

INTERVIEW

Ilse Kleijne

i.kleijne@medischcontact.nl
@medischcontact

Bertho Nieboer

b.nieboer@medischcontact.nl
@DokterBertho

MINISTER HUGO DE JONGE OVER ONGECONTRACTEERDE ZORG, DOORGESLAGEN MARKTWERKING EN MEER

‘Belofte van betere jeugdzorg is nog lang niet ingelost’



Samenwerking. Dat is volgens minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport Hugo de Jonge een belangrijke sleutel om de zorg anders te organiseren en toegankelijk te houden voor iedereen.

VWS-minister Hugo de Jonge houdt zich regelmatig op in het hoekje van de wereld dat Twitter heet. Hij doet er melding van werkbezoeken, juicht er zorginitiatieven toe die op zijn goedkeuring kunnen rekenen of plaatst er ‘terugblikvlogs’ waarin hij een inkijkje in zijn week geeft. Reden voor Medisch Contact om via Twitter een oproep te plaatsen: welke vraag zouden MC-lezers en andere twitteraars graag aan minister De Jonge willen stellen?

Dat leverde ruim honderd reacties op, waaronder de nodige vragen over jeugdzorg. ‘Waarom grijpt Hugo de Jonge niet in bij jeugdzorg en blijft hij steken in een strijd met gemeenten, terwijl de sector ten onder gaat?’, vroeg kinder- en jeugdpsychiater Hilmar Backer zich af. ‘Je postcode bepaalt of er goede en beschikbare zorg is. Of budget in zorgaanbieders of in rotondes verdwijnt’, stelde huisarts Rob Schonck, die daarom wilde weten ‘wanneer hij deze rechtsongelijkheid herstelt’.

Huisarts Bart Bruijn ging in op ongecontracteerde zorgaanbieders, een fenomeen dat de minister wil indammen door wettelijk een grens te stellen aan de vergoeding voor ongecontracteerde partijen. Onder andere artsen strijden juist via de rechter voor betere betaling van zulke zorgaanbieders, die nu meestal zo’n 75 procent van de kosten uitbetaald krijgen van zorgverzekeraars. ‘Waarom denkt hij dat je problemen oplost (personeel en contracteren bijvoorbeeld) oplost door het alternatief (zzp en ongecontracteerd) ónaantrekkelijk te maken?’, aldus Bruijn.

De inbreng leidde tot een treffen met de minister, met het verzoek zijn beleidskeuzes op deze gebieden toe te lichten. Meer ingezonden vragen – en De Jonges antwoorden – zijn op de website van Medisch Contact te beluisteren via de MC-podcast ‘Tien minuten met...’.

De echtgenote van Hugo de Jonge is maatschappelijk werkster. ’s Avonds thuis op de bank vindt dan ook regelmatig casuïstiek-overleg plaats. Over wat er beter moet in de jeugdzorg, maar vaak over het moois dat die dag is gebeurd: bescherming bieden, incidenten voorkomen, onveiligheid verkleinen. Wat De Jonge betreft wordt het gesprek over de jeugdzorg met meer evenwicht gevoerd. Met meer oog voor de heldendaden die jeugdzorgwerkers verrichten. Want de jeugdzorg heeft het volgens hem moeilijk om het eigen verhaal voor het voetlicht te brengen. ‘Alle Nederlanders komen weleens bij een huisarts of in een ziekenhuis. Maar slechts weinig mensen krijgen met jeugdzorg te maken. Het is voor de meesten een onbekende tak van zorg die alleen in het nieuws komt als iets heel erg is misgegaan. Er wordt ten onrechte met veel somberheid over gesproken. Het heeft iets onbarmhartigs om niet te willen zien dat er duizenden incidenten per dag worden voorkomen in het leven van kinderen. Wat dat betreft moeten we met meer liefde over jeugdzorg spreken. Toen we met de nieuwe Jeugdwet de decentralisatie invoerden, dachten sommigen dat het paradijs op aarde werd gevestigd, dat door voor elk gezin één plan te maken de oplossing voor alle problemen was gevonden. Anderen vreesden het einde van de wereld, omdat alle kinderen van zorg verstoken zouden raken en profes-

sionaliteit verloren ging. Allebei bleek niet waar. Je ziet wel dat een positieve beweging rond integrale zorg op gang is gekomen. Bijvoorbeeld jeugd-ggz in wijkteams, een POH-ggz bij de huisarts. Maar er moet nog veel gebeuren en de werkelijkheid is taai en weerbarstig. We hebben er ook nieuwe problemen bij gekregen.’

Bloedirritant

‘Het is een goed idee geweest om jeugdzorg onder te brengen bij de overheidslaag die het dichtst bij burgers staat, omdat die ook kan kijken naar andere zaken in het sociale domein, zoals huisvesting en schulden. Maar we hebben nu ook zorginstellingen die door hun schaalgrootte moeten werken met twintig tot dertig, soms wel veertig gemeenten. Dan is het natuurlijk bloedirritant als je van zoveel gemeenten verschillende vragen of eisen krijgt. Dat heeft geleid tot veel organisatiegedoe en scheidt veel onduidelijkheid voor instellingen: bij wie kan ik terecht als ik vragen heb

over administratieve lasten, of zorgen over de stabiliteit van de financiering. Die onduidelijkheid moeten we wegnemen. Afgelopen jaren hebben meer kinderen gebruikgemaakt van jeugdzorg, ruim 12 procent meer dan in 2015. Dat strookt op zich met het idee van de Jeugdwet, dat je er eerder en beter bij

‘Er moet nog veel gebeuren maar de werkelijkheid is taai en weerbarstig’

bent. Maar ik zie ook iets bijzonders, namelijk gemeenten waar 18 procent van de kinderen in de jeugdzorg zit. Je hoeft niet iedere opvoedingsvraag met jeugdzorg te beantwoorden.’

Weglekkend geld

‘We moeten gemeenten in staat stellen hun werk goed te doen, dus er is extra geld bijgekomen. Maar we moeten ook scherper opletten en meer regie en sturing organiseren. We moeten de jeugdzorg afbakenen. Er zit een grens aan wat je via jeugdzorg kunt doen, anders houd je geen capaciteit over om echt grote problemen aan te pakken, kom je geld tekort voor ingewikkelde jeugdzorgvragen. Er krijgen bijvoorbeeld erg veel kinderen dyslexiezorg, veel meer dan dyslexie voorkomt. Het is problematisch als daar veel geld weglekt. Gemeenten hebben met zichzelf een gesprek te voeren. Vinden we het normaal dat 18 procent van de kinderen in de jeugdzorg zit?

Er is nu ook sprake van weglek. Door de vorm van inkopen die sommige gemeenten hebben gekozen, waarbij iedereen die aan voorwaarden voldoet gecontracteerd kan worden, hebben sommige gemeenten wel drie- tot zelfs vierhonderd zorgpartijen gecon-

tracteerd. Dat is waanzinnig veel, niet nodig en er is niet op te sturen. Gemeenten hebben de ervaring dat ze heel veel meer geld uitgeven dan ze binnenkrijgen, en ik hoor tegelijkertijd instellingen zeggen dat ze het niet krijgen. Waar blijft het geld dan? Ik wil daar een follow the money-achtig onderzoek naar doen. Een deel lekt naar nieuwe aanbieders die niet per se enorme toegevoegde waarde hebben maar wel mee-eten uit de ruif. Dat is doorgeslagen marktwerking, geïntroduceerd door de manier van inkopen.'

Verlossen van bureaucratie

'Het jeugdzorglandschap moet worden geordend. Alle eisen die gemeenten aan instellingen stellen, komen bij professionals terecht. Als we hen willen verlossen van bureaucratie, moeten we een betere ordening aanbrengen; op welk niveau regel je de zorg? Op wijkniveau kunnen gemeenten dat echt het allerbeste. Maar voor meer specialistische vormen van zorg moeten gemeenten voor een regionaal of bovenregionaal schaalniveau kiezen. Nu is het nog te veel aan de beleidsvrijheid van gemeenten overgelaten, waardoor het voor instellingen die voor meer regio's werken, onduidelijk is wie er voor hen is als ze vragen hebben over bijvoorbeeld de financiële continuïteit. We moeten meer eenduidigheid bieden.



GUIDO BENSCHOP

'Mijn kinderen zijn denk ik ook niet afgebakken op hun 18de'

Dit gaat over de lange termijn. Voor de arts die vandaag of morgen wil weten waar hij een kind naartoe kan verwijzen, hebben we expertteams in iedere regio. Als de zorg niet voorhanden is, of doorzettingsmacht nodig is omdat je geen plek vindt maar zorg nu wel nodig is, kan een expertteam dat voor elkaar krijgen.'

21 het nieuwe normaal

'Ik ben niet somber geworden over de decentralisatie. Het was een voorwaarde om de jeugdzorg te verbeteren. Maar de belofte van eerdere en meer integrale zorg is nog lang niet ingelost. Ik zie wel tekenen van transformatie, lichtpuntjes. Zo is vorig jaar het aantal

kinderen dat in residentiële jeugdzorg moest worden geplaatst, afgenomen. Meer jongeren worden in een gezinsgerichte voorziening geplaatst en in hun eigen omgeving geholpen. Het is een eerste stapje.

We willen de overgang van 18min naar 18plus soepeler laten verlopen in de jeugdzorg. Ik was niet volwassen toen ik 18 was, en ik denk dat mijn kinderen ook niet helemaal zijn afgebakken op die leeftijd. Maar van kinderen in de jeugdzorg verwachten we dat ze helemaal klaar zijn als ze 18 zijn. Terwijl het vaak om kinderen gaat met de minst stabiele thuissituatie. Dat is heel raar. Helemaal bij pleegzorg: een biologisch kind kan tot de eeuwigheid blijven, een pleegkind dat bij een gezin aanschuift, moet vanaf zijn 18e op eigen benen staan. 21 moet het nieuwe normaal zijn, 23 jaar moet ook kunnen. Dat gaan we veranderen.

Ook voor gedwongen zorg, waarbij kinderen met een rechterlijke machtiging uit huis zijn geplaatst, willen we de overgang versoepelen. Want op hun 18de eindigen die machtigingen. Met kinderen vanaf 16 jaar willen we een toekomstplan maken, met een arrangement voor de adolescentenfase: wat doen we straks als je 18 wordt? Op die leeftijd ben je op zoek naar vrijheid en gaat het vaak mis.

Dan wil je dat ze weer een beroep kunnen doen op de jeugdhulpverlener die ze kennen. In de praktijk is dat nu nog moeilijk uitvoerbaar. Dat willen we veranderen.'

Ongecontracteerde zorg

Of je het kind bent van een bijstandsonder of van een miljonair: in Nederland staat dezelfde goede dokter aan je bed, ziet De Jonge. Maar hij maakt een sommetje. Eén op de zeven mensen op de arbeidsmarkt werkt in de zorg. De komende twintig jaar verdubbelt het aantal 75-plussers, het aantal 90-plussers gaat keer drie en het aantal 100-plussers gaat keer vier. Het aantal mensen met dementie verdubbelt, het aantal mensen met chronische ziekten stijgt met minstens een factor anderhalf. De organiseerbaarheid van de zorg wordt eerder een probleem dan de betaalbaarheid, is De Jonges overtuiging. Want het aantal mensen in de zorg kan niet in dezelfde tred toenemen, als je dat al zou willen. En daar raakt volgens hem de discussie over zorgaanbieders die werken zonder contract met zorgverzekeraars aan.

'We moeten bereid zijn de zorg anders te organiseren om de kwaliteit, toegankelijkheid en solidariteit overeind te houden. Dat vraagstuk kunnen we nu al dagelijks aanraken. Er zit geen bezuinigingsdrift achter de wens om het aandeel ongecontracteerde zorgaanbieders terug te brengen. Het gaat me niet om het geld. In de wijkverpleging en ggz zie je het fenomeen ongecontracteerde zorg het sterkst. In wijkverpleging, mijn portefeuille, mogen verpleegkundigen zelf indiceren hoeveel zorg nodig is. Ongecontracteerde aanbieders declareren gemiddeld twee keer zoveel zorg per patiënt bij dezelfde aandoening als gecontracteerde zorgaanbieders. Daar valt zonder contractuele relatie niet voldoende op te

sturen. Dit leidt tot een oneerlijke verdeling van steeds schaarser wordend zorgpersoneel. En in veel wijken heb je een enorme versnippering van aanbieders. Er wordt nog te weinig samengewerkt tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen. Want het is niet te doen: je kunt als huisarts niet in je eentje met twintig partijen samenwerken. Een ongecontracteerde zorgaanbieder kan kiezen welke patiënt hij wel of niet prettig vindt, tegen een behoorlijk vergelijkbaar tarief met dat van een gecontracteerde aanbieder. Zo krijg je een oneerlijke verdeling van makkelijke en moeilijke cliënten. Als we niet ingrijpen, is er straks voor een deel van de mensen in de wijk wel zorg, en voor een ander deel niet. Keuzevrijheid is belangrijk, maar moet de patiënt ten goede komen en is niet bedoeld als vrij declaratierecht voor zorgaanbieders.'

Eén team

'Schaarste aan personeel zal er altijd zijn en neemt toe. Dan moet je nadenken hoe je beter kunt samenwerken om de schaarste zo eerlijk mogelijk te verdelen en toegankelijk te maken. Voor wijkverpleging wil ik daarom toe naar één herkenbaar team in de wijk, zodat je als huisarts en sociaal wijkteam weet wie je moet hebben. Dat hoeft niet één aanbieder te zijn, maar de aanbieders moeten wel als team gaan samenwerken. Via wetgeving willen we de lat hoger leggen voor nieuwe toetreders. Die zijn niet allemaal van toegevoegde waarde en zo kunnen we versnippering tegengaan. Met het werken als één team wil ik in 2021 een start maken. Kun je helemaal zonder ongecontracteerde zorg? Ik denk het niet. In palliatieve zorg bijvoorbeeld weet je dat het nodig is om goede zorg te kunnen leveren. Daar gaat het vaak om zorg rond de klok. Je ziet dat zzp'ers die flexibiliteit vaak het beste kunnen organiseren. En als je rücksichtslos helemaal een punt achter ongecontracteerd werken zou zetten, dan verlies je mensen voor de zorg.'

Drie V's

'Er is heel veel meer samenwerking nodig voor de organiseerbaarheid. Samenwerking om in de regio te bedenken wat voor palet aan zorg nodig is. Competitie is een goede prikkel om beter te worden dan de buurman, totdat competitie een vorm van concurrentie wordt die samenwerking in de weg staat. We kunnen de zorg niet houden zoals we het hebben. We moeten op zoek naar nieuwe vormen. We moeten drie V's versterken. Ten eerste voorkomen, we moeten heel veel meer investeren in preventie en het voorkomen van duurdere zorg. Het businessmodel voor preventie ontbreekt nu nog. We moeten zorg verplaatsen, de beweging van de wachtkamer naar de huiskamer maken. En we moeten zorg vervangen door innovatieve oplossingen. Voor alle drie de V's is hele intensieve samenwerking nodig. Over domeinen heen, in de wijk, in de regio.' ■

web

Meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

VELDWERK

DE CHIRURG



MARTIJN MÖLLERS is werkzaam in ziekenhuis Nij Smellinghe, Drachten

De videoscheids in de ok

Terwijl ik zoals zo vaak op de ok het scalpel in mijn verkeerde hand – ik ben linkshandig – aangereikt krijg, denk ik terug aan de voetbalwedstrijd van Oranje een dag eerder.

Direct na de winst tegen Engeland schoof aanvoerder Matthijs de Ligt aan bij verslaggever Jeroen Stekelenburg. Daar zat een jongen die voor het oog van miljoenen een penalty had veroorzaakt, maar hier volwassen mee omging. Fouten mag je maken, als je er maar van leert. De opmerking van De Ligt dat hij de bal beter niet richting doel had moeten aannemen, deed mij vermoeden dat hij de beelden al had teruggezien. En dat hij in de opleiding middels videoanalyses en big data had geleerd dat er betere wijzen van uitverdedigen

zijn. Naast talent en doorzettingsvermogen dwing je in de moderne voetbalwereld door videoanalyses die andere succesfactor, geluk, af. Ik kijk rond in de operatiekamer en

FEITELIJK VREZEN WIJ DE VAR

beseft dat het er bij ons heel anders aan toegaat. Bij ons tijdens de opleiding geen videoanalyses om continu aan de techniek en efficiëntie te schaven. Bij ons geen zaakwaarnemers die met cd's vol operatief filmmateriaal een transfer regelen naar een topziekenhuis. En ook nu zie ik geen opnameapparatuur om achteraf te evalueren. En dan is het aanreiken van het scalpel in mijn rechter- in plaats van mijn linkerhand nog maar een klein 'foutje'. Een zonder medische gevolgen wellicht, maar wel een die we bijna elke dag maken omdat we niet terugkijken en vooruitzien.

Waarom in het voetbal wel en bij ons geen videoanalyses? Het zal te maken hebben met cultuur, zorgen om privacy en bovenal de zorg om op basis van videobeelden later afgerekend te kunnen worden op een fout. Feitelijk vrezten wij de VAR. Maar die is inmiddels ook al niet meer uit het moderne voetbal weg te denken, toch?