



Kansen voor anders werken

Een analyse van anders werken tussen branches in het medisch en sociaal domein

7 maart 2022



AZw

ONDERZOEKSPROGRAMMA

ARBEIDSMARKT

ZORG & WELZIJN

Inleiding

Iedereen heeft op een moment in het leven zorg nodig. Kan die zorg ook altijd geleverd? De sector zorg en welzijn kampt al jaren met een groot personeelstekort en dit tekort zal in de toekomst enkel toenemen. Wie om zich heen kijkt, ziet de impact al. Naast de vele onvervulde vacatures, zijn er lange wachtlijsten voor jeugdzorg en ggz. Professionals die werkzaam zijn in de sector ervaren een hoge werkdruk en er is een groeiend ziekteverzuim. Deze hoge werkdruk triggert weer een hoge uitstroom van personeel (RVS, 2021). Een onwenselijke situatie gezien de schaarste.

Het personeelstekort in de sector zorg en welzijn is een groot en urgent probleem. In 2019 was het totale tekort ruim 40.000 medewerkers¹. In 2030 loopt dit tekort op tot ruim 100.000, of zelfs 130.000 medewerkers, afhankelijk van het effect van corona op de demografische en economische ontwikkelingen (ABF, 2020-1a). De te verwachten tekorten zitten vooral bij zorgberoepen, zoals verzorgenden en verpleegkundigen. Bij welzijnsberoepen zijn de te verwachten tekorten weliswaar lager, maar is eveneens een tekort (ABF, 2020-b). Oorzaken die ten grondslag liggen aan het personeelstekort zijn complex. Bevolkingsgroei en vergrijzing zijn belangrijke oorzaken, samen met een langere levensduur, een toenemende zorgvraag, en een afnemende beroepsbevolking (AEF, 2020).

Op verzoek van het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW) biedt DSP-groep inzicht in kansen en knelpunten voor het anders organiseren van werk tussen branches in de sector zorg en welzijn. Dat doen we door de inzichten uit publicaties uit 2020 en 2021 te bundelen. Inzichten die een nieuw licht werpen op het tegengaan en verhelpen van het personeelstekort. We interviewden ook drie professionals, werkzaam in de sector, over welke kansen en knelpunten zij zien in de praktijk. Deze inzichten samen kunnen gebruikt als startpunt voor een dialoog over de mogelijkheden om het personeelstekort tegen te gaan door anders te werken.

De focus in dit artikel ligt op de kansen die worden gezien voor anders werken (het verplaatsen van zorg) tussen branches:

- *Van zorg naar welzijn; mensen worden zoveel mogelijk, tijdelijk of structureel, preventief ondersteund in het sociaal domein, om zo (duurdere) zorg en/of (escalatie van) problemen te voorkomen.*
- *Van ziekenhuis naar huisarts; mensen gaan zoveel mogelijk alleen naar het ziekenhuis voor specialistische zorg, voor overige zorgvragen kunnen zij terecht bij de huisarts.*
- *Van verpleeg- en verzorgingshuis naar thuiszorg; ouderen wonen zo lang mogelijk thuis, alleen ouderen met de hoogste zorgwaarde hebben toegang tot verpleeg- of verzorgingshuis.*

Het gaat om verschuivingen tussen branches in het medische domein en het sociaal domein. Daarbij is het medische domein gedefinieerd als de zorg gefinancierd vanuit de

¹ Exclusief kinderopvang

Zorgverzekeringswet (Zvw)², en het sociaal domein als de zorg en ondersteuning gefinancierd vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en Wet langdurige zorg (Wlz)³. De verschuivingen worden gedreven door schaarste in mensen en middelen, en komen voort uit de overtuiging dat zorg en ondersteuning daarmee beter worden. Het is een beweging vanuit de sector zelf. Ook de decentralisatie van taken rondom zorg en welzijn in 2015 van het Rijk naar gemeenten speelt een belangrijke rol.

In dit artikel verkennen we eerst de potentie van anders werken tussen branches in het medische en het sociaal domein, en welke kansen zich daarbij voordoen volgens de literatuur. Vervolgens wordt uiteengezet welke knelpunten zich voordoen in de praktijk. In de paragraaf daarna beschrijven we oplossingsrichtingen die in de literatuur worden aangedragen, onder welke randvoorwaarden anders werken kan plaatsvinden. In het laatste deel geven we een slotbeschouwing, waarin ook witte vlekken in de literatuur op een rij zijn gezet.

² Meer specifiek: ziekenhuiszorg (ziekenhuizen en UMC's) VVT, huisartsenzorg en GGZ

³ Meer specifiek: huisartsenzorg (als poortwachter naar het sociaal domein), sociaal werk, jeugdzorg, kinderopvang, VVT en gehandicaptenzorg

De potentie van substitutie

Welke rol kan het anders werken spelen bij het tegengaan van het personeelstekort in de sector zorg en welzijn, volgens de bestudeerde bronnen? In deze paragraaf beschrijven we welke potentie het anders werken heeft. Ook worden neveneffecten benoemd: wat het oplevert voor inwoners, voor de maatschappij en in euro's.

Anders werken kan de groei van het personeelstekort dempen

In de bestudeerde literatuur komt het anders werken tussen branches in het medische en het sociaal domein onder verschillende termen aan bod. De Juiste Zorg op de Juiste plek (JZOJP) is de meest veelomvattende definitie en betreft het voorkomen van (duurdere) zorg (c.q. preventie), het verplaatsen van zorg (naar zorg dichterbij mensen thuis), en het vervangen van zorg (door andere zorg, zoals E-health). Ook de term substitutie wordt gebruikt voor het verplaatsen van zorg. Daarnaast komen in de literatuur concepten of werkwijzen naar voren die bijdragen aan het anders werken tussen branches. Zoals het domeinoverstijgend werken, of het concept positieve gezondheid. Hierbij wordt gezondheid niet (meer) gezien als de afwezigheid van ziekte, maar als het vermogen van mensen om te kunnen omgaan met uitdagingen in het leven (Huber et al., 2021).

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat het anders werken tussen branches in het medische en het sociaal domein een dempende werking kan hebben op de groei van het personeelstekort op de arbeidsmarkt zorg en welzijn (Sociaal werk werkt!, 2021; ABF, 2020; AEF, 2020). Meer inzet op preventie en het zo licht mogelijk organiseren van zorg, (verdere) extramuralisering naar zorg aan huis, en substitutie van specialistische zorg naar zorg waar geen verwijzing voor nodig is, zoals de huisarts, drukt het personeelstekort in de sector (Sociaal werk werkt!, 2021).⁴ Dat komt doordat deze verschuivingen bijdragen aan een efficiëntere verdeling van werk, zo stelt Sociaal werk werkt! (2021). Het vermindert het beroep op zorg door de preventieve werking van welzijnswerk en het werken volgens de aanpak van positieve gezondheid. (Medische) problemen worden voorkomen of al in een vroeg stadium opgelost, voordat ze groter of meer complex worden. Ook kan welzijnswerk voorkomen dat problemen worden gemedicaliseerd (HvA, 2021). Dat heeft niet alleen effect op de hoeveelheid werk voor zorgprofessionals maar ook op de daaraan verbonden ondersteunende en assisterende medewerkers (SEOR, 2020).

Hoe groot het effect van substitutie kan zijn, blijkt uit een prognose van ABF (2020).⁵ Naar schatting is het verwachte personeelstekort bij substitutie in 2030 115.000 medewerkers, in plaats van 131.600 zonder substitutie (ABF, 2020-b).⁶ Let wel, als substitutie succesvol is, groeit het personeelstekort in de sector nog steeds.

⁴ Exclusief kinderopvang.

⁵ We merken op dat de prognose van ABF ook ambulantisering omvat, een verschuiving die geen onderwerp is van deze studie. Daarmee zijn de cijfers niet geheel representatief, deze vallen waarschijnlijk wat gunstiger uit dan wanneer ambulantisering niet zou zijn meegenomen.

⁶ Dit betreft een vergelijking van het zgn. substitutiescenario versus het corona-basisscenario. Het corona-basisscenario geeft inzicht in de autonome ontwikkeling van personeelstekort, rekening houdend met een verminderde economische groei in vergelijking met het niveau van 2019, als gevolg van de lockdowns.

De verwachting is dat substitutie de druk op bijvoorbeeld maatschappelijke opvang, verslavingszorg en jeugdzorg kan verminderen. Medische zorg, ziekenhuisopname en verpleeghuiszorg is minder nodig (HvA, 2021). De inzet van welzijnswerk kan het beroep op huisartsen, fysiotherapeuten, ggz-specialisten en ouderenzorg verminderen (SEOR, 2020). Tegelijkertijd groeit het aantal (benodigde) personeelsleden in het welzijnswerk. De domeinen zijn inter-afhankelijk (AEF, 2020).

Het anders organiseren van werk kan de toenemende vraag naar personeel in het sociaal domein ombuigen naar een stabiele of zelfs dalende trend waarbij minder werknemers worden gevraagd, zo verwacht AEF (AEF, 2020). AEF onderzocht welke mogelijkheden het meest kansrijk zijn voor het arbeidsmarkttekort, rekening houdend met de inter-afhankelijkheden tussen het medische en het sociaal domein en de informele hulp. Ruim 200 verschillende initiatieven in diverse sectoren en landen zijn door AEF met elkaar vergeleken. Van initiatieven gericht op (bij)scholing of een leven lang leren en loonsverhoging tot de oprichting van een landelijke organisatie voor coördinatie van arbeidsmarktvragestukken. Uit die studie blijkt dat het inzetten op substitutie (de inzet op preventie en de verschuiving van zware en dure hulp, naar lichtere, goedkopere hulp) de grootste potentie heeft om het arbeidsmarkttekort tegen te gaan. Tegelijkertijd schrijft AEF dat het een taai opgave is om die substitutie te realiseren omdat aan veel randvoorwaarden moet worden voldaan (AEF, 2020).

Potentieel ook maatschappelijke winst

Met substitutie is ook maatschappelijke winst te behalen. We onderscheiden baten voor individuele inwoners en maatschappelijke baten.

Baten voor inwoners

Inwoners kunnen baat hebben bij substitutie tussen branches, zo blijkt uit de literatuur. Als er meer wordt ingezet op welzijnswerk kan dit een positief effect hebben op het welzijn en de gezondheid van mensen. Dat komt doordat problemen worden voorkomen, of opgelost voordat ze verergeren (SEOR, 2020; HvA, 2021). Welzijnswerk omvat een divers palet van voorzieningen, zoals jongerenwerk, ouderenwerk, schuldhulpverlening en mantelzorgondersteuning. Het resultaat van welzijnswerk is vaak niet direct zichtbaar maar het heeft wel degelijk een positief effect op welzijn en gezondheid van mensen. Het jongerenwerk kan bijvoorbeeld bijdragen aan talentontwikkeling en stimuleren dat jongeren een opleiding volgen. Schuldpreventie kan voorkomen dat iemand dakloos raakt of gezondheidsproblemen ontwikkelt vanwege geldzorgen (HvA, 2021). Hoe dit in de praktijk kan werken, licht sociaal werker Linda Edelenbos toe (pagina 8).

Ook kan het welzijn van inwoners verbeteren als de huisarts ze helpt vanuit het perspectief van positieve gezondheid, zo blijkt uit het handboek over positieve gezondheid voor huisartsen van Huber et al. (2021). Dit handboek geeft huisartsen inzicht in het concept van positieve gezondheid. Met een beter beeld van wat een patiënt nodig heeft, kan een huisarts proactief handelen en worden potentiële zorgvragen ondervangen en verholpen in, of samen met, welzijnswerk. En dat heeft een positieve uitwerking op het welzijn van de patiënt. Patiënten lijken ook meer tevreden over de zorg (Huber et al., 2021).

Of inwoners, of meer specifiek ouderen, baat hebben bij de verschuiving van verzorgings- en verpleeghuis naar thuiszorg, daar is in de literatuur weinig over te vinden. Casemanager dementie Annemieke Van Veen ziet dat de thuissituatie niet voor alle ouderen even prettig is, zo blijkt uit het interview (pagina 10). En het verbeteren van de kwaliteit van leven van thuiswonende kwetsbare ouderen met een complexe zorgvraag, was één van de doelen van drie experimenten van domeinoverstijgend werken. Deze thuiswonende ouderen lopen door hun complexe zorgvraag aan tegen de weerbarstigheid van het zorgstelsel. Uit de evaluatie van deze experimenten, uitgevoerd door Significant (2021), blijkt dat een domeinoverstijgende aanpak ervoor kan zorgen dat deze ouderen inderdaad een betere kwaliteit van leven ervaren. Ook hun naasten hebben er baat bij. Zij voelen zich ontlast doordat ze een duidelijk aanspreekpunt hebben en er op kunnen vertrouwen dat de zorg geregeld wordt (Significant, 2021).

Maatschappelijke baten

Effecten van substitutie zijn niet alleen merkbaar voor individuele inwoners, het levert ook maatschappelijke baten op. De verschuiving van zorg naar welzijn heeft een positief effect op de economie en de arbeidsmarkt, zo blijkt een meta-analyse naar de kosten en opbrengsten van welzijnswerk, uitgevoerd door SEOR (2020). Dit is het gevolg van een lager ziekteverzuim onder werkenden, meer arbeidsparticipatie en -productiviteit door een betere gezondheid van mensen en een langere levensduur. Ook heeft het welzijnswerk een positieve uitwerking op de leefbaarheid en sociale cohesie in wijken, op het gevoel van veiligheid bij inwoners en werkt dit door in een afname van criminaliteit. Deze maatschappelijke baten zijn een doorwerking van beter ervaren welzijn en gezondheid op individueel niveau, zo blijkt uit de meta-analyse (SEOR, 2020).

Er zijn ook financiële voordelen

Substitutie is gewenst vanwege de arbeidstekorten in zorg en welzijn. En het levert maatschappelijke baten op, zo blijkt uit het voorgaande. Een logische vervolgvraag is of er ook sprake is van kosteneffectiviteit: wegen de kosten van substitutie ook op tegen de baten? Het antwoord is overwegend 'ja', zo blijkt uit meerdere onderzoeken (SiRM, 2021; SEOR, 2020; HvA, 2021). Al gaat het steeds om ruwe schattingen gebaseerd op aannames, en wordt aangegeven dat besparingen alleen tot stand komen onder voorbehoud van veel randvoorwaarden (SiRM, 2021).

De meta-analyse naar de kosten en opbrengsten van sociaal werk, uitgevoerd SEOR (2020), berekent op basis van diverse recente businesscases dat het gemiddelde rendement van sociaal werk positief is; naar schatting ongeveer 1,6. Dit betekent dat iedere geïnvesteerde euro ruim anderhalf keer zoveel opbrengt.⁷ De baten zijn vooral hoog als het welzijnswerk leidt tot minder zorggebruik (SEOR, 2020). Dat er verschil is in rendement tussen verschillende welzijnsinterventies blijkt ook uit een quickscan naar de waarde van preventie, uitgevoerd door de Hogeschool van Amsterdam (2021). De economische waarde van jongerenwerk is zeer gunstig en wordt geschat op 45 miljoen euro per jaar (HvA, 2021). De inzet van de sociale wijkteams daarentegen is niet per definitie kostenbesparend. Op korte termijn kan de inzet van wijkteams een stijging van kosten betekenen doordat de teams

⁷ Deze kostenbesparingen komen niet zomaar tot stand, alleen als aan veel randvoorwaarden wordt voldaan en als de interventies aansluiten bij de behoeften van inwoners.

meer mensen bereiken die ondersteuning kunnen gebruiken (HvA, 2021). Uit een notitie van het CPB (2021) blijkt dat de inzet van de sociale wijkteams in gemeenten leidt tot een stijging van het totale gebruik van ouderenzorg. Deze gemeenten bieden meer dagbesteding en individuele begeleiding vanuit de Wmo maar dit resulteert niet in een afname van het gebruik van zwaardere ouderenzorg, zoals wijkverpleging en verpleeghuiszorg. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de wijkteams beter in staat zijn om een antwoord te bieden op een verborgen zorgvraag van inwoners, en zo het welzijn van inwoners verbeteren. Dat valt op basis van het uitgevoerde onderzoek niet vast te stellen (CPB, 2021).

De notitie van het CPB ondersteunt de bevinding van de WRR dat de kosteneffectiviteit van de verschuiving van verpleeghuiszorg naar thuiszorg niet evident is (WRR, 2021). Er is weliswaar een afname van kosten voor intramurale plekken, maar er is juist een toename van kosten voor thuiszorg en verpleging. Daarnaast speelt het *verkeerdebeddenefect*: ouderen die een kostbaar ziekenhuisbed bezet houden omdat er geen geschikte zorgplek voor ze is na een behandeling. Dit is het gevolg van de afbouw van intramurale plekken. In bijvoorbeeld Japan is de beweging naar zorg thuis om die reden deels weer teruggedraaid (WRR, 2021).

SiRM (2021) geeft op basis van 19 onderzoeken een modelmatige schatting wat substitutie van zorg kan opleveren in euro's. SiRM gaat – met veel aannames – uit van een jaarlijkse besparing van ongeveer €2,7 miljard (rekening houdend met uitgaven aan gesubstitueerde zorg). Ongeveer 15% van die besparing wordt gerealiseerd door de verschuivingen tussen het medische en het sociaal domein, zoals het onderwerp van dit artikel.⁸

Die jaarlijkse besparing is niet eenvoudig te realiseren, waarschuwt SiRM. In het ideale scenario waarbij knelpunten en uitdagingen serieus worden opgepakt, kan deze jaarlijkse besparing gerealiseerd worden binnen een periode van tien jaar. Ook om ongeveer een derde van dit besparingspotentieel te realiseren, moet een groot deel van de randvoorwaarden op orde worden gebracht. Bijvoorbeeld regionale samenwerking en implementatiekracht, vooral in de eerste lijn (SiRM, 2021).

KPMG gaat nog een stap verder en stelt in de publicatie *Wie doet het met wie? Krapte maakt creatief*, dat de groei van zorgkosten zelfs omgebogen kan worden naar een daling (KPMG, 2020). In potentie zouden de zorgkosten op de lange termijn (Zvw en Wmo) met 14% kunnen dalen, in plaats van een groei van 24%. Het gaat dan om een daling van totaal €28.620 miljoen aan zorgkosten in 2018, naar €24.669 miljoen in 2040. Deze berekening neemt maatschappelijke baten buiten de sector zorg en welzijn niet mee: de daadwerkelijke kostendaling kan dus nog groter zijn (KPMG, 2020). Wat er volgens KPMG nodig is om deze kostendaling te bereiken, lichten we verderop in dit artikel toe.

⁸ De helft van de door SiRM geschatte potentiële besparing á €2,7 miljard wordt gerealiseerd door substitutie van zorg door een professional naar digitale zorg. Deze vorm van substitutie beschouwen we niet als onderdeel van het anders werken tussen branches. Daarnaast omvat deze schatting á €2,7 miljard ook de besparing als gevolg van de verschuiving van intramurale ggz-zorg naar eerstelijns zorg en wijkverpleging. Deze verschuiving valt niet onder de drie verschuivingen die onderwerp zijn van dit artikel.

Linda Edelenbos is sociaal werker in en houdt zich bezig met het 'algehele welbevinden' van mensen. Edelenbos: *"Het sociaal werk is er voor allerlei vragen waar mensen mee zitten. We zijn aanvullend op het zorgaanbod dat is gericht op lichamelijk en geestelijk welzijn"*

Ze werkt vanuit een zogeheten Servicepunt XL in de Haagse wijk Loosduinen. Dit Servicepunt staat midden in de wijk en iedereen kan binnenlopen voor vragen over werk, inkomen, zorg, participatie en welzijn. Ook worden mensen doorverwezen naar het Servicepunt via verwijzers zoals de huisarts, de thuiszorg, de wijkagent of het Wmo-loket van de gemeente. Edelenbos heeft een achtergrond als maatschappelijk werker en heeft als aandachtsgebied ouderen. De rijke levenservaring van ouderen trok haar aan en was de reden dat ze zich in deze doelgroep heeft gespecialiseerd.

"Bij iedereen die met een verzoek bij ons binnenkomt, doe ik een brede uitvraag op alle leefdomeinen zoals gezondheid, sociale relaties, wonen en de financiële situatie. Hoe gaat het op dit vlak? Heb je hier iets in nodig? Vervolgens kijken we met deze informatie in ons achterhoofd, hoe we iemand het beste kunnen helpen. De oplossing kan heel praktisch zijn. Dan verwijzen we iemand door naar het juiste loket. En soms is er een vraag achter de vraag. Als sociaal werker ken je het brede pakket aan ondersteuningsmogelijkheden, zo kan ik maatwerk bieden en mensen de weg wijzen naar passende hulp."

Edelenbos: *"In mijn werk ben ik vooral bezig om de thuissituatie van ouderen zo lang mogelijk prettig te houden. Iemand komt bij ons terecht door een vraag over een rollator, maar door een brede uitvraag merk je dat er randvoorwaarden voor prettig thuis wonen missen. Eenzaamheid is bijvoorbeeld een groot thema onder deze doelgroep. Daar proberen wij een oplossing voor te vinden, passend bij de behoefte van die oudere. De een is al geholpen met een wekelijks*

huisbezoek door een vrijwilliger, de ander wil meer een inloop met gezellige activiteiten. Het Servicepunt zet vaak de hulp van vrijwilligers in, en die zijn helaas schaars. Ze licht toe: "Het vrijwilligersaanbod is beperkt. We proberen daarom mensen zoveel mogelijk aan elkaar te koppelen, om zo elkaar te helpen."

Edelenbos merkt dat steeds meer zorgprofessionals inzien dat juist bij kwetsbare doelgroepen de oorzaak van lichamelijke problematiek niet medisch hoeft te zijn. Daarom is in de wijk het netwerk 'Beter Thuis Loosduinen' gestart, met als doel de kwetsbare burgers zo goed mogelijk te ondersteunen. *"In het netwerk werken wij nauw samen met huisartsen, casemanagers dementie, fysiotherapeuten en andere zorgdisciplines. Ook wijkbewoners die zorg ontvangen worden betrokken bij het netwerk. Het netwerk is gestart om welzijn meer te betrekken bij het zorgveld. We weten elkaar goed te vinden, verwijzen makkelijk door en passende ondersteuning is sneller gevonden. Ook komen we als netwerk een aantal keer per jaar samen. We bespreken dan hoe we wijkbewoners, en elkaar, kunnen helpen rondom actuele thema's."*



Verschuiving gaat niet vanzelf

Op veel plekken in het land worden verbetering in het medische en het sociaal domein nagestreefd. Er zijn goede initiatieven, welwillende organisaties, samenwerkingsverbanden en professionals. En er zijn pilots die waardevolle opbrengsten hebben. Maar de verschuiving van werk gaat niet vanzelf. Er doen zich in de praktijk allerlei knelpunten voor. In deze paragraaf beschrijven we de belangrijkste uitdagingen die naar voren komen in de literatuur:

- *Inzet op preventie blijft achter*
- *Professionals zijn onvoldoende toegerust*
- *Meewerken aan verschuiving kan botsen met organisatiebelangen*

Inzet op preventie blijft achter

Een grote uitdaging voor het anders werken is het realiseren van een stevig welzijnsdomein waarin inwoners goed geholpen en ondersteund worden. In de literatuur komen drie belangrijke oorzaken naar voren waarom de inzet op preventie achterblijft. In de eerste plaats is financiering lastig. Momenteel zijn de financiële kaders in het zorgstelsel (nog) niet afgestemd op een sterke stimulans voor preventief welzijnswerk (Ha, 2021). Gemeenten hebben krappe financiële middelen om te investeren in welzijn en innovatie (VNG, 2021). En doordat het resultaat vaak niet direct zichtbaar is, komt de financiering ervan al snel onder druk te staan. Hoewel veel partijen profiteren als de sociale basis van laagdrempelige voorzieningen en ondersteuning op orde is, is co-financiering verre van vanzelfsprekend. Omdat de kosten voor de baten uitgaan, maar ook omdat baten (vaak) ergens anders terecht komen dan bij de investeerder.

Ook is niet duidelijk wie verantwoordelijk is voor preventie. De decentralisaties hebben geleid tot een andere verdeling van verantwoordelijkheden tussen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren. Binnen dat systeem is preventie diffuus belegd. Collectieve preventie ligt bij gemeenten, individuele preventie bij zorgverzekeraars. Tot slot is maar beperkt zicht op welke preventie interventies (kosten)effectief zijn. Best practices zijn nog niet voldoende onderzocht, of voldoende bekend (SiRM, 2021). En er zijn twijfels bij de gebruikte onderzoeksmethodieken: bestaande studies zijn veelal uitgevoerd vanuit een medisch model dat niet goed matcht met sociale vraagstukken (HvA, 2021).

Professionals zijn onvoldoende toegerust

Een tweede uitdaging die in de literatuur naar voren komt, is dat niet alle professionals voldoende tijd hebben om de verschuiving te realiseren. Zo ligt een deel van de potentiële substitutie bij de verschuiving van ziekenhuiszorg naar huisartsenzorg. De huisartsenzorg is hier echter nog lang niet op ingericht, er is onvoldoende capaciteit om de zorg te kunnen leveren, zo stellen SiRM en Huber et al. (SiRM, 2021; Huber et al., 2021). Om een patiënt vanuit het begrip positieve gezondheid te kunnen helpen, is het belangrijk dat een huisarts voldoende tijd heeft per patiënt om uit te zoeken wat iemand nodig heeft. Die tijd heeft een huisarts vaak niet (Huber et al., 2021). En praktijkhouders zijn steeds meer tijd kwijt aan het personeelsbeleid. Dit komt doordat huisartsenpraktijken tegenwoordig veel verschillende zorgverleners in dienst hebben (bijvoorbeeld praktijkondersteuners ggz, somatiek, of ouderenzorg). En dat is een uitdagende taak in een tijd van grote personeelstekorten en het groeiende aantal waarnemende huisartsen, zo geeft het RVS aan (RVS, 2020).

Meewerken aan verschuiving kan botsen met organisatiebelangen

Waarom komt vernieuwing zo moeizaam van de grond? We noemden al de achterblijvende inzet op preventie en te weinig capaciteit bij bijvoorbeeld huisartsen. In de literatuur zijn nog meer verklaringen te vinden, die allemaal in dezelfde richting wijzen. Namelijk dat de wijze waarop het Nederlandse zorgstelsel is ingericht. Dat maakt dat de verschuiving van werk haaks kan staan op het eigen belang op de korte termijn. Zo worden huisartsen bijvoorbeeld nog altijd gestimuleerd om met elkaar te concurreren in plaats van samen te werken (RVS, 2020). Veel beleid is gericht op individuele oplossingen en vanuit zorg en ondersteuning ingericht, en gemeenten hebben door grote financiële tekorten nauwelijks ruimte voor innovatie (VNG, 2021). Organisaties zijn (uit noodzaak) sterk gericht op eigen belangen en te beperkt gericht op samenwerking. Het zorgaanbod is leidend, niet de zorgvraag. En organisaties hebben vaak te weinig middelen om te investeren in technologie, zoals digitale signalering waarmee ouderen zich veilig zelfstandig kunnen bewegen (KPMG, 2020). De professional ziet zich geconfronteerd met patiënten met complexe problemen die een multidisciplinaire aanpak vragen. Maar het systeem wringt: afstemming met andere professionals kost tijd, en dat is in de normale werksetting vaak onvoldoende geregeld of geborgd. De financiering van zorg bemoeilijkt samenwerking over organisatiegrenzen heen (RVS, 2020). En stimuleert soms zelfs afwenteling van zorguitgaven (ZN, 2020). Al met al ontbreekt het volgens deze bronnen dus aan prikkels om de verschuiving op gang te brengen. Financieel, want er zijn onvoldoende middelen, maar ook het gebrek aan draagvlak, voldoende capaciteit, organisatiekracht.

Langer verantwoord én prettig thuis wonen

Annemieke van Veen werkt als casemanager dementie in regio Utrecht Zuidoost. Ze begeleidt thuiswonende cliënten, voornamelijk ouderen, en hun naasten in het traject vanaf de niet-pluifase of diagnose dementie tot aan overlijden of eventuele opname in een verpleeghuis. Daarbij werkt ze samen met alle betrokkenen, zowel professioneel als sociaal en kent ze de weg in de wirwar van wetten, professionele instellingen en organisaties in de regio. Ook kan ze bemiddelen bij het regelen van zorg of ondersteunen bij het maken van keuzes.

Van Veen ziet in dat thuiswonende ouderen steeds vaker een complexe zorgvraag hebben. Dat komt doordat er strenger wordt geselecteerd wie (wanneer) in aanmerking komt voor een plek in het verpleeghuis. Toch is haar werk niet erg veranderd, vindt ze. *“De aard van mijn werk – en van andere professionals betrokken bij de zorg aan huis – is niet per se anders dan voorheen. Wel is de intensiteit van het werk toegenomen. Dat komt doordat we meer moeten doen in minder tijd.”* Door hun complexe zorgvraag hebben de ouderen waar Van Veen mee werkt vaak meer verpleging en begeleiding aan huis nodig. De integrale samenwerking met de huisarts en alle betrokken zorgprofessionals die hiervoor nodig is, is niet altijd goed te organiseren. Van Veen: *“Door het personeelstekort en de grote vraag naar thuiszorg staat de onderlinge samenwerking onder druk. Iedereen werkt hard, maar in de waan van de dag schiet de organisatie van een domeinoverstijgend overleg bijvoorbeeld tussen de thuiszorg, de casemanager, fysiotherapeut en huisarts er soms bij in. Deze overleggen geven op de korte termijn soms niet direct zichtbaar resultaat en worden dan als eerste verzet of afgezegd, maar frequent overleg is*

essentieel om te zorgen dat de cliënt zo lang mogelijk verantwoord én prettig thuis kan blijven wonen.”

Wat voor Van Veen in haar werk een extra uitdaging is, is het gebrek aan aansluiting van de verschillende zorgwetten. Cliënten in de Wmo komen soms niet in aanmerking voor dezelfde begeleiding thuis als cliënten in de Wlz. Ze zijn afhankelijk van hoe de gemeente daarin voorziet. En niet alle zorgaanbieders hebben een contract met het zorgkantoor, wat de zorgcontinuïteit van cliënten die vanuit de Wmo de Wlz instromen niet ten goede komt, *“Door de schotten in de zorg lijkt de wetgeving soms leidend en niet de behoefte van de cliënt. Dat is frustrerend”,* vindt Van Veen. *“Er zijn meer regels bijgekomen – waar wij professionals in minder tijd mee moeten dealen. Dat betekent veel regelen, bellen en uitzoeken en minder tijd voor de echte begeleiding van de ouderen.”*

Het beleid stuurt op verantwoord langer thuis wonen, en volgens Van Veen is dit soms ook de wens van de ouderen zelf. Ze wil daar graag aan toevoegen dat het naast verantwoord, ook prettig thuis wonen moet zijn. Dat is nu niet altijd het geval. *“Ik denk dat sommige oudere cliënten beter af en gelukkiger zouden zijn in een ‘ouderwets’ bejaardenhuis, omdat er onvoldoende zorg en aandacht voor hen is in hun thuissituatie. Maar wij proberen aan alle ouderen de best mogelijke ondersteuning thuis te leveren.”*



Oplossingsrichtingen

De uitdaging is duidelijk. Maar wat zijn oplossingsrichtingen? In de eerste plaats zijn er voor organisaties en samenwerkingsverbanden knoppen om aan te draaien binnen de huidige kaders van het zorgstelsel. We benoemen succesfactoren en versnellers, en kansen voor meer verbinding tussen zorg en welzijn. Daarnaast komen twee oplossingsrichtingen prominent naar voren in de literatuur:

1. *Meer inzet op preventie*
2. *Een transformatie van het zorgstelsel*

Wat kan binnen het huidige zorgstelsel

Succesfactoren en versnellers

Binnen de huidige kaders van het zorgstelsel is het mogelijk om stappen in de goede richting te maken. Dat blijkt bijvoorbeeld uit de eerdergenoemde evaluatie van de pilots domeinoverstijgende samenwerking in de ouderenzorg. Factoren die hebben bijgedragen aan het succes van de pilots, zijn onder meer de aanwezigheid van een kartrekker met visie, doorzettingsvermogen en vrije ruimte om te experimenteren (Significant, 2021).

Ook is het mogelijk om de belemmeringen in het zorgstelsel om te buigen naar 'versnellers', zo verwacht de rondetafelcommissie die input leverde voor de visie op het toekomstige zorglandschap van KPMG (2020). Binnen organisaties kan bijvoorbeeld een verandercultuur worden gestimuleerd. Ook kunnen financiële prikkels aangepast worden door meerjarige, integrale zorg te contracteren op basis van waarde in plaats van volume. Organisaties kunnen een samenwerking starten met de 'coalition of the willing' (maar met de mogelijkheid voor andere partijen om aan te haken). Of door als organisatie het lef te hebben om voorloper te zijn in de verandering (KPMG, 2020).

Betere verbinding tussen zorg en welzijn

Een betere verbinding tussen het medische en het sociaal domein is door veel partijen gewenst, waaronder door het sociaal werk en door huisartsen (SEOR, 2020; Huber et al, 2021). Het sociaal werk ziet daarbij voor zichzelf een brugfunctie weggelegd (SEOR, 2020). Ook voor de huisarts kan hier een rol weggelegd zijn, als coördinator richting de omgeving en bij het leggen van nieuwe verbindingen. En door meer inzicht te hebben in wat een inwoner nodig heeft zodat zorg meer proactief kan worden ingericht in plaats van te wachten tot een ziekte zich aandient (Huber et al., 2021). Hoe deze verbinding in de praktijk al vorm krijgt, kunt u lezen in de interviews met Jolanda van Kesteren en Linda Edelenbos.

Meer inzet op preventie

Er is veel consensus in de literatuur dat meer inzet op preventie gewenst is om het personeelstekort te kunnen terugdringen en om de kostengroei in de zorg te remmen (WRR, 2021; VNG, 2021; KPMG, 2020; AEF, 2021; HvA, 2021). In iedere gemeente is een 'volwaardige en uitgebalanceerde preventieschil' nodig, waarbij verschillende typen welzijnswerk elkaar versterken en aanvullen (HvA, 2021). Randvoorwaarden om dit te realiseren zijn dat de verantwoordelijkheid voor preventie duidelijk belegd is, een structurele investering is nodig, net als meer inzicht in de (kosten)effectiviteit van preventieve interventies. Dit lichten we toe.

Verantwoordelijkheid duidelijk belegd

Randvoorwaarde voor meer inzet op preventie, is dat de verantwoordelijkheid voor preventie goed wordt belegd, zo blijkt uit meerdere bronnen. De taken voor preventie kunnen wettelijk worden verankerd met een gezamenlijke opdracht. Een opdracht voor gemeenten, maar mogelijk ook voor andere partijen. Een regionale infrastructuur met niet-vrijblijvende afspraken tussen gemeenten en zorgverzekeraars wordt in meerdere bronnen als oplossingsrichting gepresenteerd (AEF, 2021; VNG, 2021). Deze niet-vrijblijvende samenwerking op regionaal niveau is ook de wens van het ministerie van VWS (AEF, 2021). De visie van gemeenten sluit hier op aan (VNG, 2021). Zorgverzekeraars zijn op dit punt meer terughoudend, lijkt het. In een visie op vernieuwing in de zorg waarschuwen zij voor extra geografische schotten in de zorg als bestuurlijke regionalisering plaatsvindt. Zij pleiten voor goede afstemming op het juiste schaalniveau (ZN, 2020).

Hoewel een regionale infrastructuur door meerdere partijen gewenst is, gaat dit hand in hand met de wens om lokaal te komen tot een passend preventief aanbod. Een wijkmanager kan bijvoorbeeld optreden als coördinator van preventieve activiteiten (KPMG, 2020). Dit sluit aan bij het idee dat maatwerk nodig is: een zorgvuldig pakket aan preventieve activiteiten, passend bij de lokale problematiek.

Om de inzet op preventie te laten slagen is ook medewerking van partijen buiten het medisch en sociaal domein wenselijk, zo wordt gesteld in de literatuur. Dit kan door gezondheid zoveel mogelijk in alle (gemeentelijk) beleidsterreinen te betrekken (WRR, 2021; ZN, 2021; VNG, 2021). Ook organisaties in de wijk, zoals de supermarkt en school, hebben hier een rol in (KPMG, 2020).

Investeren op passende wijze

Voor meer inzet op preventie is ook een structurele investering gewenst. AEF (2021) schetst de verschillende mogelijkheden voor financiering van preventie. Zij onderscheidt twee vormen van benodigde financiering: voor een preventieve regionale infrastructuur die belegd is met taken als het opstellen van een regiobeeld en het opstellen van regionale plannen, en de middelen voor preventie zelf, om de inhoud van die plannen te bekostigen. Welk landelijk financieringsmodel het beste past, hangt samen met de vraag wie verantwoordelijk is voor preventie en met andere inhoudelijke keuzes. Zoals in hoeverre de opgave vastgelegd moet worden.

Landelijke financiering kan op hoofdlijnen op vier verschillende manieren: via het gemeentefonds (1), via een specifieke uitkering (2), via een subsidie (3) of vanuit een landelijk fonds (4). Minder vrijblijvende afspraken over preventie tussen partijen, vrijheid voor regio's om keuzes te maken, een duurzaam karakter van financiering, stimulering van een stevige regionale samenwerking en inbedding in de gemeentelijke werkwijze, worden belangrijk gevonden door gemeenten, zorgverzekeraars en VWS bij de keuze voor het financieringsmodel, zo schetst AEF (2021). Deze criteria geven geen eenduidige voorkeursvariant. Een specifieke uitkering op basis van regionale plannen waarbij gemeenten verantwoordelijk zijn voor preventie, lijkt het meest voor de hand liggend. De middelen zijn dan geoormerkt, wat borgt dat ze ook worden besteed aan preventie. Deze variant betekent wel dat inbedding in (lokale) gemeentelijke processen aandacht vraagt (AEF, 2021).

Naast een landelijk financieringsmodel zijn ook andere financieringsopties te overwegen voor preventie. Bijvoorbeeld co-financiering, shared savings, waarbij besparingen terugvloeien naar de partij die bijdraagt aan de kostenbesparing, of bonus-malusregelingen gericht op het zo gezond mogelijk houden van populaties (KPMG 2020; VNG, 2021). En het is logisch om organisaties in het medische en het sociaal domein te stimuleren of zelfs verplichten om te investeren in preventie (WRR, 2021).

Meer inzicht in (kosten)effectiviteit van interventies

In welke mate preventieve interventies (kosten)effectief zijn, is nu veelal onbekend. Meer zicht op, en onderzoek naar, de effectiviteit van verschillende interventies is daarom voor de hand liggend. Het sociaal werk ziet voor zichzelf een taak weggelegd de toegevoegde waarde van interventies inzichtelijk te maken (SEOR, 2020). Een landelijke data-infrastructuur waarin gezondheidsdata centraal wordt verzameld, geanalyseerd en vertaald naar overstijgende inzichten wordt bepleit door gemeenten en de WRR. Zo kan de effectiviteit van interventies worden onderzocht, waarna die inzichten op lokaal niveau kunnen worden toegepast zodat een kennisloop ontstaat (VNG, 2021; WRR, 2021).

De huisartsenpraktijk als one-stop-shop voor cliënten

Huisartsenpraktijk de Doc in Den Haag heeft sinds drie jaar een 'Helpdesk Geldzaken' op locatie. Cliënten kunnen hier op afspraak of via het inloopspreekuur terecht met vragen over geld en hun financiële situatie. De helpdesk wordt bemand door een welzijnsmedewerker.

De gemeente benaderde de praktijk met de vraag om de helpdesk te starten. De Doc aarzelde niet, maar maakte meteen ruimte vrij. En het is een groot succes, volgens praktijkmanager Jolanda van Kesteren. Ze ziet voordelen voor cliënten en voor de huisartsen van de praktijk. Van Kesteren: *"Cliënten kwamen voorheen soms wel 20 keer langs bij ons met vage klachten. Geldzorgen kunnen de oorzaak zijn van stress gerelateerde lichamelijke klachten, maar zijn moeilijk bespreekbaar. De aanwezigheid van de helpdesk in ons pand maakt het voor de huisarts makkelijker om het onderwerp bij cliënten aan te kaarten, en ze door te verwijzen als dat nodig is. Het kunnen doorverwijzen van cliënten ontlast de huisartsen in de werkdruk, merk ik. Ook de cliënten zijn er erg mee geholpen. Er heerst een taboe op geldzorgen, maar bij de helpdesk kan een client redelijk ongezien (voor anderen) langsgaan. Daardoor is de drempel om hulp te zoeken lager".*

De praktijk is gevestigd in een achterstandswijk en werkt veel samen met welzijnspartners in de wijk. *"We realiseren ons dat de problemen van onze praktijkpopulatie niet alleen met eerstelijnszorg op te lossen zijn. Vaak zijn problemen in het dagelijks leven, zoals rondom financiën of stress, de*

daadwerkelijke oorzaak van lichamelijke klachten. We onderhouden als praktijk daarom goede contacten met welzijnsorganisaties. Zo kunnen we cliënten eerder en makkelijker doorverwijzen. En we verwijzen minder door naar het ziekenhuis."

De ambitie is om de praktijk meer en meer een 'one-stop-shop' te laten zijn voor cliënten door ook anderhalvelijnszorg en welzijn aan te bieden. Van Kesteren: *"We willen echt de brede gezondheid bedienen. Specialisten zoals een radioloog, en een gynaecoloog houden hier spreekuur. En het Wmo-loket, de leefstijlcoach en de buurtsportcoach hebben, of krijgen hier een plek. De professionals hebben korte lijnen onderling en kijken samen naar wat de cliënt nodig heeft. Die integrale kijk op gezondheid zorgt dat cliënten eerder en beter geholpen kunnen worden. Het betekent wel dat de organisatie een stuk complexer is, en soms hebben partijen verschillende prioriteiten of belangen. Maar ik zie ook dat het werkplezier van de huisartsen en de andere hulpverleners enorm is toegenomen."*



Veranderingen in het zorgstelsel

De WRR (2021) en KPMG (2021) stellen dat het, gezien de groei van zorgkosten en het personeelstekort, noodzakelijk is om meer veranderingen aan te brengen in het zorglandschap. Die veranderingen zijn nodig om de zorg toekomstbestendig te maken.

De WRR roept de overheid in het rapport *Kiezen voor houdbare Zorg* (2021) op om keuzes te maken om de kostengroei en het personeelstekort te bedwingen. Een politieke afweging is nodig om een minimum niveau aan zorg te kunnen garanderen, en om te kunnen investeren in datgene waar de meeste gezondheidswinst te behalen valt, zo stelt de WRR. Ook kan zo worden voorkomen dat concurrentie ontstaat met andere arbeidsmarktsectoren (WRR, 2021).

Een visie vanuit de overheid hoe het toekomstige zorglandschap eruit zal zien, gegeven de schaarste in personeel en in middelen, is nodig, zo stellen de WRR, zorgverzekeraars en bestuurders van zorgorganisaties (WRR, 2021; ZN, 2020; KPMG, 2020). Organisaties willen weten waar ze aan toe zijn en waar ze op in moeten zetten (KPMG, 2020). Dit geldt voor het zorglandschap als geheel, en voor specifieke onderwerpen zoals ouderenzorg en ggz (WRR, 2021; ZN, 2020).

In de publicatie *Wie doet het met wie? Krapte maakt creatief* (KPMG, 2020) geven verschillende zorgprofessionals hun ideeën en oplossingen over hoe de zorg in de toekomst georganiseerd kan worden. Daarnaast wordt een mogelijk zorglandschap van de toekomst geschetst. Kern van het toekomstbeeld is dat zorg van Wmo en Zvw in andere settings wordt geleverd. Er is een stevig sociaal domein, sterk verankerd in de wijk. In die wijk is ook een breed, generalistisch team wonen, welzijn en zorg actief dat werkt vanuit de vraag van inwoners. Andere zorgvormen bewegen zich daaromheen, bijvoorbeeld in regionaal-georiënteerde specialistische centra. Zo kan optimaal gebruik worden gemaakt van specialistische kennis en van dure faciliteiten.

In de publicatie wordt ook aangegeven welke beweging nodig is om de transformatie vorm te geven. Het verbinden van zorg en welzijn en een stevige preventieve aanpak, zijn twee van de veranderingen in het zorgstelsel die nodig zijn om de kloof tussen het stijgende zorggebruik en het dalende aantal zorgprofessionals te dichten (KPMG, 2020). Of deze veranderingen ook voldoende zijn om het arbeidsmarkttekort op te lossen, houdt KPMG in het midden. De verwachting is wel dat deze transformatie resulteert in minder druk op zorgprofessionals. En in betere toegankelijke zorg voor inwoners (KPMG, 2020).

Slotbeschouwing

In dit artikel presenteren we welke kansen worden gezien voor anders werken (het verplaatsen van zorg) tussen branches in het medische en het sociaal domein. De focus ligt op kansen die zich voordoen bij drie verschuivingen:

- Van zorg naar welzijn
- Van ziekenhuis naar huisarts
- Van verpleeg- en verzorgingshuis naar thuiszorg

Uit recente literatuur blijkt dat deze verschuivingen een dempende werking kunnen hebben op de groei van het personeelstekort in de sector zorg en welzijn. Ook inwoners kunnen er baat bij hebben, doordat problemen worden voorkomen, of in een vroeg stadium worden opgepakt. En het kan in potentie leiden tot een toename in arbeidsparticipatie, wat een positieve uitwerking heeft op de economische welvaart. Ook kan de ervaren veiligheid en sociale cohesie toenemen. En er zijn financiële voordelen als werk anders wordt georganiseerd.

Tegelijkertijd blijkt uit de literatuur dat de verschuiving van werk tussen branches niet vanzelf gaat. De potentie van het anders werken is beschreven en berekend, maar het in de praktijk brengen, is ingewikkeld. Dat komt doordat de randvoorwaarden hiervoor nog onvoldoende op orde zijn. De inzet op preventie blijft achter, professionals zijn onvoldoende toegerust om de gevraagde zorg te kunnen leveren, en het zorgsysteem belemmert samenwerking. Binnen de huidige kaders van het zorgstelsel zijn wel knoppen om aan te draaien voor organisaties en samenwerkingsverbanden, maar tegelijkertijd is er een sterke roep om overheidsingrijpen zodat meer ingezet kan worden op preventie, of zelfs voor veranderingen in het zorgstelsel.

Als het gaat om de randvoorwaarden die op orde moeten zijn om de verschuiving van werk tussen branches mogelijk te maken, zijn er witte vlekken in de bestudeerde literatuur. Het sociaal werk heeft een beeld van de wijze waarop zij kan bijdragen aan (onderdelen van) de opgave. En voor de huisartsen is er een handboek over positieve gezondheid in de wijk. Maar dat handboek focust op de verschuiving van zorg naar welzijn. Is er ook voldoende kennis over de randvoorwaarden die op orde moeten zijn bij de huisartspraktijken om de verschuiving van ziekenhuiszorg naar de huisarts mogelijk te maken?

En op wat er nodig is voor de verschuiving van werk van verpleeg- en verzorgingshuizen naar thuiszorg? Door de afbouw van intramurale plekken is deze verschuiving wellicht het meest ver gevorderd van de drie verschuivingen. De evaluatie van drie pilots door Significant wijst erop dat domeinoverstijgend samenwerken meerwaarde kan hebben voor bepaalde doelgroepen. Maar de ontwikkeling van kennis over hoe professionals hierin gefaciliteerd kunnen worden zodat zij passende zorg thuis kunnen leveren, lijkt nog in de kinderschoenen te staan. Het is bijvoorbeeld maar de vraag of deze professionals voldoende tijd hebben. Zo blijkt uit het interview met casemanager dementie Annemieke van Veen, dat het domeinoverstijgend overleg er bij in kan schieten in de waan van de dag doordat het op korte termijn niet altijd direct resultaat oplevert. Ook is weinig bekend over of ook professionals baat hebben bij anders werken. Er zijn wel enkele aanwijzingen dat professionals positief zijn, vooral als hun cliënt er baat bij heeft, of als het een afname van

de werkdruk kan betekenen. Maar dit soort noties komt in de literatuur niet of nauwelijks aan bod. Wat in de literatuur ook niet of minder aan bod komt, is hoe ouderen het langer thuis wonen (met of zonder zorg en ondersteuning) ervaren. Tot slot ontbreekt inzicht in hoeverre, en op welke wijze, de verschuiving werk van ziekenhuis naar de huisarts (kosten)effectief is. En over welke vormen van ziekenhuiszorg gaat het dan?

De opgave is duidelijk, en er lijkt bij veel partijen een gevoel voor urgentie te zijn. Beleid is misschien maar beperkt sturend gegeven de complexiteit van ons zorgstelsel, aldus de WRR aan (WRR, 2021). Maar zoals KPMG optimistisch aangeeft: de Corona-crisis heeft de afgelopen periode zichtbaar gemaakt dat er in korte tijd veel ten goede kan veranderen (KPMG, 2020). En dat biedt perspectief. De geïnterviewde professionals bieden inspiratie hoe het anders werken vorm kan krijgen, en geven inzicht in welke hobbels nog te nemen zijn om de potentie van de verschuivingen te kunnen realiseren. Deze inzichten samen bieden een startpunt voor de betrokken partijen om met elkaar in gesprek te gaan over hoe zij gezamenlijk, maar ook ieder voor zich, kunnen bijdragen aan het tegengaan van het personeelstekort via het anders werken.

Bronnenlijst

ABF Research (2020-a), Substitutiescenario prognosemodel AZW (presentatie).

ABF Research (2020-b), bijlage: nadere toelichting arbeidsmarktprognose.

Actiz, de Nederlandse ggz, Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) (2021), Paper Leefstijlinterventie.

Andersson Elffers Felix (AEF) (2021), Hoe financieren we preventie met het oog op gezondheidsbevordering?

Andersson Elffers Felix (AEF) (2020), Arbeidsmarkttekorten in het sociaal domein.

Centraal Planbureau (CPB) (2021), Effect van wijkteams op het gebruik van ouderenzorg.

Hogeschool van Amsterdam (HvA) (2021), De waarde van preventie in een veranderend sociaal domein.

Huber M., Jung H. en van den Brekel-Dijkstra K. (2021), Positieve Gezondheid in de wijk.

KPMG (2020), Wie doet het met wie? Krapte maakt creatief.

Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS) (2021), Applaus is niet genoeg.

SEOR (2020), Meta-analyse business cases sociaal werk.

Significant (2021), Domeinoverstijgend samenwerken in de praktijk.

Sociaal werk werkt! (2021), Preventieve werking sociaal werk dempt personeelstekorten.

SiRM (2021). Substantieel potentieel. Schatting van de potentiële opbrengst van substitutie.

Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) (2021) De winst van het sociaal domein. VNG en Divosa.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) (2021) Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) (2021), Blijvend verzekerd van goede zorg.

Colofon

DSP-groep
in opdracht van het AZW

Auteur: Lotte Hogeboom

Met medewerking van:
Babette Beertema
Tjisse Bosch
Yan Crabbendam (interviews)

Fotografie: Robert Lagendijk



ONDERZOEKSPROGRAMMA

ARBEIDSMARKT

ZORG & WELZIJN

www.azwinfo.nl