

Complexe problemen,
eenvoudige toegang
↳ **Botsende waarden**
bewuster afwegen

Essay RaadRVS

Raad ↵
Volksgezondheid
& Samenleving



Complexe
problemen,
eenvoudige
toegang

Raad ↩
Volksgezondheid
& Samenleving

Complexe problemen,
eenvoudige toegang
↳ Botsende waarden
bewuster afwegen

Essay

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS)

is een onafhankelijk strategisch adviesorgaan.

De RVS heeft tot taak de regering en de Eerste en Tweede Kamer van de Staten-Generaal te adviseren over hoofdlijnen van beide beleidsterreinen.

www.raadrvs.nl

Samenstelling Raad

Voorzitter: Jet Bussemaker

Raadsleden: Erik Dannenberg,
Daan Dohmen, Pieter Hilhorst,
Jan Kremer, Bas Leerink,

Liesbeth Noordegraaf-Eelens,
Ageeth Ouwehand,
Jeannette Pols.

Algemeen secretaris / directeur:
Stannie Driessen

Publicatie 18-04

ISBN: 9789057322761

Grafisch ontwerp: Studio Duel
Fotografie: Adobe Stock

© Raad voor Volksgezondheid
en Samenleving, Den Haag, 2019

Niets in deze uitgave mag worden openbaar gemaakt of vereenvoudigd, opgeslagen in een dataverwerkend systeem of uitgezonden in enige vorm door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke wijze dan ook zonder toestemming van de RVS.

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
Inleiding	5
Uitnodiging tot debat	6
Eenvoudige en complexe toegang	7
Spelers	8
Drie logica's	9
Botsende logica's	11
Benodigde ruimte	14
Spanningen oplossen	15
Noten	19
Literatuur	20
Herkomst voorbeelden	21
Vorbereiding	21
Publicaties	21

Voorwoord

Veel Nederlanders maken zich zorgen over de ontoegankelijkheid van zorg en ondersteuning voor mensen met complexe problemen. Dat bleek uit de vele reacties die wij ontvingen toen we in 2017 burgers naar hun ideeën vroegen over de zorg en hulp in Nederland. Er reageerden 17.000 mensen op deze ‘raadpleging’ van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS). Hun inbreng vormde de basis van onze *Zorgagenda voor een gezonde samenleving*, waar het thema van toegankelijkheid een belangrijke plaats inneemt. Sindsdien hebben velen met ons meegedacht over dit onderwerp. Daar zijn we hen erg erkentelijk voor. Zonder hen hadden wij dit essay niet kunnen schrijven.

In dit essay ontrafelen we de complexiteit van de vraagstukken die met toegang te maken hebben. We proberen het daarmee eenvoudiger te maken. We geven een aantal voorbeelden van initiatieven die er in slagen de toegang voor mensen met complexe problemen te vereenvoudigen. We hopen dat de manier van denken en handelen die wij in dit essay presenteren, de zogenoemde logica’s van het zorgen, de regels en het verdelen, hier ook aan bijdragen.

Met dit essay sluit de Raad het onderwerp niet af. De urgentie van de ontoegankelijkheid vraagt om blijvende aandacht. De Raad wil in de nabije toekomst de zoektocht voortzetten naar de vraag hoe de toegang kan worden verbeterd. We willen kijken wat er nodig is om goede initiatieven uit te breiden en mogelijk aan te vullen. Hiertoe komen we graag in contact met mensen die in de praktijk aan de slag gaan met de belangenafwegingen aan de hand van de drie logica’s die wij hier presenteren. Dat biedt inspiratie voor de toekomst.

Jet Bussemaker

Voorzitter RVS

Inleiding

Politici en bestuurders vertellen graag en terecht dat Nederland een toppositie bekleedt in de ranglijstjes van landen met de beste zorg. “Als je zorg of hulp nodig hebt, kun je van alle landen in de wereld het best in Nederland wonen”, zei minister De Jonge (VWS) onlangs nog.¹

Wie echter de ervaringen centraal stelt van individuele burgers die behalve gezondheidsklachten ook problemen hebben met relaties, huisvesting, schulden of eenzaamheid, kan ook tot andere conclusies komen. Deze mensen vinden vaak de weg naar voorzieningen niet. Of de zorg wordt hen onterecht onthouden. Of ze ontvangen iets anders dan nodig is. Vaak zijn ze ten einde raad. De toegankelijkheid van zorg en ondersteuning voor mensen met langdurige problemen op meerdere levensdomeinen, kan en moet beter.

In 2017 heeft de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) aan Nederlanders om reacties gevraagd op de zogeheten *Zorgagenda voor een gezonde samenleving*. Duizenden patiënten, cliënten, mantelzorgers, vrijwilligers, zorg- en hulpverleners, bestuurders en gemeenten deelden hun ervaringen met de RVS. Ze beschreven hun ideeën over wat er goed gaat en wat er nog beter kan in de zorg en hulp in Nederland. Eén van de belangrijkste pijnpunten die hieruit naar voren kwam, was het probleem van de toegang tot zorg en ondersteuning.² Of beter gezegd: de ontoegankelijkheid daarvan voor mensen met een complexe hulpvraag. Volgens schattingen kampt 1 tot 4 procent³ van de Nederlandse huishoudens met complexe problemen op meerdere levensdomeinen.⁴ Bijvoorbeeld een combinatie van laaggeletterdheid, een chronische ziekte en verslaving. Of opvoedproblemen, schulden en overgewicht. Ruim een half miljoen Nederlandse huishoudens heeft te maken met ernstige financiële problemen. Slechts een klein deel weet de weg te vinden naar de schuldhulpverlening.⁵ Bij mensen met complexe problemen is het ene probleem vaak verknoopt met het andere. Zij worstelen met een versnipperde sector en ineffectieve hulpverlening die gebukt gaat onder een zware bureaucratie.⁶ Dit geldt ook voor de professionals en verwanten of naasten die hen bijstaan. Door

de ontoegankelijkheid van de zorg kunnen problemen snel verergeren, terwijl dat voorkomen had kunnen worden.

Burgers betalen hiervoor een hoge prijs. Uiteraard is de ontoegankelijkheid van de zorg vooral onwenselijk voor de mensen die hun leven niet op de rit krijgen. Daarnaast legt het een zware wissel op de toekomst, zeker als er kinderen in het spel zijn. Maar het tast ook het werkplezier van professionals aan, die juist hard nodig zijn op een krappe arbeidsmarkt. Bovendien is het duur voor de premie- en belastingbetaler.

In geld uitgedrukt bedragen de kosten voor het kleine percentage mensen met complexe problemen jaarlijks naar schatting 3 tot 10 miljard euro.⁷ Ter vergelijking: de Nederlandse zorguitgaven kwamen in 2018 uit op circa 100 miljard euro.⁸

De maatschappelijke impact van ontoegankelijkheid is dus groot. Als we gezondheidswinst willen boeken met meer kwaliteit van hulpverlening voor minder geld, dan zouden we bij een betere toegang voor mensen met complexe problemen moeten beginnen.

Overplaatsing naar een 'vreemd' ziekenhuis

Mevrouw Jansen (83) wordt al jaren naar volle tevredenheid behandeld voor COPD en Diabetes Mellitus in ziekenhuis X. Dan breekt ze in het weekend haar heup. Volgens de afspraken van de regionale zorgketen brengt de ambulance haar naar ziekenhuis Y in een andere plaats. Ziekenhuis X heeft geen IC capaciteit en die kan bij multimorbide ouderen wel noodzakelijk zijn. Mevrouw Jansen wordt opgenomen in een 'vreemd' ziekenhuis. Haar familie moet 30 km reizen om op bezoek te kunnen komen. Vervolgens wordt ze drie dagen na haar operatie delirant. Ze reageert onvoldoende op de medicatie van de geconsulteerde geriater. Omdat regionaal besloten is tot concentratie van complexe psychogeriatrische problematiek in ziekenhuis Z, de enige met een erkende psychogeriatrische afdeling, wordt mevrouw Jansen wederom overgeplaatst.

Uitnodiging tot debat

De RVS is niet de eerste en zal zeker niet de laatste zijn die zich met het vraagstuk van toegang tot zorg bezighoudt. Er zijn diverse initiatieven om de hulp aan mensen met complexe problemen te verbeteren. In maart van dit jaar stelden vier departementen nog maatregelen voor om complexe problematiek beter en eerder aan te pakken.⁹

De RVS denkt dat er naast deze waardevolle bijdragen, een diepere beschouwing is nodig; een reflectie over de toegang tot zorg en over de onderliggende solidariteits-, verdelings- en rechtmatigheidsvraagstukken. Daarom stelt de Raad een manier voor om complexe situaties, waarin elke keer weer opnieuw afwegingen nodig zijn, te duiden. Dat doen we door de zorg te plaatsen in de context van het rechtmatigheids- en het verdelingsvraagstuk en de daaraan verbonden logica's. Zo laten we zien hoe ontoegankelijkheid ontstaat en hoe het mogelijk is alternatieven te overwegen. De Raad hoopt hiermee het groeiende inzicht te ondersteunen dat de zorg voor mensen met complexe problemen een urgente maatschappelijke kwestie is en dat het debat hierover gebaat is bij verdieping en verbreding.

Hieronder beschrijven we eerst waar we het over hebben als we spreken over toegang en complexe problemen. Daarna belichten we de spelers die bij het toegangsproces betrokken zijn. Vervolgens beschrijven wij drie logica's die wij in dat proces onderscheiden; de logica van het zorgen, de logica van de regels en de logica van het verdelen. We gaan in op de knelpunten waartegen mensen met complexe problemen aanlopen en hoe die samenhangen met deze logica's. Ten slotte laten we zien hoe de logica's behulpzaam kunnen zijn bij het begrijpen van en anders kijken naar ontoegankelijkheid. Zij kunnen handvatten bieden om gedifferentieerd en toekomstgericht in te spelen op wat verschillende burgers in hun verschillende hoedanigheden nodig hebben.

Van schuld tot erger

Tien jaar geleden raakt een winkelmedewerker dakloos na een echtscheiding. Door een vergissing ontvangt hij tijdelijk een te hoge uitkering. Post hierover bereikt hem niet. Hij bouwt een schuld op van 14.000 euro. Na verblijf in de daklozenopvang verergeren zijn GGZ-problemen. Hierdoor kan de doorgaans vriendelijke man verbaal agressief reageren. Dit leidt er toe dat het wijkteam niet in beeld komt en het UWV hem als 'fraudeur' bestempelt.

Schuldhulpverlening loopt hij hierdoor mis. De wijkagent en buurtinitiatieven zorgen uiteindelijk dat maatschappelijk werk van de forensisch psychiatrische hulpverleningsdienst komt. Deze slaat aanvankelijk goed aan. Een juridisch schuldhulpverleningstraject en een verzoek om erkenning van zijn kinderen bij de Raad voor de Kinderbescherming worden opgestart. Helaas duurt de geïndiceerde zorgperiode korter dan de procedures voor zijn schulden en kinderen. Voordat beide dossiers zijn afgehandeld, stopt de steun van de forensisch psychiatrische dienst. Hun factuur à 32.000 euro belandt per abuis bij de man zelf.

Zijn sociaal advocaat meldt enkele uren voor de zitting dat ze een andere baan heeft gevonden, waarop de man haar opvolger ontslaat. Zonder raadsman en de juiste documenten staat hij voor de rechter. Die wijst zijn verzoek voor schuldsanering af. Later verschijnt hij ook alleen voor de Raad voor de Kinderbescherming, die inmiddels een onderzoek is gestart bij hem, zijn ex en hun kinderen. Hierdoor lopen de emoties aan alle kanten hoog op.

Juist dan besluit de woningbouwvereniging zijn huis af te breken. Zijn stress neemt toe. Per mail bedreigt de man de Kinderbescherming en zijn ex. Aangifte, inbewaringstelling en veroordeling volgen. Via de reclasering wordt opnieuw de forensisch psychiatrische dienst ingeschakeld. Zij herstarten maatschappelijke hulp en beloven een GGZ-behandeling. Maar na acht kennismakingsgesprekken, telkens met andere personen, is de GGZ-zorg nog steeds niet begonnen. Het UWV wijst opnieuw een verzoek om schuldkwijtschelding af. De schuld en het beslag op de uitkering staan dus nog steeds. De man wil het liefst een baan. Zolang hij die niet heeft, doet hij zinvol vrijwilligerswerk.

Eenvoudige en complexe toegang

Onder toegang verstaan we alles wat zich afspeelt tussen het moment dat een persoon of een gezin een hulpbehoefte krijgt en het moment dat is bepaald welke zorg of ondersteuning passend is. In die periode zijn er instanties, structuren, mechanismen en drempels in het spel bij de beslissing om te behandelen, bij de indicatie voor bepaalde zorg en bij de toekenning van voorzieningen. Het organiseren van toegang tot zorg heeft als doel mensen hulp te bieden die ze nodig hebben. Anders geformuleerd: de toegangspoort zorgt voor een selectie, zodat mensen die geen hulp nodig hebben, deze ook niet krijgen. Het geld voor zorg is immers schaars en we willen dat wat er beschikbaar is, alleen ten goede komt van mensen die het ook daadwerkelijk nodig hebben.

Schematisch verloopt een eenvoudig hulpverleningsproces als volgt, waarbij de donker gekleurde blokjes staan voor de toegang tot voorzieningen.



De beslissing om al dan niet toegang tot voorzieningen te verlenen, maakt deel uit van hulpverleningsprocessen (Verkooijen en Ansem 2017). Soms is het de voorfase van de hulpverlening, soms is er al sprake van hulpverlening maar is er meer of iets anders nodig.

Bij eenvoudige hulpvragen is het proces eenvoudig en lineair. Het begint met een probleem, een vraag, een behoefte en eindigt wanneer de vraag is beantwoord, de behoefte vervuld, het probleem opgelost of gestabiliseerd. De onderdelen van het toegangsproces zijn de vraagverkenning, de diagnose, de doelbepaling en de beslissing over de te verkrijgen hulp. Iemand kan zich bijvoorbeeld niet langer zelfstandig verplaatsen en heeft een scootmobiel nodig. Hij dient een aanvraag in, er wordt beoordeeld of aan de voorwaarden voor verstrekking is voldaan en als dat zo is, wordt de voorziening toegekend. Pas daarna kan met de planning en uitvoering van de hulpverlening worden begonnen. Deze uitvoeringsfase laten we hier voor zover mogelijk buiten beschouwing.

Bij complexe problemen verloopt het hulpverleningsproces vaak niet lineair maar cyclisch. Er zijn meerdere problemen op verschillende terreinen. Iemand heeft bijvoorbeeld zowel schulden als een verslaving. Door de samenloop van problemen is het voor hem moeilijk te bepalen tot wie hij zich (als eerste) moet wenden. Vaak zijn er verschillende hulpverleners tegelijkertijd of achtereenvolgens betrokken. Hulpvrager en hulpverlener(s) bekijken idealiter samen welk probleem het meest urgent is en als eerste moet en kan worden aangepakt. Bijvoorbeeld eerst de schulden beheersbaar maken, dan een volgend doel stellen, zoals de verslaving aanpakken.

In de praktijk blijken hulpverleners nogal eens van mening te verschillen over wat de meeste prioriteit heeft. Soms is de prioritering bovendien moeilijk te bepalen omdat voorwaarden voor toegang tot een voorziening afhankelijk zijn van de aanpak van andere problemen. Zo is in veel gemeenten toegang tot schuldsanering niet mogelijk als iemands verslaving niet wordt behandeld of onder controle is. Op verschillende momenten in het proces zijn dus verschillende voorzieningen nodig, soms gelijktijdig, soms achtereenvolgend. Elke nieuwe voorziening moet worden aangevraagd. Steeds opnieuw wordt het toegangsproces in werking gesteld.

Complexe problemen raken meerdere levensdomeinen en daarmee verschillende typen voorzieningen met elk hun eigen toegangspoorten en toegangseisen. Ze zijn vaak ook langdurig en variabel in de tijd; als het beter gaat is er iets anders nodig dan in een mindere periode. De complexiteit kan dus zowel in de breedte als in de lengte van de problematiek schuilen.

Spelers

In toegangsprocessen maken meerdere betrokkenen op verschillende momenten hun afwegingen. Het begint bij een individu of een gezin met een probleem en een behoefte. Soms blijft de hulpvraag (te lang) impliciet en gebeurt er niets. Als de hulpvraag expliciet is, weegt de persoon of het gezin af welke hulp nodig is en waar die te vinden is. Is de toegangspoort gevonden, dan bekijken professionals samen met de hulpvrager wat nodig is. Dat kan bij complexe gevallen meer zijn, dan de vraag waarmee de burger zich tot de professional wendt.

De afweging welke hulp nodig is, wordt gemaakt in een context van verschillende regels en procedures voor de toegang tot de schaarse middelen. Niet alleen de professionals wegen de hulpvraag af tegen de voorwaarden die de wettelijke regelingen stellen. Ook bestuurders en beleidsmakers maken afwegingen, zij het natuurlijk niet op individueel niveau. Zij vertalen de wettelijke kaders naar regels en protocollen, die als het goed is, zo nauw mogelijk aansluiten op de behoeften van hulpvragers. Bestuurders en politici wegen belangen tegen elkaar af en nemen beslissingen over de verdeling van de middelen.

Bij het verlenen van toegang tot zorg aan mensen met complexe problemen zijn dus veel verschillende spelers betrokken. Voor elke vorm van hulp verloopt het toegangsproces op een andere manier. Dat is vooral afhankelijk van het wettelijke kader waaronder de voorziening valt. Voor sommige voorzieningen verleent de gemeente toegang (hulpmiddelen, jeugdhulp, dagbesteding, uitkering, schuldhulpverlening etcetera), maar gemeenten hebben vaak verschillende loketten, bijvoorbeeld voor Wmo en inkomen. Voor andere voorzieningen zoals voor wonen, langdurige

zorg of medische problemen, moet een hulpvrager ergens anders zijn, bijvoorbeeld bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) of bij de huisarts. De verschillende kaders hebben elk hun eigen werkwijze, criteria en manieren om de zorgvrager tegemoet te treden. Hieronder gaan we in op de betrokken spelers bij toegangsprocessen.

Hulpbehoeftige

Alles begint uiteraard bij de personen of gezinnen met complexe problemen, die wel of niet hun hulpvraag kenbaar maken. Hun problemen zijn misschien eerst nog klein en hanteerbaar maar dreigen zo uit te groeien dat er soms geen uitweg meer mogelijk lijkt. Achteraf is de vraag dan makkelijk gesteld: was er niet eerder iets anders mogelijk geweest?

Naasten

Naasten van personen met complexe problemen kunnen een belangrijke rol vervullen in de toegang tot zorg. Dit kunnen familieleden zijn, maar ook vrienden, kennissen of vrijwilligers. Deze naastbetrokkenen zijn veelal een stabielere factor in het leven van de persoon met complexe problemen dan de hulpverleners, die voor hen passanten zijn.

Professionals

Vanaf het moment dat mensen met een hulpvraag op zoek gaan naar passende hulp, krijgen ze te maken met professionals van diverse pluimage: een wijkteammedewerker, CJG, JGZ, Wmo-consulent, medewerker van het CIZ, huisarts, wijkverpleegkundige, loketmedewerker van de Sociale Dienst, Urgentiecommissie wonen, etcetera. De eerste professional waarmee hulpvragers in contact komen is niet per se degene bij wie ze ook terecht kunnen met hun aanvraag voor hulp. En vaak lopen er al contacten met hulpverleners. Ook dan moet bij een nieuwe of vervolgvraag weer contact worden gezocht met iemand anders.

Poortwachters

De mensen die beslissen of iemand bepaalde zorg of ondersteuning kan krijgen, heten poortwachters. Huisartsen zijn de bekendste. Zij kunnen patiënten doorverwijzen naar specialisten. Poortwachters werken echter

ook voor de gemeente, het CIZ of een zorgverzekeraar. Hun rol is niet hulpverleners, maar beslissen over aanvragen. Deze poortwachters werken voor organisaties die regels en procedures opstellen voor de beslissingen over het toekennen van zorg. Het woord 'poortwachter' verwijst naar een selectiefunctie: toelaten of tegenhouden.

Financiers

De instanties die de zorg betalen, zoals zorgverzekeraars en gemeenten, zijn ook betrokken bij beslissingen over toegang. Deze financiers kopen benodigde zorg in en stellen hiermee de kaders vast waarbinnen hulpverlening geboden kan worden. Zij kunnen zich hierin meer of minder strikt opstellen. Ze bewaken de grenzen, maar kunnen ook coulancebeleid hanteren.

Aanbieders

Hulpverleners zijn verbonden aan organisaties. Deze aanbieders gaan formeel de verplichting aan om zorg en ondersteuning te bieden; hun professionals zijn belast met de uitvoering. Ook zij bepalen de kaders en de bewegingsruimte die professionals hebben om eigen afwegingen te maken en zo nodig buiten die kaders te treden.

Politici

De organisaties en instanties waar de besluiten over toegang tot zorg genomen worden, werken binnen de kaders die politici bepalen. Lokaal zijn dat de gemeenteraden en landelijk zijn dat de Tweede en Eerste Kamer. Die kaders kunnen algemeen, open en breed geformuleerd zijn, zoals de Wmo. Ze kunnen ook specifiek en gedetailleerd, zoals de Zvw en de Wlz, waarin de voorwaarden om voor zorg in aanmerking te komen tot in detail uitgewerkt zijn. Politici en bestuurders bepalen niet alleen de kaders, maar ook de omvang van middelen, met name financiële. Dit kan direct verbonden zijn aan de wettelijke kaders (zoveel euro naar jeugdzorg, zoveel naar de Wmo) of algemener worden toegewezen (zoveel euro naar het Gemeentefonds).

Drie logica's

Mensen met complexe hulpbehoeften ondervinden in het samenspel met bovengenoemde spelers problemen in het toegangsproces. Deze problemen scharen we onder het begrip 'ontoegankelijkheid'. Welke mechanismen veroorzaken die ontoegankelijkheid? Om dat duidelijk te maken onderscheiden we drie logica's: de logica van het zorgen, de logica van de regels en de logica van het verdelen. Het werken met deze logica's is een manier om de verschillende en potentieel tegenstrijdige waarden in beeld te brengen die in het spel zijn bij toegangsprocessen.

Door ruimte te benutten binnen en tussen de logica's, is het mogelijk de toegang voor mensen met complexe problemen te verbeteren. De uitdaging is meer integraal te werken, voorbij de verkokering en de korte termijn. Daarvoor is een omslag nodig. Die kan bewerkstelligd worden door aan te grijpen bij de achterliggende waarden van de verschillende logica's.

"De kernwaarde in de zorglogica is passende hulp bieden bij behoeften die met de tijd kunnen veranderen."

Zorglogica

In de zorglogica staat het zorgen voor het individu of het gezin met complexe hulpvragen centraal. Het is hun belang om passende hulp te krijgen, met zoveel mogelijk behoud van autonomie. De belangrijkste andere spelers zijn de professionals. Zij helpen passende voorzieningen te vinden. Zij kunnen fungeren als poortwachter of de zorg verlenen. Met hun werkwijze sluiten ze zoveel mogelijk aan bij de behoeften, wensen en mogelijkheden van de hulpvrager. De kernwaarde in de zorglogica is passende hulp bieden bij behoeften die met de tijd kunnen veranderen. De vraag welke zorg of ondersteuning passend is, kan alleen in de context

van een specifieke zorg- of hulpvraag beantwoord worden. Het gaat niet om keuzes en maatregelen op papier, maar om hoe die uitpakken in iemands dagelijkse leven (RVS 2017c). Dit aspect van de zorglogica vraagt om flexibiliteit in afwegingen over toegang tot zorg. Zeker bij complexe hulpvragen die meerdere levensdomeinen raken of variëren in de tijd. Dan is het van belang problemen in samenhang te bekijken en niet alleen te kijken naar het individu, maar ook naar zijn betekenisvolle relaties en sociale netwerken (bijvoorbeeld bij opvoedingsproblemen of bij dementie).

Kernwaarde	Niveau	Direct betrokkenen	Belang	Werkwijze
Passende hulp bij veranderlijke behoeften	Individu of huishouden Brede sociale verbanden	Hulpvragers Professionals	De hulpvrager krijgt kwaliteit van leven en deelname aan de samenleving	Aansluiten bij behoeften, wensen en mogelijkheden van de hulpvrager en de professionaliteit van de hulpverlener

Regellogica

De regellogica betreft de manier waarop in de zorg de wetten, regels en kaders toegepast en nageleefd worden. Regels helpen om te beslissen wie wel en wie niet recht heeft op een voorziening of behandeling. Regels zorgen er ook voor dat beslissingen te controleren zijn, dat willekeur wordt voorkomen en dat rechtspersonen bescherming van de wet genieten. Denk bijvoorbeeld aan de wet op de privacy. Deze logica stelt ook eisen aan de manier waarop verantwoording wordt afgelegd over geleverde zorg (zie ook RVS 2019). De regellogica moet er voor zorgen dat mensen erop kunnen vertrouwen dat ze de hulp krijgen waar ze recht op hebben. De kernwaarde in de regellogica is rechtmatigheid. Deze juridische term betekent handelen in lijn met geldende regels en besluiten. In deze logica gaat het om de verhouding tussen verschillende burgers met een zorg- of ondersteuningsbehoefte. Belangrijkste spelers zijn naast de wet- en regelgever, de organisaties waar professionals werkzaam zijn. Hoewel de procedures rond de regellogica willekeur moeten tegengaan, worden

ze vaak niet als zodanig beleefd. Burgers en zorgaanbieders ervaren ze eerder als bureaucratisch. Bijvoorbeeld wanneer de regels de keuze voor passende zorg in de weg staan. Dan botst de regellogica met de zorglogica.

Kernwaarde	Niveau	Direct betrokkenen	Belang	Werkwijze
Rechtmatigheid: Gelijke gevallen worden gelijk behandeld	Alle mensen die beroep doen op een voorziening, behandeling of dienst	Wet- en regelgever, professionele organisaties	Hulpvragers krijgen waar zij recht op hebben. Het werk van professionals is controleerbaar en niet willekeurig	Bureaucratisch

Verdeellogica

De derde logica betreft de verdeling van collectieve middelen. Het gaat om geld maar ook om personele inzet en beschikbare voorzieningen, bijvoorbeeld bedden in een ziekenhuis of zorginstelling. Deze middelen zijn niet onuitputtelijk. Daarom zijn keuzes nodig, die op verschillende niveaus worden gemaakt. Regering en parlement verdelen en beheersen de budgetten, die soms geoormerkt zijn (langdurige zorg), en soms uit algemene middelen bestaan (Gemeentefonds). Gemeentebesturen en gemeenteraden beslissen over inkoop van zorg. Het kan ook gaan om algemene maatregelen die als doel hebben de zorgconsumptie te remmen. Denk aan het eigen risico in de Zorgverzekeringswet.

De verdeellogica bevat het streven dat zorg en ondersteuning ook op termijn toegankelijk blijven, dus dat het stelsel duurzaam is. Bovendien moeten de Nederlandse burgers erop kunnen rekenen dat schaarse middelen rechtvaardig verdeeld worden. Dat is nodig voor het borgen van de solidariteit, een belangrijke pijler van het Nederlandse zorgstelsel. Het collectieve draagvlak voor voorzieningen is gebaseerd op deze garanties. Afwegingen over verdeling van de middelen hebben – anders dan afwegingen over toekenning van zorg of ondersteuning aan individuele

personen – gevolgen voor grotere groepen burgers. Dat wil echter niet zeggen dat de verdeellogica daarom perse belangrijker is dan de andere twee logica's bij afwegingen over toegang.

Kernwaarde	Niveau	Direct betrokkenen	Belang	Werkwijze
Solidariteit en houdbaarheid van het zorgstelsel	Sectoren / stelsel als geheel	Politiek, bestuurders en instellingen	Continuïteit van en draagvlak voor voorzieningen	Politieke besluitvorming

Botsende logica's

Nu we hebben beschreven dat afwegingen in processen van toegangsverlening samenhangen met verschillende logica's, kunnen we laten zien dat dit mede ten grondslag ligt aan de ontoegankelijkheid voor mensen met complexe problemen. Dat doen we aan de hand van de drie knelpunten waarin ontoegankelijkheid zich uit: het niet vinden van de weg naar hulp, het onterecht geen hulp krijgen en iets anders krijgen dan nodig.

Mensen weten de weg naar hulp niet te vinden

Het eerste knelpunt waarin ontoegankelijkheid zich openbaart, is dat mensen de ingang naar zorg of ondersteuning niet weten te vinden. Zij komen überhaupt niet op het punt dat er een afweging over toegang gemaakt kan worden. Dat kan verschillende redenen hebben. Het stelsel is ingewikkeld. Bij eenvoudige hulpvragen is het soms al lastig om er achter te komen waar je moet zijn. Bij problemen op meerdere levensdomeinen is dat nog veel lastiger en vaak tijdsintensief. Mensen raken de weg kwijt in de veelheid van voorzieningen en bijhorende toegangspoorten. Cliëntondersteuning is er wel, maar ook die is versnipperd georganiseerd en wordt lang niet altijd gevonden. De zorglogica botst hier zowel met de regellogica als met de verdeellogica. Immers, het is ingewikkeld als gevolg van de inrichting van het stelsel

en de verschillende financieringsstromen (verdeellogica). Die worden vervolgens vertaald in uiteenlopende voorwaarden, criteria, richtlijnen, protocollen (regellogica). Voor mensen met complexe problemen is dit niet altijd te begrijpen. Zij kunnen het toegangsproces dan als een doolhof ervaren en afzien van hulp die zij eigenlijk nodig hebben.

Onbegrijpelijk voor laaggeletterden

"In mijn gemeente is zo'n 16 procent van de bevolking laaggeletterd", zegt een huisarts. "Ook mensen van wie je het niet verwacht. Mensen die letterlijk zeggen dat ze nooit de lagere school hebben afgemaakt. Mensen die me vertellen dat ik wel iets op kan schrijven, maar dat ze niet weten wat ik daarmee bedoel." Laaggeletterden, zoals laagopgeleiden, ouderen en migranten, hebben beperkte gezondheidsvaardigheden. Zij hebben moeite om informatie over ziekte en gezondheid te verkrijgen, te begrijpen en toe te passen. Daardoor vinden zij de weg naar hulp niet of krijgen ze niet de juiste hulp en ontstaan aanzienlijke gezondheidsverschillen in ons land. Onjuist gebruik van medicatie of therapie-ontrouw komen veel voor bij laaggeletterden en doorverwijzingen kunnen al te ingewikkeld zijn. "Als ik ze een formulier geef met plekken waar ze naar toe kunnen, snappen ze daar niets van", vertelt de huisarts.

Een andere reden om niet op zoek te gaan naar zorg die eigenlijk wel nodig is, kunnen (te hoge) eigen bijdragen zijn. Bij mensen met problemen op meerdere gebieden kunnen eigen bijdragen stapelen. De eigen bijdrage voor één voorziening is voor sommigen misschien nog wel te dragen. Maar bij twee of drie voorzieningen kan dat een probleem worden. Wanneer problemen variëren in de tijd, kan het zijn dat keer op keer een eigen bijdrage moet worden betaald voor een terugkerende voorziening waarop een beroep wordt gedaan. In deze gevallen botst de zorglogica met de verdeellogica. Vanuit de verdeellogica is het dragen van een eigen risico of het leveren van een eigen bijdrage begrijpelijk, omdat dit het kostenbewustzijn van burgers vergroot (Jeurissen et al. 2018). Vanuit de zorglogica bezien, blijkt dit soort maatregelen soms problematisch omdat

geen rekening wordt gehouden met de diversiteit van de bevolking. Waar de eigen bijdrage als financiële prikkel voor sommige mensen goed werkt om onnodige zorg te voorkomen, leidt het er bij andere mensen met een hulpvraag toe, dat zij afzien van zorg of ondersteuning vanwege de kosten. De drempel is in dat geval een onneembare horde.

Het kabinet heeft overigens dit jaar een Wmo-abonnement ingevoerd om de eigen Wmo bijdrage voor iedereen in Nederland gelijk te maken. Daarmee is het probleem van stapeling van eigen bijdragen binnen de Wmo weliswaar ingeperkt, maar het blijft een obstakel door verschillen in eigen bijdragen met andere voorzieningen. Zo kunnen mensen door verschil in eigen bijdrage voor Wmo en Wlz op basis van dat verschil kiezen voor een voorziening die niet past.

Mensen kunnen ook persoonlijke redenen hebben om niet op zoek te gaan naar zorg of ondersteuning. Ze schamen zich of denken dat ze geen recht (meer) hebben op zorg. Of ze staan onder druk van hun naasten om het contact met hulpverleners te beperken. Of ze beseffen niet dat het niet goed met hen gaat. Bij afwezigheid van ontmoeting en dialoog blijven zorgbehoeften buiten beeld van professionals. Hier is geen sprake van een botsing tussen logica's, maar is er onvoldoende ruimte in de zorglogica om tijdig hulp te bieden.

Mensen krijgen onterecht geen hulp

Ontoegankelijkheid uit zich ook in het knelpunt dat mensen niet krijgen waarom ze vragen, terwijl ze wel zorg of ondersteuning nodig hebben. Ook daarvoor kunnen verschillende redenen zijn.

Soms worden toelatingsregels zo stringent gehanteerd dat ze toegang onmogelijk maken. Dit doet zich voor wanneer mensen geen woonadres hebben, of geen identiteitskaart. In dit geval krijgen mensen geen zorg op grond van andere overwegingen dan zorgcriteria. Mensen stranden ook wanneer niet duidelijk is binnen welk financieringskader hun hulpvraag past (Wmo, Wlz, Jeugdwet, Passend Onderwijs etcetera). Iemand voldoet immers niet of niet helemaal aan de regels voor de ene voorziening noch aan de regels voor een andere voorziening.

Wachten op een crisis

"Er moet een tussenvoorziening zijn voor de groep die niet voldoet aan de harde eisen van de Wlz en wat de Wmo te bieden heeft. Bijvoorbeeld zwaar getraumatiseerde vluchtelingen met een migratieachtergrond, die veel problematiek hebben, zullen nooit in de Wlz kunnen komen. Rare regels zoals 'het moet voor het 18de levensjaar geconstateerd zijn', waardoor dit soort groepen niet de zorg kunnen krijgen die ze nodig hebben. Het kost ook veel geld: gemeenten zijn soms 'de helft van hun budget kwijt aan dit soort gevallen', maar zij doen het wel omdat ze bang zijn voor ontsparing van deze mensen. Nu is het nog regelmatig het geval dat we wachten op een crisis, want dan worden ze wél opgenomen."

Of iemand krijgt een voorziening vanuit het ene stelsel en mag daarom niet ook aanspraak maken op een andere voorziening uit een ander stelsel. Met name mensen met problemen op meerdere gebieden krijgen hiermee te maken. In deze gevallen botst de zorglogica met de regellogica, en is de overheersende logica van de ene wet als het ware in strijd met die van een andere. Zorg en ondersteuning zijn misschien wel nodig, maar de regels staan de levering in de weg.

Zeker wanneer budgetten krappere worden is er de neiging bij overheden om drempels op te werpen of te verhogen. Voor zorgorganisaties en professionals wordt het dan moeilijker om zelf afwegingen over toegang te maken. Het gevolg kan zijn dat kosten hoger oplopen dan nodig is, omdat zorg en ondersteuning te laat, verkeerd of helemaal niet worden ingezet. Ook (zorg)organisaties zelf kunnen dergelijke belemmerende drempels opwerpen. Bestuurders vrezen vaak voor kostenoverschrijdingen of voor beschuldigingen zich niet aan de regels te houden. Dan worden

"Zeker wanneer budgetten krappere worden is er de neiging bij overheden om drempels op te werpen of te verhogen."

voorschriften en regels strenger toegepast dan nodig is. Hier botst de specifieke invulling van de verdeellogica met die van de regels. Bovendien is deze specifieke invulling op (de langere) termijn ook contraproductief voor de verdeellogica zelf.

Een andere reden waarom mensen niet de nodige zorg krijgen waarom ze vragen, is dat er nog te weinig wordt gekeken naar de bredere context van een zorg- of hulpvraag (RVS 2017b; RVS 2017c). Bij de beoordeling van welke hulp nodig is, wordt doorgaans vooral gekeken naar de aspecten van iemands leven die vanuit de professional of aanbieder gezien relevant zijn. Een huisarts kijkt anders naar de hulpvraag van een persoon in zijn spreekkamer dan een maatschappelijk werker die dezelfde vraag krijgt voorgelegd. Professionals zijn niet altijd voldoende op de hoogte van wat andere domeinen te bieden hebben. Ze hebben ook niet altijd de kennis of instrumenten tot hun beschikking om het juiste aanbod samen te stellen, bijvoorbeeld omdat er geen tijd en ruimte is om buiten het eigen aanbod of over de grens van het 'eigen' stelsel te kijken. Veel professionals werken immers in een apart paradigma en een strakke bekostigingscontext. De zorglogica wordt dan te beperkt geïnterpreteerd. In dat geval zijn het conflicterende visies op de zorglogica, die goede - integrale - zorg in de weg staan.

Mensen krijgen iets anders dan ze nodig hebben

Het derde knelpunt waarin ontoegankelijkheid zich uit, is dat mensen iets anders krijgen dan ze nodig hebben. Mensen krijgen dan wel hulp, maar die past eigenlijk niet goed bij hun problemen.

Dat kan het gevolg zijn van het niet goed aansluiten van wettelijke kaders. Een mantelzorger van een vrouw met dementie heeft bijvoorbeeld casemanagement uit de Wmo gekregen, maar heeft eigenlijk vooral zorg thuis nodig. Dat kan hij wel uit de Wlz aanvragen, maar die is bedoeld voor situaties waarin er 24 uur toezicht nodig is, hetgeen niet het geval is. Eigenlijk heeft hij iemand nodig die af en toe een paar uur bij zijn vrouw kan zijn als hij er even uit wil om weer op krachten te komen. Hier botst de zorglogica met de regellogica.

Ook wanneer een gemeente een bepaald zorgaanbod wel heeft ingekocht en een ander niet, kan het gevolg zijn dat iemand iets anders krijgt dan

nodig is. Het aanbod is leidend, niet de vraag. Hier botst de verdeellogica met de zorglogica.

De wens om de kosten beperkt te houden, leidt ertoe dat er eerst lichte zorg wordt ingezet en er alleen wordt opgeschaald naar zwaardere zorg als de eerst geboden zorg niet voldoende blijkt (*stepped care*). Vaak kunnen zorgverleners echter snel inschatten dat zwaardere zorg beter past voor mensen met complexe problemen. Toch is het dan lastig om 'stappen' over te slaan en meteen de zwaardere en dus duurdere zorg in te zetten. De focus ligt op het beheersen van de kosten binnen een deel van het stelsel, in plaats van op de totale kosten voor zorg en ondersteuning. Hier maakt de botsing tussen de verdeellogica en de regellogica het lastig om in de praktijk passende hulp te bieden.

Anderzijds komt het ook voor dat professionals juist te snel en teveel overnemen van een cliënt, waardoor de cliënt (te) afhankelijk wordt. Dit komt voort uit verschillende – soms zelfs tegenstrijdige – opvattingen over wat de zorglogica behelst. Hier botst de zorglogica bovendien met die van de regels, omdat het overnemen van zorg bij de een en niet bij de ander gemakkelijk tot willekeur leidt.

Aandacht van de arts

Een negentiger uit Den Bosch is mantelzorger van zijn vrouw met gevorderde dementie. Al lange tijd probeert hij hun beider levens op de rit te houden. Dat kost hem steeds meer moeite. Zelf kreeg hij prostaatkanker, maar die is volgens artsen goed onder controle. Toch komt de man met grote regelmaat bij de huisarts. Dan vraagt hij om verwijzingen naar medisch specialisten. De huisarts voelt zich onder druk staan en wil de man niet ontegenen wat hij wenst. De zoon van de man denkt dat zijn vader er vooral behoefte aan heeft te ontsnappen aan zijn zorgen thuis. Hij zou ook naar erkenning verlangen voor de onzichtbare rol thuis die de vrijheid in zijn nog korte eigen leven beknort. „Hij wil graag zelf wat aandacht en zoekt die in het medische circuit“, zegt de zoon.

Geen urgentie met schuld

Een vrouw krijgt te maken met huiselijk geweld. Zij krijgt geen urgentie voor een ander huis, omdat er nog een restschuld op de echtelijke woning rust. Zonder vaste verblijfplaats kan zij echter geen aanspraak maken op schuldhulpverlening. De vrouw kan terecht in de maatschappelijke opvang, maar alleen zonder kinderen. Voor hen wordt pleegzorg ingeschakeld.

Benodigde ruimte

Als we kijken naar toegang vanuit de drie logica's, zien we dat er twee algemene verklaringen zijn voor ontoegankelijkheid. Ten eerste kan er binnen een logica op verschillende manieren invulling worden gegeven aan de kernwaarde, waardoor te weinig of juist teveel ruimte ontstaat om zorg aan mensen met complexe problemen toe te kennen. Ten tweede kan een botsing tussen logica's de toegang tot zorg bemoeilijken of verhinderen.

In beide gevallen kan het helpen wanneer er binnen een logica meer ruimte wordt geboden aan een andere logica of wanneer er op een andere manier invulling wordt gegeven aan de kernwaarde van de logica. Wanneer iemand bijvoorbeeld geen uitkering kan krijgen omdat zij geen woonadres heeft en geen huis kan krijgen omdat zij geen inkomen heeft, dan helpt het wanneer de regel om geen woonadres te hebben wordt opgeschort zodat zij een inkomen kan verwerven waarmee de woning betaald kan worden. Er wordt dan ruimte in de regellogica gemaakt voor de zorglogica.

Op grond van de bevindingen hierboven, kunnen we het volgende zeggen over welke ruimte nodig is binnen logica's.

Binnen de zorglogica speelt dat

- mensen met complexe problemen niet in beeld zijn, of slechts een deel van hun problematiek;
- verschillende professionals actief zijn met elk hun eigen kennis en

- kijk op de persoon en situatie;
- professionals niet breed genoeg kijken en de ruimte en middelen missen om breder te kijken en te handelen;
- professionals die wel breed kijken geen beslissingsmacht hebben over de toegang op de diverse terreinen (wonen, inkomen, zorg, vervoer, etcetera);
- cliëntondersteuning onbekend is en domeingebonden;
- aanbod soms niet past bij de hulpvraag, bijvoorbeeld kwantitatief door wachtlijsten die ontstaan als gevolg van het inkoopbeleid van een gemeente, of kwalitatief doordat meer vanuit het ingekochte aanbod wordt bekeken wat kan worden ingezet dan vanuit de vraag wat er nodig is.

Bij de beoordeling welke hulp nodig is, wordt nu nog vooral gekeken naar de voor die professional of aanbieder relevante aspecten van iemands leven, en nog te weinig naar de bredere context van een hulpvraag. Om mensen toch te kunnen geven wat ze nodig hebben, worden soms omwegen gezocht, maar lang niet alle professionals benutten die mogelijkheid. Of een hulpvraag breder bekeken wordt, is op dit moment nog sterk afhankelijk van de professional die een hulpvrager treft. Hier speelt toeval dus een rol. Mogelijk complexe hulpvragen zouden standaard met een brede blik tegemoet getreden moeten worden.

Binnen de regellogica speelt dat

- regels zorg en ondersteuning in de weg staan (adres, inkomen, ID);
- voorwaarden om toegang te krijgen niet op elkaar aansluiten of elkaar zelfs uitsluiten;
- er geen of onvoldoende 'vrije ruimte' wordt ervaren om eerst te doen wat nodig is en daarna te kijken hoe dat gefinancierd moet worden;
- sommige regels geen mogelijkheid bieden voor het maken van uitzonderingen;
- het vasthouden aan regels soms tot buitenproportionele kosten leidt;
- gelijke behandeling van gelijke gevallen op gespannen voet staat met zorg op maat. Die vraagt juist aandacht voor de eigenheid van ieder persoon en voor contextuele diversiteit.

Op dit moment wordt de toegang sterk bepaald door institutionele kaders: wettelijke voorschriften, financiële hokjes en categorieën, papieren of theoretische doelen. Professionals, bestuurders of organisaties die het anders willen doen, lopen tegen allerlei obstakels op. Zij hebben ruimte nodig om eerst te doen wat nodig is voor mensen met complexe problemen en achteraf verantwoording af te leggen over hun keuzen.

Binnen de verdeellogica speelt dat

- mensen soms (te) lang op de benodigde zorg en ondersteuning moeten wachten;
- eigen bijdragen zich soms opstapelen en een te groot beslag leggen op het besteedbaar inkomen;
- schaarste tot blikvernauwing leidt. Toegangsdrempels gaan omhoog, de professionele ruimte wordt beperkt. Dit leidt niet altijd tot de gewenste kostenbesparing;
- de verdeling van de verantwoordelijkheid voor het toekennen van voorzieningen tussen wetten en overheden (bijv. Wmo en Zvw) het bieden van passende zorg voor mensen met complexe problemen kan frustreren;
- de logica van het verdelen geen lange termijn-optimalisatie kent.

Financiële schaarste is een belangrijke prikkel bij de inrichting van toegang. Maar nu de toegang beperken, kan op de langere termijn tot hogere kosten leiden. De problemen zijn dan groter geworden waardoor zwaardere zorg nodig is. Er zijn middelen nodig om complexe problemen in samenhang aan te pakken. Daarbij moet een lange termijnperspectief

"Elke logica vertegenwoordigt belangen die in Nederland brede steun genieten. De logica's botsen, maar ze staan niet los van elkaar."

voor hulpvragers leidend zijn. Dat kan betekenen dat er op korte termijn moet worden geïnvesteerd, opdat kosten in de toekomst voorkomen worden. Alleen dan komt de solidariteit van Nederlanders om zorgkosten te dragen voor mensen met complexe problemen niet onder druk te staan (RVZ 2005).

Samenvattend kunnen we zeggen dat een bepaalde werkwijze vanuit de ene logica te begrijpen is, maar binnen een andere logica onwenselijke gevolgen heeft. Elke logica vertegenwoordigt belangen die in Nederland brede steun genieten. De logica's botsen, maar ze staan niet los van elkaar. In de praktijk blijken er wel degelijk wegen te vinden om deze botsingen te verzachten. Met behulp van de logica's kunnen we toewerken naar een verbeterde toegankelijkheid. Dat doen we hierna.

Spanningen oplossen

De RVS verwelkomt de toegenomen aandacht voor mensen met complexe problemen. Er zijn al veel hoopgevende initiatieven die, vaak nog tegen de stroom in, gedifferentieerd inspelen op wat verschillende burgers nodig hebben. Ook lijkt er momentum te ontstaan voor een vereenvoudiging of verbetering van wet- en regelgeving. Hoewel dit zeker verlichting zal bieden, zal het altijd mogelijk moeten zijn om uitzonderingen te maken voor complexe problematiek met risico op verergering.

Het is leerzaam goede praktijkvoorbeelden in ogenschouw te nemen en te kijken in hoeverre die navolgbaar zijn. Zo doet een aantal gemeenten experimenten met zogeheten 'Grensbudgetten'. Deze flexibel in te zetten budgetten bieden de mogelijkheid om hulp te verlenen in situaties waarin nog niet direct duidelijk is wie dit gaat betalen. Door de mogelijkheden voor grensbudgetten te verruimen, omarmen overheden en bestuurders dat er nu eenmaal grensconflicten tussen wetten en domeinen blijven bestaan. Grensbudgetten bieden professionals en organisaties een uitweg voor zorg- en hulpvragen die tussen wal en schip vallen (zie RVS 2018b; Nationale Ombudsman 2018).

Amsterdam ontwikkelde de zogenoemde 'Vroeg eropaf teams', een succesvol initiatief dat andere gemeenten overnamen. De Vroeg eropaf teams bieden integraal maatwerk aan mensen met complexe problemen. Zij beogen ernstige sancties door een betalingsachterstand te voorkomen (zoals woningontzuiming of afsluiting energie en water) en leggen een basis voor toekomstige structurele betalingen. Via een meldpunt voor betalingsachterstanden kunnen woningcorporaties, energiebedrijven, ziektekostenverzekeringen en de fiscus wanbetalers vroeg signaleren. Zodra dat is gebeurd, bieden maatschappelijk werkers deze personen direct passende hulp aan. Dat kan financieel advies zijn maar ook steun bij vereenzaming of psychische problematiek.

Een ander inspirerend voorbeeld is 'Garage de Bedoeling' van de Sociale Verzekeringsbank.¹⁰ Om complexe uitzonderingsgevallen op te lossen richtte de uitkeringsorganisatie een metaforische garage op. Alle medewerkers konden een casus aandragen voor collega's die klaar stonden om het probleem op te lossen (daadwerkelijk met een overall om de onderlinge gelijkheid te benadrukken). Als een defecte auto werd de casus binnengebracht, om er als het goed is gerepareerd uit te komen. Inmiddels lukt het de SVB, volgens medewerkers, om deze benadering vast te houden, ook zonder overalls.

De RVS doet een oproep aan minister, parlement, ambtenaren en bestuurders om de ingezette beweging, waar al deze initiatieven blijk van geven, te benutten en daar krachtig aan bij te dragen. Zij kunnen een boodschap uitdragen aan gemeenten, zorgkantoren, managers, leidinggevend en professionals. De boodschap zou volgens de RVS moeten zijn dat zij de ruimte kunnen gebruiken om bij elke casus met complexe problematiek de spanningen tussen afwegingskaders (logica's) op te lossen, met oog voor de meervoudige omstandigheden. Dat wil zeggen: hulp moet aansluiten bij de noden van de persoon met complexe problemen in zijn specifieke context. Daarbij moeten zij andere afwegingskaders (over betaalbaarheid en rechtmatigheid) niet negeren maar integreren.

Een manier om dat in de praktijk vorm te geven, ligt mogelijk in het

veranderen van financieringsstructuren teneinde het maatschappelijk effect voor de burger centraal te stellen. De gemeenten Alphen aan den Rijn, Nieuwkoop en Kaag en Braassem hanteren bijvoorbeeld bij de aanbesteding van voorzieningen niet de omvang van zorg als uitgangspunt, maar focussen op het maatschappelijke effect. Aanbieders hebben er een brede opdracht: inwoners krijgen waar nodig ondersteuning bij het 'deelnemen aan informele en formele verbanden'. De positie van de burger wordt beschermd door de voorwaarden die de gemeente stelt aan de aanbieders. In deze voorwaarden is onder meer bepaald, dat burgers die hulp in het sociale domein krijgen, kunnen kiezen uit een gevarieerd aanbod. Daarnaast mag het leveren van zorg of ondersteuning niet belemmerd worden door de verdeling van middelen tussen wettelijke kaders en ook niet door de belangen van individuele aanbieders. De gemeenten vragen van de aanbieders dat zij per casus verantwoording afleggen over hun 'behandeling' van de burger.

De financieringsstructuur helpt daarnaast bij het opbouwen van kennis over de casussen, aangezien de aanbieders ook tussentijdse reflectie aan de gemeente moeten voorleggen. De gemeente Alphen aan den Rijn heeft deze kennis ook kunnen aanwenden om (onder meer) de maatschappelijke kosten te vergelijken met de kosten die onder het oude systeem zouden zijn gemaakt.

Wat deze voorbeelden gemeen hebben, is dat zij proberen te handelen voorbij de verkokering. Om dit te realiseren is een behoorlijke omslag vereist, die niet vanzelf gaat. Het zoeken naar en vinden van oplossingen voor mensen met complexe problemen is arbeidsintensief, vergt samenwerking over domeinen heen en men kan – anders dan bij veel enkelvoudige vragen – maar in beperkte mate terugvallen op bestaande routines. Alleen in onderlinge samenhang kunnen de nodige interventies worden bepaald. Dat vergt samenwerking van professionals uit verschillende domeinen en organisaties.

Zo'n onderlinge samenhang stimuleert professionals om uiteenlopende belangen bewust af te wegen en keuzes inzichtelijk te maken. Als zij het nodig vinden om in een specifieke situatie voor een bepaalde persoon de ene logica meer gewicht te geven dan de andere, en de eigen rol groter of

kleiner te maken, moeten zij immers wel kunnen uitleggen waarom. Het kan daarbij raadzaam zijn om bepaalde levensdomeinen voorrang te geven boven andere om een heldere volgordelijkheid in het afwegingsproces aan te brengen. Dit leidt tot focus en biedt de mogelijkheid om problemen een voor een aan te pakken. Zo heeft Finland bijvoorbeeld de langdurige dakloosheid structureel teruggebracht door het zogeheten *housing first*-model: eerst een dak boven het hoofd, daarna werken aan schulden, gezondheid of verslaving.¹¹

Er zal altijd moed nodig zijn om af te wijken van de (binnen een bepaalde logica) gangbare verantwoordingsmechanismen. Om die moed te verzamelen, is expliciete steun en bevoegdheid nodig om knopen door te hakken. Hier ligt vooral een opgave voor de wetgever en de ambtelijke- of organisatie-hiërarchie. Het vergt van alle spelers in het toegangsproces dat zij oog ontwikkelen voor de belangen van de andere spelers. Ze moeten hun eigen verantwoordingslogica kritisch tegen het licht houden en aangeven hoe hun keuzes zich verhouden tot de drie logica's.

Deze andere wijze van verantwoorden sluit aan op ons advies *Blijk van vertrouwen* (RVS 2019). Daarin stelt de RVS dat zorgverleners als het ware leveranciers zijn geworden van verantwoordingsinformatie ten behoeve van externe partijen. Verantwoording zou echter een zinvol doel moeten dienen, namelijk betere zorg en ondersteuning. Daarvoor is ook in relationele zin een andere interactie nodig tussen de zorgverlener enerzijds en toezichthouder, inkoper en overheid anderzijds. Wederkerigheid staat binnen deze relatie centraal: in dialoog met elkaar, gezamenlijk interpretatieverschillen verkennen en gegevens duiden.

Als context voor dit gesprek kan het zogeheten 'lokaal gezamenlijk overleg' dienen. De samenstelling van dit lokale overleg kan per geval verschillen; ook vertegenwoordigers van landelijke organisaties (zoals UWV of SVB) of uit de veiligheidsketen (bijvoorbeeld een wijkagent) kunnen daarbij aansluiten.

De RVS volgt de diverse initiatieven om bestaande kaders te doorbreken met bijzondere belangstelling. Hij denkt dat het van belang is om een multidisciplinaire werkwijze te ontwikkelen, waarbij de uitkomsten van afwegingen gemonitord worden. Wij kunnen ons bijvoorbeeld een databank voorstellen waarin casuïstiek wordt verzameld en gedeeld, met

als doel om meer van voorbeelden te leren.¹² Zo'n leerproces gekoppeld aan een permanent debat, draagt bij aan een goede samenwerking tussen alle betrokkenen, vanuit de waarden van alle drie de logica's in het brede en langetermijnbelang van de Nederlandse burgers. Wellicht dat hierbij een rol is weggelegd voor het Kwaliteitsinstituut, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd of de Nationale Ombudsman. Dat biedt mogelijkheden om uit te vinden waar het telkens schuurt. Als daarin patronen te ontdekken zijn, kunnen eventueel politieke en beleidsmatige interventies volgen, of wellicht zelfs een structuurwijziging van het stelsel als geheel.

Een goede aanzet is gedaan met het interdepartementale rapport van de ministeries SZW, VWS, BZK en J&V dat aanspoort om het beleid niet te richten op gemiddelden of bureaucratische wetmatigheden, maar op het leveren van maatwerk. De vier meest betrokken ministeries hebben het voornemen om voor alle actoren – zowel op gemeentelijk als op rijksniveau – de wettelijke ruimte te creëren om vanuit de eigen bevoegdheid een gezamenlijke maatwerkoplossing mogelijk te maken. Concreet stellen zij voor om deze bevoegdheid te regelen via een Wet Multiproblematiek, die per domeinwet aanpassingen aanbrengt om bij multiproblematiek maatwerk te kunnen leveren.

Zij zijn ook voornemens een landelijk escalatieteam te faciliteren, dat de opdracht krijgt om knopen door te hakken bij alle domein-overstijgende casuïstiek die lokaal niet op te lossen lijkt, omdat landelijke uitvoeringsorganisaties of rijksactoren geen ruimte zien om mee te bewegen.

De Raad juicht het voornemen van de vier ministeries toe en zal volgen wat er uit beloftevolle initiatieven voortkomt, om daar in het werkprogramma voor de komende jaren op terug te komen.

Volgens de RVS is er daarnaast en meer in het algemeen extra openheid en reflectie nodig over de dilemma's die voortkomen uit botsende waarden van verschillende logica's. Alleen dan kunnen professionals samen beredeneerde afwegingen maken voor daadwerkelijke hulp op maat. Die openheid zal tot keuzes kunnen leiden, waarbij de ene keer de (belemmerende) regels wat moeten wijken, de andere keer de rechtmatigheid (niet iedereen is gelijk) en weer een volgende keer de wensen van de cliënt (als

Complexe problemen, eenvoudige toegang

ze disproportioneel zijn). Het gaat er om, te kiezen voor het goede in de dan voorliggende (maar altijd veranderlijke) situatie. Het gaat dus *niet* om het vinden van een evenwicht waarbij met alle belangen precies evenveel rekening wordt gehouden.

Ambitieuze logica-overstijgend denken en handelen is nodig voor het realiseren van terechte en verantwoorde toegankelijkheid, in het besef dat een volmaakte oplossing altijd buiten bereik zal blijven. Dit essay wil bijdragen aan het gevoel van urgentie voor logica overstijgend optreden op grote schaal, maar roept niet op tot nieuwe normen of standaarden.

De RVS richt deze boodschap primair aan parlement en regering, maar indirect ook aan gemeenten, bestuurders, managers en professionals. Al deze spelers verdienen de steun van beleidsmakers en politiek om zo vaak als nodig het pad te betreden dat in specifieke situaties het beste past. Nader onderzoek en meer experimenten van onderaf zijn nodig om tot concrete, systeembrede, landelijke aanbevelingen te komen. Maar het is voor Haagse en gemeentelijke beleidsmakers, professionals, burgerinitiatieven en patiëntenverenigingen vandaag al mogelijk om vanuit het perspectief van de hulpvrager uit te zoeken wat wél mogelijk is. Zij moeten dan over de grenzen van de eigen organisatie heen kijken en uitzoeken welke barrières met enige druk en eigenzinnigheid plooibaar blijken te zijn.

De RVS hoopt dat mensen die zich met het onderwerp bezighouden, gaan uitproberen om afwegingen te maken en beslissingen te nemen aan de hand van de drie logica's. We willen hen vragen om de uitkomsten met de RVS te delen. Het onderwerp staat in elk geval prominent op de werk-agenda van de RVS voor 2020-2024 en de Raad zal de ontwikkelingen en experimenten in het veld nauwgezet blijven volgen.

Volgens de minister mogen we "onze zegeningen tellen" als het gaat om de Nederlandse zorg. Juist dat geeft ruimte om af te rekenen met de onnodige bureaucratie, de inefficiënte besteding van middelen en het extra leed dat mensen met complexe problemen ervaren bij de toegang tot ons hoogwaardige zorgstelsel.



Noten

- ¹ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/toespraken/2019/08/29/toespraak-van-minister-de-jonge-bij-het-christelijk-sociaal-congres>
- ² Voor de leesbaarheid gebruikt de Raad de term zorg afgewisseld met hulp(verlening), maar bedoelt daar 'zorg en ondersteuning' mee. Alhoewel we de focus leggen op de zorg en het sociaal domein, hoopt de Raad dat dit essay ook spelers in andere publieke sectoren kan inspireren, zoals bijvoorbeeld woningcorporaties.
- ³ SZW, VWS, BZK en J&V (2019). *Eindrapportage Verkenning (wellicht wet) Maatwerk Multiprobleem Huishoudens*. Geraadpleegd via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/05/22/eindrapport-verkenning-regeling-maatwerk-multiprobleem-huishoudens>. In dit rapport stellen de auteurs dat er geen precieze cijfers beschikbaar zijn hierover. "Wel bestaat er vanuit diverse onderzoeken een convergent beeld."
- ⁴ Hoogleraar maatschappelijke zorg Judith Wolf constateert dat van de Wmo-aanvragers 15 à 20 % met zware tot zeer zware problemen kampt op diverse levensdomeinen. Zij spreekt van 'burgers op achterstand'. Volgens haar is het reëel om bij de omvang van de groep van sterkst sociaal uitgesloten burgers uit te gaan van 1 % van de volwassen bevolking en voor de risicogroepen een bandbreedte aan te houden van 1 tot 5 %. <http://magazines.sociaalweb.nl/mensen-op-achterstand#!/moeite-met-burgers-die-moeite-hebben-zichzelf-te-redden>
- ⁵ Schonewille, G., Weijers, M., *Veel schuldenaren weten schuldhulp slecht te vinden*, in ESB, 8 augustus 2019, geraadpleegd via <https://www.nibud.nl/wp-content/uploads/Nibud-artikel-Schuldenaren-schuldhulp-ESB-19-augustus-2019.pdf>

- ⁶ https://www.sociaalweb.nl/nieuws/ruim-25-van-de-totale-gemeentelijke-zorgkosten-wordt-besteed-aan-coördinatie?utm_source=Mailing+Lijst&utm_medium=email&utm_campaign=Sociaalweb+nieuwsbrief+26-09-2019
- ⁷ De kosten die gemoeid zijn met de hulpverlening aan multiprobleem-huishoudens zijn eenvoudig te schatten, maar voorzichtige berekeningen lopen uiteen van gemiddeld 40.000 euro per jaar per gezin met gemiddelde multiproblematiek tot ruim 100.000 euro per jaar voor gezinnen uit de relatief zware categorie, aldus het hierboven genoemde interdepartementale rapport *Maatwerk Multiprobleem Huishoudens*. Bij de schatting van de totale kosten gaan de vier departementen uit van maximaal 100.000 huishoudens.
- ⁸ <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84053ned/table?ts=1573472085173>
- ⁹ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/05/22/eindrapport-verkenning-regeling-maatwerk-multiprobleem-huishoudens>
- ¹⁰ *Professionele buikpijn: hoe de overheid probeert de burger te begrijpen*, in De Volkskrant, 17 oktober 2019, geraadpleegd via <https://www.volkskrant.nl/columns-opinie/professionele-buikpijn-hoe-de-overheid-probeert-de-burger-te-begrijpen~b149940b/>
- ¹¹ https://www.ris.uu.nl/ws/files/56913608/41196_2018_80_05_Hurk.pdf
- ¹² Diverse kennisinstituten zoals Movisie en Vilans, hebben al leerplatformen waar dit idee bij zou passen. Het ministerie van VWS maakt ook steeds meer gebruik van casuïstiek, bijvoorbeeld via het Juiste Loket, of via het Programma Ondersteuning Passend Zorgaanbod OPaZ. In dat programma werkt het samen met het Instituut Publieke Waarden (IPW).

Literatuur

Boltanski, L. en Thévenot, L. (2006). *On justification: Economies of Worth*. Princeton, NJ : Princeton University Press.

CBS (2018). *Jongeren met jeugdzorg en jeugdzorgtrajecten in natura*.

Donner, P.H. (2016). *Laat je niet gek maken*. [Toespraak]. Ten behoeve van Divosa. Uitgesproken op: 2 juni 2016, Rotterdam.

Freidson, E. (2001). *Professionalism. The third logic*. Cambridge: Polity Press.

Friele, R.D. e.a. (2018) *Eerste evaluatie Jeugdwet, Na de transitie nu de transformatie*. Den Haag: ZonMw.

Hoed, A. den, De Haan, J., Verweij S. en Winsemius, A. (2018). *Village deals: een verkenning naar de bestuurlijke dimensie van integraal werken*. Utrecht: Movisie.

Jeurissen, P., Maarse, H. en Tanke, M. (2018). *Betaalbare zorg*. Den Haag: SDU.

Kinderombudsman (2018/2019). *Iedereen moet mee kunnen doen: jaarverslag 2018*. Den Haag: Nationale Ombudsman en Kinderombudsman en Veteranen Ombudsman.

Kruiter, H., Kruiter, A.J. en Blokker, E. (2015). *Hoe waardeer je een maatschappelijk initiatief? Handboek voor publieke ondernemers*. Deventer: Wolters Kluwer.

Meere, F. de, Van Den Toorn, J., Hamdi, A. & Wilderink, L. (2018). *Doen wat nodig is voor inwoners: ervaringen uit de city deal inclusieve stad*. Utrecht: Verwey Jonker Instituut.

Mol, A. (2006). *De logica van het zorgen*. Amsterdam: Van Gennep.

Nationale Ombudsman (2018). *Zorgen voor burgers; onderzoek naar knelpunten die burgers ervaren bij de toegang tot zorg*. Den Haag: Nationale Ombudsman

Nibud (2019). *Financiële problemen 2019: Geldzaken in de praktijk 2018-2019 deel 1*. Utrecht: Nibud.

Landelijke Huisartsen Vereniging en Nederlands Huisartsengenootschap (2012). *Toekomstvisie huisartsenzorg: modernisering naar menselijke maat*. Utrecht.

RVS (2017a). *Eenvoud loont*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

RVS (2017b). *Recept voor maatschappelijk probleem*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

RVS (2017c). *Zonder context geen bewijs*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

RVS(2017d). *Heft in eigen hand*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

RVS (2018a). *De Zorgagenda voor een gezonde samenleving*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

RVS (2018b). *Leeftijdsgrenzen*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

RVS (2019). *Blijk van vertrouwen*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

RVZ (2005). *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg*. Zoetermeer: Raad voor Volksgezondheid en zorg.

SCP (2018). *De sociale staat van Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Steiner, B. (2018). *Sociaal domein kostte in 2017 4.4% meer dan begroot*. Utrecht: Divosa.

Verkooijen, L. en Ansem, Q. (2017). *Werken in de halfde lijn. Sociaal werk in de wijk: Hoe doe je dat?* Dokkum: SWP.

Walzer, M. (1984). *Spheres of Justice: a defence of pluralism and equality*. Oxford: Robertson.

Herkomst voorbeelden

Overplaatsing naar een 'vreemd ziekenhuis': dit komt uit veldwerk van een RVS-adviseur.

Van schuld tot erger: idem.

Onbegrijpelijk voor laaggeletterden: dit komt uit de RVS-raadpleging voor de Zorgagenda in 2017.

Wachten op een crisis: dit komt uit de RVS-denksessie van 28 maart 2019.

Aandacht van de arts: idem.

Geen urgentie met schuld: dit komt uit de RVS-raadpleging voor de Zorgagenda in 2017.

Vorbereiding

De commissie die dit essay heeft voorbereid bestond uit Liesbeth Noordegraaf – Eelens (commissievoorzitter), Pieter Hilhorst (raadslid), Aletta Winsemius (adviseur), Willemijn van der Zwaard (adviseur; tot april 2019), Antoinette Reerink (adviseur; vanaf september 2019).

Publicaties

Complexe problemen, eenvoudige toegang. Botsende waarden bewuster afwegen.

Essay, nummer 19-05, december 2019.

Intensieve vrijwillige hulp. Heldere grenzen aan drang in de jeugdzorg.

Advies, nummer 19-04, november 2019.

De B van Bekwaam. Naar een toekomstbestendige wet BIG. Advies nummer 19-03, oktober 2019.

Blijk van vertrouwen. Anders verantwoorden voor goede zorg.

Advies, nummer 19-02, mei 2019.

Waarde(n)volle zorgtechnologie. Een verkennend advies over de kansen en risico's van kunstmatige intelligentie in de zorg.

Advies, nummer 19-01, februari 2019.

Goed leven.

Bundel, nummer 18-05, december 2018.

Plezier in bewegen.

Advies, november 2018

Over bezorgd. Maatschappelijke verwachtingen en mentale druk onder jongvolwassenen.

Essay, nummer 18-04, juli 2018.

Leeftijdsgrenzen. Betere kansen voor kwetsbare jongeren.

Advies, nummer 18-03, juni 2018.

WHO CARES. Ontwerpprijsvraag voor nieuwe vormen van wonen, zorg en ondersteuning.

Briefadvies, nummer 18-02, maart 2018.

Gezien en gehoord. 17.000 ervaringen met zorg en hulp.
Essay, nummer 18-01, februari 2018.

De wereld thuis. Zeven beeldverhalen.
Bundel, nummer 17-12, december 2017.

Ontwikkeling nieuwe geneesmiddelen. Beter, sneller, goedkoper.
Advies, nummer 17-10, november 2017.

Heft in eigen hand. Zorg en ondersteuning voor mensen met meervoudige problemen.
Advies, nummer 17-09, oktober 2017.

Zorgrelatie centraal. Partnerschap leidend voor zorginkoop.
Advies, nummer 17-08, oktober 2017.

De vele kanten van eenzaamheid.
Verkenning, nummer 17-07, juli 2017.

Eenvoud loont. Oplossingen om schulden te voorkomen.
Advies, nummer 17-06, juni 2017.

Zonder context geen bewijs. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg.
Advies, nummer 17-05, juni 2017.

De Zorgagenda voor een gezonde samenleving.
Publicatie, nummer 17-04, april 2017.

Recept voor maatschappelijk probleem. Medicalisering van levensfasen.
Advies, nummer 17-03, maart 2017.

Inkoopsafari. Verkenning van de praktijk van zorginkoop.
Verkenning, nummer 17-02, februari 2017.

Implementatie van e-health vraagt om durf en ruimte.
Briefadvies, nummer 17-01, januari 2017.

Wat ik met Kerst mis. Een bundel met wisselende perspectieven over eenzaamheid.
Bundel, nummer 16-04, december 2016.

Grensconflicten. Toegang tot sociale voorzieningen voor vluchtelingen.
Essay, nummer 16-03, oktober 2016.

Een gedurfde ambitie. Veelzijdig samenwerken met kind en gezin.
Advies, nummer 16-02, mei 2016.

Verlangen naar samenhang. Over systeemverantwoordelijkheid en pluriformiteit.
Advies, nummer 16-01, april 2016.

Wisseling van perspectief. De werkagenda van de RVS.
Publicatie, nummer 15-01, december 2015.

