeelden zijn verdere implementatie van de campagnes: *Betere zorg begint met een goed gesprek* en *Drie goede vragen: Wat zijn mijn mogelijkheden; wat zijn de voor- en nadelen van die mogelijkheden en wat betekent dat in mijn situatie?*

Ook wordt gewerkt aan het verbeteren van de vaardigheden van zorgverleners om patiënten zodanig te informeren over hun aandoening en de persoonlijke context dat het ook echt begrepen wordt, en daarbij de voorkeur van patiënten mee te nemen in beslissingen over zorg en ondersteuning. Zorgverleners kunnen (verkorte) keuzehulpen bespreken in het zorgproces. Patiënten kunnen zich voorbereiden op het gesprek met hun zorgverlener door van tevoren een keuzehulp door te lopen. Dit leidt tot meer bewuste keuzes en vaak ook tot minder medische ingrepen en vervolgzorg. Binnen deze aanpak bestaat ook nadrukkelijk aandacht voor het omgaan met laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden.

Meer op maat gesneden gespecialiseerde vormen van cliëntondersteuning

Het is voor het kabinet evident dat sommige groepen mensen in de samenleving meer gespecialiseerde en intensievere ondersteuning nodig hebben om zo tot de gewenste *ontzorging* te komen, waarover de RVS spreekt. Het gaat dan om mensen die hun hele leven, of een lange periode, zeer kwetsbaar zijn en onvoldoende kunnen terugvallen op een eigen sociaal netwerk of een maatschappelijk werker. Het kan bijvoorbeeld gaan om gezinnen met een zeer zorgintensief kind. Voor deze mensen gaat het eerder om grip houden dan om regie versterken. Ook is er behoefte aan emotionele steun én ontlasting in al het

regelwerk. Zoals ik ook in mijn brief van 12 juli jl.³ over cliëntondersteuning uiteen heb gezet, wil ik voor deze groepen gaan experimenteren met meer op maat gesneden ondersteuning. Door middel van pilots wordt geleerd of intensievere ondersteuning meerwaarde heeft. Ook wordt bekeken hoe de ondersteuning het beste per groep vorm en inhoud kan krijgen en wat in brede zin de kosten en baten zijn. Ik wacht de uitkomsten daarvan af voordat ik meer structurele maatregelen op dit terrein overweeg. In het kader van de aanpak voor cliëntondersteuning informeer ik uw Kamer nader over de ervaringen met de pilots. Begin 2021 kan zo advies worden uitgebracht of deze vormen van intensievere ondersteuning de (soms aanzienlijke) kosten waard zijn en, zo ja, hoe de methodes structureel beschikbaar kunnen komen en welke investering dat vraagt.

Naast het investeren in professionele cliëntondersteuners is het ook belangrijk om te investeren in mantelzorgers. Zij zijn van onschatbare waarde maar de druk op velen van hen wordt steeds hoger. In het regeerakkoord is daarom ook afgesproken om met gemeenten afspraken te maken over het ondersteunen van mantelzorgers in de vorm van het mogelijk maken van respijtzorg en dagopvang.

Persoonsgebonden bekostiging

Het geven van persoonsgerichte zorg in een netwerk van zorgaanbieders kan ook verder worden ondersteund door te blijven experimenteren met verschillende initiatieven rondom persoonsvolgende bekostiging en een integraal persoonsgebonden budget. Met een persoonsgebonden budget (pgb) kunnen mensen immers zelf de zorg inkopen die zij nodig hebben. Iedereen die vanwege een beperking, aandoening of stoornis meer dan de gebruikelijke zorg, hulp of begeleiding nodig heeft, kan gebruik maken van een pgb. Denk aan kwetsbare ouderen, chronisch zieken, mensen met een lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke beperking. Ook jongeren met een aandoening, stoornis, beperking of psychisch probleem komen in aanmerking voor een pgb.

Bij brief van 4 juli 2018 heb ik uw Kamer geïnformeerd over de experimenten persoonsvolgende zorg uit de Wet langdurige zorg (Wlz). Ook heb ik u daarin laten weten dat ik de veelbelovende initiatieven die door partijen zijn genomen ook nog in 2019, op geleide van de wensen in de regio's, zal stimuleren en faciliteren. Het experiment als zodanig is, in lijn met de opzet en de bedoelingen daarvan, eind 2018 gestopt. De evaluevaluatie vindt nu plaats. De uitkomsten daarvan met mijn beleidsreactie kan u voor de start van de zomervakantie tegemoetzien.

Aanspreekpunt voor vragen of klachten

Als laatste en derde knelpunt signaleert de RVS in *Heft in eigen hand* dat het voor sommige mensen lastig is om te weten bij wie ze terecht kunnen met vragen of klachten wanneer er iets misgaat of als iemand niet tevreden is over zorg of ondersteuning. Als oplossing voor dit probleem stelt de RVS voor om niet alleen de regiebehandelaar (zie eerder in deze brief) als aanspreekpunt te introduceren, maar deze ook te belasten met het voor de patiënt uitzoeken welk klachtenregime van toepassing is. De RVS neemt nadrukkelijk afstand om de klachtenregeling van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) van toepassing te verklaren op Wmo-aanbieders, onder andere omdat dit niet goed in lijn ligt met de onlangs

³ Tweede Kamer, vergaderjaar 2017-2018, 31 476, nr. 22

doorgevoerde decentralisaties en de nieuwe verhoudingen tussen centrale en decentrale overheden als gevolg daarvan.

Bij brief van 22 november 2018 heb ik uw Kamer nader geïnformeerd over de relatie tussen de Wmo 2015 en de Wkkgz. Dit naar aanleiding van de motie van de leden van de fractie van de SP waarin de regering wordt opgeroepen om de strekking van de Wkkgz van toepassing te verklaren op de Wmo. Ik heb in deze brief betoogd dat de toepasselijkheid van de Wkkgz op de Wmo 2015 in de volle breedte in feite een stelselwijziging zou betekenen, met grote consequenties voor de uitvoering. Een dergelijke stelselwijziging acht ik niet in lijn met het advies uit 2016 van de Afdeling advisering van de Raad van State. Daarin werd benadrukt dat de praktijk van de gedecentraliseerde verhoudingen de komende jaren ruimte moet krijgen om de doelstellingen van de decentralisaties te verwezenlijken. Dat geldt voor de kwaliteitsnormen die in de Wmo worden gehanteerd, maar ook de wijze waarop klachten worden afgehandeld.

Evident bij de afhandeling van klachten en geschillen op zorgdomeinen waar gemeenten voor verantwoordelijk zijn, is dat op gemeentelijke besluiten altijd een formele rechtsbescherming van toepassing is. Daarbij hecht ik er aan dat gemeenten in hun dienstverlening laagdrempelig, toegankelijk en responsief zijn. Daar waar mensen zich niet gehoord voelen, moet het gesprek altijd gevoerd worden met daarbij ook mogelijkheden voor alternatieve geschillenbeslissing, zoals mediation of een ombudsfunctie. In dit proces kan ook de eerdergenoemde cliëntondersteuner een belangrijke verwijzende functie vervullen.

Tot slot

Ik heb veel waardering voor de treffende analyse die het rapport *Heft in eigen hand* van de RVS bevat over de verandering van de aard en organisatie van de zorg en ondersteuning. Van aanbodgerichte zorg naar zorg die steeds meer in netwerken wordt geleverd. De RVS wijst erop dat daardoor de zorgontvangers soms het overzicht en de regie kwijtraken. Overigens niet alleen de ontvangers van zorg; ook de zorgverleners weten soms onvoldoende van de context en specifieke omstandigheden van diegenen aan wie zij zorg leveren. In deze kabinetsreactie heb ik willen overbrengen wat het kabinet onderneemt om binnen het vigerende zorgstelsel de regie en de positie van patiënten en cliënten in zorg en ondersteuning te versterken. Ik stel vast dat de analyse van de problematiek voor een groot deel overeenkomt met de visie van het kabinet, maar dat de oplossingen verschillend zijn. Het kabinet kiest voor stelsel neutrale oplossingen die – zoals de RVS ook bepleit – gericht zijn op meer eigen regie en versterkte positie voor de cliënt en patiënt.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,