

**Bijeenkomst  
'Publieke  
Gezondheid & het  
Sociale Domein'**

**10 september 2015**

**Decentralisaties als kans en  
noodzaak voor de publieke  
gezondheid**

**Onno de Zwart  
Directeur Welzijn, Zorg & Jeugdhulp**



- **Sinds 1 januari 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor de Jeugdwet, WMO en Participatiewet**
- **Grootste verandering in het sociale domein in decennia**
- **Gemeente wordt daarmee steeds meer ‘eerste’ overheid**
  
- **Er lijkt een contrast tussen publieke gezondheid en sociale domein**

## Publieke Gezondheid – een aantal observaties

- **Sociaal-hygiënisten volop aandacht voor de inrichting en hervorming van de maatschappij**
- **Meeste gezondheidswinst valt buiten het gezondheidsdomein te behalen**
- **Inrichting van en toegang tot ondersteuning / zorg belangrijke determinant voor gezondheid en zorggebruik**
  - **Zie jeugd-GGZ en bereik allochtone jongeren / gezinnen**
- **Afgelopen jaren weinig gemerkt van inbreng publieke gezondheid in debat over decentralisaties**



- **Achtergronden en feiten over de decentralisaties**
- **Rotterdam als voorbeeld:**
  - Inrichting van het nieuwe stelsel
  - Relatie overig zorgdomein
- **Reflectie op grootschalige transformatie**
- **Kansen en noodzaak voor de publieke gezondheid**
  - Betekenis voor de publieke gezondheidsprofessional



# De decentralisaties



# Decentralisaties waarom

- **Bestaande systeem onvoldoende effectief**

- Te vaak hulp na elkaar en naast elkaar
- Te vaak gericht op alleen onderdeel van het leven
- Te weinig gericht op wat mensen wel kunnen
- Professional gevangen in teveel bureaucratie en protocollen
- Te vaak wachtlijsten

- **Bestaande systeem te duur**

- Nederlandse jeugd gelukkigste te wereld en zeer hoge uitgaven aan zorg
- Sterke groei van AWBZ en Jeugdzorg

- **Sprake van ‘wicked problems’**



## ▪ Jeugdwet

- Alle vormen van zorg voor de jeugd  
verantwoordelijkheid van de gemeente

## ▪ Wet Maatschappelijke Ondersteuning

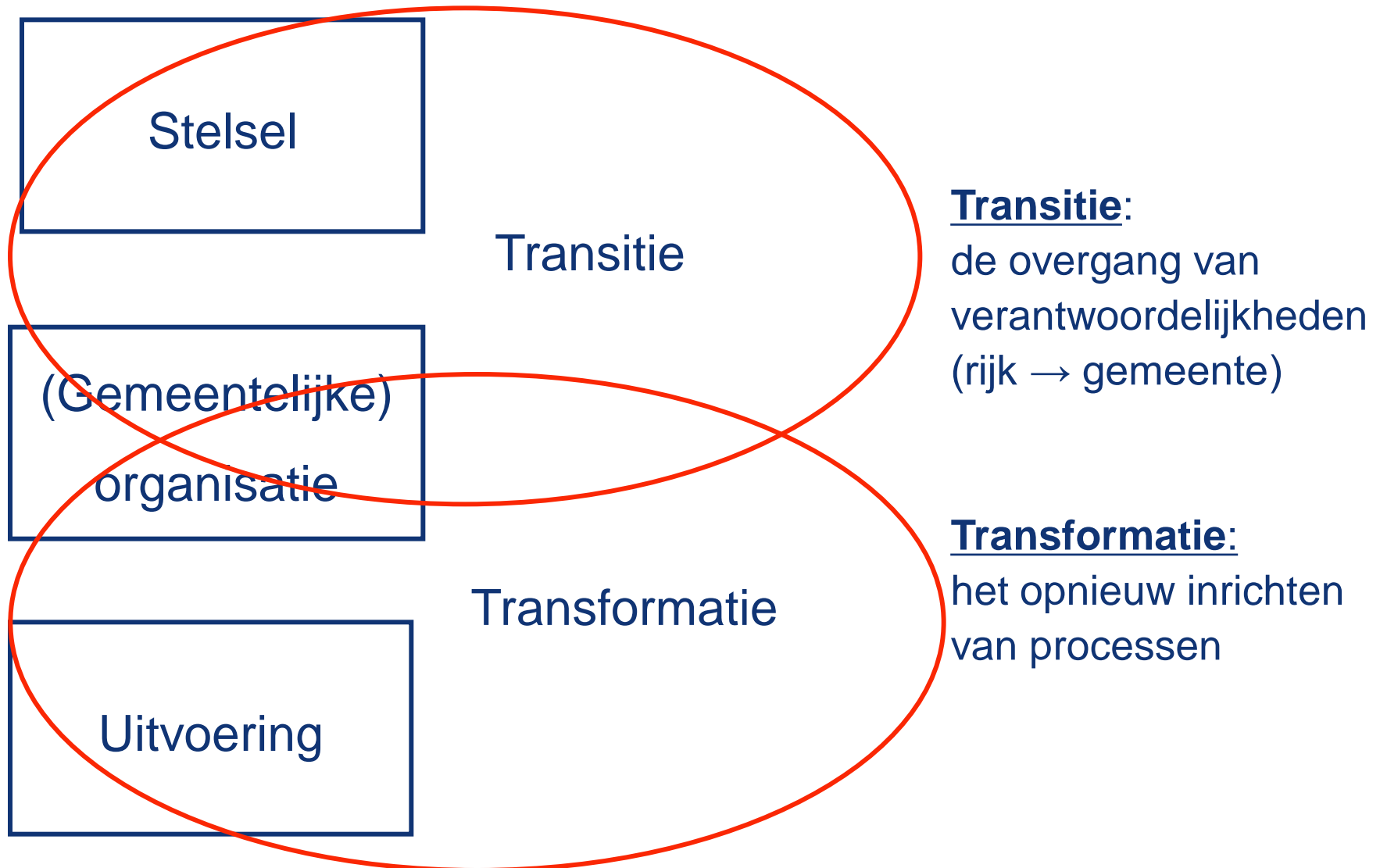
- Ondersteuning, begeleiding, OGGZ, Veilig Thuis  
(bestaand en nieuw)
- Grootste deel persoonlijke verzorging naar ZVW

## ▪ Participatiewet

- Bijstand en WSW



# De 3 decentralisaties: transitie en transformatie





# Rotterdam als voorbeeld



- **Nieuwe WMO** 10.000 18+  
348 mln, -16%
- **Jeugdwet** 11.000/12.000 18-  
183 mln. -9%
- **Participatiewet** 38.000 WWB  
125 mln, -18%
- **Welzijn** Iedereen  
66 mln, -11%



- **GGD als deel van de gemeentelijke directie Publieke Gezondheid, Welzijn en Zorg**
  - Regionaal AB als opdrachtgever voor de basistaken
- **Jeugdgezondheidszorg binnen onafhankelijke stichting CJG Rijnmond**
  - Wethouders jeugd in Raad voor Publiek Belang

# Rotterdam als voorbeeld: waar werken we naar toe?

- Rotterdammers staan centraal
- *Civil society*
- Zoveel mogelijk zelfredzaamheid, liefst een baan
- Wijkteams, in de buurt van de Rotterdammer
- Voor specialistische hulp & zorg leidt Wijkteam toe
- Ondersteuning in de wijk, maatwerk per wijk  
(gebiedsgericht)



## 4 belangrijke sturingsinstrumenten:

- **Toegangsmodeel:** Anders organiseren van de toegang tot (jeugd)zorg, welzijn & activering
- **Inkoop:** Slimmer inkopen van zorg & ondersteuning
- **Professionalisering:** met partners deels andere invulling van rol
- **Burger:** gesprek over nieuwe balans tussen eigen verantwoordelijkheid en rol overheid

# Welzijn versterkt Civil Soceity

- Ondersteuning aan “randen van de zorg”
- Versterken *Civil Society*: sterke Rotterdammers zetten zich in voor de stad, ook voor minder zelfredzamen
- Versterken eigenaarschap van bewoners



## Andere, soms betere, zorg & minder kosten

### Uitgangspunten:

- Anders aanbieden zorg & ondersteuning
- Dichtbij Rotterdammers, in eigen wijk
- Eigen kracht staat centraal

## Het Wijkteam is de spil





# Wat doet het Wijkteam?

- Samen met de Rotterdammer het probleem in kaart brengen
- Info & advies
- (Kortdurende) ondersteuning en (lichte) hulp
- Toeleiden naar specialistische, zwaardere, langdurige hulp
- Steuntje in de rug: Waakvlam en nazorg
- Nauwe samenwerking met wijknetwerk van vrijwilliger en professionele organisaties.





Langdurige  
ondersteuning

Jeugdhulp  
netwerk

## Wijkteam



Vraagwijzer

CJG

## Wijknetwerk



.. Eigen netwerk ..



## **Veel veranderingen & kwetsbare Rotterdammers:**

Hun ondersteuning mag niet in het gedrang komen.

## **Cliënten:**

Met overgangstermijn behoud oude rechten voor periode

## **Aanbieders:**

Contracten en subsidies voortgezet.

Wel nieuwe uitgangspunten & financieel kader

## ▪ Jeugd

- Deel van specialistische-ambulante hulp nu binnen het wijkteam
- Komen tot zorginnovatie over domeinen heen

## ▪ WMO

- Verschillende doelgroepen
- Arrangementenmodel op levensgebieden met verschillende intensiteit van ondersteuning
- Organiseren van gemeentelijk toezicht
  - In regionaal verband



- **Integratie van AMK en ASHG**
- **Rijnmond: één netwerkorganisatie onder leiding van de gecertificeerde instelling (Jeugdscherming Rotterdam-Rijnmond)**
- **Verbetering van kwaliteit**
- **Verruiming van mogelijkheden met name onderzoek**

# De praktijk na 8 maanden

- **Wijkteams bewijzen hun meerwaarde**
  - Ontwikkeling T-specialisti
  - Positieve MKBA
- **Implementatie vraagt tijd**
  - Nog niet alle aanvragen WMO gaan snel genoeg
- **PGB discussie eigenlijk vooral administratief issue**
- **Professionalisering vraagt tijd en energie**
  - Ontwikkeling van nieuw vak
- **Nog geen nieuwe balans over wat eigen kracht wel en niet kan**



# Decentralisaties staan niet alleen



# Domein van zorg verandert in de breedte

- **Ontwikkelingen eerste lijn**
  - Samenwerkende huisartsen
    - Grotere rol POH's (somatiek, GGZ)
    - Basis GGZ
  - Wijkverpleging
- **Scheiding wonen en zorg**
  - Langer Thuis
  - Discussie casemanagement dementie
- **Extramuralisatie van de GGZ**
- **Schaalvergroting in de zorg**
- **Veranderingen in rol verzekeraar**



# Wat betekent voor de gemeente?

- Kan de gemeente zich nog beperken tot de uitvoering van de WPG, WMO en Jeugdwet
- Aangesproken op onderwerpen in ZVW / WLZ
- Wat is de visie van de gemeente op het zorgstelsel in den breedte
  - Wordt de gemeente stelselregisseur?
- Voorbeeld
  - Faillissement Riagg Rijnmond
  - Beleid GGZ





# Reflectie op grootschalige transformatie



## ▪ **Commissie Dijsselbloem (2008)**

- Heldere, onderbouwde, gedeelde probleemstelling
- Beschikbare evaluatie van eerder beleid
- Gekozen beleidsoptie is wetenschappelijk gevalideerd
- Voorwaarden voor implementatie: tijd, geld en expertise zijn gegarandeerd
- Voldoende draagvlak bij alle betrokkenen, zeker bij uitvoerende professionals
- Tussentijdse evaluaties en geen (overhaaste) bijstellingen



# Doorontwikkeling komende jaren: transformatie

- **Vinden van balans tussen eigen kracht en steun van professionals: (deels) normatieve keuze**
- **Hoe als overheid bijdragen aan de (pedagogische) civil society**
- **Maatwerk versus toename van ongelijkheid**
- **Gemeente als eerste overheid**
  - Partner, opdrachtgever en wijze van politieke sturing
- **Voorkomen risico – regelreflex en juridisering**
- **Verbinding Jeugdwet – WMO – ZVW – WLZ – P-wet**
- **Ruimte om echt te leren en veranderen**



**“Met terugwerkende kracht wordt oude systeem beter”**

**“Mijn doelgroep is zo anders, dat past niet in de nieuwe manier van werken”**

**“Als het nieuwe systeem een medicijn zou zijn, dan zou het zeker nog niet op de markt komen!”**

# **Kansen en noodzaak voor de publieke gezondheid en de professionals**



## De gevolgen voor publieke gezondheid

- Nieuwe systeem biedt een kans op realiseren gezondheidswinst, maar ook risico's.
- Het nieuwe systeem moet ook passend zijn voor doelgroep kwetsbare Rotterdammers en justiablelen
- Samenhang met curatieve sector moet goed zijn
- Relatie met bredere veranderingen



# Publieke gezondheid lijkt echter afwezig

- **Waarom ziet publieke gezondheid zich niet als deel van het sociale domein?**
- **Is de publieke gezondheid een ketenpartner die deel van preventie en zorg aanbiedt**
  - Deel van het systeem, wens tot versterken van eigen positie
- **Kan publieke gezondheid gemeenten iets bieden**
  - Nu te zeer klassieke adviesrol
  - Er is kennis over gezondheidswinst maar die sluit onvoldoende aan bij maatschappelijk debat
  - Vernieuwende gezondheidsbevordering?
- **Beter worden in de eigen niche markt**



# Welke mogelijkheden zouden er zijn?

- **Kennis en betrokkenheid bij ontwikkeling en inrichting systeem**
  - Hoe zo inrichten grootste kans op gezondheidswinst
- **Beleidsrol bij gemeenten op brede domein van welzijn, preventie en zorg**
- **Nadenken over inkoop, zorginnovatie en professionalisering**
- **Van een niche naar wat is het goede om te doen**





## En de professionals?

- **Discrepantie tussen profielen arts M&G, MPH en de praktijk**
- **Praktijk vooral uitvoerende werkzaamheden**
  - Kan legitieme keuze zijn maar dan ook beperkte rol
- **Is er meerwaarde te bieden vanuit kennis, profiel**
  - Niet uit claimen van een exclusieve rol
  - Vanuit inhoud meerwaarde gaan bieden
    - Brug tussen verschillende rationaliteiten:  
zorg(professionals) – opdrachtgeverschap (rekenschap)
  - Niet beperken tot beperkt zorgdomein



- **Sociale domein verandert**
  - Kennis, betrokkenheid en reflectie nodig
  - Beleid, professies, samenwerking veranderen
  - Uitkomst is niet zeker, maar blijft niet zoals het was
  
- **Kiest de publieke gezondheid om deel te zijn van die transformatie?**



# Vragen & discussie

