

Verslag CPN 3 februari 2011

Ruim 65 professionals uit 20 verschillende zorgorganisaties waren aanwezig op de beleidsmatige CPN-bijeenkomst die in het teken stond van integraliteit van het zorgaanbod en de geplande bezuinigingen in de gezondheidszorg ([klik hier voor de programmapresentatie](#)) .

Uitgangspunt van deze middag is het [visiedocument: "**Integrale zorg in de eigen omgeving: de toekomst van chronische zorg en de huidige eerste lijn**"](#) van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS). Mevrouw drs. D. van den Brink ligt dit document toe en zet de speerpunten van het regeerakkoord uiteen.

De middag had ten doel om inzicht te krijgen in geplande veranderingen bij het Ministerie van VWS. "Zorg nabij" is het voornaamste speerpunt. Lees voor meer informatie de [presentatie van drs. D. van den Brink](#) .

Het NAH Netwerk vindt het van essentieel belang om vanuit cliëntperspectief te bekijken wat deze wijzigingen inhouden voor getroffen en getroffen. Meneer Adriaanse, getroffen, was uitgenodigd om hierover zijn verhaal uiteen te zetten.

Daarna werd het visiedocument bediscussieerd vanuit vier verschillende perspectieven: cliënt en zijn systeem, NAH Netwerk, Specialistische zorg en gemeenten. De bijeenkomst eindigde met de plenaire terugkoppeling waarin het Ministerie van VWS de volgende punten zijn meegegeven a.d.h.v. de speerpunten:

- Zelfmanagement en eigen regie cliënt: de participatiegedachte is positief, echter een deel van de NAH-doelgroep heeft geen ziekteinzicht, zij kunnen nauwelijks een hulpvraag te formuleren en blijven om deze reden afhankelijk van zorgverlener/netwerk. De NAH- doelgroep met onzichtbare gevolgen is een risicogroep. In een aantal gevallen zal de inzet van specialistische zorg gefaciliteerd moeten worden. We schatten in dat het percentage NAH-clienten die in staat zijn tot 'zelfmanagement' zeer minimaal is (5%). De vraag is of 'zelfmanagement' uiteindelijk geen duurdere zorg wordt wanneer iemand door zelfoverschatting toch in de problemen komt en alsnog op specialistische zorg is aangewezen.
- Samenhangende zorg/basiszorg : vroegtijdige signalering en kunnen ingrijpen zal aandacht moeten krijgen in de verdere uitwerking van de beleidsplannen. Signalering is belangrijk om in de basiszorg te kunnen verwijzen naar specialistische zorg;
- Versterking basiszorg dicht bij huis: specialisme in de basiszorg is nodig, momenteel is de specialistische zorg voor mensen met NAH onvoldoende. Kansen worden gezien in het verder uitwerken van het speelveld van de eerste en tweede lijn. Hierbij werd gedacht aan wijkgerichte zorgteams met gespecialiseerde professionals t.b.v. inbreng specialistische zorg in de eerste lijn. Hiervoor is het belangrijk dat de specialistische zorg zich goed gaat profileren in de eerste lijn. Concurrentie zou hierin geen

belemmering moeten vormen: de patiënt en de specialistische deskundigheid moeten centraal staan;

- Gemeenten gaan zorgen voor makkelijk contact: aandacht voor borging deskundigheid NAH. Gemeenten zetten in op vrijwilligers en mantelzorgers, er zal professionele begeleiding nodig zijn van deze groepen zodat zij adequaat hun hulp uit kunnen oefenen. Wat zeker niet vergeten moet worden is de training van de partner van een persoon met NAH.
- Substitutie: binnen de huidige financieringsstructuur kan de eerste lijn niet voorzien in systeembehandeling. NAH heb je niet alleen. Het systeem is kritische succesfactor bij herstel, symptoombestrijding en maatschappelijke participatie.
- Begeleiding naar Gemeenten: de ervaring is dat bij een grote groep medewerkers van de gemeenten een gebrek aan NAH kennis bestaat, zeker als het om de onzichtbare gevolgen.