

Wat doet de zorg- professional in 2030?

Veldraadpleging zorgberoepen in een
veranderend zorglandschap

Monique Stavenuiter
Eliane Smits van
Waesberghe
Trudi Nederland
Marjan de Gruijter



Zorginstituut Nederland

*Verwey-
Jonker*
Instituut

Wat doet de zorgprofessional in 2030?

*Veldraadpleging zorgberoepen in een
veranderend zorglandschap*

Monique Stavenuiter
Eliane Smits van Waesberghe
Trudi Nederland
Marjan de Gruijter

Maart 2015

Inhoud

Inleiding	4
1 Het ABCD-model: vier zorggebieden	7
1.1 Toelichting op het ABCD-Model	9
1.2 Reacties op het ABCD-model	11
2 Voorzorg en gemeenschapszorg	17
2.1 Voorzorg	17
2.2 Gemeenschapszorg	21
3 Laag- tot en met hoogcomplexe zorg	26
3.1 Continuüm	26
3.2 Wat doen de zorgprofessionals?	27
3.3 Laagcomplexe en hoogcomplexe zorg: waar en hoe?	31
4 Slotbeschouwing	33
5 Literatuur	38
Bijlagen	
1. Overzicht van veldraadplegingbijeenkomsten	39
2. Voorzitters van de veldraadplegingsbijeenkomsten	43

Inleiding

In opdracht van Zorginstituut Nederland organiseerde het Verwey-Jonker Instituut in het najaar van 2014 34 veldraadplegingsbijeenkomsten voor het adviestraject Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen.¹ In deze bijeenkomsten reflecteerden ongeveer 370 zorgvragers, professionals, bestuurders, beleidsmakers, gemeenten, onderzoekers en opleiders op de eerste contouren van een nieuw zorglandschap en de rol van zorgprofessionals daarin.

Wij organiseerden de bijeenkomsten in nauwe samenwerking met ruim 30 landelijke (koepel)organisaties. Het betreft organisaties van patiënten, cliënten en ouderen, beroepsbeoefenaren, zorginstellingen (brancheorganisaties), opleiders, beleidsmakers, ontwikkelaars, onderzoek en toezicht. We hebben deze organisaties gevraagd om hun achterban te interesseren voor deelname aan een veldraadplegingsbijeenkomst. In totaal zijn via deze samenwerking 34 veldraadplegingsbijeenkomsten tot stand gekomen, van telkens één

1 Zorginstituut Nederland heeft een Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen ingesteld. Deze commissie adviseert de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) over de gewenste ontwikkeling van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg. Zij gaat daarbij uit van de toekomstige vraag naar zorg en de maatschappelijke en technologische ontwikkelingen. Het doel is om een nieuw continuüm van bekwaamheden en een daarop afgestemd opleidingscontinuüm voor de gezondheidszorg te ontwikkelen. Zie voor meer informatie: <http://www.zorginstituutnederland.nl/beroepen+en+opleidingen>.

(gefocusste) groep patiënten, beroepsbeoefenaren, vertegenwoordigers van instellingen, etc. (zie bijlage 1 voor een overzicht van de veldraadplegingsbijeenkomsten). Een onafhankelijke voorzitter leidde de bijeenkomsten (zie bijlage 2 voor een overzicht van de voorzitters). De bijeenkomsten hadden allemaal dezelfde agenda, al verschilde de werkwijze soms.²

De discussie in de bijeenkomsten verliep langs de volgende vraagstellingen:

1. Herkent u de zorggebieden van het ABCD-model?
2. Wat doen gezondheidszorgprofessionals in elk zorggebied gegeven de uitgangspunten van de adviescommissie?³
 - a) *wat doen zij in de voorzorg?*
 - b) *wat doen zij in gemeenschapszorg?*
 - c) *wat doen zij in de laagcomplexe zorg?*
 - d) *wat doen zij in de hoogcomplexe zorg?*
3. Hoe ziet uw werk eruit in 2030?

In dit rapport doen wij op hoofdlijnen verslag van de analyse van de uitkomsten van de bijeenkomsten en laten we de deelnemers aan het woord. In hoofdstuk 1 geven we het zogenoemde ‘ABCD-model’ weer (de door de commissie beoogde indeling van het toekomstig zorglandschap in vier zorggebieden), en bespreken we de reacties van de

-
- 2 In vijf van de 34 bijeenkomsten is vanwege de groepsgrootte en de samenstelling van de groep gebruikgemaakt van stellingen. Het betrof veldraadplegingsbijeenkomsten in de broedplaatsen van de adviescommissie, te weten Amsterdam/Amstelveen, Friesland en Rotterdam en twee bijeenkomsten met burgers, in Friesland en in Amsterdam.
 - 3 Uitgangspunten van de commissie zijn: de nieuwe definitie van gezondheid: veerkracht en eigen regie; van aanbod naar vraag: wat is er nodig in 2030?; zich richten op functioneren van mensen in onze maatschappij.

deelnemers op deze zorggebieden. In de hoofdstukken 2 en 3 komen de reflecties van de deelnemers op het ABCD-model en de vier zorggebieden aan bod. Het gaat om voorzorg, gemeenschapszorg, laagcomplexiteit en hoogcomplexiteit zorg. Telkens bespreken we eerst algemene reacties en inzichten, waarna we inzoomen op de vraag wat de rol van zorgprofessionals in de betreffende zorggebieden idealiter zou zijn. In hoofdstuk 4, de slotbeschouwing, belichten we de hoofdpunten van de opbrengsten van de veldraadpleging voor het advies over de gewenste ontwikkelingen in de zorgberoepen richting 2030.

In 2013 heeft het Verwey-Jonker Instituut in opdracht van de commissie een ronde van 28 focusgroepen georganiseerd (Gruijter, Nederland & Stavenuiter, 2014). In deze focusgroepen is de toekomstige inrichting van het zorglandschap besproken, uitgaande van een nieuw concept van gezondheid, waarin veerkracht en eigen regie van burgers centraal staan (Huber et al., 2011). Deze onderwerpen zijn ook in de veldraadplegingsbijeenkomsten van 2014 besproken, maar in de onderhavige rapportage beperken we ons tot de nieuwe kwestie die in de veldraadpleging centraal stond, namelijk de contouren van een nieuwe structuur voor zorgberoepen.

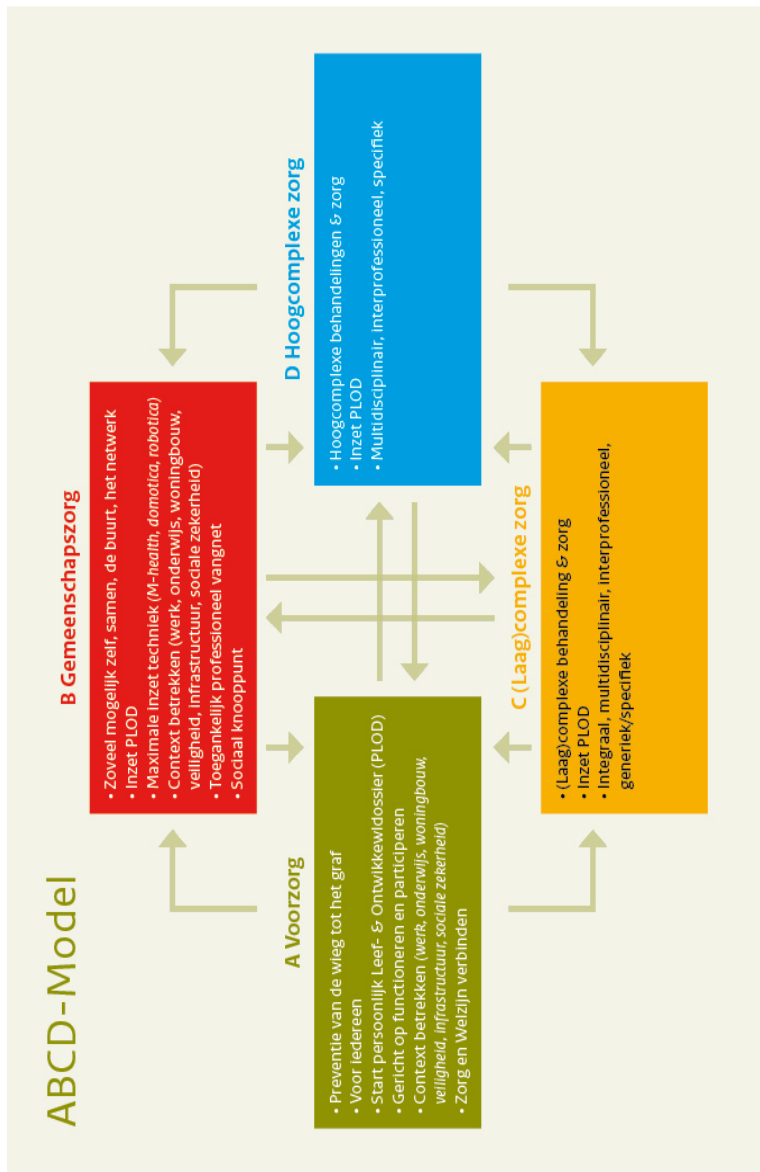
1 Het ABCD-model: vier zorggebieden

In dit hoofdstuk geven we het ABCD-model weer dat de Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen heeft ontwikkeld.

Het ABCD-model is ontwikkeld op basis van de uitkomsten uit de denktanks in de zogenoemde broedplaatsen van de commissie en voorgelegd in een aantal landelijke denktanks en de veldraadpleging. Tijdens de veldraadplegingsbijeenkomsten is de toenmalige versie van het model besproken. De definitieve versie van het model dat we weergeven in dit hoofdstuk wijkt op enkele punten af van de besproken versie: zorggebied C is nu omschreven als laagcomplex tot complexe zorg (oorspronkelijk: laagcomplex zorg) en een sociaal knooppunt is geplaatst in B in plaats van C.

De gebieden worden hierna toegelicht.

Figuur 1: ABCD-model, Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen



1.1 Toelichting op het ABCD-Model

Voorzorg (A)

Voorzorg is gericht op het voorkomen van problemen en aandoeningen, dat wil zeggen op gezond leven vanaf de geboorte tot het einde van ons leven. Dat kan alleen met een integrale aanpak met aandacht voor gezondheidsvaardigheden in het onderwijs, het werk, de buurt en de zorg. Integraal betekent ook dat de schotten in de zorg (0e, 1e, 2e, 3e lijn) verdwijnen. Er zullen verschillende integrale organisatievormen ontstaan. Zorg en welzijn zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Het gaat zowel om het functioneren van personen in hun leefomgeving als om doelgroepen of populaties zoals jeugd, werkenden, ouderen, mensen met een verhoogd risico op bepaalde problemen, mensen in een kwetsbare situatie. Voorzorg richt zich op het ontwikkelen van vaardigheden om te kunnen omgaan met tegenslag op allerlei gebied (mentaal, sociaal, fysiek) en veerkracht te ontwikkelen. Voorzorg richt zich ook op het signaleren en monitoren van gezondheidsrisico's en beïnvloeding daarvan via gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering (gedragsbeïnvloeding) en ziektepreventie. Dit is zowel individueel als collectief van belang.

Gemeenschapszorg (B)

Als er zorg nodig is wil iedereen het zoveel mogelijk zelf, samen en in de buurt regelen. Daarbij zijn ook andere terreinen zoals de woningbouw betrokken. Woningen en buurten dienen mogelijkheden te bieden die functioneringsproblemen voorkomen en daarnaast geschikt te zijn voor mensen met functioneringsproblemen. Technologie speelt een grote rol in het bevorderen van zelfstandig blijven functioneren in de eigen leefomgeving. Er wordt veel gebruik gemaakt van digitale informatie. Op basis van een 'foto van de buurt' die

regelmatig wordt geactualiseerd, wordt vastgesteld wat er nodig is in die buurt. Mensen regelen alles zoveel mogelijk zelf en samen, maar als het nodig is, is professionele ondersteuning of behandeling beschikbaar. Er is één goed bereikbaar en toegankelijk aanspreekpunt. Voor mensen die zorg mijden is er een professioneel vangnet. Op lokaal niveau zijn coördinatiepunten (bijvoorbeeld bij de gemeente of een ander sociaal knooppunt) waar A, B en C elkaar ontmoeten. Wat thuis kan gebeurt thuis, kan dit niet dan vindt consultatie of doorverwijzing plaats. Hiervoor is deskundige beoordeling en toeleiding noodzakelijk.

Laagcomplexen tot complexe zorg (C)

Laagcomplexen tot complexe zorg is basiszorg en gespecialiseerde zorg, zowel voor acute als planbare zorg, met een hoge mate van voorspelbaarheid van de benodigde inzet en van het beloop. Van groot belang is hier de beoordeling die aan de behandeling is voorafgegaan. Functioneren is het uitgangspunt. Steeds dient gekeken te worden naar wat nodig is en niet naar wat kan. Ook in C speelt technologie een grote rol, niet alleen bij behandeling, maar ook bij communicatie en informatie. Functioneren als uitgangspunt betekent ook dat mensen zo snel mogelijk weer in staat gesteld moeten worden zelfstandig te zijn. Laagcomplexen en complexe zorg kan in verschillende organisatievormen worden aangeboden, afhankelijk van de gehanteerde schaalgrootte.

Hoogcomplexen zorg (D)

Hoogcomplexen zorg is de zeer complexe behandeling met een lage mate van voorspelbaarheid van de benodigde inzet en van het beloop, waarbij interventies continu worden bijgesteld op grond van diagnostiek en observatie, en grote gezondheidsrisico's in het geding zijn. Dit uitgangspunt heeft concentratie van hoogcomplexen zorg tot gevolg. Ook hier blijft het

uitgangspunt functioneren. In veel gevallen zullen mensen, na behandeling, weer in staat zijn om min of meer (zelfstandig) te kunnen functioneren. Hoogcomplexere zorg zal in een multidisciplinaire integrale en hoogtechnologische omgeving worden vormgegeven.

Hoogcomplexere zorg voor mensen met ernstige verstandelijke en/of psychische aandoeningen, ouderen met ernstige dementie en mensen in de terminale fase zal zoveel mogelijk in kleinschalige (woon)zorgvormen of thuis worden georganiseerd.

1.2 Reacties op het ABCD-model

Het eerste onderdeel van de veldraadplegingsbijeenkomsten bestond uit een reflectie van de deelnemers op het ABCD-model van de adviescommissie. In deze paragraaf doen we verslag van deze reflectie.

Instemming

Het grootste deel van de deelnemers aan de veldraadplegingsbijeenkomsten kan zich vinden in het ABCD-model en de taakherschikking die daarbij hoort van zorgprofessionals onderling en die van zorgprofessionals naar burgers en hun netwerken. Een voorbeeld van de instemming: *'Ik ben er wel blij mee, want we moeten meer doen aan voorzorg. De professionele zorg moet veel minder, en omdat er veel minder specialismen komen moet het beeld helderder, want we krijgen te maken met meer zelfsturing.'* Veelvuldig tekenen deelnemers aan dat het ABCD-model goed aansluit op ontwikkelingen in de zorg: *'Dat zijn we nu juist aan het doen met de drie decentralisaties. Het is heel belangrijk om welzijn en zorg te verbinden, dat moet bij elkaar blijven. Er is een kanteling naar maatschappelijke dienstverlening.'*

Zorggebieden als continuüm

In bijna alle bijeenkomsten benadrukken de deelnemers dat de zorggebieden met elkaar een continuüm moeten vormen. Dit sluit volgens hen aan bij het redeneren vanuit de burger en zijn/haar behoeften: *‘Een persoon kan met verschillende klachten op verschillende niveaus zitten, waarbij soms veel, soms weinig zorg nodig is.’* Een continuüm laat ook zien dat diverse typen activiteiten of professionele expertise ingezet kunnen/moeten worden in meerdere zorggebieden. We horen veelvuldig dat preventie of ondersteunende (welzijns)activiteiten in alle vier de zorggebieden thuishoren.

Een aanvullende reden om de zorggebieden te beschouwen als een continuüm is de *context* waarin de professionele zorg of ondersteuning plaatsvindt. Die is volgens de deelnemers bepalend voor de uiteindelijke invulling van de zorg. Een model moet daarom niet star zijn, maar flexibel genoeg om aanzienlijke verschillen te accommoderen. Dit geldt voor individuen, die over meer of minder gezondheidsvaardigheden beschikken: *‘Het is individueel bepaald. Wat voor de een onder voorzorg valt, is voor de ander gemeenschapszorg.’* Maar het geldt ook voor de infrastructuur van een gebied. Een wijk is bijvoorbeeld heel bepalend: *‘Wat in de ene regio gemeenschapszorg is, is in de andere regio laagcomplexere zorg.’* We hebben in de presentatie tijdens de bijeenkomsten de deelnemers een aantal plaatjes voorgelegd waarin met cirkels is aangegeven wie of welke partij het meest ‘aan zet is’ per zorggebied. Ook dat beeld moet volgens sommige deelnemers flexibel zijn: *‘In de cirkelmodellen blijft de context overal even klein. Terwijl zorgverleners juist stuklopen als er te veel dingen in de context gebeuren. Dan wordt de zorg als te zwaar ervaren. Als je daar geen goede analyse van maakt, gaat het mis.’*

Sommige deelnemers ervaren een gat tussen laag- en hoogcomplexere zorg in de versie van het ABCD-model die in de

veldraadpleging is gebruikt. Een oplossing hiervoor kan zijn de zorggebieden tezamen te beschouwen als een continuüm. Er is wellicht iets als ‘middencomplexe zorg’: *‘Dat is de zorg die je nu veel in de tweede lijn ziet: tijdelijk mensen behandelen en dan zo snel mogelijk terug naar huis. Het is kortdurende en specialistische zorg.’* Voorbeelden van dit type zorg zijn volgens deelnemers spoedeisende hulp en/of acute verloskundige zorg. Mede naar aanleiding van deze reacties is in de definitieve versie van het ABCD-model zorggebied C gedefinieerd als laagcomplexe tot complexe zorg (zie model en toelichting in paragraaf 1.1).

Tot slot geven de deelnemers aan dat het niet mogelijk is om de toekomst te voorspellen. Daarom is het nu niet mogelijk om te zeggen *wat* in 2030 hoogcomplexe zorg is. Wat nu geldt als hoogcomplex is dan misschien door technologische vooruitgang of wetenschappelijke ontwikkelingen wel laagcomplex geworden: *‘Vroeger vonden we diabetes hoogcomplex. Nu is dat laagcomplex en behandelen we het in de eerstelijns zorg.’*

Gelijkwaardigheid tussen de zorggebieden

In diverse bijeenkomsten hebben deelnemers naar voren gebracht dat er niet altijd een duidelijke volgorde van zorggebieden is: verschillende soorten zorg kunnen naast elkaar bestaan en ze zijn allemaal even belangrijk. Op dit moment geldt, zo zeggen veel deelnemers: hoe complexer, hoe belangrijker en hoe hoger in de hiërarchie van zorgberoepen. Dat moet in de toekomst anders: *‘Thuiszorg wordt even belangrijk als een chirurg die een operatie uitvoert.’*

Meer in het algemeen wijzen deelnemers erop dat er in een toekomstig model gelijkwaardigheid is tussen diverse typen professionals, maar ook tussen professionals en de burger en zijn/haar systeem. Die gelijkwaardigheid is er nu nog niet altijd, daar moet in een toekomstig model aandacht voor zijn: *‘De vrijwilliger heeft een intrinsieke motivatie en*

werkt vanuit wederkerigheid. Er is gelijkheid tussen cliënt en vrijwilliger. De mantelzorger opereert vanuit de nabije omgeving. Deze relatie kan minder gelijk zijn. Ook met de professional kan de relatie hiërarchisch zijn.'

De indruk moet niet ontstaan dat het voor professionals pas echt interessant wordt als het gaat om hoogcomplex zorg: *'Juist in de voorzorg heb je al grote expertise van zorgprofessionals nodig.'* Daarom is de term laagcomplex niet handig, zo klinkt het in veel bijeenkomsten, want deze suggereert dat het minder belangrijk is: *'Een ingewikkelde context, meerdere problemen tegelijkertijd, samenwerken met verschillende professionals en met patiënten, overzicht houden, dat is pas complex.'* De deelnemers vonden niet direct een alternatieve term, maar zij achten het raadzaam daarover na te denken.

De deelnemers benadrukken dat goed moet worden gekeken om welke taken of professionele expertise het gaat in elk zorggebied. Niet alles in zorggebied hoogcomplex is hoogcomplex: *'Ook bij complexe zorg, bijvoorbeeld rondom moeilijk begrepen gedrag, heb je gewoon uitvoerders nodig. Oneerbiedig gezegd: de billenwassers. En die zijn net zo belangrijk.'*

Zeggenschap

Het ABCD-model is volgens een aantal deelnemers niet voldoende helder over de vraag wie waarover beslist als het gaat om de zorg in 2030. In de zorggebieden zelf - vooral in de voorzorg en de gemeenschapszorg - beslist de burger: die voert regie over de eigen gezondheid. Maar waar blijft de rol van de overheid, bijvoorbeeld bij het bepalen van de toegestane hoeveelheid suiker in voedsel? Het zou duidelijk(er) moeten zijn wie zeggenschap heeft over welke zaken. Dit geldt ook voor de toegang tot zorg: wie beslist hierover in het zorggebiedenmodel? *'De levensverwachting van ouderen heeft een tijd stilgestaan, omdat zij geen toegang hadden tot*

bepaalde zorg. Toen dat wel geregeld was, steeg de levensverwachting weer. De toegankelijkheid bepaalt dus ook hoe gezond mensen kunnen zijn. Daarom is het heel belangrijk wie beslist over die toegang.'

Het ABCD-model veronderstelt de opleiding van professionals die zich veel gemakkelijker kunnen aanpassen aan de vraag. In dat geval is het van groot belang wie de inhoud van de opleidingen bepaalt. In diverse bijeenkomsten hebben deelnemers illustraties gegeven van overlegstructuren, commissies en initiatieven gericht op het vernieuwen van opleidingen die nu stroperig en niet-effectief opereren.

De rol van het sociale domein

Het advies van de adviescommissie heeft betrekking op zorgprofessionals. Niettemin merken deelnemers in veel bijeenkomsten op dat het sociale domein integraal onderdeel moet zijn van het ABCD-model. Activeren en ondersteunen zijn niet uitsluitend taken voor zorgprofessionals, maar expertisegebieden die in het model onmisbaar zijn.

Sociale professionals zijn het volgens een aantal deelnemers bovendien meer gewend om binnen een normatief kader te werken: wie is er 'schuldig' aan de problematiek en wat is de beste manier om het probleem op te lossen? Ook zorgprofessionals hebben een normatief kompas nodig. Zij zullen steeds meer te maken krijgen met normatieve vraagstukken en hierop een passend antwoord moeten geven. Alleen (medische) zorgkennis is dan niet voldoende.

Enkele kanttekeningen

Voordat we in hoofdstuk 2 en 3 de reflecties op de zorggebieden meer in detail bespreken, staan we stil bij enkele kanttekeningen die in een aantal bijeenkomsten zijn gemaakt. Sommige deelnemers missen een wetenschappelijke onderbouwing van de aannames die aan het ABCD-model ten grondslag

liggen: *'Zijn er aanwijzingen dat dit systeem effectiever en goedkoper is? Dat weten we niet.'* In meerdere groepen is de vraag gesteld of al ontwikkelde toekomstscenario's (zoals van de RIVM) voldoende zijn meegenomen in het voorgestelde model. Een enkeling wijst erop dat de aannames normatief zijn (*'Het model lijkt te suggereren dat zorgprofessionals moeten zeggen: Mensen, u moet het vooral zelf oplossen.'*) en dat het goed zou zijn om deze te expliciteren. Ook kan meer gebruik worden gemaakt van goede ervaringen in Nederland en het buitenland, bijvoorbeeld bij het inspelen op maatschappelijke en technologische veranderingen.

2 *Voorzorg en gemeenschapszorg*

In dit hoofdstuk gaan we in op de zorgdomeinen ‘voorzorg’ en ‘gemeenschapszorg’. We kijken naar de rol van de bredere sociale context (wat is de rol van andere domeinen dan de zorg) en vervolgens naar de taken van de zorgprofessionals in 2030 bij voorzorg en gemeenschapszorg. Ook gaan we kort in op de vraag waar de zorg dan plaatsvindt.

2.1 *Voorzorg*

Context

De meeste deelnemers aan de veldraadpleging vinden in het ABCD-model de voorzorg een vreemde eend in de bijt. Veel deelnemers geven aan dat voorzorg niets met zorg te maken heeft: het heeft betrekking op de gehele maatschappij en het betreft een situatie waarin mensen (nog) geen zorgvraag hebben: *‘We willen dat mensen eigen regie hebben. Het woord ‘zorg’ past daar niet bij. Zorg krijg je. Een ander gaat het voor je regelen. Het is een afhankelijkheidsrelatie.’* De voorzorg is bij uitstek het terrein van de eigen regie en zelfredzaamheid. Daar hoort volgens veel deelnemers een andere term bij.

Daarnaast gaat het bij voorzorg om het voorkómen van (meer) zorgvragen, en voorzorg is daarmee, volgens de meeste deelnemers, tevens van belang voor elk zorggebied. De deelnemers roepen op om een helder onderscheid te maken tussen primaire preventie (bijvoorbeeld voorlichting over leefstijlthema’s) en secundaire preventie (bijvoorbeeld

behandeling van lage bloeddruk). De eerste vorm hoort ontegenzeggelijk thuis in voorzorg, maar bij de tweede vorm is dat maar de vraag. In een bijeenkomst horen we de suggestie om te expliciteren dat bij elk zorggebied een andere vorm van preventie hoort, en dat daar ook andere spelers aan zet (kunnen) zijn. Zo is bij de bestrijding van infectieziekten eigen regie of zelfredzaamheid veel minder aan de orde dan bij het bevorderen van een gezonde leefstijl en gaat het bij geïndiceerde zorg om een heel ander type preventie dan bij de hele bevolking.

Sommige deelnemers rekenen ook (vroeg)signalering tot de voorzorg; wij hebben dat in dit hoofdstuk onder gemeenschapszorg geplaatst. In de bredere discussie over de rol van de (zorg)professional zijn verder de volgende discussiepunten benoemd:

Tijdig gezond gedrag aanleren

Voorzorg is niet alleen een taak van de gezondheidsprofessionals, maar ook van andere domeinen, zoals onderwijs, opvoeding, wonen, welzijn, sport & bewegen, gemeenten, communicatie et cetera. Deelnemers vinden dat gezond gedrag en weerbaarheid zo vroeg mogelijk moeten worden aangeleerd: *'Anders is het te laat'*. Daarom is het belangrijk om in het basisonderwijs al aandacht te besteden aan bijvoorbeeld *health literacy* en gezonde voeding: *'We moeten mensen gezond gedrag aanleren.'*

Preventie

Het is belangrijk om in de voorzorg onderscheid te maken tussen collectieve acties (zoals informatieve preventie-activiteiten) en individuele acties (zoals empowerment). Preventie (gedefinieerd als bescherming tegen ziekte en ziektepreventie) moet bovendien veel breder worden opgevat. Denk hierbij aan

gezond opvoeden, leren omgaan met beperkingen en problemen, signaleren van kinderen die richting criminaliteit gaan, signaleren van gevaarlijke situaties in de wijk.

Nieuw type zorgprofessional

Voorzorg en preventie zijn de basis van het nieuwe concept van gezondheid. De huidige zorg-professionals zijn daar nog onvoldoende voor toegerust. De deelnemers geven aan dat dit ook in de voorzorg vraagt om een ander (generalistischer?) type zorgprofessionals.

Wat doet de zorgprofessional in 2030?

De volgende vraag is dan wat deze nieuwe zorgprofessional precies doet in 2030 als het om voorzorg gaat. Voor het domein 'voorzorg' benoemen de deelnemers nieuwe taken voor zorg-professionals. De rode lijn daarin is het bevorderen van de regie van burgers. De belangrijkste onderdelen zijn:

Beschikbaar zijn en luisteren

Voorzorg moet volgens de deelnemers beginnen met aanwezig en bereikbaarheid zijn: *'Je moet niet meteen gaan inkaderen met activiteiten, maar vanuit je aanwezigheid out-of-the-box denken en kunnen signaleren.'* Dit betekent ook dat zorgprofessionals nog meer moeten leren luisteren naar een patiënt. Professionals moeten veel meer worden opgeleid om zich te kunnen inleven in wat die patiënt wil. De zorgprofessional moet vooral niet gaan bedenken 'wat de ander wil'.

Taak bij voorlichting

De deelnemers vinden dat de zorgprofessional een belangrijke taak heeft bij het geven van voorlichting over gezond gedrag. Zorgprofessionals kunnen in het onderwijs uitleggen waarom gezond gedrag belangrijk is. Artsen kunnen bijvoorbeeld vertellen waarom gymnastiek op school zo belangrijk is voor de gezondheid.

Risicoprofielen herkennen

Het voortijdig ziekten herkennen blijft eveneens een taak van de zorgprofessional: *‘Nu gebeurt er niets met tijdens de zwangerschap gevonden risico’s op latere problemen met bijvoorbeeld het hart. Die risicoprofielen kunnen wij bekijken en beoordelen en dan adviseren om die risico’s omlaag te krijgen. Daar kunnen wij een rol in hebben.’*

Overdragen specialistische kennis

De deelnemers vinden een betere overdracht van specialistische kennis belangrijk: *‘Wat specialisten meer in de voorzorg zouden kunnen doen, is kennis overdragen. Die kennis zit nu vaak ‘vast’ bij specialisten.’*

Motiveren

De deelnemers zijn het erover eens dat het niet voldoende is om mensen te informeren: *‘Communicatie is belangrijk en daar moet je vaardigheden en technieken voor leren. Maar alléén informeren is niet genoeg. Pas als je erachter komt waarom mensen bepaalde dingen doen, welke rol dit speelt, zijn er openingen naar verandering.’* De zorgprofessionals moeten op zoek naar de intrinsieke motivatie van mensen om bepaald gedrag te vertonen: *‘Mensen in kansarme wijken zorgen heel goed voor hun auto. Het is niet zo dat deze mensen niet weten hoe je zorgvuldig met iets om kan gaan. Maar de auto interesseert hen meer dan hun eigen lichaam. Wij weten veel te weinig waar hun motivatie zit. Dat moet je weten aan te boren.’*

Waar doen de professionals dat?

De deelnemers constateren dat voorzorg niet gekoppeld moet worden aan één bepaalde plek. Het heeft immers betrekking op de brede sociale context. Ook binnen de zorg vindt voorzorg plaats in de verschillende zorgdomeinen. Dit betekent dat voorzorg een rol gaat spelen in het onderwijs en in

voorlichtingscampagnes, maar ook in een ziekenhuis plaatsvindt (door een specialist) of in de wijk (door bijvoorbeeld een wijkverpleegster). Algemene gezondheidsvoorlichting kan volgens de deelnemers via de buurt, de buurtcentra, sportverenigingen en de huisarts gebeuren: *‘Ook de apotheek is een plek in de wijk waar je zo binnen kunt lopen om informatie te vragen.’*

2.2 *Gemeenschapszorg*

Context

De deelnemers aan de veldraadpleging zijn overwegend van mening dat de rol van de zorgprofessional klein is binnen de gemeenschapszorg. Een aantal groepen is heel stellig: *‘Ga uit van welzijn en niet van zorg. Draai het om: begin bij welzijn/ maatschappelijke ondersteuning en schakel pas zorg in als het nodig is.’* In andere groepen zeggen mensen dat gezondheidszorg maar een klein stukje is binnen de veel bredere gemeenschapszorg. De gemeenten vinden het zorgdomeinenmodel heel ondersteunend voor hun beleid en aanpak rond maatschappelijke ondersteuning: *‘Dat zijn we nu juist aan het doen met de drie decentralisaties. Het is heel belangrijk om welzijn en zorg te verbinden, dat moet bij elkaar blijven. Er is een kanteling naar maatschappelijke dienstverlening.’*

Ook komt in bijna alle groepen naar voren dat er een professional moet zijn die verbindt, coördineert en coacht, maar dat dit niet per se een zorgprofessional hoeft te zijn. De vraag is vervolgens wat dat betekent voor het werk van de zorgprofessionals. Anders gezegd: wat doen de zorgprofessionals binnen het domein van de gemeenschapszorg in 2030?

Wat doet de zorgprofessional in 2030?

In het domein van de gemeenschapszorg is de rol van de zorgprofessional beperkt tot een deel van het domein. Hieronder leggen we uit om welke rollen en taken het gaat. Ook moet er binnen de gemeenschapszorg aandacht blijven voor specifieke groepen, zoals de zogenoemde zorgmijders. Deze laatste groep mag volgens de deelnemers in elk geval niet tussen wal en schip vallen. Dit betekent voor het werk van de zorgprofessionals:

Aansluiten bij het netwerk

In de groepen is veel gezegd over ondersteunen, coachen, verbinden, netwerken, activeren, begeleiden, maar ook over loslaten. Termen voor de nieuwe professional die deze taken uitvoert zijn bijvoorbeeld activeringsprofessional of participatieprofessional: *'Iemand moet kennis hebben van het netwerk in de eigen buurt. Dat je als professional van die verschillende zorggebieden weet wat ze waar kunnen bieden.'* Maar ook hierbij stellen de deelnemers zich steeds weer de vraag: *'Moet dat wel altijd een zorgprofessional zijn?'*

Dit betekent ook dat de zorgprofessionals moeten worden ingeschakeld als dat nodig is. Maar wie bepaalt dat? Is dat de burger of de professional, en moet dat een zorgprofessional zijn? In veel groepen uit de veldraadpleging zien de deelnemers hier een belangrijke rol voor bijvoorbeeld de wijkverpleging.

Ook het aansturen van vrijwilligers wordt een belangrijke taak, vooral als vrijwilligers meer in de wijk en minder in instellingen gaan werken. De vrijwilligers hebben dan een goede ondersteuning en begeleiding nodig en moeten weten waar ze terecht kunnen. Maar ook hier geldt weer: het inhoudelijk instrueren van vrijwilligers kan een taak van een zorgprofessional zijn, maar het coördineren van vrijwilligers is

vooral een welzijnstaak: *‘Coördinatoren vrijwilligerswerk moeten we echt geen gezondheidsprofessionals gaan noemen.’*

Signaleren en verwijzen

In heel veel groepen is gezegd dat de zorgprofessional een signaleringsfunctie heeft en doorschakelt of doorverwijst wanneer dit nodig is. Een deelnemer noemt het voorbeeld van een (pasegeboren) kind dat terechtkomt in een gezin waar al problemen zijn: *‘Je verwijst dan door naar een Centrum voor Jeugd en Gezin. Ik heb dan als verloskundige een signaleringsfunctie.’*

De zorgprofessional heeft ook bepaalde vaardigheden nodig om tot een goed oordeel te komen. De zorgprofessional weet wanneer wel en wanneer niet in te grijpen. Hij of zij moet dus goed kunnen beoordelen wat de vervolgstap moet zijn: *‘Als professional moet je een link leggen tussen functioneren en disfunctioneren en de oorzaak daarvan.’* Dit vraagt bovendien om maatwerk: *‘Kijk naar ieder uniek geval, wat is de wezenlijke bron van de zorgvraag. Wat wil de cliënt graag? Daar moet je als zorgprofessional op inspringen.’*

Verder geven de deelnemers aan dat er een vangnet moet zijn (en blijven) voor de meest kwetsbaren: *‘Bemoeizorg bijvoorbeeld voor mensen die tussen wal en schip belanden: mensen niet laten verpieteren.’*

Mensen opleiden en kennisoverdracht

De zorgprofessional moet de burger/zorgvrager ondersteunen om zoveel mogelijk zelf te doen. Dit vraagt om het ondersteunen en trainen van mantelzorgers, vrijwilligers en de burger zelf. Dit betekent ook dat zorgprofessionals burgers/zorgvragers ondersteunen met een goede vraagarticulatie: *‘Je kan mensen vraaggericht trainen en daarop anticiperen. Als professional kan je het oplossingsvermogen van burgers*

vergroten, mensen van jongs af aan toerusten.'

Zorgprofessionals kunnen burgers opleiden in zelfmanagement. Kennisoverdracht en weten waar je bepaalde kennis kunt vinden maken daar ook deel van uit: *'Ik zou het fijn vinden dat er een persoon tegenover me zit die weet waar ik informatie kan halen.'* Een voorbeeld: *'Op de universiteit van Delft hebben ze een e-learning platform voor burgers, waar je bijvoorbeeld dingen als domotica kan raadplegen. Je moet als professional wel weten dat dit bestaat. Dan kan je dergelijke initiatieven als professional toegankelijk maken voor de burger.'* Burgers gaan meer zelf op zoek naar informatie, maar de informatie op internet is niet altijd juist. Een gezondheidsprofessional kan dat toetsen en helpen om keuzes te maken in de overvloed aan kennis: *'Een zorgprofessional moet een betrouwbare meekijker zijn.'*

Kennisoverdracht betekent ook het omgaan met de eigen verantwoordelijkheid van de burger. Want wat is je taak als zorgprofessional als mensen niets doen met de wetenschap dat ongezonde voeding, roken en drinken slecht voor ze is? *'Informatie alleen is niet altijd genoeg. Mensen willen een keuze hebben. Soms eten ze slechte dingen, maar dat is voor hen ook kwaliteit van leven.'*

Afstemming en coördinatie

De zorgprofessional krijgt een grote rol bij het afstemmen en het schakelen binnen de zorg, maar ook bij het weer 'ontzorgen' en de zorg terugbrengen naar het netwerk en de gemeenschap. Binnen de wijk betekent dit meer schakelen tussen wijkverpleging en huisarts, maar ook met verloskundigen. Dit vraagt om een geïntegreerd aanbod en dus ontschotting van de zorggebieden, zeggen de deelnemers.

Ook zal er meer afstemming nodig zijn tussen zorg en welzijn: niet alleen van welzijn naar zorg, maar ook andersom:

'De wijkverpleging kan signaleren dat iemand eenzaam is en welzijn inschakelen.'

De deelnemers geven verder aan dat één persoon de regie moet hebben. Dit is bij voorkeur natuurlijk de burger zelf, maar als dat - door kwetsbaarheid of andere omstandigheden - niet mogelijk is, dan kan de professional (tijdelijk) de regisseursrol vervullen.

Waar doen de professionals dat?

Zorgprofessionals die werkzaam zijn in of rondom gemeenschapszorg werken in centra in de buurt, die goed toegankelijk zijn. Ook de coördinatie moet plaatsvinden op een gemeenschappelijke plek in de wijk, zoals in een wijkcentrum of huisartsenpost. In deze sociale knooppunten kunnen ook buurtbewoners en vrijwilligers elkaar treffen. De deelnemers geven verder aan dat de zorgprofessionals zichtbaar moeten zijn in de wijk: *'De burger moet weten waar organisaties zitten.'*

3 *Laag- tot en met hoogcomplexere zorg*

In dit hoofdstuk beschrijven we de resultaten van de veldraadpleging voor de laagcomplexere en hoogcomplexere zorg. De tekst omvat de discussiepunten van deelnemers over wat zorgprofessionals in 2030 in de zorggebieden C (laagcomplexere tot complexere) en D (hoogcomplexere) zorg doen. Ook gaan we kort in op de vraag waar deze zorg plaatsvindt.

3.1 *Continuüm*

Context

In hoofdstuk 1 brachten we al ter sprake dat mede door de reacties van de deelnemers aan de veldraadpleging zorggebied C in het definitieve model is gedefinieerd als laagcomplexere tot complexere zorg (zie model en toelichting in hoofdstuk 1). Veel deelnemers vragen zich af waarop de complexiteit betrekking heeft: heeft dat te maken met de interventie of de verrichting, of is het de (zorg)keten die meer of minder complex is? Ook vinden zij dat de termen laagcomplex en hoogcomplex te veel het 'oude denken' over het werk van de verschillende beroepen en sectoren in de gezondheidszorg weerspiegelen (eerste lijn versus specialisten).

Verder is in bijna alle bijeenkomsten de rol van zorgprofessionals in de laag- en hoogcomplexere zorg gezamenlijk besproken, waarbij meestal geen duidelijk onderscheid is gemaakt tussen wat bij laagcomplex en wat bij hoogcomplex hoort. De meeste deelnemers vatten de complexiteit op als een

continuüm: naarmate de verrichting of de keten complexer wordt, is meer inzet van (medische) specialismen nodig. Aangezien de deelnemers van de veldraadpleging laagcomplex en hoogcomplex zorg als een continuüm zien, bespreken we hieronder de rol van zorgprofessionals in de (laag) complexe en hoogcomplex zorg gezamenlijk.

3.2 *Wat doen de zorgprofessionals?*

Tijdig schakelen van de zorgprofessional

Een zorgprofessional in de laagcomplex zorg moet in 2030 tijdig kunnen schakelen tussen de vier zorggebieden: tussen laag- en hoogcomplex zorg, maar ook tussen laagcomplex zorg, gemeenschapszorg en voorzorg. Zorgprofessionals moeten kennis hebben van elkaars expertise om precies te weten wanneer en naar wie ze kunnen schakelen: *‘Professionals moeten goed op de hoogte zijn van andere zorggebieden. Ze moeten niet in een ivoren toren zitten.’* En: *‘De ergotherapeut moet bij uitstek veel kunnen schakelen tussen de zorggebieden en doet dit in de huidige situatie al tussen welzijn en zorg.’* Deelnemers redeneren dat de zorgprofessional in de laagcomplex zorg een ‘helikopter view’ heeft, het functioneren van een cliënt bewaakt en in staat is om alle stappen te monitoren.

Stimuleren van eigen regie cliënt

Voor de laagcomplex zorg vinden deelnemers het belangrijk dat professionals eigen regie kunnen stimuleren bij cliënten en in staat zijn om verschillende (zorg)scenario’s te schetsen. *‘De patiënt of de mantelzorger bepaalt wie de boel coördineert, wie erbij betrokken wordt. Wie is de eigenaar van de problemen?’* Deelnemers zeggen dat als iemand te veel zorgverleners om zich heen heeft, dit afdoet aan zijn of haar besef voor

eigen verantwoordelijkheid: *‘Waar patiënten het zelf kunnen, moeten ze zelf eigenaar worden, of iemand die zij aanwijzen.’*

Integraal en multidisciplinair werken

Zorgprofessionals, zowel in de laagcomplexere als hoogcomplexere zorg, zullen in de toekomst naar 2030 in toenemende mate integraal en multidisciplinair gaan werken. Deelnemers denken dat zorgprofessionals in 2030 samenwerken met mensen die ondersteuning bieden, zoals met wijkverpleegkundigen of maatschappelijk werkers. Die kunnen ook weer een link leggen naar de gemeenschapszorg: *‘Als een mevrouw die net een heupoperatie achter de rug heeft, het moeilijk vindt om de buurvrouw om hulp te vragen, dan kan een maatschappelijk werker hier een bemiddelende rol in vervullen.’*

Verbindend denken en werken

Deelnemers spreken binnen de discussie over laagcomplexere en hoogcomplexere zorg ook over ketenzorg en hoe zorgprofessionals dit kunnen waarborgen. Zij denken dat dit een andere ‘mindset’ van professionals vereist: *‘Zij moeten meer denken en werken in de context van ketenzorg. De continuïteit van de ketenzorg moet door de professional gewaarborgd worden. Gezamenlijke verantwoordelijkheid moet terugkomen bij professionals.’* Dat behoeft volgens deelnemers casuïstiekoverleg tussen zorgprofessionals: *‘Je bent als professional breder verantwoordelijk en hij/zij moet de wil hebben om verbindingen te maken. Dit ligt in het kader van bewustwordingsprocessen.’*

Zorgprofessionals in de hoogcomplexere zorg kunnen ook een stap maken in het verbindende denken en werken. (Medisch) specialisten moeten hun specifieke behandeling uitvoeren, maar ook verantwoordelijk zijn voor (het organiseren van) de keten daarvoor en daarna. Ook deze professionals moeten dus kennis hebben van de achtergrond van mensen: *‘Je moet het*

systeem van de mensen kennen. Anders kun je niet goed werken.'

Het de-escaleren van de zorgbehoefte

De meeste deelnemers zien het nut en de noodzaak van het de-escaleren van de zorgbehoefte in de toekomst naar 2030. Dat zorgprofessionals in de laagcomplexe zorg zich meer gaan richten op de-escaleren is voor hen vrij vanzelfsprekend, maar zij denken dat professionals in de hoogcomplexe zorg zich hier extra voor moeten inzetten. Ze moeten zich aanleren om zorg te de-escaleren.

Volgens de deelnemers vereist dit specifieke competenties van zorgprofessionals: ze werken in overzichtelijke, multidisciplinaire samenwerkingsverbanden en hebben kennis van andere zorggebieden en gebiedsoverstijgende netwerken nodig. *'Een kernkwaliteit van een dergelijke zorgprofessional wordt dat hij of zij inzicht heeft in de situatie van de patiënt en hem/haar de juiste richting in duwt.'*

Meer generalisten en minder specialisten

De meeste deelnemers vinden dat in de toekomst meer generalisten nodig zijn dan specialisten. In de broedplaatsen van Friesland en Rotterdam vindt een ruime meerderheid van de deelnemers dit. Ook de andere geraadpleegde groepen pleiten voor meer generalisten en minder specialisten, maar hier vinden we twee verschillende redeneringen. Aan de ene kant zien veel deelnemers de generalist als een nieuwe functie in de nabije toekomst. Een generalist moet goed kunnen luisteren naar de hulpvraag van de patiënt. Hij of zij kan samen met de patiënt de hulpvraag formuleren. Deelnemers benadrukken dat toekomstige generalisten voldoende bagage moeten hebben om allerlei zorgvragen en gezondheidskwesties goed te herkennen, zodat zij in staat zijn om tijdig specialistische zorg in te schakelen.

Aan de andere kant vinden deelnemers dat de huidige specialist in 2030 beter moet kunnen ‘helikopteren’, maar zijn of haar specialistische kennis niet mag verliezen. Men noemt dit ‘*generalistische specialisten*’. Specialisten moeten zich meer afvragen wanneer ingrepen zinnig en nodig zijn, zodat zij deze niet uitvoeren zonder op de hoogte te zijn van de context. Na een kundige reparatie is het devies zo snel mogelijk te de-escaleren. Die verandering in insteek bereik je met generalistische scholing, zo denken deelnemers. Een voorbeeld van deze nieuwe specialist is de geriater, een specialist die al een multidisciplinaire ziens- en werkwijze heeft.

Zorgvuldig samenstellen van teams

Deelnemers benadrukken het belang van adequate teams, waarin zowel goede specialisten als generalisten werken binnen hetzelfde netwerk en overstijgend op de zorggebieden. Er zal behoefte zijn aan teams met mensen die gespecialiseerd zijn in een hoogcomplexiteit behandeling en ondersteunende professionals die goed zijn in het organiseren en ondersteunen van (gemeenschaps)zorg. Vrijwilligers zijn op dit moment actief in de voorzorg en de gemeenschapszorg, maar ook al werkzaam in de hoogcomplexiteit zorg (ziekenhuizen, intramurale zorg). De deelnemers zien voor hen in 2030 een nog grotere rol weggelegd: *‘Men kan vrijwilligers in de hoogcomplexiteit zorg positioneren om patiënten te begeleiden in hun zorgtraject. De rol van vrijwilliger is dan ondersteunend. De zorgprofessional heeft hier geen tijd voor en is hier ook te duur voor.’*

3.3 *Laagcomplexe en hoogcomplexe zorg: waar en hoe?*

Laagcomplexe zorg in een sociaal knooppunt

Tijdens de veldraadpleging hebben de deelnemers ook gereflecteerd over de plaats waar zorgprofessionals werken in 2030 en wat zij daarvoor nodig hebben. De deelnemers zien veel in de aanwezigheid van zorgprofessionals in een sociaal knooppunt in de wijk, waar je terecht kunt met je zorgvragen. Deelnemers zeggen dat dit al een ingezette ontwikkeling is die zich verder zal uitbreiden. Zorgprofessionals zien integrale, multidisciplinaire zorgcentra ontstaan, zoals de huidige AHOED (Apothekers, Huisartsen en paramedici Onder Een Dak). Een dergelijke samenwerking gebeurt sneller als je *'met elkaar onder één dak zit'*.

Hoogcomplexe zorg kan in de toekomst ook geboden worden in een laagcomplex omgeving, zo stellen deelnemers. Zo kunnen verloskundigen zich aansluiten bij verschillende andere zorgprofessionals, waaronder de gynaecoloog, in een geboortecentrum in de wijk. *'Zorg moet voor de cliënt in de buurt zijn'*, is de gedeelde mening van de verloskundigen. En: *'Begeleiding, diagnostiek zit in de wijk. Wij hebben de gynaecoloog nodig voor overleg over een specifieke situatie, bijvoorbeeld als hypertensie of diabetes uit de hand loopt.'*

Hoogcomplexe zorg niet per se intramuraal

De nazorg van hoogcomplex ingrepen kan in de toekomst meer thuis gebeuren, zo vinden deelnemers: *'De medicatie bij kankerzorg is bijvoorbeeld hoogcomplex zorg. Af en toe moet dat intraveneus. Dat kan ook thuis, ondanks dat het een hoogcomplex systeem is.'* Ook stellen deelnemers dat in de hoogcomplex zorg intramurale zorg geen vanzelfsprekendheid meer zal zijn. De zorgprofessional wordt mobieler en kan ook een online spreekuur hebben met zijn cliënten. Bovendien zal

e-health technologie een grotere rol gaan spelen en de zorgprofessional faciliteren in zijn 'mobiliteit'.

In 2030 zeggen specialisten in netwerken te zullen werken. Ze verwachten dat er dan nog maar vier UMC's zijn, en dat zullen netwerken zijn: *'Dus we moeten ook in netwerken opleiden, met een netwerkoriëntatie.'* Bovendien zal een hoogcomplexe zorgprofessional zorg gaan leveren in laagcomplexe voorzieningen: *'In zo'n laagcomplexe voorziening, een gezondheidscentrum in de wijk, zit ook de huisarts en deze krijgt vooral een verwijzende taak, zowel naar voorzorg als naar hoogcomplexe zorg.'*

4 *Slotbeschouwing*

In deze slotbeschouwing zullen we de hoofdpunten uit de gevoerde discussies in de 34 bijeenkomsten van de veldraadpleging samenvatten met het oog op een advies over een nieuwe structuur voor zorgberoepen. De hoofdconclusie van de vorige focusgroepenbijeenkomst in 2013 over de toekomst van het zorgstelsel was, dat we midden in een paradigmawisseling zitten. De uitgangspunten van de adviescommissie konden toen rekenen op veel herkenning en instemming. Vooral de nieuwe positieve benadering van gezondheid, en de wenselijkheid van de omslag naar gezondheid en gedrag waarbij de burger en zijn netwerken centraal staan, vonden bijval (Gruijter, Nederland & Stavenuiter, 2014). Een jaar later zien we in de veldraadpleging van 2014 wederom een grote bereidheid van het veld om mee te denken over de veranderingen die in ons gezondheidsstelsel (en de bijbehorende structuur voor beroepen) nodig zijn om daadwerkelijk aan die paradigmawisseling te gaan werken. De deelnemers aan de bijeenkomsten hebben samengevat de volgende richtlijnen voor een andere manier van werken aangedragen: 1) dialogisch werken, 2) preventief werken, 3) in samengestelde teams werken, 4) andere taken en invulling van generalisten / specialisten, 5) meer mobiliteit en flexibiliteit van werkplekken, 6) nadruk op gelijkwaardigheid en toegankelijkheid.

1 *Dialogisch werken*

In alle bijeenkomsten is het belang van de eigen regie van burgers onderschreven. De kern van een vernieuwd zorgstelsel betreft het bijdragen aan het functioneren van burgers en

daarmee aan hun kwaliteit van leven. Met dit uitgangspunt is er tevens consensus over de noodzaak van de inbreng van burgers in de zorg over hoe zij hun gezondheid ervaren en wat zij belangrijk vinden aan zorg en behandeling voor hun kwaliteit van leven. Het *dialogisch werken* in de zorg is hiermee de eerste belangrijke richtlijn voor zorgpraktijken geworden.

2 Preventief werken

Naast dialogisch werken is preventief werken door de deelnemers in alle bijeenkomsten hoog op de agenda geplaatst. De omslag in de zorg kan alleen door het centraal stellen van het functioneren van burgers, waarbij het belang van preventie in alle zorggebieden de kern vormt. Preventie ‘van de wieg tot het graf’ kan alleen realiteit worden als alle zorgverleners adequaat preventief handelen bij het verlenen van zorg en het uitvoeren van behandelingen. Het *preventief werken* in de zorg is hierdoor de tweede belangrijke richtlijn voor zorgpraktijken.

3 Zorgprofessionals werken in teams

De deelnemers benadrukken het belang van een richtlijn voor *het instellen van adequate zorg- en behandelteams* waarin verschillende deskundigheden en specialismen aanwezig zijn. Een voorwaarde voor het werken in teamverband is dat alle zorgprofessionals moeten kunnen verbinden en schakelen, en overstijgend kunnen werken op de zorggebieden, bijvoorbeeld behandelen in de laagcomplexiteit zorg en ondersteunen in de gemeenschapszorg. Ze moeten integraal en multidisciplinair samenwerken en gebruik kunnen maken van de nieuwste technologische hulpmiddelen.

4 Taken van generalisten en specialisten en hun aantal

In de toekomst zullen er meer hooggekwalificeerde professionals als generalist nodig zijn. Generalisten die overstijgend kunnen kijken zijn dan in alle zorggebieden nodig. In de

voorzorg, de gemeenschapszorg en de laagcomplexe zorg (en de schakelingen daartussen) zullen deze generalistische zorgprofessionals zorgvragen herkennen, burgers coachen bij hun zorg- en behandelvragen, gezondheidskwesaties aankaarten in andere sectoren en tijdig doorverwijzen. In het nieuwe zorglandschap zijn er ook generalistische specialisten nodig. Dit zijn medisch specialisten met generalistische deskundigheden om goed te kunnen schakelen en te de-escaleren. De richtlijn is dat *de functie van zowel de generalisten als specialisten verder ontwikkeld dient te worden.*

5 Mobiliteit en flexibiliteit van werkplekken

Veel deelnemers hebben benadrukt dat zorg en behandeling in 2030 niet meer aan een vaste werkplaats zijn verbonden. In plaats daarvan verplaatsen zorgverleners en behandelaars zich van het ene naar het andere zorgdomein, en werken zij in principe zo dicht mogelijk bij en verbonden met de leefsituaties van burgers, bijvoorbeeld in multifunctionele centra in buurten en wijken. Uitzondering hierop vormt de zeer specialistische technologische hoogcomplexe zorg die in gespecialiseerde werkplekken wordt geconcentreerd. Het overgrote deel van de zorgprofessionals houdt zich in 2030 aan de richtlijn van *mobiliteit en flexibiliteit wat betreft werkplekken.*

6 Gelijkwaardigheid en toegankelijkheid

De kanteling van hoogcomplexe zorg naar voorzorg en gemeenschapszorg doorbreekt de bestaande hiërarchie in de zorg. In de huidige structuur bepaalt een specifieke opvatting van complexiteit de status van een zorgberoep. Deze vervalt als de gelijkwaardigheid van verschillende typen zorg en behandeling wordt erkend. De palliatieve thuiszorg krijgt dan een gelijke waarde als het opereren door een chirurg.

Voor burgers en hun netwerken dient bovendien helder te zijn hoe de besluitvorming over de mogelijkheden voor zorg en

behandeling verloopt. Wie beslist over welke zaken en bij wie moet je zijn als je het er niet mee eens bent?

Gelijkwaardigheid tussen zorgberoepen en het bieden van transparante toegankelijkheid vragen om nieuwe taken en anders werken door zorgprofessionals.

De hierboven beschreven richtlijnen voor het anders werken in de zorg in 2030 gaan gepaard met een aantal ontwikkelingen die zich in de bredere context bevinden. Het betreft de geïntegreerde aanpak van gezondheid, de grote rol van de gemeenten en het blijven werken aan bewustwording dat veranderingen nodig zijn.

Geïntegreerde aanpak van gezondheid

Een onderwerp dat in bijna alle bijeenkomsten aan de orde is geweest, is de brede inbedding van de gezondheidszorg. Het beperken van de zorg tot één sector in de samenleving is niet mogelijk. In plaats daarvan moeten veel sectoren meewerken aan preventie en voorzorg. De volgende sectoren dienen daar vooral bij betrokken te zijn: het onderwijs, de woningbouw en de fysieke omgeving. Andere factoren die een rol spelen bij de brede inbedding zijn de situatie op de arbeidsmarkt en aandacht voor veiligheid en diversiteit.

Meer gemeentelijke sturing van de zorg

Gezien de noodzaak van integraliteit, bijbehorende samenwerking en flexibiliteit is de huidige sturing door zorgverzekeraars en aanbieders niet wenselijk. Hun perspectief is te nauw. Het is bij de zorgverzekeraars te beperkt vanwege een economisch belang en bij de zorgaanbieders door de belangen van hun specifieke zorgterrein. De doorzettende decentralisatie van de centrale overheid naar gemeenten biedt kansen om de sturing van het nieuwe zorglandschap op het lokale niveau te plaatsen. Gemeenten zijn vanaf 2015 al verantwoordelijk voor een

deel van de zorgverlening. Zij kunnen de komende jaren hun expertise uitbreiden die nodig is voor het aansturen van een kwalitatief goede integrale aanpak van zorg voor en behandeling van burgers. Opnieuw zullen de hoogspecialistische centra hierop een uitzondering vormen.

Blijven sturen op verandering

Tot slot willen wij vermelden dat we bij de deelnemers aan de veldraadpleging een actieve houding en bereidheid hebben gezien om zich in te zetten voor het veranderingsproces. De motivatie heeft te maken met eensgezindheid in de visie op het toekomstige zorglandschap: het functioneren van burgers moet centraal staan en daarmee de bijdrage van de gezondheidszorg aan een kwalitatief betere participatie en zelfredzaamheid van burgers die een beroep moeten doen op zorg en ondersteuning.

5 *Literatuur*

Gruijter, M. de, Nederland, T., & Stavenuiter, M. (2014). *Meedenkers aan het woord. Focusgroepen over 'Zorg voor Gezondheid in 2030'*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Van der Horst, H., Jadad, A.R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M.I., Van der Meer, J.W., Schanabel, P., Smith, R., Van Weel, C., Smid, H. How should we define health? *BMJ* 2011 Jul 26;343:d4163.

Bijlage 1

Overzicht van veldraadplegingbijeenkomsten

Datum	Groep
Woensdag 24 september	GGD GHOR Nederland
Donderdag 25 september	V&VN, Werkgroep Zorg 2025; De Jonge Specialist
Woensdag 1 oktober	NVMW, Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers
Dinsdag 7 oktober	Vereniging hogescholen; MBO raad; VSNU; Vereniging van Universiteiten
Donderdag 9 oktober	KNGF, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
Donderdag 16 oktober	KNMP, Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
Dinsdag 28 oktober	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
Maandag 3 november	Broedplaats Amsterdam/Amstelveen

Dinsdag 4 november	NFU, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra; NVZ, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
Woensdag 5 november	CGS, College Geneeskundige Specialismen
Maandag 10 november	NPHF, Federatie voor Gezondheid
Dinsdag 11 november	NIP, Nederlands Instituut van Psychologen met o.a. NVGZP, Nederlandse Vereniging voor de Gezondheidszorgpsychologie; NVvP, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie; GGZ Noord-Holland
Dinsdag 11 november	Actiz, Brancheorganisatie voor Zorgondernemers
Dinsdag 11 november	CSO, Koepel van Ouderenorganisaties
Maandag 17 november	GGZ Nederland, Klankbordgroep opleiden
Dinsdag 18 november	Kennisinstituten: Movisie, Nivel, Nederlands Jeugdinstituut; RIVM, Verwey-Jonker Instituut, Vilans, ZonMw
Dinsdag 18 november	KNOV, Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen

Woensdag 19 november	MOgroep, Brancheorganisatie voor Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening
Woensdag 19 november	Broedplaats Friesland
Maandag 24 november	Burgers Friesland, i.s.m. Venturaplus
Dinsdag 25 november Vrijwilligers LOVZ	NOV, Nederlandse Organisaties
Dinsdag 25 november	Ergotherapie Nederland
Donderdag 27 november	Broedplaats Rotterdam
Donderdag 27 november	KNMT, Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde; NVM, Beroepsorganisatie voor mondhygiënisten; NVMKA, Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie
Donderdag 27 november	OMS, Orde van Medisch Specialisten
Maandag 1 december	Eerstelijnszorg, Ineen; LHV, Landelijke Huisartsen Vereniging
Dinsdag 2 december	Regioplus, Werkgevers in Zorg en Welzijn
Dinsdag 2 december	ZZP Nederland; VvOCM, Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck; PPN, Pharmacovigilantie Platform Nederland

Woensdag 3 december	Burgers Amsterdam, i.s.m. Markant
Donderdag 4 december	Jeugd en Gezondheid(szorg), o.a. met Jeugdzorg Nederland, Vitras, Stichting Timon
Dinsdag 9 december	IGZ, Inspectie voor de gezondheidszorg
Maandag 15 december	Sport, o.a. met NOC-NSF, Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen, HAN Instituut voor Sport en Bewegingsstudies, Mullier Instituut
Vrijdag 19 december	VGN, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
Donderdag 15 januari 2015	G-32 gemeenten

*Bijlage 2 Voorzitters van de
veldraadplegingsbijeenkomsten*

De heer Ben Bottema
De heer Hans Boutellier
De heer Gert-Jan Cornel
De heer Peter Holland
De heer Clemens Hosman
Mevrouw Kete Kervezee
De heer Johan Melse

Colofon

Opdrachtgever	Zorginstituut Nederland
Auteurs	Dr. M.M.J. Stavenuiter Drs. E. Smits van Waesberghe Drs. T. Nederland Drs. M. de Gruijter
met medewerking van	Drs. Saskia Andriessen Drs. Hilde Bakker Tara Jibodh
Omslag	Ontwerppartners, Breda
Uitgave	Verwey-Jonker Instituut Kromme Nieuwegracht 6 3512 HG Utrecht T (030) 230 07 99 E secr@verwey-jonker.nl

De publicatie kan gedownload en/of besteld worden via de website www.verwey-jonker.nl

ISBN 978-90-5830-673-9

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht 2015. Het auteursrecht van deze publicatie berust bij het Verwey-Jonker Instituut. Gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld. The copyright of this publication rests with the Verwey-Jonker Institute. Partial reproduction of the text is allowed, on condition that the source is mentioned.



Hoe kan onze gezondheidszorg toekomstbestendig worden ingericht, welke verandering in beroepen en opleidingen is hiervoor nodig? Ongeveer 350 zorgvragers, professionals, bestuurders, beleidsmakers, gemeenten, onderzoekers en opleiders dachten hier in het najaar van 2014 actief over na. Zij reflecteerden op de eerste contouren van een nieuwe structuur voor zorgberoepen, die de Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen ontwikkelt. De commissie gebruikt de inzichten voor haar advies over een nieuwe beroepenstructuur in de gezondheidszorg dat zij in april 2015 presenteert in opdracht van de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport.

