

Meedenkers aan het woord

Focusgroepen over
'Zorg voor Gezondheid in 2030'

Marjan de Gruijter
Trudi Nederland
Monique Stavenuiter



Zorginstituut Nederland

*Verwey-
Jonker*
Instituut

Meedenkers aan het woord

Focusgroepen over 'Zorg voor Gezondheid in 2030'

Marjan de Gruijter
Trudi Nederland
Monique Stavenuiter

Februari 2014

Inhoud

Inleiding	5
1 Naar een nieuw concept van gezondheid	9
1.1 Paradigmawisseling	9
1.2 Kijk breder dan de gezondheidszorg!	11
1.3 Gelijke monniken, gelijke kappen?	12
1.4 Behoud verworvenheden van de gezondheidszorg	14
1.5 Meer zorgen voor elkaar is (te)veel gevraagd	15
1.6 Draagvlak	16
2 De burger en zijn netwerken	17
2.1 Ownership	17
2.2 Investeren in netwerken	19
2.3 Nieuwe (ver)houdingen	20
2.4 Vrijwillige inzet	21
2.5 Opvoeden	23
2.6 Leven lang leren	23
2.7 Includerende netwerken	24
2.8 Georganiseerde burgers	25
3 Waar gaat het in de zorg naar toe?	27
3.1 Geef burgers de ruimte (horizontalisering)	28
3.2 (De)professionalisering, demedicalisering & informalisering	31
3.3 Breed netwerk van zorg, ondersteuning en dienstverlening	36
3.4 Voorwaarden voor een nieuwe zorgstelsel	42
4 Bouwstenen voor beroepen en opleidingen	47
4.1 Sturen op verandering	47
4.2 De deskundigheid van ‘vernieuwde’ professionaliteit	49
4.3 Ingrediënten voor innovatie opleidingen	53
4.4 Burgerschapscompetenties in het onderwijs	57
5 Samenvatting en conclusies	59
5.1 Het meedenken samengevat	59
5.2 Paradigmawisseling	64
5.3 De resultaten van het meedenken	65
Bijlagen:	
1 Focusgroepen Zorg voor Gezondheid	69
2 Voorzitters van de focusgroepbijeenkomsten	70
3 Vergelijking Focusgroepen en Nationale Denktank	71

Inleiding

Het Zorginstituut Nederland (vh College voor Zorgverzekeringen) kent een Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen. Deze commissie gaat de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) adviseren 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 daarin. Het doel is om een nieuwe beroepenstructuur voor de (gezondheids)zorg te ontwikkelen. Daarbij hoort een opleidingscontinuüm voor kwalitatief hoogwaardige, doelmatige en toegankelijke zorg.¹ De adviescommissie adviseert over het hele veld van de (gezondheids)zorg: de ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, ouderenzorg, verstandelijk gehandicaptenzorg, thuiszorg, openbare gezondheidszorg, maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en jeugdzorg.

Om tot een onderbouwd advies te komen voert de Adviescommissie diverse activiteiten uit (zie <http://www.zinl.nl>), waaronder het raadplegen van belanghebbende en betrokken partijen in de (gezondheids)zorg via focusgroepen. Deze groepen zijn samengesteld uit: patiënten (/burgers/cliënten), professionals, bestuurders, beleidsmakers, verzekeraars, onderzoekers en opleiders. Het Zorginstituut Nederland heeft het Verwey-Jonker Instituut de opdracht gegeven om de focusgroepen te organiseren.

Organisatie focusgroepen

In de periode van september tot half november 2013 heeft het Verwey-Jonker Instituut 28 focusgroepen georganiseerd over 'Zorg voor gezondheid in 2030'. In totaal namen 277 personen deel, afkomstig uit alle geledingen van de gezondheidszorg: patiënten, professionals, instellingen en beleidsmakers.

De onderzoekers organiseerden de focusgroepen in nauwe samenwerking met meer dan 30 landelijke (koepel)organisaties. Het betreft organisaties van

1 Onder een nieuwe beroepenstructuur verstaat de commissie 'een overzicht van kernberoepen in hun onderlinge samenhang'. Een opleidingscontinuüm is 'een samenhangend geheel van opleidingen'.

patiënten, beroepsbeoefenaren, zorginstellingen (brancheorganisaties), opleiders, beleidsmakers, ontwikkelaars, onderzoek en toezicht. Aan deze organisaties is gevraagd om hun achterban te interesseren voor deelname aan een focusgroep. In totaal zijn via deze samenwerking 28 focusgroepbijeenkomsten tot stand gekomen, van telkens één (gefocuste) groep patiënten, beroepsbeoefenaren, vertegenwoordigers van instellingen, etc. (zie bijlage 1 voor een overzicht van de focusgroepbijeenkomsten). Gemiddeld namen 10 personen deel; een onafhankelijke voorzitter leidde de bijeenkomsten (zie bijlage 2 voor een overzicht van de voorzitters). Alle focusgroepen hadden dezelfde agenda en bespraken dezelfde thema's. De onderzoekers hebben verslag gedaan van de discussies. De deelnemers hadden de gelegenheid om te reageren op het conceptverslag, en hun aanvullingen zijn meegenomen in de analyse van de verslagen. De analyse van het materiaal verliep als volgt: eerst hebben we alle verslagen gelezen en ontwikkelden we een codelijst. Deze codes correspondeerden in redelijke mate met de thema's. Daarna codeerden we de tekst van de interviewverslagen: aan alle tekstdelen over een bepaald thema kenden we de betreffende code toe. Waar nodig zijn extra codes toegevoegd. Nadat de interviewverslagen waren verwerkt in codes, analyseerden we langs inductieve weg het materiaal naar achterliggende dimensies of naar een hiërarchische opbouw. De thema's die hieruit voortkwamen gebruikten we voor deze rapportage.

Het doel van de focusgroepbijeenkomsten was om de visie van de belanghebbenden op de toekomstige zorg voor gezondheid in beeld te brengen en te analyseren. In dit rapport doen wij verslag van deze analyse.

Een nieuw concept van gezondheid

In 2011 presenteerden Machteld Huber et al. in de *British Medical Journal* een nieuw concept van gezondheid: 'Health as the ability to adapt and to self manage, in the face of social, physical and emotional challenges'. Dit concept beschrijft gezondheid niet als een statische situatie, zoals de oude WHO-definitie, maar stelt functioneren, veerkracht en zelfregie centraal.²

Dit nieuwe concept vormde steeds het uitgangspunt van de discussie in de focusgroepen. We gebruikten daarbij de volgende beschrijving:

2 Huber, M., & Vliet, M. van, Giezenberg, M., & Knottnerus, A. (2013). Towards a conceptual framework relating to 'Health as the ability to adapt and to self manage, Operationalisering gezondheidsconcept. Rapport 2013-001 VG. Driebergen: Louis Bolk Instituut.

Gezondheid is het vermogen van mensen zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. Gezond zijn betekent zich kunnen aanpassen aan verstoringen, veerkracht hebben, een balans weten te handhaven of te hervinden zowel lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk.³

Elke focusgroep sprak over de toekomst van de zorg en het nieuwe concept, vanuit een drietal vragen:

- Wat betekent het voor burgers en hun netwerken om uit te gaan van dit nieuwe concept van gezondheid?
- Welke acties zijn nodig om burgers hierbij te ondersteunen en hoe zien die acties eruit?
- Hoe kunnen we dit realiseren?

Leeswijzer

Dit rapport start met de reacties van de meedenkers op het nieuwe concept van gezondheid (hoofdstuk 1). Vervolgens laten we in hoofdstuk 2 zien hoe burgers en hun netwerken denken over regie over hun eigen gezondheid. Hoofdstuk 3 is gewijd aan de kenmerken van een toekomstig zorgsysteem en de randvoorwaarden hiervoor. In hoofdstuk 4 presenteren we bouwstenen voor veranderingen in de beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg. Tot slot volgt in hoofdstuk 5 een samenvatting en trekken we conclusies over de inbreng van de meedenkers.

In bijlage 3 bij dit rapport vergelijken we de uitkomsten van onze analyse van de focusgroepbijeenkomsten met de visie en resultaten van de Nationale Denktank. We gaan daarbij in op de vraag wat de belangrijkste verschillen en overeenkomsten zijn tussen de Denktank en de focusgroepen (de Meedenkers).

3 Huber, M. et al., (2011). How should we define health? *BMJ* 2011; 343:d4163 doi: 10.1136/bmj.d4163.

1 *Naar een nieuw concept van gezondheid*

Het nieuwe concept van gezondheid van Huber, et al. (2011) beschrijft gezondheid niet als een statische situatie, zoals de oude WHO definitie, maar stelt functioneren, veerkracht en zelfregie centraal. Dit nieuwe concept vormde het uitgangspunt van elke focusgroep. In dit hoofdstuk staan de reacties van de deelnemers op het nieuwe concept van gezondheid centraal. Er is veel instemming: de deelnemers onderschrijven het belang van een omslag in de zorg van *ziekte* en *zorg* naar *gezondheid* en *gedrag*. De serieuze kanttekeningen die deelnemers plaatsen, maken inzichtelijk welke kwesties nadere doordinking en uitwerking behoeven en wat noodzakelijke condities zijn voor burgers om daadwerkelijk regie over de eigen gezondheid te kunnen voeren.

1.1 *Paradigmawisseling*

Veel deelnemers vertellen dat in hun sector nog niet wordt gedacht in de termen van Huber et al. *“Wij zijn geneigd om te denken in ziekte en ziekte-beelden, in het concept gaat het meer om de verstoring van een balans. Die balans krijgt bij ons nog te weinig aandacht. Dat is wel het mooie van dit concept”*. Maar er zijn ook deelnemers die zeggen dat het concept juist verwoordt hoe al gewerkt wordt in de zorg. *“Wij redeneren niet vanuit een ziekte. Vanuit verloskundigen is dit type benadering al gebruikelijk. De definitie refereert aan sociale en emotionele uitdagingen en in de verloskunde wordt dat sowieso meegenomen. Van onze cliënten verwachten we dat ze veerkracht hebben en eigen regie nemen”*.

Deelnemers die werkzaam zijn in de GGZ, de eerstelijnsgezondheidszorg en/of in het aanpalende sociale-, of jeugddomein zeggen het vaakst dat in hun sector het concept van gezondheid van Huber et. al. gemeengoed (begint te) worden.

Ervaren gezondheid centraal

Maar in *alle* focusgroepen kan het nieuwe concept van gezondheid op veel herkenning en instemming rekenen. *“Eerst was gezondheid een doel op zich, nu is het een middel om andere, hogere doelen te bereiken.”* Er komt minder nadruk te liggen op iemands gezondheidstoestand als zodanig, maar meer op

de vraag hoe iemand met eventuele gezondheidsbeperkingen kan omgaan.”
Ook als je ziek bent kun je - mits je de wenselijke zorg krijgt- je toch nog ‘welbevinden’. Het gaat om het copinggedrag van mensen. Je hebt daarbij hulp nodig, bij het kunnen aanpassen aan de ziekte.”

En dat sluit volgens de deelnemers goed aan bij het streven van de overheid dat burgers minder leunen op (collectieve) voorzieningen, maar meer zelf, en met elkaar aan de slag gaan om uitdagingen in het leven het hoofd te bieden.
“In Amerika hebben mensen veel ‘community sense’, omdat de overheid bepaalde taken niet doet. Wij zijn dat nog niet gewend, maar er komt een moment dat mensen zeggen: ‘we moeten dat zelf doen.’”

Diverse deelnemers noemen ook de decentralisatieoperaties die gaande zijn in het brede sociale domein en de daarmee gepaard gaande bezuinigingen.
“Je kunt niet meer alle mensen de zorg in jagen. Zo langzamerhand is het niet meer te betalen.” Diverse malen komt de vraag aan de orde of het nieuwe concept ook zo’n opgeld had gedaan als er minder aanleiding was geweest om te bezuinigen. De deelnemers vinden daarover dat het nieuwe concept van gezondheid meer, of iets anders behelst dan een legitimatie voor een terug-tredende overheid en bezuinigingen. Het concept sluit aan bij ontwikkelingen in de samenleving en de opvattingen van burgers over het ‘goede leven’. *“Het nieuwe concept redeneert vanuit de burger en houdt veel meer rekening met hoe mensen zelf hun gezondheid ervaren en dat is winst, wat dat bepaalt hun kwaliteit van leven.”*

Deze ontwikkelingen plaatsen in het licht van een simpele overgang van betaalde, professionele inzet naar onbetaalde vrijwillige inzet, doet geen recht aan de intrinsieke behoefte van burgers om (meer) voor elkaar te willen zorgen. *“Toen ik met mijn demente moeder wekelijks de markt ging bezoeken die ze haar hele leven had bezocht, had dat een heel andere waarde als dat iemand van de Thuiszorg dat zou hebben gedaan. Dat heeft te maken met zingeving, dat is geen bezuinigingskwestie.”*

Burgerlogica

Kortom, er is een zeer brede consensus bij de deelnemers aan de focusgroepen dat de *paradigmawisseling* van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag een wenselijke is. *“De nieuwe definitie gaat over het gegeven dat we tegenwoordig regie over het eigen leven hoger waarderen dan alleen de afwezigheid van ziekte.”* En: *“Het doel van zelfverwerkelijking en veerkrachtig en verantwoord leven is nadrukkelijk te prefereren boven het hanteren van het ziekte of handicap model.”* De deelnemers gebruiken termen als *participatie*, *vitaliteit*, *kwaliteit van leven* en *geluk*: daar is het burgers om te doen!
“Burgers denken nu al: ‘Ik heb misschien gezondheidsklachten, maar ik ben niet ziek’.” De benadering sluit kortom aan bij de logica van de burger. Dus: *“Maak het niet te ingewikkeld. De burger snapt dit!”*

De insteek van het nieuwe concept van gezondheid mag dan op grote instemming kunnen rekenen van de deelnemers en ook goed aansluiten bij de logica van de burger, maar dit betekent niet dat de deelnemers geen kanttekeningen plaatsen.

1.2 *Kijk breder dan de gezondheidszorg!*

Hierboven stelden we al dat het nieuwe concept van gezondheid volgens de deelnemers goed aansluit bij wat burgers belangrijk vinden: niet de afwezigheid van ziekte als zodanig, maar de wijze waarop je - met je eventuele beperkingen - je leven naar eigen inzicht kunt inrichten. Een aantal deelnemers vindt - gegeven deze constatering - dat het nieuwe concept van gezondheid nog teveel opgesloten zit in het domein van de gezondheidszorg. Vragen die in of aan de gezondheidszorg worden gesteld komen vaak voort uit kwesties die (in aanvang) weinig met gezondheid te maken hebben *“Ze komen naar de huisarts met allerlei klachten, maar ze zijn eigenlijk gewoon eenzaam”*. En: *“Veel gezondheidsproblemen spelen zich gedeeltelijk af in andere domeinen. Als je gezondheidszorg te nauw opvat, dan valt heel veel buiten de boot.”* Als voorbeeld wordt bijvoorbeeld verslavingsproblematiek genoemd. Kortom, het *framen* van een probleem als *gezondheidsprobleem* zorgt ervoor dat er een beroep wordt gedaan op zorgvoorzieningen die niet passend en wellicht kostbaar is. *“Als je aan een oudere met meerdere aandoeningen vraagt wat ze wil, dan zegt ze niet: ‘ik wil nog een plaspil’. Dan zegt ze: ‘Ik zou nog graag een keer naar mijn zus willen’. Mensen denken niet in voorzieningen en verstrekkingen, dat doen wij.”* En: *Je hebt zoiets als het blauwe fleec effect. Als een thuiszorgmedewerker aan een burger vraagt: ‘wat heb je nodig?’, dan zegt hij dat hij zorg nodig heeft.”*

Daarnaast zorgt een te sterke verbinding tussen het denken over gezondheid en gezondheidszorg er ook voor dat de rol van de *omgeving*, of de *context* waarin burgers leven, naar de achtergrond verdwijnt. Terwijl die nou juist een grote invloed op het gevoel van welbevinden heeft. *“Ik stond op de nominatie om baan te verliezen en heb zelf ervaren wat voor negatieve gevolgen dat had voor mijn gezondheid. Ben ik zonder baan niet meer gezond?”*

De deelnemers begrijpen overigens dat een bepaalde afbakening van het gezondheidszorgdomein nodig is, al was het maar om met elkaar van gedachten te wisselen over hoe de zorg in de toekomst georganiseerd dient te worden. Toch waarschuwen zij voor er voor dat het verkeerd is te veronderstellen dat een zorg- en ondersteuningsaanbod op orde is als alle geledingen zich maximaal inspannen voor kwaliteit. *“We richten ons op het optimaliseren van de zorg in onze eigen kolom, maar problemen zitten juist vaak net daarbuiten. Je kunt geen problemen oplossen die je helemaal niet ziet!”*

1.3 *Gelijke monniken, gelijke kappen?*

In het nieuwe concept van gezondheid staat *zelfredzaamheid* van de burger centraal. In alle focusgroepen is door deelnemers naar voren gebracht dat niet alle burgers (in gelijke mate) in staat zijn om zelfredzaam te zijn. *“We hebben het steeds over die mondige burger, maar het is de vraag of het voor alle groepen mogelijk is om regie te voeren.”* En: *“De verantwoordelijkheid ligt in het nieuwe concept bij de burger, die moet bepaalde vermogens of vaardigheden hebben. Maar er is een enorme ‘range’ aan vermogen, mensen zijn heel verschillend.”*

Kwetsbare burgers

De deelnemers hebben diverse groepen burgers genoemd die mogelijk (tijdelijk) minder goed in staat zouden zijn om regie over de eigen gezondheid te voeren: kwetsbare ouderen, laagopgeleiden, cliënten van de GGZ, mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking, kinderen en jongeren, mensen met verslavingsproblematiek, etc. En, zo merken diverse deelnemers op: *“Die maken nu juist gebruik van de gezondheidszorg, omdat ze geen regie kunnen voeren.”*

Dit raakt aan een fundamenteel punt dat door deelnemers aan de focusgroepen naar voren is gebracht: juist het (al dan niet tijdelijk) ziek zijn is een reële oorzaak voor het verlies van het vermogen om zelfredzaam te zijn. Door de formulering van het nieuwe concept van gezondheid kan de suggestie worden gewekt dat ziekten er eigenlijk niet toe doen, als je maar weet hoe er mee om te gaan. *“Het is toch vreemd dat het begrip ziekte helemaal geen rol meer speelt? Als je geboren wordt met een ernstige chronische aandoening, dan is dat toch echt heel bepalend voor je gezondheid?”* En: *“Gezondheid is voor een belangrijk deel ook je genetisch pakket, daar kun je niets aan veranderen.”* Ook in dit kader wijzen de deelnemers op de enorme diversiteit aan burgers en merken sommigen op dat deze diversiteit ook geen statisch gegeven is: *“Het kan iedereen overkomen dat je even geen regie kan voeren.”*

Risico's op zorgmijden en overvragen

Een andere kwestie die in dit verband door deelnemers naar voren is gebracht is dat er burgers zijn bij wie het niet (h)erkennen dat zij ondersteuning nodig hebben, voortvloeit uit hun aandoening. Denk bijvoorbeeld aan zorgmijders. Als die zich niet herkennen in het beeld van burgers die om ondersteuning kunnen vragen in hun eigen netwerk, of in het formele zorgcircuit, dan vallen zij buiten de boot. Burgers die geen (goede) vragen kunnen of willen stellen aan hun omgeving, ontvangen geen ondersteuning, terwijl zij het hard nodig hebben. De deelnemers benadrukken dat het hierbij niet alleen om kleine groepen zorgmijders gaat: het huidige zorgsysteem is op dit moment niet goed toegerust om 'outreaching' te werken. *“Met licht verstandelijk beperkten weten we in de zorg al helemaal geen raad.”*

Kortom, het wringt om aan heel verschillende burgers, in heel verschillende contexten en met heel verschillende vaardigheden, dezelfde (participatie) eisen te stellen: *“Onze maatschappij stelt hoge eisen aan mensen. Uit onderzoek naar mensen die langdurig werkloos zijn, blijkt dat ze vreselijk veel problemen hebben op bijna alle levensterreinen, maar ze krijgen dezelfde eisen opgelegd om te participeren als andere mensen.”*

De deelnemers pleiten daarom voor ruimte voor diversiteit, want *“Er is ook nog zo iets als een hiërarchie in mogelijkheden zelf verantwoordelijk te kunnen zijn voor herstel van gezondheid.”*

Door de deelnemers is niet alleen aandacht gevraagd voor groepen burgers die *minder goed* in staat zouden zijn om eigen regie te voeren. Er zijn ook burgers die hiertoe wellicht *te goed* in staat zijn. Dit zijn volgens de deelnemers de huidige en snel groeiende groep van nu nog gezonde jonge ouderen, *“De forever young generatie moet er nog aankomen. Dat zijn goed geïnformeerde burgers die zicht hebben op alles wat mogelijk is en die zijn gesocialiseerd in een omgeving waarin het consumeren van zorg de norm is.”* Een deel van de deelnemer verwacht vanuit deze groep claimedrag en overconsumptie van zorg, terwijl andere deelnemers menen dat ook deze groep zal meebewegen met de ontwikkelingen in de richting van meer verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid. *“Omdat we steeds meer vinden dat het houden van grip over je eigen leven het hoogste goed is, en we willen voorkómen dat we overgeleverd worden aan zorg.”*

Verantwoordelijkheid maakt schuldig

Als met diversiteit van burgers geen rekening wordt gehouden, dan vrezen de deelnemers voor een *tweedeling* in de maatschappij, of voor een *nieuwe onderklasse*. Want: verantwoordelijkheid (voor je eigen gezondheid) maakt schuldig. *“Als je niet gezond bent, of het lukt je niet een balans te vinden, is dat dan je eigen schuld?”* Ook in dit verband brengen de deelnemers naar voren dat het juist de kwetsbaren zijn die (veel) beroep doen op zorg *omdat* het hen niet lukt om zelfredzaam of weerbaar te zijn. Een dergelijke benadering heeft volgens de deelnemers diverse negatieve gevolgen. Allereerst ontstaat een situatie waarin kwetsbare mensen gemakkelijk in de schoenen geschoven krijgen dat ze zelf schuldig zijn en in gebreke blijven: *“blaming the victim”*. Dit kan daarnaast het solidariteitsbeginsel in de gezondheidszorg- (financiering) sterk ondermijnen. Zelfredzame, verantwoordelijke burgers die weigeren mee te betalen aan ongezonde keuzes van andere burgers. Dit illustreert ook dat het concept van zelfredzaamheid, veerkracht en regie over eigen gezondheid een sterk normatief perspectief is, dat sommige groepen burgers beter ‘past’ dan anderen. Diverse groepen burgers hanteren verschillende *coping strategies* om met de uitdagingen van het leven om te gaan. En, zoals een deelnemer verwoordt: *“Mensen uit een lage sociaal economische*

klasse voeren wel degelijk regie over het eigen leven, alleen vinden hoger opgeleiden dat ze de verkeerde keuzes maken.”

Tot slot is door enkele deelnemers naar voren gebracht dat er in onze maatschappij weinig ruimte is om te laten zien dat het je (tijdelijk) niet lukt om met de uitdagingen van het leven om te gaan. Behalve een (ernstige) aandoening is er eigenlijk geen excuus. *“Natuurlijk is een deel van de mensen echt ziek, maar voor heel veel mensen is het ook de enige manier om te zeggen: ‘Ik red het niet in het leven’.”*

Deze kanttekeningen leiden ertoe dat deelnemers benadrukken om voorzichtig te zijn met het *verplichten* van burgers om zelfredzaam te zijn. *“Iedereen moet tot op zekere hoogte maatschappelijk kunnen participeren, dat is een grondrecht. Maar andersom moet het niet verplicht zijn om te participeren”.*

1.4 Behoud verworvenheden van de gezondheidszorg

Zoals al is aangestipt zien deelnemers in de formulering van het nieuwe concept van gezondheid een (te) sterk accent op de individuele verantwoordelijkheid van burgers. Naast de hierboven geschetste risico's kan een dergelijk accent ook leiden tot het verdwijnen van de legitimatie voor het in stand houden van een goed systeem van voorzorg en collectieve preventie. Als iedereen zich maar verantwoordelijk gedraagt, dan wordt dit systeem minder belangrijk, of zelf overbodig. De deelnemers pleiten er dan ook met nadruk voor om *“het kind niet met het badwater weg te gooien.”* Als voorzorg en collectieve preventie naar de achtergrond zouden verdwijnen, dan ontstaan problemen, die we lang geleden al eens (succesvol) hebben aangepakt: *“Toen we infectieziekten onder de knie kregen, hebben we de aanpak daarvan daarna niet afgeschaft. Goede dingen van nu moeten we ook niet afschaffen, we moeten ze behouden én nieuwe dingen ontwikkelen.”*

Eenzelfde type risico zien de deelnemers als het gaat om een deel van de huidige cure sector. Gezondheid is meer dan het succesvol omgaan met (gezondheids)beperkingen. *“Soms moet er gewoon iets verholpen worden.”* Veel genoemde voorbeelden zijn eenvoudige ingrepen, zoals knieoperaties. Bij voorkeur vinden deze plaats in gezondheidscentra waar met deskundigheid, snel een probleem verholpen kan worden. Veel deelnemers plaatsen dit type zorg buiten de orde van het nieuwe concept van gezondheid: het gaat eigenlijk om een (snelle) reparatie.

1.5 Meer zorgen voor elkaar is (te)veel gevraagd

De manier waarop burgers met elkaar samenleven en zich tot elkaar verhouden staat op dit moment nog (ver) af van de veronderstellingen hierover in het nieuwe concept van gezondheid. *“Maatschappelijk leeft er op dit moment een ander beeld van gezond zijn. Jonge mensen zijn gezond en oudere mensen zijn ongezond en zorgen voor veel kosten”*. En: *“Je kunt zeggen dat de burger regie moet voeren, maar daarachter gaat een maatschappijbeeld schuil dat nog geen werkelijkheid is.”*

De deelnemers hebben ernstige bedenkingen bij de veronderstelling dat het (zo maar) mogelijk is dat burgers meer voor elkaar (kunnen) gaan zorgen. *“Er zit in dat nieuwe concept van gezondheid heel veel wensdenken. Van de ouderen in Amsterdam die een persoonlijk alarm aanvragen, kan een derde geen contactpersoon opgeven.”* En een cliënt van de GGZ zegt: *“In mijn omgeving is eigenlijk niet zoveel te halen wat ondersteuning betreft.”*

De (hoge) eisen die aan burgers worden gesteld, staan op gespannen voet met een gewenste toename van zorgen voor elkaar. *“We moeten al van alles: werken, voor je kinderen zorgen, sporten, jezelf ontwikkelen. De buurvrouw die met mij een kopje thee wil drinken, komt daardoor in de knel.”*

Sommige deelnemers zijn van mening dat er niet veel mogelijkheden zijn om aan te sturen op meer onderlinge steun: *“Het veronderstelt een enorme maakbaarheid, en daar geloven we toch niet meer in?”* Anderen zien praktische bezwaren: Er wordt al heel veel voor elkaar gezorgd en overbelasting ligt op de loer. *“We zijn al een van de meest arbeidsproductieve landen ter wereld. Daarnaast hebben we ook nog eens het hoogste percentage vrijwilligers. Zit er nog wel veel rek in? En: de impliciete boodschap naar de burger kan zijn: ‘Je bakt er nu nog niets van’.”*

Als het nieuwe concept van gezondheid geen concrete handen en voeten krijgt, dan zal het worden besmet met bezuinigingsretoriek, en aan geloofwaardigheid inboeten. Maar maatregelen met een sterk verplichtend karakter worden door de deelnemers afgeraden. *“Allochtone families zorgen vaak uit plichtsgevoel voor elkaar en niet uit vrije keuze. Dat legt alleen maar meer druk op mensen.”*

Kortom, de deelnemers zijn van mening dat er nog veel moet gebeuren, wil het nieuwe concept van gezondheid werkelijkheid worden. Hier gaan we in de volgende hoofdstukken uitgebreid op in. Een aanknopingspunt dat we hier noemen is al eerder vermeld: *“De burger snapt dit.”* Veel deelnemers zijn er van overtuigd dat burgers de omslag naar een nieuwe benadering van gezondheid kunnen maken. *“Het gezegde is niet voor niets: ‘ouderdom komt met gebreken’, niet ‘ouderdom komt met gebrek’.”* Burgers weten dat zij op een moment in hun leven te maken krijgen met (meervoudige) gezondheidsproblemen die hun zelfredzaamheid kunnen aantasten en dat ze daarmee om

moeten leren gaan. Het is zaak om -veel meer dan nu het geval is - *“met elkaar in gesprek te gaan over hoe je je oude dag voor je ziet.”*

1.6 *Draagvlak*

Al met al is de conclusie gerechtvaardigd dat de deelnemers aan de focusgroepen het nieuwe concept van gezondheid omarmen, ondanks de stevige kanttekeningen die zij plaatsen. In de volgende hoofdstukken komt aan de orde welke voorstellen de deelnemers hebben om hun zorgen het hoofd te bieden. En soms blijkt dat deelnemers het nog niet goed weten: *“De veranderingen gaan zo snel. Het is een illusie om te denken dat wij hier kunnen bedenken hoe die toekomst er uit gaan zien.”*

Het is ons opgevallen dat heel veel deelnemers in de bijeenkomsten voorbeelden uit hun persoonlijk leven hebben genoemd, soms om een kanttekening te illustreren, vaker om aan te geven waar volgens hen kansen liggen. Dit geldt overigens ook voor de voorbeelden die de deelnemers vanuit hun eigen werkpraktijk hebben aangedragen. De deelnemers hebben zich bereid getoond om persoonlijk en via hun werk bij te dragen aan het realiseren van een toekomstige zorg voor gezondheid waarin de burger aan zet is, in het volle besef dat dit op allerlei niveaus een enorme omslag is en offers vraagt van de betrokkenen. *“In twee jaar tijd heb je al heel wat veranderingsbereidheid. We komen uit een model van veel zorgrechten en verzekerde zorg, en we gaan nu naar een situatie waarin veel dingen veel minder zeker zijn. Er blijkt een enorm reservoir aan bereidheid om te veranderen, om dingen anders te doen.”*

We sluiten dit hoofdstuk dan ook af met een citaat van een deelnemer die een oproep doet om samen te werken, ook als daarmee persoonlijke, of institutionele belangen in het geding zijn: *“We kunnen gerust concluderen dat we eensgezind zijn over de koers. Het is belangrijk om die centraal te stellen en vast te houden als we bespreken hoe de consequenties van die koers onze eigen instellingen gaan raken”.*

2 *De burger en zijn netwerken*

In het vorige hoofdstuk zagen we al dat de meeste deelnemers er van overtuigd zijn dat - mits aan bepaalde randvoorwaarden wordt voldaan - burgers in staat zullen zijn om meer regie te voeren over de eigen gezondheid. In dit hoofdstuk kijken we naar de burger: wat moet hij of zij doen, of laten en welke functie vervullen netwerken van burgers bij het voeren van eigen regie?

De deelnemers aan de focusgroepbijeenkomsten hebben vanuit hun persoonlijke en professionele ervaringen gereflecteerd op de wijze waarop burgers en hun netwerken in de toekomst idealiter functioneren. De reacties zijn onder te brengen rondom zeven thema's, die we hieronder bespreken: 'ownership', investeren in netwerken, nieuwe (ver)houdingen, vrijwillige inzet, opvoeding, een leven lang leren, inkluderende netwerken en de georganiseerde burger.

2.1 *Ownership*

Voortvloeiend uit het nieuwe concept van gezondheid is de burger aan zet: hij of zij is de regisseur van het eigen leven, en dus ook van de eigen gezondheid. *"Het nieuwe concept gaat over 'ownership'. Wie is de baas over gezondheid? Vroeger was dat de dokter. Die bepaalde of je ziek was, of gezond. Bij het nieuwe concept is het goed om expliciet te benoemen dat de burger probleemeigenaar is: hij is aan zet."*

In het vorige hoofdstuk hebben we al benoemd dat burgers hun gezondheid als integraal onderdeel van hun leven beschouwen en dat het idee van 'de regie bij de burger' hier logisch bij aansluit. Daarnaast is volgens de meedenkers de burger nog om een andere reden de logische regisseur: hij of zij is de expert wat betreft het eigen lichaam en de eigen ervaren gezondheid. *"Als je patiënt bent, dan ken je je eigen lichaam heel goed. Na een operatie vertelde ik direct aan mijn arts dat het niet goed zat. Die negeerde dat en ook zijn collega's gaven niet thuis. Eenmaal thuis moest ik met een ziekenwagen met spoed weer naar het ziekenhuis, omdat het inderdaad foute boel bleek. Dit brengt heel veel onnodige kosten met zich mee en is ook heel belastend voor mij. Waarom luistert de dokter niet naar mij? Ik weet toch zeker het beste wat ik voel?"*

Het eigenaarschap brengt - we zeiden het al eerder - verantwoordelijkheden met zich mee. Voldoende bewegen, niet roken, of in ieder geval de consequenties van een (on)gezonde leefstijl overzien: *"Ik heb een vriend, die is 60 jaar en veel te dik. Hij heeft twee heupoperaties achter de rug en heeft nu last van zijn knie. Er is nog geen professional geweest die zijn overgewicht heeft aangekaart en mijn vriend begint er zelf ook niet over. Wat een gemiste kans."*

Veel deelnemers verwachten dat - kwetsbaren uitgezonderd - burgers, als zij hiertoe de noodzaak voelen, meer verantwoordelijkheid voor hun gezondheid zullen gaan nemen. *"Ik weet van een casus uit de Verenigde Staten waarin burgers de gelegenheid en de voorzieningen kregen om hun eigen bloeddruk te meten en in de gaten te houden. Hun zorgvraag veranderde, doordat zijzelf de regie hadden over de metingen."*

De deelnemers komen met voorbeelden uit de Nederlandse praktijk: *"Zeventig tot 80 % van de mensen die ik zie kan goed nadenken over eigen aandoening. Als ik met hen praat, dan is het echt een gesprek, je bent echt in dialoog, bijvoorbeeld: 'We zouden dit en dat kunnen doen'. Dan is er ruimte om zelf na te denken over consequenties van leefstijl op gezondheid. Er zijn ook patiënten die thuis alles al op internet hebben opgezocht. Dat zijn niet alleen jongeren. Als zij in de spreekkamer iets horen, over bijvoorbeeld een bepaald onderzoek, dan zoeken ze ter plekke de informatie op, op hun iPhone."*

Het actief op zoek gaan naar informatie over gezondheid of een gezonde levensstijl hoort volgens de deelnemers bij 'ownership'. Die informatie is op heel veel plekken te vinden. Deelnemers noemen onder andere patiëntenverenigingen. Daar is specifieke informatie over aandoeningen verzameld door (ervarings)deskundigen. Die informatie heeft juist ook betrekking op de manieren waarop burgers met een ziekte of beperking kunnen omgaan. Burgers kunnen met elkaar en van elkaar leren: *"We get educated"*. Dit type informatie zorgt ervoor dat burgers daadwerkelijk de regie over de eigen gezondheid(szorg) kunnen nemen: *"Nu weten mensen vaak niet wat een diagnose voor hen betekent. Als ze het niet snappen, dan geven ze het op en zeggen tegen de professional: 'Doe jij het dan maar'. Als ze beter snappen hoe een aandoening en de benodigde zorg in elkaar steken, dan kunnen ze zelf regie blijven voeren."*

Burgers mogen (elkaar) tot op zekere hoogte aanspreken als mensen zich - ondanks de beschikbaarheid van informatie - ongezonde keuzes maken. *"Je kunt zelf van alles aan je gezondheid doen: gezond eten, bewegen, niet roken.... Mensen mogen best weten dat ze debet zijn aan een slechte gezondheid."*

2.2 *Investeren in netwerken*

Een belangrijk voorwaarde van het nieuwe concept van gezondheid zijn de netwerken van burgers. Die zijn nodig om veerkrachtig en in balans te blijven, (weer) te worden, en/of om om te gaan met (gezondheids)beperkingen. Deelnemers benadrukken dat dit betekent dat je als burger investeert in netwerken, niet pas op het moment dat je hulp of ondersteuning nodig hebt. *“Zorg dat je als zestiger al een goed netwerk hebt.”* Het netwerk van burgers is overigens - zo benadrukken diverse deelnemers - niet op een instrumentele manier georganiseerd rondom gezondheid: het zijn de sociale verbanden waarin burgers met elkaar leven. *“De burger organiseert zichzelf in, bijvoorbeeld buurten. We willen weer bij structuren gaan horen, het is een sociaal fenomeen, dat heeft niets meer met zorg te maken. Het is veel breder.”*

In het bovenstaande citaat zien we de veel gehoorde notie dat bepaalde (buurt)netwerken van vroeger, verloren zijn gegaan en dat burgers de behoefte voelen om meer onderdeel te zijn van sociale verbanden. Het gaat om kennen en gekend worden. *“In onze nieuwbouwwijk ging ik vroeger elke zondag mijn auto wassen en dat deden alle buurmannen. Als er eentje niet was, dan vroeg je later water aan de hand was. Nu doen we dat niet meer en weten we veel minder van elkaar.”*

De deelnemers hebben diverse voorbeelden gegeven van manieren waarop zichzelf investeren in netwerken, ook met het oog op het verlenen van, of ontvangen van steun. Het accent ligt daarbij op het gegeven dat het bij het voeren van regie over het eigen leven hoort dat je ervoor zorgt dat je netwerken op orde zijn. *“Ik woon in Maastricht en daar komen veel spijtoptanten weer naar toe. Dat zijn mensen die zijn verhuisd uit de stad, maar nu toch weer terugkeren. Met vrienden en kennissen spreken we af: ‘Kom op rollator-afstand wonen’. We hebben nu al 10 vrienden die op korte afstand wonen, en als er dan later wat is dan kunnen we elkaar helpen.”*

Nabijheid

Netwerken gaan over betrokkenheid en daarvoor is een bepaalde nabijheid van belang. De buurt wordt daarom heel vaak genoemd als logische context voor ondersteunende netwerken. *“De lokale economie is enorm van belang. Onderlinge hulp moet altijd binnen een bepaalde geografische schaal plaatsvinden. Je kan alleen mantelzorg of vrijwilligerswerk verlenen binnen een bepaalde straal. In de wijk is het makkelijk.”*

De eenzijdige huidige samenstelling van buurten en wijken is in de focusgroepen veelvuldig besproken. Die eenzijdigheid staat onderlinge steun geven en ontvangen in de weg. *“In voormalig nieuwbouwwijken gaat het mis: Eerst zie je de boel vergrijzen en dan zijn er geen jongeren meer. Je wilt iemand wel een kopje soep brengen, maar niet 25 kilometer verderop.”*

Woonomgeving

De oplossing is volgens de deelnemers dat burgers andere eisen gaan stellen aan hun woon - en leefomgeving. *“Huizen kunnen levensloopbestendig gebouwd worden. Dan is het ook makkelijker om je eigen netwerk te behouden, als je kan blijven wonen waar je altijd woonde.”* En: *“We kunnen beter weer in leefgemeenschappen van drie generaties gaan leven.”*

En ook hier - zo stelt een aantal deelnemers - moeten burgers bij de inrichting van hun leven keuzes maken die bijdragen aan gezond blijven, of aan het zo goed mogelijk omgaan met beperkingen. *“Je zou bijvoorbeeld bereid moeten zijn om tijdelijk te verhuizen als je hulp nodig hebt van je kinderen die verderop wonen”.* En: *“Een gezin met een gehandicapt kind gaat nu vaak dicht bij de snelweg wonen, zodat men snel naar zorgaanbieders kan rijden. Maar zo’n gezin kan enorm eenzaam zijn en steun van burens en familieleden mislopen. Als het gezin een andere keuze maakt, is misschien wel minder professionele zorg nodig”.*

Internet en social media

De deelnemers hebben tot slot ook naar voren gebracht dat voor betrokkenheid fysieke nabijheid niet altijd mogelijk, maar ook niet altijd randvoorwaardelijk is. ICT maakt communicatie en contact mogelijk tussen mensen die niet bij elkaar in de buurt (kunnen) zijn. *“Wordfeuden met je moeder, ik kan het iedereen aanraden. Elke dag een woord: je weet dat ze er nog is en hoe het met haar gaat.”*

Mensen met een vergelijkbare beperking kunnen veel steun aan elkaar ontnemen, maar zij wonen niet noodzakelijkerwijs bij elkaar in de buurt. Fora op internet zijn hiervoor een uitkomst: *“Mensen die in dezelfde situatie zitten zijn bereid om elkaar te steunen, dat kan heel goed op internet, dat is heel fijn.”*

2.3 Nieuwe (ver)houdingen

Burgers zullen bestaande sociale verbanden meer en meer gaan zien als netwerken waarin steun kan worden geboden en worden ontvangen. En er zullen nieuwe netwerken met dit doel ontstaan. De deelnemers hebben er op gewezen dat een toenemende afhankelijkheid van burgers onderling nodig is, en dit veronderstelt dat burgers op elkaar kunnen en durven te rekenen. Dat is nog helemaal niet zo vanzelfsprekend: *“Het is belangrijk dat burgers als ze nog gezond zijn, denken over wat ze nodig hebben als ze ziek zijn. Dat is lastig, want mensen willen graag een wederkerige relatie en je kunt als je hulp nodig hebt niet altijd direct iets terugdoen. Als je je realiseert dat je zelf bijvoorbeeld je burens om hulp kan vragen, dan heb je al een hele stap gezet. Dat is preventie.”*

Durf te vragen

Vragen om hulp is - zeker in verband met ziekte - in onze maatschappij nog niet gewoon. *“Ziekte is een hyperindividualistische kwestie. Het is omgeven met taboes, je hebt het er maar liever niet over. Als je wilt werken vanuit het perspectief van de burger en zijn eigen kracht, dan moet er echt iets veranderen. Mensen moeten de psychologische barrière doorbreken en veel eerder naar buiten treden met hun zorgvraag”.*

Dit betekent dat er iets verandert in de relaties tussen burgers onderling. Het moet normaal worden om hulp aan te bieden, maar ook om die te vragen. *“Op een goede manier om hulp vragen is een hele kunst, maar een wezenlijke zaak.”*

Opvallend vaak noemen de deelnemers jongeren als een groep die veel beter in staat is om te formuleren wat ze nodig hebben. *“Jonge mensen hebben die schroom niet, zij vragen het gewoon op facebook en via twitter. Omgekeerd zijn deze media ook heel geschikt om aan te geven wat je te bieden hebt. Er komt zo een nieuw soort economie op gang, die ook wel wikinomics wordt genoemd.”* De (nieuwe) manieren waarop burgers met elkaar gaan communiceren hebben ook gevolgen voor de manieren waarop burgers met elkaar omgaan. *“We zullen heel anders gaan denken over zaken die we nu belangrijk vinden, zoals face to face contact, of privacy. De noodzaak van een vertrouwensrelatie en privacy zijn termen van onze generatie. Dat speelt voor jongeren niet meer.”*

Diverse deelnemers zien een kentering in de trend van een steeds individualistischer samenleving, juist ook omdat er nieuwe manieren zijn waarop burgers zich tot elkaar kunnen verhouden. *“Jongeren zijn al gewend om collectief beslissingen te nemen via social media. Ze zijn gewend om met elkaar te overleggen en te argumenteren. Tegen de tijd dat het 2030 is, zullen mensen op een hele andere manier besluiten nemen. We nemen nu ten onrechte aan dat mensen individueel beslissen, maar we hebben dan een heel ander referentiekader. Met dat ik-tijdperk valt het wel mee. De mens is een sociaal wezen.”*

2.4 Vrijwillige inzet

In het nieuwe concept van gezondheid ondersteunen burgers elkaar in hun eigen netwerken. Deze vrijwillige inzet is iets wat alle burgers te bieden hebben, zo vinden de deelnemers, juist ook omdat ‘ziekte’ niet langer het centrale begrip is. *“Ik merk vaak dat burgers zeggen: ‘Ik ben ziek, ik kan niets meer’. Als we gaan denken in termen van het nieuwe concept, dan kun je zeggen: ‘wat kunt u nog wel?’ En dan blijkt er nog veel te kunnen. Zieke mensen blijken soms toch nog 25% te kunnen werken, daar moeten we oog voor hebben.”* Mogelijkheden, en niet problemen of beperkingen moeten

leidend zijn: *“Iemand die in grote problemen zit, kan zich altijd nog aankleden en de kinderen naar school brengen. Dat pak je op en moet je groter maken.”*

De deelnemers zijn positief over het vermogen van burgers om - ook al hebben zij zelf (gezondheids)problemen - anderen in de eigen leefomgeving te ondersteunen. *“Ik ken een meneer hier in de buurt. Hij kwam bij mij en hij moest meer gaan bewegen, maar hij wist niet hoe. Ik heb toen gesuggereerd dat hij misschien de tuinen van buurtbewoners kon onderhouden, want hij hield van tuinieren. Dat sloeg erg aan en nu is hij heel actief. Hij doet de tuin bij mensen die dat zelf niet meer kunnen en hij zet de kliko's aan de straat.”*

Diverse deelnemers hebben naar voren gebracht dat zij veel (meer) vrijwillige inzet zien bij jongeren. Die zijn veel minder dan de huidige generatie volwassenen, gericht op de overheid en meer gewend om elkaar op allerlei manieren te steunen. *“Jonge mensen worden steeds socialer, omdat zij ook slachtoffer zijn van de economie. Een voordeel van de recessie is dat mensen steeds meer op elkaar gericht raken.”*

Motivatatie en wederkerigheid

Bij onderlinge steun is de *menselijke maat* bepalend. *“In kleine dorpen, gemeenschappen en rondom kerken gebeuren hele mooie dingen door vrijwilligers, omdat mensen elkaar kennen. Waarom helpen mensen elkaar? Vanwege sympathie, relationeel en uit wederkerigheid.”*

Het is overigens niet noodzakelijk dat mensen elkaar persoonlijk kennen. *“Vrijwilligers willen juist vaak buiten hun wijk actief zijn, anders komt het te dichtbij.”* Maar de motivatie voor de inzet moet worden (h)erkend en gedeeld. De deelnemers hebben allerlei initiatieven genoemd die gericht zijn op het vergemakkelijken van onderlinge hulp. Bijvoorbeeld ‘social credits’ een systeem waarbij de punten verdient als je iets doet voor een ander, zoals het invullen van belastingpapieren. Met die punten kun je zelf ook aanspraak maken op steun, overigens niet (perse) van de persoon die jijzelf hebt geholpen. *“Die punten kun je dan bijvoorbeeld zelf weer inzetten als je moeder - die 200 kilometer verder woont - ondersteuning nodig heeft.”*

Andere genoemde initiatieven zijn de websites ‘wehelpen.nl’ en ‘koken-voorjeburen.nl’ en een marktplaats voor mantelzorg. Als er behoefte aan is, ontstaan dit soort nieuwe netwerken vanzelf, of er is alleen een katalysator nodig. *“Sommige initiatieven zijn inderdaad door de overheid opgezet, maar ze hebben wel impact. Als ik ermee in aanraking kom, word ik geïnspireerd en dan ga ik ook meedoen. Het werkt dus wel.”*

Kortom, vrijwillige inzet is al heel belangrijk in onze samenleving en het belang ervan zal volgens de deelnemers alleen maar toenemen. Vanuit het perspectief van de burger zijn vrijwilligers heel belangrijk, want: *“Een vrijwilliger is iemand zonder bedoelingen en behandelplan. Het is geen verlengstuk van professionals. Dat is voor een burger heel waardevol”.*

2.5 *Opvoeden*

Al eerder in dit hoofdstuk kwam aan de orde dat deelnemers verwachten dat jongeren, beter dan de huidige generatie volwassenen, in staat zijn om invulling te geven aan het nieuwe concept van gezondheid. Door veel deelnemers is genoemd dat burgers zijn gesocialiseerd in het oude paradigma van gezondheid als afwezigheid van ziekte. *“Zo zijn wij helemaal niet opgevoed.”*

Het is volgens de deelnemers noodzakelijk om snel te gaan investeren in het voorbereiden van kinderen en jeugdigen op het leven in een maatschappij waarin van burgers wordt verwacht dat zij zelfredzaam zijn. Deze voorbereiding vindt volgens de deelnemers bij voorkeur vanaf een jonge leeftijd plaats, in de opvoeding thuis, en op school. Voor een klein deel gaat het om kennis: *“Als kinderen meer over chemische stoffen en eetpatronen leren, kunnen ze hun ouders over tien, twintig jaar bijstaan.”* Veel belangrijker vinden deelnemers het aanleren van een juiste houding en het toerusten van kinderen en jongeren. *“In Zweden leren kinderen al op de basisschool dat als ze buikpijn hebben, dat ze dan nadenken waardoor dat komt. ‘Heb ik iets verkeers gegeten, of maak ik me zorgen?’. Dit maakt kinderen weerbaarder, zodat ze zichzelf later ook bij ernstigere verstoringen die vragen kunnen stellen.”*

Ook het durven leunen op anderen, en om hulp durven vragen worden door de deelnemers vaak genoemd. *“Kinderen moeten weten dat mensen verschillend zijn, en dat dat goed is. En dat ze om hulp mogen vragen.”* Ook hier is dat geen kwestie van simpele kennisoverdracht. *“Wil je mensen kunnen aanspreken op wat ze willen en nodig hebben, dan moet de basis goed zijn, dan moet men zich veilig voelen. Dan pas kun je gaan bouwen.”*

2.6 *Leven lang leren*

In hoofdstuk een kwam al aan de orde dat voor gezondheid niet alleen het lichaam en eventuele beperkingen relevant zijn, maar vooral ook de contexten waarin burgers functioneren. Betaalde arbeid is een van deze contexten die door veel deelnemers is genoemd. Enerzijds als ‘ongezonde’ context: *“Werk kan een enorme bron van stress zijn en heel veel invloed hebben op je gezondheid.”* Anderzijds als context die bijdraagt aan het behoud van veerkracht en balans in het leven. Hiervoor is wel noodzakelijk dat mensen zich ook tijdens hun werkzame leven blijven ontwikkelen, zeker gezien het gegeven dat we langer gaan doorwerken. *“Je hebt eigenlijk rond je vijftigste scholing nodig, maar dat is nu heel ongewoon en niet betaalbaar. Je zou eigenlijk moeten denken aan drie-generatie-leren”. Op dit moment staan allerlei regels en Cao-bepalingen ‘second career planning’ nog in de weg.”*

Als een leven lang leren de norm wordt- zo verwacht een aantal deelnemers - zal de positie van oudere werknemers niet zoals nu onder druk staan.

“We hebben die oudere werknemers niet alleen hard nodig, maar zij blijven ook veel langer gezond als zij actief kunnen blijven bijdragen.” Een kanttekening is dat een te sterke focus op *betaalde* arbeid miskent dat ook in het vrijwillige circuit veel kwalitatief hoogwaardig werk wordt geleverd. Ook voor vrijwilligers is een *leven lang leren* van belang.

2.7 *Includerende netwerken*

In veel focusgroepen is door de deelnemers aandacht gevraagd voor het gegeven dat mensen met ernstige chronische beperkingen, bijvoorbeeld GGZ cliënten en mensen met een verstandelijke beperking, weinig zichtbaar zijn in onze samenleving. Dit heeft er volgens de deelnemers mee te maken dat deze aandoeningen, of beperkingen gezien worden als een zaak van het individu, en soms met taboes omgeven zijn. Daarnaast zijn we geneigd om deze aandoeningen of beperkingen te verabsoluteren: deze valt dan samen met de gehele persoon. Dit resulteert in uitsluiting. Een zorgvrager verwoordt: *Als je gehandicapt bent, dan ben je buitengesloten van de maatschappelijk. Men zegt: ‘Ga maar naar de sociale werkvoorziening’. Ik heb nog nooit iemand horen zeggen dat gehandicapten een bijdrage kunnen leveren aan de maatschappij en er deelgenoot van zijn. Wij mogen wel zorg consumeren, maar niet meedoen.* De ‘zorg’ is kortom wel op orde, maar volwaardig meedoen, bijvoorbeeld op de arbeidsmarkt, lukt vaak niet.

Het laten samenvallen van een aandoening met een persoon, moet veranderen: *“Het is misgegaan toen we aandoeningen, chronische ziekten zijn gaan noemen. In mijn optiek zijn bijvoorbeeld diabetici vaak minder ziek dan mensen die geen diabetes hebben”*. Met andere woorden: we moeten echt af van het categoriseren en beoordelen van mensen op basis van een aandoening. Wat daarbij kan helpen is als mensen met een beperking zichtbaarder worden in onze samenleving. *“Het zou goed zijn als er mensen met chronische aandoeningen in soaps te zien zouden zijn. Dan kunnen we zien hoe veerkracht er uit ziet.”*

Maar het gaat niet alleen om zichtbaarheid, maar ook om de stem en de ervaringen van mensen met een beperking. *“Het zou goed zijn als er in de geledingen van de maatschappij op veel meer plekken mensen zitten met chronische aandoening, of handicap. Die hebben een veel scherpere blik, die weten wat er speelt voor mensen met een aandoening. Er zijn genoeg gehandicapte mensen die goed zijn opgeleid en die geen werk hebben, zet ze maar op die plekken, bijvoorbeeld in de zorg. Gek genoeg vinden ze het daar heel moeilijk om zaken vanuit het patiëntenperspectief te zien.”*

De beweging richting inclusief onderwijs, waarin kinderen met en zonder beperking samen naar school gaan, is een goede ontwikkeling om de benodigde acceptatie van mensen met een beperking te bevorderen. *“Inclusief*

onderwijs, daar zit nog een andere kant aan, het vanzelfsprekend omgaan met mensen met beperkingen, pak je automatisch in mee in de opvoeding. Kinderen die kinderen met beperkingen in de klas hebben. Zo zet je als maatschappij ook een heel belangrijke stap”

Tot slot, we zouden volgens een aantal meedenkers moeten stoppen met het speken over cliënten en patiënten. Het gaat over burgers. *“Als je cultuuromslag wilt maken: we hebben we het steeds over cliënten/patiënten. Daar zijn we mee doorspekt, maar de knop moet om.”*

2.8 *Georganiseerde burgers*

Het laatste thema dat we in dit hoofdstuk bespreken is de notie dat burgers zich zouden moeten organiseren. We hebben al laten zien dat burgers onderdeel zijn van netwerken, die in de toekomst ook een (grotere) rol zouden kunnen spelen bij het omgaan met de uitdagingen van het leven. In het bijzonder noemden we al patiëntenverenigingen waarin mensen met gelijksoortige uitdagingen elkaar steunen en van informatie voorzien. *“Ik kijk altijd op zorgkaart.nl en zie dan wat anderen over mijn artsen zeggen. Meestal klopt dat aardig met mijn eigen ideeën.”*

Maar er is nog een andere reden voor burgers om zich onderdeel te weten van een groter verband, zoals bovenstaand citaat al laat zien: massa maakt macht. En dat is volgens sommige deelnemers hard nodig om te voorkómen dat vanuit de wereld van systemen - van de overheid, zorgverzekeraar, en zorgaanbieders - wordt beslist over ‘de burger’. *“Het is leuk als men zegt: ‘regie over het eigen leven’. Maar mag ik dan alsjeblieft ook meebepalen?”*

Het ontbreken van een collectief van burgers die effectief kan omgaan, en onderhandelen met de *systeemwereld* is een reëel probleem. Instellingen, verzekeraars en gemeenten hebben niet nog niet echt een partner die het burgerperspectief vertegenwoordigt. Diverse deelnemers vinden dat burgers zich moeten organiseren. Waar sommigen pessimistisch zijn over de kansen dat burgers in staat zullen zijn om effectief hun ‘stem’ te laten horen, zijn er ook deelnemers die kansen zien. *“Degenen die dan oud zijn, zijn babyboomers. Zij hebben naar verhouding veel geld. Ik denk dat de mogelijkheden om zaken zelf te doen, binnen deze groep groot zijn. Ook denk ik dat er in deze groep behoorlijk wat collectieve kracht zit, omdat het een hele grote groep is. De invloed van deze groep op de politiek is door groot. Hierdoor is het mogelijk om zaken binnen bijvoorbeeld een dorp te organiseren. Bij de generatie die twintig of dertig is, zie je veel meer een anarchistische manier van organiseren, los van structuren, in kleine groepjes met elkaar zaken opzetten. De doe- generatie zegt men wel. Zij zullen op deze manier sturen.”*

3 *Waar gaat het in de zorg naar toe?*

‘We hebben het nu over een structuurverandering. De uitdaging is om zelfsturing van de burger te organiseren op een lichte manier.’ [uit een van de focusgroepen]

De gezondheidszorg is aan het verschuiven van ziekte en behandelen naar het bevorderen van kwaliteit van leven. Dit vraagt, zoals we in de vorige hoofdstukken gezien hebben, om een andere houding en gedrag van de burger. De nieuwe definitie van gezondheid vraagt ook veel van ons stelsel van gezondheidszorg. Wat zijn eigenlijk de gevolgen voor het ‘systeem’? We constateren de volgende verschuivingen.

In de eerste plaats zal er in de (nabije) toekomst meer behoefte zijn aan horizontalisering van de verhoudingen. De traditionele hiërarchische verhouding tussen arts en zorgvrager zal meer en meer moeten verdwijnen naarmate de verantwoordelijkheid voor gezondheid meer bij de burger zelf komt te liggen, de professionals meer een ondersteunende rol krijgen en de burger ook beter op de hoogte is van zijn/haar gezondheid.

Het tweede kenmerk van een toekomstig zorgsysteem is informalisering. Burger en hun verbanden gaan meer zelf doen en treden meer in dialoog met de professional. Dit betekent voor de professional dat hij/zij veel eerder het informele netwerkwerk moet (durven) aanspreken. We kunnen ons zelfs de vraag stellen of het toekomstig zorgsysteem, nog wel een ‘systeem’ is, of dat we meer moeten spreken van een netwerk gecreëerd rond de zorgbehoeften van de burger.

De derde ontwikkeling die we zien is de verschuiving van zorg naar welzijn, ondersteuning en dienstverlening en een veel integralere benadering van de zorgvrager. De schotten tussen de verschillende domeinen zullen gaan verdwijnen.

In dit hoofdstuk gaan we in op deze kenmerken van een toekomstig ‘zorgsysteem’. We laten daarbij de deelnemers van de focusgroepen uitvoerig aan het woord. In de voorlaatste paragraaf gaan we in op een aantal randvoorwaarden voor het nieuwe systeem: namelijk een andere wijze van financiering, de creatie van experimenteerruimte, en de (ongekende) mogelijkheden van techniek.

3.1 Geef burgers de ruimte (horizontalisering)

De nieuwe definitie van gezondheid benadrukt zorgzelfredzaamheid, zelfzorg, eigen verantwoordelijkheid en maatwerk voor de zorgvrager. De nieuwe definitie van gezondheid legt daarmee de regie en het 'eigenaarschap' stevig in handen van de zorgvrager. De meeste deelnemers aan de focusgroepen denken dat burgers / zorgvragers uitstekend in staat zijn om de eigen regie te voeren: *"Het is een basishouding van mensen om het zelf te willen doen."* Sterker nog juist als alles via een gestructureerd en professioneel aanbod geregeld is, worden mensen afwachtend en geven ze de regie uit handen, maar: *"Als je burgers de ruimte geeft, dan wordt ie ook ingenomen. Als je dingen van burgers verwacht, dan komen ze in actie."*

Regie en eigenaarschap bij burger vraagt om geheel andere verhoudingen in het toekomstig zorgsysteem. Een nieuwe 'systeem' vraagt om:

1. een veel gelijkwaardige verhouding tussen zorgvrager en zorgverlener (minder hiërarchie) en serieus gebruik van ervaringsdeskundigheid;
2. empowerment van de zorgvrager (rekening houdend met minder mondige burgers); en;
3. een gelijkere informatievoorziening tussen zorgvrager en zorgverlener en bijbehorende transparantie in de informatievoorziening.

In deze paragraaf gaan we nader op deze onderdelen van een toekomstige zorgsysteem in.

Wisselwerking zorgvrager – zorgverlener

De verschuiving van de regie en het eigenaarschap bij de zorgvrager betekent dat artsen en specialisten veel meer moeten overleggen met patiënten:

"Professionals zouden burgers ook gelijkwaardiger moeten zien." Patiënten voelen zich nu veel te afhankelijk van hun arts, zo geven de deelnemers aan. *"Je mag in de toekomst meer van artsen verwachten. Zij moeten de patiënt meer als een klant gaan zien. Nu zorgt mijn afhankelijkheid van de huisarts er bijvoorbeeld voor dat ik minder mondig ben als patiënt."* Een beter geïnformeerde patiënt zal zelf ook betere keuzes kunnen maken over wat nodig is en wat niet.

De burger zou veel meer zelf zijn probleem moeten kunnen definiëren. Er is nu veel te weinig ruimte voor de vraag hoe mensen het zelf beleven. Overigens is een heldere vraag formuleren niet meteen voor elke zorgvrager makkelijk om te doen. Daar ligt ook een taak voor de professional:

"Professionals hebben een belangrijke rol bij het stellen van de juiste vragen aan burgers en burgers moeten over voldoende informatie beschikken om ook daadwerkelijk keuzes te kunnen maken."

De deelnemers aan de focusgroepen zijn redelijk eensgezind over het feit dat de vraag naar zorg zal afnemen als mensen beter in staat zijn eigen regie te voeren en dat we in veel beroepen minder professionals nodig hebben. Een

andere deelnemer gaat op dit standpunt verder in: *“Professionals moeten kunnen ‘counselen’ en hun eigen vak niet voorop willen stellen.”*

Gebruik ervaringsdeskundigheid

De zorgenvragers willen niet alleen goed geïnformeerd worden, maar ze willen ook zelf georganiseerd informatie teruggeven aan de professional. Met andere woorden: in een nieuw stelsel van zorg en ondersteuning kunnen professionals niet zonder de ervaringsdeskundigheid van de zorgvrager:

“Ervaringsdeskundigen kennen de wereld van twee kanten: de leefwereld en het systeem!” In verschillende focusgroepen werd een pleidooi gehouden voor de inzet van ervaringsdeskundigheid. In deze groepen werd opgeroepen om *echt* rekening te houden met de ervaringsdeskundige en de ervaringsdeskundigheid van de patiënt.

Het gebruik van ervaringsdeskundigheid kan gestructureerder worden vorm gegeven. Iemand oppert het idee om als zorgverleners of zorgorganisatie periodiek patiënten te raadplegen: *“doen we de juiste dingen goed?”* Dit gebeurt volgens de focusgroepe deelnemers nu nog te weinig of niet systematisch genoeg.

Regel belangenbehartiging

Voor de toekomst van het zorgstelsel is het belangrijk dat burgers niet alleen op individueel niveau betrokken worden, maar ook op organisatieniveau. Eén van de deelnemers brengt dit als volgt onder woorden: *“Als je daadwerkelijk de burger centraal wilt stellen, dan moet die burger ook sterk (georganiseerd) zijn. De systeemwereld van de zorg is zeer sterk georganiseerd en de burgers zijn dat op dit moment nog niet.”* Dat moet je echt adresseren, anders lukt het niet! En een ander voegt toe: *“Praktijk en patiënten bij (politieke) beslissingen betrekken ajb!”*

Empowerment zorgvrager

Mensen zouden veel meer uitgenodigd moeten worden tot mondigheid en artsen zouden meer tijd moeten nemen om naar de hulpvraag van consumenten en patiënten te luisteren. Een deelnemer reageert sceptisch over welke doelgroepen daarmee worden bereikt. *“Ik denk dat dit niet werkt in het bereik van laag opgeleide burgers.”* Die groep zou veel meer gebaat zijn bij ‘bemoeizorg’, zo stellen sommige deelnemers. Ook in andere focusgroepen komen de verschillen in mate van mondigheid van zorgvragers ter sprake: *“Ik zie verschillen in die groep patiënten: er zijn mensen die over minder empowerment beschikken en er zijn mensen die het niet belangrijk vinden. Burgers moeten de juiste keuzes maken, maar hoe moedig je hen aan? Hoe maak je de juiste keuze aantrekkelijk?”* Het is belangrijk om te differentiëren: *“We hebben het steeds over de mondige burger, maar het is de vraag of het voor alle groepen mogelijk is om regie te voeren.”*

Eigen regie voeren gaat ook over cognitief functioneren en dat ziet men vaak over het hoofd. De deelnemers geven aan dat we moeten waken voor een mogelijke tweedeling in de zorg, namelijk tussen ‘assertieven’ en ‘niet-assertieven’; mensen die voldoende toegerust zijn met kennis en kunde (vaker hoogopgeleid) zullen dan beter bij deze ontwikkelingen gedijen dan zij die dat niet zijn (o.a. de laagopgeleiden).

Informatievoorziening voor de zorgvrager

De meeste deelnemers aan de focusgroepen benadrukken dat het systeem van ‘eigenaarschap’ bij de burger alleen kan werken bij een goede communicatie en een goede informatievoorziening tussen zorgvrager en zorgverlener. Breed gedeeld onder deelnemers is de opvatting dat als burgers verantwoordelijk zijn en eigen regie voorop staat, zij dan goed geïnformeerd dienen te zijn. Een deelnemer zegt daarover dat er: “nu nog wel eens sprake is van een kloof tussen patiënt en zorgverlener; je moet burgers faciliteren zodat zij goed geïnformeerd raken.”

De deelnemers zijn het over eens dat het belangrijk is dat mensen goed geïnformeerde keuzes kunnen maken. Er moet dus voldoende informatie beschikbaar zijn. De deelnemers verschillen van mening of dit een taak van de overheid moet zijn of dat dit helemaal aan de individuele burgers moet worden overgelaten. Er worden in de focusgroepen verschillende ideeën geopperd, zoals voorlichtingsavonden door bijvoorbeeld buurtzorg. Andere ideeën zijn het opzetten van een mantelzorgacademie of lekenacademie, waar voorlichting wordt gegeven door studenten en hoogleraren. Iemand vult aan: “In Duitsland bestaat een patiëntenuniversiteit waar patiënten leren hoe ze met de professionals moeten omgaan.”

Digitale informatie voorziening

Als burgers toegang hebben tot en actief zijn op internet, dan zullen zij ook zelf uitzoeken wat voor hen de beste zorg is, zo geeft een deelnemer aan. Sommige deelnemers zijn sceptisch over deze ontwikkelingen, omdat de burger hierdoor soms uitkomt bij ‘halve’ professionals. De beschikbaarheid van informatie op het internet neemt toe en dat beïnvloedt het gedrag van burgers. Ook speelt de beschikbaarheid van technologie een rol in de beïnvloeding van het gedrag van burgers. De burger gaat zich steeds meer kennis toe-eigenen via het internet. Er komen meer informatiebronnen tot onze beschikking dan alleen de dokter. Dat is op zichzelf winst, maar het is daarmee ook noodzakelijk dat er een vorm van regie voeren en controle houden is op de toenemende informatie. Een deelnemer verzucht: “Er zijn nu zoveel databases...”

Anderen zijn positiever. De deelnemers van de focusgroepen van patiënten wijzen elkaar op manieren om beter geïnformeerd te raken over artsen waarmee ze te maken krijgen. Wel speelt ook hier het punt van de verschillen tussen zorgvragers, mensen die handig zijn op internet hebben al snel een

informatievoorsprong op de minder actieven: *“hoe lossen we dat op?”* Een ander voegt toe dat de informatie op internet nu nog onvoldoende toegankelijk is voor iedereen (dus ook voor degenen die minder bedreven zijn met informatie vinden).

Privacy

De deelnemers stellen tot slot dat het onderwerp informatie-uitwisseling en privacy echt aandacht behoeft in dit verband: *“We zitten er ambivalent in. We willen onze patiënten beschermen en risico's vermijden. Tegelijkertijd verwachten we dat anderen toch aan de slag gaan met informatie die wij niet willen delen.”*

3.2 (De)professionalisering, demedicalisering & informalisering

In een nieuw stelsel van zorg en welzijn is het belangrijk om mensen aan te spreken op hun eigen kracht en vermogen om tegenslag het hoofd te bieden. Dit kost tijd en aandacht en de deelnemers aan de focusgroepen wijzen erop dat in de zorg de methodiek van de 'gekantelde werkwijze' uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) als voorbeeld gebruikt kan worden. In het welzijnsdomein wordt al veel langer gewerkt aan het organiseren van arrangementen rondom het versterken van de eigen kracht van burgers. Binnen de kanteling in de Wmo wordt geredeneerd vanuit de vraag wat nodig is voor de zorgvrager. Het is maar zeer de vraag of dan blijkt dat er meer zorg nodig is: *“Nu komen immers al veel mensen bij de huisarts met klachten die niet zoveel met gezondheid te maken hebben. Wij zijn op dit moment nog heel erg georiënteerd op de curatieve kant.”* Een ander vult aan: *“Je ziet vaak dat mensen met een medische klacht komen, maar als je vraagt: ‘wat heb je nodig om hiermee te kunnen leven’, dan blijken mensen daar beslist ideeën over te hebben.”* Dit betekent voor de praktijk in het zorgdomein:

- Een betere benutting van het informele netwerk rond de zorgvrager.
- Een flexibele houding gericht op de capaciteit en de behoefte aan zorg van de patiënt.
- Minder regeldruk en handelingsvrijheid voor de professional.

Betere benutting informele netwerk

Uit de focusgroepbijeenkomsten blijkt dat er een enorm reservoir aan bereidheid is om te veranderen, 'om dingen anders te doen'. De deelnemers constateren dat de meeste mensen (zowel zorgvragers als professionals) in hoofdlijnen meebewegen met de nieuwe ontwikkelingen. Dat komt ook omdat we er langzaam aan wennen: *“Al 20 jaar gaan taken van professionals naar vrijwilligers. Dat wordt nu alleen maar meer. Daar is op zich niets op tegen.”*

Dit brengt de deelnemers ertoe te stellen dat er veel te winnen valt met het beter organiseren van informele netwerken rondom mensen, want niet

alles kan en moet immers door professionals worden opgelost. Dit vraagt van professionals een compleet andere houding en werkwijze ten aanzien van de (on)mogelijkheden van informele inzet.

De vraag achter de vraag

Voor de professional gaat het er om daadwerkelijk goed naar het netwerk van mensen (buren, vrienden, familie) te luisteren. Eén van de deelnemers geeft een treffend voorbeeld van de verschuiving van het denken voor mensen, naar het denken met mensen: *“Meneer De Vries verwaarloost zijn huis en komt ook de deur niet meer uit. Buurtbewoners alarmeren hulp en er komt een indicatie voor drie uur huishoudelijke zorg voor meneer. De thuiszorgmedewerker is Sietske. Als zij komt, dan wil meneer De Vries graag koffie met haar drinken. Hij kijkt uit naar haar bezoek en zegt tegen haar dat het huishouden wel kan wachten. Als je een vrijwilliger zou vragen om eens per week bij meneer De Vries langs te gaan, dan zou hij een prikkel hebben om op te ruimen en wat actiever te worden. Dan zou die huishoudelijke zorg niet nodig zijn. Wij vullen vragen veel te veel in als zorgvragen.”*

Het voorbeeld laat zien dat er een groot verschil is tussen de aanvankelijke vraag (drie uur huishoudelijke hulp) en de vraag ‘achter de vraag’ (behoefte aan gezelschap en sociale contacten). Met het arrangeren van de drie uur huishoudelijk hulp lijkt de vraag oppervlakkig gezien beantwoord, maar daarmee wordt er niet voorzien in de werkelijke behoefte van de zorgvrager. Een goede professional zou de vraag achter de vraag moeten kunnen zien en juist daarop moeten inspelen.

Leer elkaars taal spreken

Het toepassen van de gekantelde werkwijze in de Wmo heeft een lange aanlooptijd gekend en ook de toepassing ervan in het zorgdomein zal niet gemakkelijk zijn. Het vraagt niet alleen om een andere visie op zorg en ondersteuning, waarbij mantelzorgers en vrijwilligers veel eerder betrokken worden, maar ook om het overbruggen van elkaars werelden. In één van de focusgroepen werd dit als volgt onder woorden gebracht: *“Als wij nu een buurtbijeenkomst organiseren waarin professionals en informele zorg bijeen komen rondom een casus, dan blijkt dat iedereen al bezig is met die ene persoon. Maar men spreekt een heel andere taal. Dit geldt al voor het medische en het sociale domein, laat staan bij informele zorgverleners. Nu werkt het zo dat we informele zorg benaderen als we het niet meer weten. We zouden daar juist als eerste naar toe moeten.”*

Intrinsieke motivatie

In de focusgroepen werden ook kanttekeningen geplaatst bij een ‘te gemakkelijke’ inzet van informele zorg. De erkenning van vrijwillige inzet wordt weliswaar steeds breder gedeeld, maar het kan beter: *“De rol van de*

vrijwilliger moet je wel landelijk opwaarderen; je moet vrijwilligers waarderen en faciliteren.” In een andere groep wijzen de deelnemers erop dat inzet van vrijwilligers niet betekent dat het ‘allemaal gratis is’. Ook is het belangrijk dat vrijwilligers worden gewaardeerd vanuit hun intrinsieke motivatie en niet vanuit ‘de winst’ die het oplevert voor de professionele zorg. *“Vrijwilligers hoeven geen loon te ontvangen, maar er moet wel geld zijn voor het ondersteunen en het creëren van de randvoorwaarden waarop vrijwilligers en mantelzorgers kunnen werken. Zorg dat de condities zo zijn, dat vrijwilligers echt kunnen doen waarvoor ze er zijn.”*

Kwaliteit vrijwillige inzet

In de focusgroepen wordt ook het aspect van het bewaken van de kwaliteit van vrijwillige inzet naar voren gebracht: *“wat zijn criteria en een kwaliteitsmodel van vrijwilligerswerk”*, vragen deelnemers zich af. Er worden hiervoor al standaarden ontwikkeld en dat zal in de toekomst meer gaan gebeuren, naarmate de rol van vrijwilligers in de zorg groter wordt. In zekere zin is het ontwikkelen van kwaliteitscriteria ook een vorm ‘professionalisering’ van het vrijwilligerswerk. Volgens anderen moeten we daar ook weer niet in doorslaan: *“Er moet een balans worden gevonden tussen vrijwillig en professioneel werk, daar zijn we nog naar op zoek, het is nog niet uitgekristalliseerd.”*

Loslaten waar het kan, ingrijpen waar het moet

De systematiek van het achterhalen van de ‘vraag achter de vraag’, vraagt van de professional een zeer flexibele houding die gericht is op de capaciteit en de behoefte aan zorg van de zorgvrager. Bovendien is deze systematiek in het zorgdomein complexer om toe te passen dan in het welzijnsdomein waarop de Wmo betrekking heeft. Het gaat immers om een veel breder veld, zo geven de deelnemers aan: van burgers die het (bijna) helemaal zonder professionele steun kunnen, tot en met mensen die echt professionele hulp nodig hebben en alles daartussen in. *“Die competenties gaan van faciliteren tot en met echt ingrijpen. Over dergelijke competenties in de gezondheidszorg zou ook explicieter nagedacht kunnen worden.”*

Rol als verbinder / casemanager

Een dergelijke systematiek vraagt om een professional die naast de zorgvrager gaat staan en met hem/haar meekijkt naar wat er nodig is. De deelnemers aan de focusgroepen geven aan dat een zorgvrager bij het houden van de eigen regie een ondersteuner nodig heeft. De deelnemers verschillen van mening of deze ‘verbinder’ iemand uit de zorg moet zijn of dat deze persoon juist uit het welzijn moet komen (of dat dat van geval tot geval kan verschillen): *“Moet dat de huisarts zijn, of juist iemand uit welzijn? Het gaat er om dat iemand niet uit de eigen omgeving wordt geplaatst.”* Een andere deelnemer vertelt over een pilot in Almere: *“Daar is geprobeerd om mensen met vage klachten (waar iedereen zich altijd het hoofd over breekt) in contact te*

brengen met welzijn. De huisarts is bezig met signaleren en bemiddelen met als doel dat mensen hun leefstijl veranderen en gaan participeren.”

Ook wordt aangegeven in de groepen dat het inzetten van een casemanager vooral belangrijk is voor burgers die dat niet zelf kunnen. Een soort zaakwaarnemer, of go-between, die adviseert in het belang van de patiënt, en hem/haar bijstaat bij het (terug)nemen van de regie over het eigen leven. *“Zo’n casemanager kan uit allerlei hoeken komen, belangrijk is dat hij/zij onafhankelijk en met kennis van zaken in het netwerk (zowel professioneel als informeel) kan opereren.”* Een ander vult aan: *“Als een burger die verantwoordelijkheid niet aan kan, bijvoorbeeld door een verstandelijke beperking, dan kun je ook samen nagaan hoe deze persoon geholpen kan worden.”*

Samenhang disciplines

De verbinder heeft met name bij zwaardere zorgvragen een rol bij het in samenhang brengen van de verschillende zorgcomponenten. Het ontbreekt nu vaak aan afstemming tussen formele en informele zorg, maar ook tussen zorg en welzijn, thuiszorg en ziekenhuiszorg, intramuraal en extramuraal. Vanuit de nieuwe definitie van gezondheid is het belangrijk dat de burger sneller de zorg krijgt die nodig is en dat deze beter op elkaar is afgestemd. Zo zou het goed zijn als over de vraag van de patiënt en de keuze voor de behandeling door de behandelaar meegedacht zou worden door een derde persoon. *“We verwijzen patiënten nu door naar verschillende specialisten, maar we zouden juist verbindingen moeten leggen met verschillende competenties door te overleggen met andere disciplines als huisarts, politieagent, welzijnswerker enz.”*

Deze verbinder moet kunnen opereren in de frontlinie en moet de vrijheid krijgen om te kunnen organiseren wat nodig is. Dit kan de huisarts zijn of de verpleegkundige of iemand met een andere discipline. In het netwerk van de zorgvrager moet men kunnen zeggen: *“Jij bent nu de spil in het netwerk’, dat kan tijdelijk zijn en hoeft ook niet altijd dezelfde persoon te zijn.”* Dit soort structuren bestaan nu al rond hele specifieke ziektebeelden, maar dat is ook goed toepasbaar op andere zorgvragen, aldus een deelnemer.

Handelingsruimte voor de professional

Op dit moment voelt een aantal deelnemers zich belemmerd door de bestaande regel(druk) om optimaal patiënten te ondersteunen bij het zelf verantwoordelijkheid nemen voor gezondheid. *“Vroeger was ik wijkverpleegkundige en niemand hield mij in de gaten. Ik deed wat ik wilde, ik was heel efficiënt en goedkoop. Maar toen werd het gedifferentieerd en ingewikkeld. En we willen in Nederland alles controleren. Je moet goed opgeleide professionals los laten en ze zelf hun gang laten gaan.”* We moeten van een systeem van controleren naar een systeem van vertrouwen. Dan blijft de zorg ook interessant om in te werken. Als je - bijvoorbeeld als verpleegkundige in de thuiszorg - alleen maar enkele handelingen mag verrichten en andere handelingen moet

overlaten aan weer andere professionals, dan verlies je je motivatie. *“Je wilt immers mensen helpen en niet een klein hapje zorg leveren.”* Je moet niet zorggericht, maar mensgericht kunnen werken. De overheid speelt hierin nu vaak een negatieve rol. *“Ze beslissen bijvoorbeeld dat er voor elk type verrichting elke week iemand anders komt. Dat is niet alleen erg voor professionals, ook de signaleringsfunctie van de thuiszorg valt op deze manier helemaal weg!”*

Pas op voor protocollering

In de focusgroepen wordt aangegeven dat er in de huidige situatie na de diagnose al snel een fase komt van voorzieningen aanvragen, er wordt dan niet meer faciliterend gewerkt. Het zorgsysteem zou juist meer flexibiliteit moeten krijgen: door mensen op maat te bedienen. De huidige indicatiestelling is erg gebaseerd op gelijke rechten, maar je moet kijken naar wat het individu nodig heeft (maatwerk). Een indicatie is nodig voor een voorziening, maar nu is de indicatie leidend geworden en niet de zorgvraag. Deelnemer wijzen op de volgende aandachtspunten:

- Dit omkeren is moeilijk, want hoe leg je dat uit aan de burger (*“de wethouder in de gemeente wordt daar op aangesproken!”*).
- Richtlijnen wel aanpassen, maar niet zomaar loslaten, evidence based richtlijnen wel handhaven. *“Maar in de richtlijnen wel aandacht hebben voor de zorg en niet alleen voor het medische. Is een systeem zonder beheersmaatregelen wel mogelijk?”*
- Staddorp of buurtzorg staan juist buiten de beheerscultuur, *“dat niet weer gaan protocolleren!”*

Maar zet ook niet alle protocollen over boord

De deelnemers waarschuwen er wel voor niet alle protocollen zomaar over boord te zetten. Deelnemers vinden dat de procedures en de protocollen alleen een probleem zijn als ze te star worden toegepast, maar dat het werken met protocollen ook goede kanten heeft. Het werkt alleen beperkend als het doorschiet: *“Voor heel veel dingen heb je geen protocollen nodig.”* Een andere deelnemer vindt dat je niet het kind met het badwater moet weggooien: *“In de directieve therapie werden in de jaren zeventig van de vorige eeuw de protocollen ingevoerd. Ik vond het een verademing, want iedereen deed maar wat. Vanaf dat moment kon ik voor iemand met automaatangst het protocol er bij halen en aan het werk gaan. Wel is de dominantie van de protocollen doorgeslagen, want ze werken maar voor de helft van de mensen.”*

3.3 *Breed netwerk van zorg, ondersteuning en dienstverlening*

Het nieuwe concept van gezondheid heeft verstrekkende gevolgen voor de (organisatie van de) zorg. Een deelnemer zegt: *“In de toekomst gaan we een heleboel dingen gewoon niet meer doen.”* Niet het gezondheidszorgsysteem staat straks nog centraal, maar de netwerken van burgers. En die gaan vaak over heel andere dingen dan (louter) zorg, bijvoorbeeld wonen, of kwaliteit van leven. *“De grenzen zoals we die nu kennen, zoals tussen cure en care, of lichte en zware zorg, zijn straks niet meer relevant. De sterke oriëntatie op het medische zal verdwijnen, nu is er nog een sterke nadruk op doorgaan met behandelen en medicaliseren van vragen van burgers.”* In een nieuw ‘zorgsysteem’ zal de burger zelf de regie nemen en ‘dan kan er van alles gebeuren’. De professionals en zorgverleners kunnen daar dan vervolgens op inspelen: *“Dan komen er wellicht mobiele medisch specialisten die reizen om burgers te bedienen. En waarom dan geen mobiel hospitaal?”*

De deelnemers benadrukken overigens dat sprake is van grote diversiteit en dat er veel verschillende soorten vragen leven bij mensen met verschillende achtergronden in gezondheidstoestand, inkomen en opleidingsniveau. Het systeem - of dit nu een zorgsysteem is of een breder netwerk van ondersteuning en dienstverlening - moet responsief zijn voor al deze verschillende vragen. Dus niet meer *‘one size fits all’*. Een breed netwerk van zorg, ondersteuning en dienstverlening kenmerkt zich door: kleinschaligheid, integraliteit, nadruk op voorzorg & preventie en een faciliterende rol van de gemeente. In de onderstaande paragrafen laten we de deelnemers van de focusgroepen aan het woord over deze aspecten.

Kleinschaligheid: laagdrempelige zorg in de wijk

Het is in de focusgroepen een breed gedeelde visie dat de kleinschaligheid in de zorg opgepakt dient te worden. Om eigen regie en zelfredzaamheid bij burgers aan te moedigen, is een kleinschalige aanpak noodzakelijk, bijvoorbeeld op het niveau van de wijk. *“Een wijkgerichte aanpak vergt een andere manier van samenwerken en belonen”*, zo zegt een deelnemer. Professionals betrekken hier nadrukkelijk de omgeving bij, zoals mantelzorgers, de buurt, maar ook de formele zorg: *“Er ontstaan nieuwe samenwerkingsverbanden, bijvoorbeeld dat een GGZ medewerker binnenwandelt bij een ziekenhuis, of een gezondheidscentrum, maar ook bijvoorbeeld bij de Dienst Werk en Inkomen.”* Een ander voegt toe: *“Mijn utopie zou zijn, niet alles apart, maar bijvoorbeeld een kinderopvang en een bejaardenhuis bij elkaar. Dan creëer je als het ware een dorp.”* Er komen overigens al steeds meer wijkgebonden voorzieningen, geven de deelnemers aan.

Het is mooi als er in elke wijk een centrum is met een hele lage drempel, waar allerhande type ondersteuning te vinden is. Veel deelnemers zijn het

erover eens dat een centraal contactpunt voor burgers in de wijk moet worden ingesteld. Dit contactpunt kan faciliteren als burgers vervoersvragen, behandelvragen of vragen over de schoonmaak hebben. Dit wordt nu door allerlei verschillende instanties opgelost. Een andere deelnemer reageert hierop: *“Wat heb je nodig op wijkniveau? In Amersfoort heb je het Stiploket en dat zit op de locatie van een huisartsenpraktijk. Dat vind ik een mooi voorbeeld van waar we naartoe moeten.”* Dit kan ook een wijkgebouw zijn, waarin allerlei voorzieningen zitten, zoals het Wmo-loket, maar ook de huisarts, de fysiotherapeut, en bijvoorbeeld ook buurtorganisaties: *“Dat is goed voor de burger, die maar naar één plek toe hoeft te gaan, en dan komt er bovendien veel meer samenwerking, met de gemeente, met de eerste en de tweede lijn.”*

Samenwerking eerste en tweede lijn

De deelnemers zijn het er over eens dat er veel te winnen valt bij een betere samenwerking en afstemming tussen de eerste en tweedelijnszorg. Een deelnemer vertelt dat zij (vanuit de huisartsenpraktijk) al veel contact heeft met verpleegkundig specialisten in het ziekenhuis. In het algemeen, zo stellen deelnemers - bestaat op dit moment nog een groot gat tussen de eerste en tweede lijn. *“In het ziekenhuis is men druk met diagnose stellen en daarna moet een patiënt naar huis. Tussen wat er in het ziekenhuis gebeurt en thuis, zit nauwelijks een verband, terwijl ‘thuis’ het allemaal moet organiseren.”*

Extramuralisering

De intramurale zorg zal in de nabije toekomst enorm zijn ingeperkt en mensen zullen niet meer naar een verzorgingshuis gaan, aldus de deelnemers. De intramurale zorg, zal zich beperken tot patiënten voor wie zorg in huise-lijke kring niet meer te regelen is. Mensen zullen in kleine gemeenschappen de zorg zelf gaan organiseren. Een deelnemer zegt hierover: *“We hebben het nu zo met elkaar geregeld dat mensen op oudere leeftijd naar een verzor-gings- of verpleeghuis gaan. In de toekomst zullen mensen de zorg meer met elkaar organiseren in hun eigen omgeving. In kleine gemeenschappen op dorp, wijk of regionaal niveau, zal worden geprobeerd om iedereen zo lang mogelijk binnen boord te houden. Mensen zullen meer voor elkaar gaan zorgen. Het gaat dus niet meer alleen om de draagkracht van personen, maar ook om de draagkracht van gemeenschappen.”*

Kleine woongemeenschappen

Als de deelnemers hier verder over brainstormen, constateren ze dat ook de woningsector moet veranderen. *“We zouden kleinere woongemeenschappen moeten realiseren om het samenleven aan te moedigen. Mensen die in dezelfde situatie zitten, die zijn bereid elkaar te ondersteunen.”* Onder de deelnemers leeft de voorkeur dat ouderen en jongeren dan in de wijken meer door elkaar wonen dan nu het geval is. Bovendien zouden er veel meer

voorzieningen gebouwd kunnen worden die zich richten op ouder worden in de eigen leefomgeving. *“Huizen kunnen levensloopbestendig gebouwd worden. Dan is het ook makkelijker om je eigen netwerk te behouden, als je kan blijven wonen waar je altijd woonde”*, zo geeft een deelnemer aan. Woonomgevingen moeten specifiek daarop worden ingericht.

Als het eenmaal kantelt, dan gaat het heel snel

De deelnemers verwachten dat de ziekenhuizen zullen blijven bestaan voor specialistisch werk. Een deelnemer zegt: *“Ik denk dat de gebouwen, bijvoorbeeld de ziekenhuizen, er nog gewoon zullen zijn. Zeker op wijk en dorpsniveau zullen er aanspreekpunten zijn, voor zover dit niet virtueel kan. Er zullen altijd mensen zijn die behoefte hebben om juist een fysiek mens te zien.”* De meeste andere deelnemers zijn het met dit laatste niet eens. Zij denken dat heel veel van de ondersteuning via het internet geregeld kan gaan worden. *“Wat is het verschil tussen dit gesprek, of wanneer ik iemand op een scherm zie? Straks print ik mijn beugel of rollator. Misschien trek ik het teveel door, maar het gaat heel snel.”* De cure vindt nog wel plaats in ziekenhuizen, maar de care wordt heel anders georganiseerd én cure en care zullen meer in elkaar overlopen, aldus de deelnemers. Zij verwachten bovendien dat dit heel snel zal gaan.

Een andere deelnemer zegt: *“In 2030 bestaat de zorg naar mijn idee uit hoogtechnische cure met hierbij een kortdurend verblijf in een gebouw. Welzijn is erop gericht dat als je chronisch ziek bent je blij kunt leven. Dit gebeurt grotendeels bij mensen thuis. Ik denk dat welzijn in 2030 hetzelfde is als nu, maar dat het er meer om gaat in hoeverre de gemeenschappen voor iedereen toegankelijk zijn.”* Een deelnemer denkt dat wanneer iemand in de toekomst niet zelfredzaam is, bepaalde taken van deze persoon zullen worden overgenomen. Hij zegt hierover: *“Beschermingsbewind neemt een grote vlucht. Je neemt die dingen over van mensen waartoe ze zelf niet in staat zijn tegen een lage maatschappelijke prijs. Ik denk dat als je in de toekomst zelf iets niet kan, iemand dit van je overneemt.”*

In 2030 zal de zorg er echt heel anders uitzien, concluderen de deelnemers. De ziekenhuizen zoals ze nu zijn georganiseerd, bestaan niet meer, maar er zullen wel werkplaatsen zijn, waarin standaardoperaties snel en efficiënt kunnen worden uitgevoerd. Een soort ‘zorgfabrieken’ waarin gewoon zaken gerepareerd kunnen worden. Daarnaast zijn er superspecialisten en natuurlijk de eigen netwerken van mensen. *“We moeten écht anders gaan denken en het oude loslaten.”*

Integraal werken

Als je uit gaat van een integrale benadering, dan moet je consequent uitwerken dat de omgeving wordt meegenomen. Dit vraagt veel van de professionals: *“het uit de zorg trekken betekent interpersoonlijk contact. En door de geschiedenis van de afgelopen decennia van medicalisering en*

individualisering ligt er een grote drempel voor mensen om elkaar aan te spreken.” Een integrale benadering vraagt veel van de organisatie en het proces van behandeling. “Het moet goed en helder georganiseerd zijn, zodat een zelfredzame persoon er alleen doorheen kan. Voor de minder redzame moet je regisseurs of begeleiders hebben die mensen ondersteunen.”

Ontschotting

Iemand vindt dat we moeten dé-institutionaliseren en dé-disciplineren, ofwel er moeten minder muren tussen de disciplines komen: *“specialisten moeten verder kijken dan hun neus lang is.”* Het pleidooi voor ontschotting van de zorg wordt breed gedeeld onder de deelnemers. Dit kan bijvoorbeeld via de laagdrempelige inzet in de wijk: daar moeten generalistische professionals kunnen werken, die niet alleen het eigen domein vertegenwoordigen, maar die op alle levensterreinen kunnen ondersteunen, of kunnen doorverwijzen naar dergelijke steun. *“Het sociaal werk is daar heel goed in. Als je dat optuigt, dan voorkóm je al heel veel ellende.”* Daarnaast helpt het enorm als zorg en welzijn de handen ineen slaan, vult een ander aan: *“Het netwerk van zorgverleners moet elkaar kunnen vinden en waarderen op expertise en geen schotten opwerpen in het contact met de patiënt.”*

Oplossingsgestuurde samenwerking

Bij de artsen moet de nadruk komen te liggen op samenwerken: *“Het moet gaan om één en één is drie.”* Maar, zeggen de deelnemers, die samenwerking moet je niet institutionaliseren, want dan komt het alleen nog maar veel vaster te zitten. *“Je moet je autonomie juist behouden als je je realiseert wat je zelf kan en wat je nog meer nodig heb.”* Het gaat om probleemgestructureerde samenwerking die heel flexibel en vloeiend moet zijn. Een deelnemer heeft ervaring in een project in de jeugdzorg en met het samen optrekken van de eerste en tweedelijnszorg. Dat is succesvol, omdat niet wordt samengewerkt rondom het formuleren van het probleem, maar rondom de oplossing. *“Als je samen verantwoordelijk bent, dan kan de burger geen dossier meer worden.”*

Betrek andere domeinen

De deelnemers wijzen er verder op dat er ook buiten de gezondheidszorg gewerkt wordt aan gezondheid. Bijvoorbeeld bij de jeugd en bij sport. *“Daar zouden we ons op moeten richten!”*

Nadruk op voorzorg en preventie

De nieuwe definitie van gezondheid zet sterk in op omgaan met beperkingen, maar willen we ook minder chronische aandoeningen in de toekomst? Zo vragen deelnemers zich af. Dan zullen we, door het bevorderen van een gezonde leefstijl, ook hard aan voorzorg en preventie moeten blijven werken.

Bewustwording

Mensen zijn vanuit de nieuwe definitie van gezondheid in de toekomst sneller gezond te noemen: *“Een diabeet die prima kan functioneren, voelt zich immers niet ziek en wordt ook niet meer zo gezien”*. Er moet wel aan attitudes van mensen gewerkt blijven worden (Een diabeet wordt niet meer gezien als ziek, maar is wellicht wel te dik). Mensen moet geleerd worden (gezonde) keuzes te maken: *professionalisering betekent dan deze gesprekken over leefstijl en gedrag leren voeren en mensen daarop coachen*. De deelnemers zijn het er over eens dat er nog veel te winnen valt met bewust worden van de eigen gezondheid van burgers.

Bereik

“Waarom wordt bij veel mensen pas na 5 jaar diabetes vastgesteld? Dat duurt soms nog veel te lang.” Een ander voegt toe: *“Je hebt veel mensen die je nooit ziet in de zorgverlening. Collectieve preventie helpt daar bij.”* De deelnemers geven aan dat er een spanningsveld kan zijn tussen de nieuwe definitie van gezondheid, waarin burgers de eigen regie voeren en de rol en functie van preventie. De schooltandverzorging strookt volgens de deelnemers bijvoorbeeld niet met de nieuwe definitie van gezondheid. Breed gedeeld wordt dat de gezondheidszorg meer moet inzetten op bewustwording en kennisdeling en dat zij af moet van een paternalistische houding (in de vorm van bijvoorbeeld de schooltandarts). Men praat verder over dit dilemma en over het bereiken van die patiënten die niet vanzelf bij de professional komen. *“Als kaakchirurg zie ik veel patiënten die niet naar de tandarts gaan. Mensen die vanuit de huisarts worden verwezen.”*

Verworvenheden niet zomaar weggooien

Er zijn ook mensen die niet ziek worden, juist omdat wij een goed gezondheidstelsel hebben, geeft iemand aan. Dit komt niet in de nieuwe zorgdefinitie terug (mensen zijn bijvoorbeeld op grote schaal gevaccineerd). Hoe borg je preventie in een nieuw stelsel? Een ander geeft het volgende voorbeeld: er zijn in Nederland weinig tienerzwangerschappen. *“Nederland heeft één van de beste stelsels voor zorg en welzijn in de wereld, dat wel voor ogen houden bij een nieuw stelsel. Onze verworvenheden besparen kosten en leveren veel op, dat wel voor ogen houden en het kind niet met het badwater weggooien.”*

Faciliterende rol van de gemeente

Met de decentralisaties van het sociaal beleid, krijgen de gemeenten er veel taken bij. Maar dit moet, aldus de deelnemers, niet leiden tot ‘micro-management’ op gemeente niveau. We moeten toe naar een faciliterende overheid in plaats van een beheersende overheid, vult iemand aan.

Partijen samenbrengen

Maar met alleen het verminderen van regels ben je er niet, geven de deelnemers aan: *“Gemeenten moeten ook een visie hebben over hoe ze netwerken van burgers willen stimuleren en ook de infrastructuur realiseren, bijvoorbeeld een wijkcentrum met een beheerder.”* De gemeente moet niet alles zelf willen doen, maar vooral partijen bij elkaar brengen. Enkele deelnemers zetten vraagtekens bij de gemeente als spil: *“Dan moeten ze wel echt dicht bij de burger gaan staan. Ik zie nu nog geen bewijs dat de gemeente dichter bij de burger staat dan het rijk. De gemeente moet een open en luisterende houding hebben en gedifferentieerd willen kijken naar burgers. Het is nog maar de vraag of ze dat echt gaan doen. Tot nu toe zeggen veel ambtenaren: ‘Ik ben niet opgeleid als sociaal professional, daar heb ik niet voor gekozen’.”* Daar staat tegenover dat de Wmo ambtenaren deze omslag al lijken te maken: *“Zij zijn steeds beter in staat om de vraag van de burgers te lokaliseren.”*

Ondersteun mantelzorgers en vrijwilligers

De deelnemers geven aan dat gemeenten veel meer moeten investeren in de ondersteuning van mantelzorg en vrijwillige inzet. De belasting van mantelzorgers wordt onvoldoende geproblematiseerd. Dat veel mantelzorgers overbelast zijn, wordt niet gezien en niet erkend. *“Vriendendiensten (GGZ Maatjesprojecten) vallen om”.* Dat komt, zegt een deelnemer, omdat gemeenten er niet in investeren. Ze steunen deze netwerken niet voldoende, en hebben bepaalde kwetsbare doelgroepen helemaal niet goed in beeld. *“Willen mantelzorgers en vrijwilligers zich kunnen blijven inzetten, dan hebben ze niet meer bureaucratie nodig, meer regels, maar een overheid die uitgaat van vertrouwen, en niet van controle. Dat is lastig, maar wel heel hard nodig. Alleen als de lokale overheid burgers vertrouwt en ondersteunt, kan zij werken als katalysator.”*

Faciliteer kleinschalige initiatieven

De overheid moet zorgen voor een goede infrastructuur en bekijken wat er nog nodig is aan instituties. Over het ondersteunen van de eigen regie, zegt iemand: *“Je moet dat niet als overheid willen regelen. Dat is heel paradoxaal.”* Een andere deelnemer valt bij: *“De basis is dat je naar kleinere eenheden van organisatie gaat. Terwijl de tendens die je nu ziet bij de overheid schaalvergroting is. Een dorpscultuur maakt dat de regie van mensen heel overzichtelijk is. Overheid die juist op schaalvergroting zit, die slaat daarmee de plank mis. Een andere inrichting van de zorg gaat niet werken als we uitgaan van die schaalvergroting. Een goed voorbeeld is Stadsdorp Zuid (een bewonerscoöperatie in Amsterdam). Daar zijn ouderen die zelf organiseren. Stadsdorp Zuid wil niets te maken hebben met de overheid en wil al helemaal geen subsidie”.*

3.4 Voorwaarden voor een nieuwe zorgstelsel

Financier gezondheidswinst

Een belangrijke belemmering voor meer regie bij de burger, die in alle focusgroeptbijeenkomsten breed werd uitgemeten, is de bestaande financieringsstructuur in de zorg. Kort gezegd komt het er op neer dat op dit moment de financiële prikkels voor zowel professionals als burgers verkeerd liggen. We zouden toe moeten naar een financieringssysteem dat gezondheidswinst financiert en niet de prestaties (lees behandelingen) van artsen en ziekenhuizen, aldus de deelnemers. In de discussies werden verschillende oplossingsrichtingen genoemd - die elkaar op onderdelen soms ook tegenspreken. We noemen hier de voornaamste oplossingsrichtingen die besproken zijn in de groepen (het is niet ons doel alle facetten van een alternatief financieringssysteem in de zorg te bespreken).

Financier gezondheid

Zorgverleners worden gefinancierd op basis van de prestaties, ofwel de behandelingen die worden verricht. De deelnemers van de verschillende focusgroepen stellen vast dat er 'perverse' prikkels zitten in het systeem van financiering van de gezondheidszorg, niet gezondheid, maar ziekte wordt gefinancierd: *"het systeem van financiering zou ervan uit zou moeten gaan dat je voor gezondheid betaalt en niet voor ziekte"*. Een andere deelnemer geeft aan: *"De prikkel tussen behandeling en betaling moet je weg halen."*

De deelnemers kunnen zich vinden in de benadering dat de productie van zorg moet worden vervangen door gezondheidswinst. Nu wordt nog vooral gefinancierd aan de hand van aandoeningen, en niet rondom het vergroten van de zelfredzaamheid van burgers. Dit roept de vraag op of we ook niet behandelen kunnen belonen: *"Nu worden zorgverleners betaalt op basis van DBC's, maar je zou eigenlijk naar een bekostigingssysteem moeten op basis van DNBC, Diagnose niet-behandel combinatie. Niet behandelen wordt niet beloond in het huidige systeem."* Een ander vult aan: *"Je kunt geen verandering bij de burger bewerkstelligen, als niet ook het financieringssysteem onder de loep wordt genomen. Er zijn geen DBC's voor een goed gesprek met een patiënt, dat niet direct gericht is op het leveren van een zorgproduct"*. De huidige systemen voor (financiële) afrekening volstaan niet meer, is de eensluidende conclusie.

Een andere uitkomstmaat

Gezondheidswinst zou de nieuwe maat moeten zijn voor de financiering van de (gezondheids)zorg. Maar hoe definieer je gezondheidswinst? In de groepen wordt aangegeven dat gezondheidswinst in brede zin moet zijn, dat wil zeggen dat mensen een betere kwaliteit van leven krijgen. Bij huisartsen zou je bijvoorbeeld bepaalde gezondheidsdoelen kunnen formuleren en een

zorgverzekeraar kan nieuwe indicatoren bedenken om te formuleren wat gezondheid is. In een andere groep werd geopperd om op zoek te gaan naar uitkomstfinanciering. Nu zijn het de proces- en outputindicatoren die gefinancierd worden: *“Dat gaat ook niet zonder de inbreng van de patiënt. Die is degene die zou moeten bepalen wat het resultaat is of zou moeten zijn. Dan pas kun je resultaatgericht werken.”*

Ontschotting van het financieringssysteem:

Ontschotting in de zorg is noodzakelijk bij een ander perspectief op gezondheid. In dit kader noemen de deelnemers ook de koppeling tussen zorg en welzijn. *“Geen verschil meer tussen financiering van ziekenhuizen en eerste lijn; geen verschillende financieringssystemen voor welzijn en zorg.”* De financiële schotten zorgen ervoor dat bijvoorbeeld niet zichtbaar is wat de inzet van een maatschappelijk werker oplevert. Als je die kunt betalen uit het ziekenhuispotje, dan kun je in een oogopslag zien wat het oplevert. *“Nu betaalt de stad de maatschappelijk werker. Als het goed is merkt de zorgverzekeraar dan dat er minder kosten worden gemaakt. Maar dat resulteert er heus niet in dat het maatschappelijk werk meer armslag krijgt.”*

Zet in op zelfzorg

Men is het er over eens dat er meer financiële verantwoordelijkheid bij burgers moet komen te liggen. Maar dan is het ook van belang om de daadwerkelijke kosten van de zorg inzichtelijk te maken voor burgers: *“De patiënt heeft niet de regie over de kosten ... dat is zo lastig.”* Een ander voegt toe: *“Alle zorg die er is centraal te stellen rond de patiënt. Dat is belangrijk. Er spelen nu meerdere belangen door elkaar, maar 3% van de mensen zegt zelf na twee behandelingen ‘het is genoeg’.”* Ook wordt de ‘follow-up’ begeleiding in de chronische zorg door sommige deelnemers als overbodig beschouwd. Deelnemers zien als gevolg daarvan meer heil in zorg ‘on demand’, omdat dit leidt tot minder consumptie binnen de zorg: *“Een cliënt met een chronische aandoening moet elke drie maanden terug naar het ziekenhuis. Dan doen ze allemaal onderzoeken en dan zeggen ze: ‘Er is geen achteruitgang’. Maar dat kan de cliënt ze zelf ook wel vertellen.”* Tot slot zijn er veel nieuwe ontwikkelingen die de zelfzorg van burgers stimuleren en ondersteunen, bijvoorbeeld depressies behandelen via internet, maar: *“er zijn nu nog te veel financiële drempels voor.”*

Financiële prikkels voor de burger

In de focusgroepen werd ook ingegaan op de vraag of een preventieve houding van burgers zou kunnen worden aangemoedigd door een financiële prikkel in te bouwen. De deelnemers geven aan dat inzetten op gezondheidsbevordering anders niet gaat werken. Gezond gedrag zou moeten worden beloond en ongezond gedrag ‘gestraft’: *“Moet je niet goed gedrag belonen en slecht gedrag bestraffen: dus niet roken en niet drinken belonen.”* Dit punt roept

veel discussie op in de groepen, want hoe bepaal je dan wat gezond en ongezond is? Een ander vindt dat we wel de maatschappelijke discussie hierover moeten voeren: *“Als je ongezond leeft heeft dat consequenties en hoe kun je daar mee om gaan?”* Ook is er meer te doen in de preventieve sfeer: *“Je kunt mensen positief stimuleren om zich aan te sluiten bij netwerken.”* Een ander vult aan: *“Fitness kan dan ook in het zorgpakket als preventieve maatregel.”* De grote vraag is of burgers bereid zijn om voor preventie te betalen. In de groepen zijn de meningen verdeeld over hoe dit zou moeten, wel is men het er over eens dat we moeten voorkomen dat burgers (vanwege de verkeerde prikkels) zorg gaan vermijden.

Creëer scharrelruimte

In de diverse focusgroepbijeenkomsten wordt aangekaart dat er veel meer regelruimte of zogenoemde scharrelruimte moet komen waarin geëxperimenteerd kan worden met nieuwe vormen van zorg en ondersteuning. Nu lopen deze initiatieven vaak nog stuk op allerlei regeltjes en dat is jammer, aldus de deelnemers, want hierdoor worden nieuwe initiatieven die al werken volgens de nieuwe visie op gezondheid gefrustreerd: *“We hebben het lef nodig om het anders te doen”*, constateert een deelnemer. Een andere deelnemer vertelt dat mensen in Brabant eigen zelfzorgcoöperaties hebben opgericht uit onvrede met de bestaande situatie: *“Het probleem is dat ze moeten voldoen aan de bestaande regelgeving, en daar lopen ze tegenaan.”* Initiatieven voor minder regeldruk en meer kwaliteit van zorg dienen toegejuicht te worden: *“Je moet sectordoorbrekend kunnen werken en creativiteit moet een kans krijgen. De minister [Schippers_MS] moet het lef hebben om regels te schappen.”*

We moeten veel meer gaan experimenteren met samenwerkingsverbanden die ontstaan rond de cliënt, constateren ook andere focusgroepen. Initiatieven als buurtzorg en de genoemde coöperaties in West-Brabant zijn daar voorbeelden van, maar dit zou op veel meer plekken georganiseerd en verder gestimuleerd kunnen worden. Binnen de experimenteerruimte moet het mogelijk zijn over bepaalde scheidslijnen en schotten heen te stappen (tussen eerste lijn en tweede lijn), zodat mensen niet onnodig in een ziekenhuis of instelling belanden. Een deelnemer vindt dat we niet bang moeten zijn voor chaos. *“We moeten durven met een concept te gaan werken en niet alles van te voren willen uitdenken en uitwerken: het gaat om ‘scharrelruimte’.”* Het gaat vooral om een andere uitgangspunt (regie bij de klant) en om samenwerking (los van belangentegenstellingen).

Doorontwikkel het gebruik van technologie

Technologie kan helpen bij het mondig maken van de zorgvrager. Door de inzet van technologie kunnen mensen langer thuis blijven wonen. Dit is winst voor de betrokkenen en heeft als bijeffect dat dit kostenbesparend voor de zorg kan werken. *“Burgers moeten erover nadenken hoe zij hun huis voor de toekomst ‘bouwen’,”* zo geeft een deelnemer aan. *“Je moet draadloos allerlei dingen kunnen bedienen in huis. Je kunt vrij gemakkelijk allerlei voorzieningen treffen, zonder dat je je hele huis hoeft om te bouwen.”* Ook andere deelnemers denken dat domotica een grote rol gaat spelen in de zorg in en rond het eigen huis: *“Ik denk heel erg in bouwstenen. Je moet veel zelf doen. Domotica ondersteunt mensen hierbij. Waar je het zelf of door middel van techniek niet kunt oplossen, krijg je modules.”*

Verder verwachten de deelnemers dat de techniek kan helpen om de zorgbehoefte minder te maken. De deelnemers staan stil bij de mogelijke rol van technologische ontwikkelingen. Ze constateren dat daar nog veel te winnen valt: *“Mensen die doof zijn kunnen soms tegenwoordig een implantaat krijgen. Dat geeft zo’n zelfstandigheid! Er komen nog veel meer van dit soort ontwikkelingen.”*

Het gaat bij techniek niet alleen om fysieke oplossingen, misschien wel integendeel. ICT kan ook helpen bij het organiseren van sociale netwerken. In buurten en wijken ontstaan kleinschalige communities waar virtueel en fysiek contact in elkaar gaan overlopen. Community is een beter begrip dan buurt of wijk. Een deelnemer zegt: *“Als we het over sociale netwerken hebben, dan is het ingewikkeld om de hele ICT en sociale media door te denken. Duidelijk is wel dat dit een grote rol kan gaan spelen in het contact tussen mensen en wellicht ook bij vroegsignalering. De tussengeneratie heeft hierbij wat hulp nodig, voor de jongeren zal dit wel automatisch gaan”*. Een deelnemer vult aan: *“Mijn moeder zit in een verzorgingstehuis, de zorg is goed, maar er is geen aanbod voor welzijn. Hier zou online contact kunnen helpen.”*

Ook in de directe interactie tussen zorgvrager en zorgverlener kan technologie een belangrijke rol spelen: *“Als ik zie hoeveel tijd ik kwijt ben als patiënt; met videochatten gaat dat zoveel beter en sneller.”* En vergeet ook niet de nieuwe technische hulpmiddelen. Met veel patiënten zou het best kunnen om (tussentijds) skype contact te hebben.

Maar, benadrukken de deelnemers, techniek is geen oplossing voor alles. Technologie is een hulpmiddel en kan nooit helemaal de plaats innemen van (intermenselijk) contact en onderlinge steun: *“Technologie is slim, maar je moet altijd blijven aansluiten bij de leefwereld van de cliënt.”* Technologie is

een hulpmiddel, maar begeleiding door professionals blijft belangrijk: *“Technologie kan heel ondersteunend werken, maar ook dat vraagt een zekere begeleiding.”* Volgens de deelnemers zal in de toekomst van de professionals worden gevraagd dat ze het gebruik van techniek goed kunnen begeleiden.

Tot slot wijst een deelnemers op de toegankelijkheid. Technologie kan onbedoeld een grote afstand scheppen: *“als je niet met een computer overweg kunt, dan word je afhankelijk gemaakt, dan kun je niet meer functioneren.”* We moeten naar een samenleving waarin technologische ontwikkelingen voor iedereen beschikbaar zijn. Maar een ander werpt tegen: *“De doelgroep die straks zorg nodig heeft, groeit wel meer op met technologie en sociale media.”*

4 *Bouwstenen voor beroepen en opleidingen*

De discussies in de focusgroepen leveren een aantal bouwstenen voor de veranderingen die er in de beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg moeten komen. Het bewerkstelligen van een omslag vatten we in dit hoofdstuk samen aan de hand van vier invalshoeken. Als eerste het sturen op verandering. Wie moet er sturen en waarop? De tweede is de ‘nieuwe’ deskundigheid van zorgprofessionals. Welke houding, vaardigheden en kennis is er bij professionals nodig om de burger centraal te stellen? De derde invalshoek is de innovatie van opleidingen. Hoe kunnen opleidingen goed aansluiten bij de veranderende zorgpraktijk? En tot slot gaan we in op de rol van educatie in het algemeen bij het ontwikkelen van burgerschapscompetenties als zelfredzaamheid en eigen regie.

4.1 *Sturen op verandering*

‘Gezond leven moet norm worden’

De focusgroepeelnemers zijn het er over eens dat er in de maatschappij als geheel een gedragverandering plaats zal moeten vinden: *“Je moet burgers verleiden en verlokken om gezonder te leven.”* Nu wordt ongezond gedrag beloond: *“Roken is verboden, maar het wordt niet gehandhaafd; gezonde producten zijn duurder dan ongezonde enz.”* Het gaat volgens een andere deelnemer ook om de maatschappelijke inbedding: *“Gezond leven moet een norm worden, bijvoorbeeld door meer aandacht in de media.”*

Het nieuwe concept van eigen regie voeren, vraagt om een andere denkrichting van de zorgvrager maar zeker ook van de professional. De deelnemers geven aan dat professionals hierbij een belangrijke rol kunnen vervullen, omdat ze zorgvragers daartoe kunnen uitnodigen, maar er is veel meer nodig. Inzetten op eigen regie en participatie is een langdurige verandering: *“een attitudeverandering of een cultuurverandering voor de hele samenleving. Deze discussie moet worden aangezwengeld: ook door social media etc. De discussie zo laagdrempelig mogelijk starten (want het is een lang proces).”* Mensen hebben daadwerkelijk onvoldoende kennis en dat zit zelfzorg in de weg. Het ontbreekt burgers aan belangrijke basiskennis, aldus een van de deelnemers: *“Maak televisieprogramma’s over wat gezond leven is”*.

De deelnemers delen de mening dat hier een rol ligt weggelegd voor de landelijke overheid. De landelijke overheid moet - aldus de deelnemers - de leiderschapstaak op zich nemen om een lange termijnvisie te bepalen en daarop doortastend te koersen. En, om het concreter te maken, er kan worden ingezet op (laagdrempelige) communicatie richting burgers en op educatie. Het opzetten van programma's is nodig om burgers te faciliteren een netwerk te ontplooiën en behouden. Burgers moeten gerichte voorlichting krijgen op wat van hen verwacht wordt binnen dit concept van gezondheid waarin eigen regie centraal staat. Voor professionals ligt er belangrijke taak bij het geven van gerichte voorlichting en bijdragen aan laagdrempelige communicatie.

Doorbreek 'hardheid' in beroepsidentiteit

Professies zullen zich moeten aanpassen aan de nieuwe manier van denken over gezondheid. Maar ook dit gaat niet vanzelf, omdat professionals juist geneigd zijn tot verdere professionalisering. Een deelnemer schetst: *"Professies ontstaan als iets heel complex wordt. Dan kan niet iedereen het meer behappen en geven gewone burgers aan deskundigen een monopolie om die complexe dingen te doen. Deze monopoliepositie maakt dat professionals hun eigen positie alleen nog maar willen versterken. Dit maakt hen immuun voor verandering, behalve als de druk zo groot wordt, dat ze in beweging komen"*. Maar op bepaald moment zet een omslag in. Als professionals een grote druk ervaren, dan annexeren ze het veranderingsproces en omarmen ze het. *"Als je wilt sturen, dan moet je dus de druk opvoeren en dan zal men in actie komen. Er zit een bepaalde hardheid in professionaliteit. Je moet stevig inzetten om dit te doorbreken als verandering nodig zijn"*.

In de groepen wordt dit wel genuanceerd en gezegd dat er wat dit betreft grote verschillen zijn tussen de gezondheidszorgsector en de welzijnssector. *"In de welzijnssector zie je juist een heel andere beweging: daar is de vraag al veel langer leidend voor professionaliteit. Aanpassingen vinden veel gemakkelijker hun weg."* Andere deelnemers herkennen dit en benadrukken dat de beroepsidentiteit in de gezondheidszorg veel sterker is dan die in de welzijnssector en dat daar - als het om diepgaande veranderingsprocessen gaat - nadelen aan kleven.

Laat het veld de veranderingsagenda annexeren

De deelnemers waarschuwen er wel voor dat een toekomstige beroepen- en opleidingstructuur niet opgezet moet worden als een blauwdruk. En dat een nieuwe beroepenstructuur niet moet worden ontwerpen aan de tekentafel: *"Houd het fluïde. Organiseer het zo, dat het veld zelf de handschoen oppakt en de veranderingsagenda annexeert."* Een ander voegt toe: *"benut daarbij wat innovatieve professionals nu al doen: er zijn al veel goede voorbeelden. Deze kun je goed uitlichten en laten zien. Daar gaat een motiverende werking van uit"*. Volgens de deelnemers is dat ook nodig, want beroepen moeten in

de toekomst interessant blijven voor nieuwe professionals. *“Vroeger zat het interessante in steeds verder gaande specialisaties. Nu moet daarvoor een andere invulling worden gevonden”.*

Verder benoemen de deelnemers uit een aantal focusgroepen dat het veld zelf over de beroepenstructuur moet gaan en dat dit niet door het ministerie van VWS zou moeten worden bepaald. *“Het creëren van een samenhangende beroepenstructuur is een verantwoordelijkheid van het veld zelf en wij zijn daar ook al mee bezig, vooral om zorg en welzijn aan elkaar te koppelen. In het herontwerp van de beroepen- en opleidingenstructuur is het belangrijk om de agogische, medische, maar ook van de agogische beroepen te betrekken.”* Deelnemers zien het wel als centrale taak van de overheid om belemmeringen voor de innovativiteit in de zorg op te heffen.

4.2 *De deskundigheid van ‘vernieuwde’ professionaliteit*

De deelnemers aan de focusgroepen denken niet dat in de toekomst veel nieuwe (zorg)beroepen nodig zijn. Wel moet er in de bestaande beroepen veel veranderen: zo zouden de professionals veel meer moeten aansluiten bij de behoeften van burgers, denkend vanuit de nieuwe definitie van gezondheid. In feite gaat het om het veel meer om het kunnen toepassen van een vaardigheden en competenties: *“Het moet gaan om welke basiscompetenties we nodig hebben, en niet om de vraag welke beroepen we nodig hebben.”* Een andere deelnemer vult aan: *“Minder in beroepen denken, maar in deskundigheden. Ik denk dat je heel modulair gaat denken wat je nodig hebt.”*

De deskundigheden van de toekomstige professional kunnen we scharen onder de noemers houding, kennis en vaardigheden. In de focusgroepen werden verschillende competenties aangedragen, die we hieronder hebben teruggebracht tot een aantal basiscompetenties.

A Houding

1. Oprechte aandacht voor de zorgvrager

De deelnemers geven aan dat er vaak te weinig tijd is voor oprechte aandacht voor de zorgvrager. De nieuwe professional zou goed luisteren naar wat mensen *echt* zeggen en daar ook de tijd voor nemen. Wat wil die burger nu precies, goed luisteren naar wat er leeft en waar mensen behoefte aan hebben, dat moet - aldus de deelnemers - de houding zijn van de professional. Een deelnemer pleit voor meer empathische en sociale vaardigheden bij professionals en verwoordt dat zo: *“minder IQ en meer EQ (emotionele intelligentie).”*

2. Dialoog

De interactie tussen de coachende professional en de burger zou het karakter moeten krijgen van een dialoog, een gesprek tussen professional en burger dat leidt tot maatwerk. Deelnemers geven aan dat belangrijke voorwaarde voor een dergelijke dialoog vertrouwen tussen professional en burger moet zijn.

3. Niet overnemen, maar op weg helpen

Voor professionals is dat een nieuwe rol: meer diagnosticerend/observerend zijn en niet meteen ingrijpend/herstellend: “De vraag aan toekomstige professionals zou moeten zijn: ‘durf je ook niets te doen’.” Een andere deelnemer vult aan dat er empowerment nodig is om bepaalde groepen burgers te versterken en dat vraagt een totaal andere houding van de professional: *“alleen daar iets doen waar geen zorg en netwerk is, niet uit handen trekken, maar versterken. Bijvoorbeeld netwerken weer opbouwen, voorstellen weer contact op te gaan nemen met de kinderen, ga uit van hetzelfde perspectief als de burger. Niet overnemen, maar op weg helpen.”*

B Kennis

4. Samen kennis ontwikkelen met de zorgvrager

De toekomstige professional zal veel meer de kennis van de ervaringsdeskundigen gaan gebruiken. In het vorige hoofdstuk hebben we aangegeven dat zorgvragers georganiseerd informatie willen teruggeven aan de professional. Dit kunnen individuen zijn, maar ook organisatie of patiëntenverenigingen spelen daarbij een rol. Een voorbeeld: ouderenorganisaties hebben veel kennis en methodieken ontwikkeld rond het thema valpreventie: *“Daar kunnen professionals bij aansluiten, in plaats van iets nieuws te beginnen”*.

5. Kennis structureren en begrenzen

Mensen gaan bij een aandoening steeds meer zelf op zoek naar informatie. Er is heel veel informatie te vinden op internet of via patiëntenverenigingen, maar de kennis van de professional is juist nodig, omdat de professional in staat is om de veelheid aan kennis te wegen, te beoordelen en in samenhang te zien: *“We moeten de vakkennis aanbieden en niet de google kennis. Je moet de cliënten de goede wegen voor informatie geven.”*

6. De weg weten

In de focusgroepen wordt aangegeven dat er in 2030 veel meer behoefte zal zijn aan brede, dienstverlenende professionals: *“we zoeken eigenlijk niet iemand die alles kan, maar iemand die de weg weet”*. Dit betekent ook het aanboren en gebruikmaken van verschillende soorten kennis die andere

professionals in huis hebben: *“Je moet je realiseren dat je als professional maar een klein stukje weet. Je moet gebruik maken van de verschillende kennis die er is bij professionals.”* Ook hier geldt dat de professional in staat is een afgewogen beoordeling te maken: hij/zij zal op het juiste moment moeten doen wat nodig is.

7. Kennis van ethiek

De toekomstige professional zal goed om kunnen gaan met ethische vragen. Dit vraagstuk kwam in enkele focusgroepen, maar ook tijdens het zorgberoependebat aan de orde. Indien de professional meer als raadgever gaat fungeren, kom je (als professional) *“onvermijdelijk in de situatie terecht dat de patiënt niet doet wat de zorgverlener aanraadt”*. Dat betekent dat de professional ook moet kunnen aangeven wanneer de patiënt onverstandige keuzes maakt. Er moet veel meer aandacht voor deze ethische en communicatieve kant van de toekomstige (zorg)beroepen: *“Een gesprek kunnen voeren over mogelijke keuzes... ‘wat vindt de patiënt belangrijk’.”* Hier hoort ook bij dat professionals meer reflecteren over eigen handelen: *“Reflecteren over hoe je iemand begeleidt: wat doe ik (wel en niet) en waarom?”*

C Vaardigheden

8. Shared decision making

Professionals werken al in toenemende mate met *shared decision making* of *motivational interviewing*. Een deelnemer legt uit: *“Dan ga je in gesprek met een patiënt en dan gaat het over de betekenis van de aandoening of beperking in het eigen leven en de vraag wat de patiënt of zijn omgeving hier zelf aan kan doen. Het gaat dan ook vooral om haalbaarheid, wat past in het eigen leven.”* Het belang dat burgers samen met hun zorgverlener of arts een behandelings- of zorgplan opstellen, komt in meerdere groepen aan de orde. Het gaat er om dat ze samen kijken wat nodig en noodzakelijk is. De voorwaarde is wel dat burgers over voldoende informatie beschikken. Pas dan is het mogelijk om gezamenlijk een kansen- of probleemdiagnose te maken. Dat zouden volgens diverse deelnemers ook medisch specialisten moeten kunnen: samen met de patiënt kijken wat er nodig is vanuit de patiënt als individu en niet vanuit het protocol. De meeste deelnemers vinden dat deze attitude en werkwijze de basiscompetentie is voor de toekomstige professional.

9. Gidsrol (richting burger)

Dit betekent ook dat professionals in staat moeten zijn om het probleemoplossend vermogen van patiënten en cliënten aan te boren en te bevorderen. Professionals zullen dus meer gaan aansturen op coaching van cliënten. Andere deelnemers benoemen dit als de gidsrol van de professional: *“De*

zorgverlener nieuwe stijl is een soort gids, een helper bij het maken van eigen keuzes, die ook bemiddelt tussen kennis en gedrag.” Een andere deelnemer vult aan: “Misschien moeten we ze niet eens meer hulpverleners meer noemen, maar raadgevers.”

10. Spilfunctie (naar andere organisaties, domeinen)

Hoe bepaal je als professional wanneer er hulp nodig is en wanneer niet? *“Je zoekt dus professionals met een centrale spilfunctie die dat kunnen. De gespecialiseerd gezinsverzorgende beroepen zijn verdwenen, maar daar moet weer naar doorontwikkeld worden.”* Er is nu al een trend naar één gezin, één aanpak. *Niet de professionals hebben de regie, maar het gezin zelf. En als ze dat niet zelf kunnen / willen dan kunnen ze zelf bepalen wie dat moet kunnen doen.* De deelnemers zien deze functie van bemiddelaar als de belangrijkste verandering die in de interacties tussen burgers en professionals moet plaatsvinden, maar dan wel vanuit de regievoering van burgers. Veel verschillende termen zijn gebruikt om deze professional te typeren: advocaat, ondersteuner, spil, motiveerder, coach, gids, raadgever, casemanager, poortwachter en verbindingsofficier: *“Er is behoefte aan een aardig mens die met je meedenkt, zonder direct met een zorgaanbod te komen.”*

11. Denk vanuit levensdomeinen

De gidsrol van de professional vraagt om nog een nieuwe competentie: de professional moet naar het hele leven van de zorgvrager kijken. Het gaat om het vermogen om met mensen te werken vanuit een analyse van de verschillende levensterreinen. Een deelnemer benadrukt dat het niet gaat om andere kennis, maar om andere competenties als samenwerken: *“Toen ik ooit begon was het de gewoonte dat je op huisbezoek ging, waardoor je veel informatie krijgt. Niet dat ik daar naar terug wil. Maar je moet veel meer werken in een team met verschillende tools, met verschillende organisaties.”* Een deelnemer vindt het werken met het ‘balansmodel’ een goede werkwijze die gepromoot moet worden: *‘Dan kun je ingaan op de eigen kracht en op de ondersteuning door de omgeving.’* In een andere groep werd hierover gezegd dat patiënt en professionals moeten kijken naar het doel dat ze gezamenlijk opstellen en niet alleen naar het medische doel: *“het gaat om het maken en volgen van een plan voor het doel waar je naar toe werkt.”*

12. Coördineren en samenwerken

Om dit te kunnen doen is meer coördinatie nodig en samenwerking met andere disciplines: *“Je moet veel integrale zorg ontwikkelen, dus de samenwerking tussen verschillende disciplines wordt steeds belangrijker.”* Dit vraagt om een interdisciplinaire aanpak: *“Wat is de rol van professionals in het toekomstbeeld? Ze hoeven niet alles te weten van gezondheid, maar professionals moeten werken op het snijvlak van gezondheid en welzijn.”*

13. Over schotten heen stappen

De nieuwe benadering betekent ook over de schotten heen kunnen kijken en over de systemen van extramuraal en intramuraal heen kunnen stappen: *“Het netwerk van zorgverleners moet elkaar kunnen vinden en waarderen op expertise en geen schotten opwerpen in het contact met de patiënt.”*

14. Opbrengstgericht werken

In de groepen wordt aangegeven dat we nog heel weinig weten wat anders omgaan met ziekte en gezondheid uiteindelijk oplevert. Hier ligt een taak voor de professionals, want die zullen meer zelf gaan monitoren en bijhouden. De professional zal gaan kijken naar gezondheidswinst in brede zin: een beter kwaliteit van leven. *“We zullen veel moeten gaan meten, waar werkt het.”* Een ander vult aan: *“Maak een ‘plaatje’ van buurt, de GGD maakt plaatjes van de buurt (over gezondheid), maar ook een plaatje maken van de welzijnsproblematiek of multiproblematiek. Welzijn en gezondheid niet scheiden, maar in één plaatje samenbrengen. Dat gebeurt nu nog onvoldoende.”*

4.3 Ingrediënten voor innovatie opleidingen

De opleidingen zullen in de toekomst goed moeten aansluiten bij de veranderende praktijk van het zorgdomein. Maar omgekeerd, zo geven de deelnemers aan, zullen anders opgeleide mensen ook weer anders in de praktijk staan. Het lijkt een kip-ei situatie waar niemand helemaal uit komt. Toch zijn er in de focusgroepen zeer praktische handvatten gegeven voor het anders vormgeven van de opleidingen. Ook is er veel eensgezindheid over de noodzaak van innovatie van de opleidingen. De deelnemers hebben stilgestaan bij de vraag wat in de opleidingen nodig is om de gewenste omslag te realiseren.

Er is in de toekomst veel vraag naar keuzebegeleiders, mensen die kunnen gidsen, communiceren, die de vertaalslag van exacte kennis naar bruikbare kennis voor de patiënt kunnen maken. Zorgverlenende beroepen moeten veel ondersteunender beroepen worden. Een goede mogelijkheid vinden de deelnemers om aan ‘de voorkant’ een professional neer te zetten met een hoge opleiding: *“iemand die heel veel in het rugzakje heeft”*. De deelnemers verwachten niet dat er in de toekomst één type generalistische zorgverlener komt. Het zal per wijk en per doelgroep heel erg wisselen hoe een professional te werk gaat: *“Je hebt eigenlijk een maatwerkgeneralist nodig”*.

Daarnaast blijft er de behoefte aan specialisten aan ‘de achterkant’, professionals die veel specialistische kennis en / of technische vaardigheden hebben: *“Mensen met spinnenangst of pleinfobie zullen er altijd zijn, dus je kunt niet zonder specialistische zorg”*.

In deze paragraaf noemen we twaalf belangrijkste ingrediënten voor het innoveren van de opleidingen.

1 De waarde van zorg

Al eerder kwam aan de orde dat zorgprofessionals onderling en zorgprofessionals en welzijnsprofessionals veel van elkaar kunnen en moeten leren. Maar de deelnemers hebben wel de ervaring dat dit niet vanzelf gaat. *“Als je bij elkaar gaat zitten, dan is mijn ervaring dat je 70% van de tijd kwijt bent met elkaar vertellen dat je zo anders bent”*. Een mogelijkheid om deze impasse te doorbreken is om de zorgvrager echt centraal te stellen. Als je vanuit dat perspectief werkt, dan moet je als professional weten wat andere professionals kunnen (leveren) en hoe je daarbij kunt samenwerken zonder in domeinstrijd terecht te komen. Dat kan worden doorbroken door middel van multidisciplinair onderwijs. Een ander voegt toe: *De waarden die ten grondslag liggen aan een nieuw zorgsysteem moeten worden besproken en geproblematiseerd in de opleidingen. Het gaat immers alleen werken als mensen geloven in die waarden.”*

2 Dichtbij de burger

Het concept van de eigen regie is dat je zo veel mogelijk in handen geeft van de burger. De primaire preventie moet er voor zorgen dat we de burger zo lang mogelijk uit het systeem houden. Het zal op kleine schaal moeten gebeuren, via educatie door de beroepsgroepen gericht op individuen: *“Wij kennen u en hebben een zorgschil om u heen.”* Of: *“Aan het begin van een opleiding kan een student nog een goed gesprek voeren met een patiënt. Aan het einde van de opleiding kan hij alleen nog maar een anamnese afnemen”*. Dit komt doordat in de opleidingen weinig aandacht is voor complexiteit en het omgaan met onzekerheden, terwijl gedurende de opleiding steeds duidelijker wordt dat deze onzekerheden er zijn en dat zaken in de praktijk complexer zijn dan in het onderwijs naar voren is gekomen. In de opleidingen is er voor het aanboren van het oplossend vermogen van burgers nog veel te weinig aandacht en er is nog steeds een sterke neiging tot medicaliseren van allerhande vraagstukken. *Eigenlijk moet je als maatschappelijk werker terug naar de kern van ons vak: eerst kijken naar kracht van de burger en zijn systeem. Waar nodig ondersteuning bieden, maar mensen vooral zelf verder laten leven.*

3 Een nieuwe taal

Andere aanknopingspunten om met elkaar in gesprek te gaan zijn het ontwikkelen van een nieuwe (eenheid van) taal: wat verstaan we onder zelfzorg, en regie, en praten over de vraag wat bijvoorbeeld e-health zou kunnen bijdragen. Ook hier benadrukken de deelnemers dat professionals het niet alleen kunnen: het (financierings)systeem van de zorg moet professionals wel daadwerkelijk ruimte bieden om een nieuwe invulling te geven.

4 Leidt multidisciplinair op

Hoe helpen beroepen en opleidingen daar bij? Moeten we nu specialistisch opleiden of generalistisch? Het moet niet of of zijn. We hebben generalisten en specialisten nodig, want soms zijn er hele specialistische vraagstukken. Een belemmering is dat de specialist een hogere status heeft, *du misschien moeten we dat wel omkeren, dat juist de generalist meer regie krijgt en meer status.*

5 Werkvloer innoveren

De deelnemers benadrukken dat je er niet bent als je het werken vanuit het nieuwe concept van gezondheid een stevige plaats geeft in de opleidingen. *“Je kunt in schoolgebouwen wel iets uitleggen en instructie geven, maar de professionele socialisatie vindt plaats in instellingen en in teams. Toekomstig professionals nemen direct de rol over van professionals. Je moet dus ook op de werkvloer werken.”* Stages in de zorg moeten ook veel meer een co-creatie zijn tussen de opleidingen en de werkvloer: alleen dan zorg je ervoor dat je echt in dezelfde richting opleidt.

6 De praktijk in de les

Over de relatie met de praktijk: *“De universiteiten nemen honderden studenten aan, maar er is geen relatie met de praktijk.”* Een deelnemer vertelt: *In onze organisatie hebben we ook gekeken naar hoeveel mensen geen beroeps-relevantie opleiding hebben, maar die echt gegroeid zijn in de baan. Deze mensen willen we extra opleiden, maar niet in 3 of 4 jaar. We hebben nu een opleiding gestart: het onderwijs wordt door onze mensen en die van een onderwijsinstelling gegeven.* Volgens de deelnemers zijn er meerdere mooie vormen waarin de zorg samenwerkt met het onderwijs. *“Er zijn meerdere mooie voorbeelden, de relatie is hierbij zo nauw dat beiden het gevoel hebben dat ze samen het onderwijs maken. Utrecht Share opleiding, Eindhoven School voor de zorgsector, de Supportopleiding bij Esdégé-Reigersdaal.”* Een andere deelnemer zegt dat het belangrijk wordt om meer over de maatschappij te leren: *Studenten zouden veel meer zicht moeten krijgen op hoe de maatschappij draait en hoe mensen daarbij te steunen. Dus minder sec specialistische kennis en meer ethische en sociologische kennis.*

7 Innoveer / train de opleider

Een deelnemer vertelt dat ze bij de sociale opleidingen op de hogeschool merken dat het veld vraagt om sociaal werk in brede zin: een generalist. Maar: *“Je zit met opleiders die dat nu nog niet kunnen denken.”* En: de (toekomstig) studenten moeten ook de meerwaarde zien van ‘integraal sociaal werken’. Als studenten er in geloven, dan veranderen de opleidingen ook van binnenuit. Deelnemers praten in het kader van nodige interacties over de

noodzaak van het interdisciplinaire denken. De gezondheidszorg moet ook terugkomen in het onderwijs. Een deelnemer stelt dat dit al moet beginnen bij de Pabo opleidingen. De vraag is wel wie dat moet gaan aansturen. *De deskundigheid die nu in gezondheidszorg zit, moet ook in het onderwijs ingeplugd worden. Dit moet een structureel onderdeel worden van het curriculum*, zo geeft een deelnemer aan. In het onderwijs kan men meer inzetten op competenties van goed burgerschap. Het interdisciplinaire denken moet ook groeien in de gezondheidszorg zelf, zo stellen andere deelnemers. (27)

8 Ruimte voor docenten

“In de opleiding hoor je dat docenten zeggen dat ze hun ruimte kwijt zijn om les te geven; het zijn allemaal vastgelegde targets. Je moet voorzichtig zijn met targets.” In de opleidingen moet aandacht zijn voor wat de zorgvrager wil en dat moet voor alle zorgverleners gelden. Het gaat om de vraag: *waar kan ik u mee helpen?* Een andere deelnemer zegt: *Daar ligt ook een politieke verantwoordelijkheid. Als de politiek zegt ‘wij vinden participatie heel belangrijk’ en dit tegelijkertijd niet mogelijk maakt door een overkill aan regelgeving en administratieve lasten, dan klopt er iets niet. Er is voor scholen gigantische veel regelgeving.*

9 Een leven lang leren

Van pas afgestudeerden kun je niet verwachten dat hij/zij het hele beroep(enveld) overzien. Er is winst te behalen voor opleidingen door een veel actiever alumnibeleid te voeren. *“Aan oud studenten die nu werkzaam zijn kun je vragen om een workshop te geven in de opleiding, maar ook om weer nieuwe vragen achter te laten waarover studenten en onderzoekers zich kunnen buigen. Dat is ook een invulling van leven lang leren.”* Een andere vorm van leven lang leren is (verplichte) terugkomdagen, bijvoorbeeld voor huisartsen (huisartsopleiders hebben deze verplichte dagen, maar huisartsen zelf niet). Een andere deelnemer noemt het leven lang leren: *“Ik zou zeggen, geef mensen een basisopleiding en laat ze dan specialiseren. Mensen moeten hun leven lang bijleren, ook nu eigenlijk al.”*

10 Opleidingen schrappen

Gezondheidszorg en welzijn groeien steeds meer naar elkaar toe, het is in de samenleving een kunstmatige scheiding. Zorg en welzijn zullen in de opleidingen in elkaar gaan overvloeien. *“Dit betekent harde noten kraken, er zullen opleidingen verdwijnen, de financieringsstructuur moet veranderen en we moeten goed kunnen aangeven waar de winst ligt.”* In de nieuwe visie gaan er beroepen en opleidingen verdwijnen. Straks is en bijvoorbeeld nog maar één opleiding tot social worker nodig (met enkele specialismen).

11 Meer aandacht voor voorkómen

Artsen krijgen in Nederland betaald om te behandelen. Ziekenhuisopleidingen hebben een hoge status. *“Maar professionals moet je niet meer leren om te behandelen maar om te voorkomen.”* Daar moet in het opleidingssysteem, in het financieringssysteem en aan het begin van het leven aandacht voor komen. *“We zouden kunnen meeliften met de aandacht voor community-denken in de ziekenhuiswereld”.*

12 Gebruik ervaringskennis in de opleiding

Patiëntenorganisaties zouden voor opleidingen een belangrijke bron van informatie moeten zijn. Daar is immers veel deskundigheid, vooral als het gaat over de impact van een aandoening op het gehele welzijn van een patiënt, maar ook over zelfzorg. *“Het zou fantastisch zijn om met enige regelmaat mensen uit de praktijk en ervaringsdeskundigen laten vertellen binnen het reguliere onderwijs.”*

4.4 Burgerschapscompetenties in het onderwijs

De deelnemers geven aan dat burgers al vroeg moeten worden opgeleid in het anders omgaan met ziekte en gezondheid. Dit zou dan onder de burgerschapscompetenties van het onderwijs kunnen vallen, zo zegt een deelnemer. Zo kunnen kinderen al vroeg in aanraking komen met zelfredzaamheid en eigen regie. Breed gedeeld is de constatering dat basis en voortgezet onderwijs een grote rol kunnen spelen: *“In biologieles zou meer aandacht moeten worden besteed aan het functioneren van het menselijk lichaam en gezondheid in interactie met stoffen. Mensen weten te weinig.”* Een ander vult aan: *“We moeten al beginnen in het basisonderwijs. Als kinderen daar iets over chemische stoffen en eetpatronen leren, kunnen ze hun ouders over tien, twintig jaar bijstaan.”*

De deelnemers zien dit ook wel als een lastige taak. *“Het onderwijs zou zich al minder moeten richten op individuele competenties en meer op wat individuen kunnen betekenen in de breedte van de maatschappij”*, zo stelt een deelnemer. *“Wordt gekeken naar preventie dan is het ook van belang ‘de jeugd van nu’ bewust te maken van sport”*, zo valt een andere deelnemer bij. Ook de sociale stage op school, bijvoorbeeld een zorgstage, wordt als een positieve ontwikkeling binnen het onderwijs benoemd. Verder zou het volgens een deelnemer goed zijn wanneer het onderwijs meer een rol zou spelen bij het ontwikkelen van burgerschap. *“Kinderen van 16 of 17 jaar hebben nog geen idee wat hun rol zou kunnen zijn in de samenleving. Echt praten met elkaar hoe de samenleving in elkaar zit en vragen ‘wat kan jouw rol daarin zijn?’ zou goed zijn en daar zou het Voortgezet Onderwijs meer een rol in kunnen hebben.”*

Ook als het gaat om preventie en voorzorg moet je beginnen bij jonge kinderen. Daar is nog veel te winnen en een eventuele ongezonde leefstijl is daar nog niet ingesleten. Daar kun je dus winst boeken. Concreet zouden kinderen bijvoorbeeld op de basisschool al moeten leren hoe ze fysiek en mentaal in balans kunnen blijven. Het gaat om ander gedrag aanleren en daar al heel vroeg mee beginnen: *“We moeten nu beginnen om onze kinderen ook in het gedachtegoed op te leiden dat je verantwoordelijk bent voor je eigen gezondheid, maar ook voor je sociale omgeving. Hiervoor moet snel aandacht komen in alle onderwijsdomeinen: in het basisonderwijs, maar ook in de (zorg)opleidingen.”*

5 *Samenvatting en conclusies*

5.1 *Het meedenken samengevat*

Het Verwey-Jonker Instituut organiseerde in het najaar van 2013 28 focusgroepen van meedenkers die zich gingen buigen over ‘Zorg voor gezondheid in 2030’. Dit gebeurde in opdracht van de Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen van het Zorginstituut Nederland (vh College voor Zorgverzekeringen). Dit verslag van de inbreng van de meedenkers is een van de bouwstenen voor een advies van deze commissie over de gewenste ontwikkeling van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg (zie <http://www.zinl.nl>).

In totaal namen 277 personen aan de focusgroepen deel, afkomstig uit alle geledingen van de gezondheidszorg: zorgvragers, professionals, bestuurders, beleidsmakers, onderzoekers en opleiders. Het doel van de focusgroepbijeenkomsten was om de visie van deze belanghebbenden over de toekomstige zorg voor gezondheid in beeld te brengen en te analyseren. In dit rapport doen wij verslag van deze analyse en laten we de meedenkers aan het woord.

In het eerste hoofdstuk staat de reactie van de meedenkers op het nieuwe concept van gezondheid van Huber et al. (2011) centraal. Dit concept beschrijft gezondheid niet als een statische situatie van gezond en ziek zijn, zoals de oude WHO-definitie, maar gaat uit van functioneren, veerkracht en zelfregie in het omgaan met (chronische) ziekten. De omschrijving luidt:

‘Gezondheid is het vermogen van mensen zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. Gezond zijn betekent zich kunnen aanpassen aan verstoringen, veerkracht hebben, een balans weten te handhaven of te hervinden zowel lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk’ (Huber et al., 2011).

De deelnemers stemmen in met deze verschuiving in het denken over gezondheid; ze onderschrijven het belang van een omslag van de focus op ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag. Ze herkennen ook dat het nieuwe concept al aarzelend een plek krijgt in zorginnovatie. Deelnemers uit de ggz, de

eerstelijnsgezondheidszorg en/of het aanpalende sociale of jeugddomein zeggen dat hun sector het concept van gezondheid van Huber et al. al gebruikt als kader.

Wel plaatsen de deelnemers enkele serieuze kanttekeningen bij het nieuwe concept. Een daarvan is dat je niet van alle burgers de competenties kunt verwachten die voor veerkracht en eigen regie nodig zijn. Een andere kanttekening is dat een tweedeling in de maatschappij dreigt: het nieuwe concept kan het solidariteitsbeginsel in de (financiering van de) gezondheidszorg beïnvloeden. De verantwoordelijke burgers met een gezonde leefstijl willen mogelijk niet meer meebetalen aan zorgverlening die nodig is door de ongezonde keuzes van andere burgers. Deze kanttekeningen maken duidelijk welke onderdelen van het concept om een nadere doordenking vragen.

Wat moet de burger doen of laten en welke functie vervullen netwerken van burgers bij het voeren van eigen regie?

De deelnemers aan de focusgroepbijeenkomsten gebruiken zowel hun persoonlijke als hun professionele ervaring bij het nadenken over hoe burgers en hun netwerken in de toekomst idealiter kunnen functioneren. Zeven thema's hebben we gedestilleerd uit de inbreng van de meedenkers: 'eigenaarschap', investeren in netwerken, nieuwe (ver)houdingen, vrijwillige inzet, opvoeding, een leven lang leren, netwerken die niemand uitsluiten en de georganiseerde burger.

Het 'eigenaarschap' vloeit voort uit het nieuwe concept van gezondheid: de burger is de regisseur van de omgang met de eigen gezondheid. Veel deelnemers verwachten dat burgers - kwetsbaren uitgezonderd - meer verantwoordelijkheid voor hun gezondheid zullen gaan nemen. Hierbij is investeren in je eigen netwerken van steeds groter belang. Dit hoeven niet altijd fysieke netwerken in buurten te zijn: digitale communicatie biedt volop mogelijkheden. De deelnemers wijzen erop dat een toenemende afhankelijkheid van burgers onderling nodig is; burgers moeten op elkaar kunnen en durven vertrouwen. Hiermee hangt samen dat burgers moeten kunnen vragen om hulp, een vaardigheid die in onze samenleving, waar iedereen is opgegroeid met onafhankelijkheid en zelfstandigheid, niet zo makkelijk is. Toch zien veel deelnemers aanwijzingen dat burgers zich vrijwillig (willen) inzetten voor anderen in de eigen leefomgeving, ook als zij zelf kampen met (gezondheids)problemen. Deelnemers zien daarnaast dat jongeren - wellicht meer dan volwassenen - als vanzelfsprekend hulp geven én vragen in hun sociale omgeving. Het is belangrijk om in opvoedingspraktijken kinderen en jeugdigen voor te bereiden op de verwachting dat zij zelfredzaam zijn en goed voor zichzelf kunnen zorgen. Ook voor volwassenen en ouderen is blijvend leren van belang, zeker omdat we langer gaan doorwerken. Mensen met ernstige

chronische beperkingen, bijvoorbeeld ggz-cliënten en mensen met een verstandelijke beperking, zouden niet moeten samenvallen met hun aandoe-ning; we moeten toe naar netwerken die ook voor hen openstaan. Deze mensen krijgen nu weinig kansen om met hun mogelijkheden actief te zijn.

Het laatste belangrijke thema is de noodzaak voor de burgers om zich te organiseren. Dat is volgens de meedenkers hard nodig om te voorkomen dat het 'systeem' - overheid, zorgverzekeraar, en zorgaanbieders - beslist over 'de burger'.

Welke veranderingen zijn nodig in ons stelsel van gezondheidszorg?

In de eerste plaats zal er in de (nabije) toekomst meer behoefte zijn aan horizontale verhoudingen. De traditionele hiërarchische verhouding tussen arts en zorgvrager dient plaats te maken voor gelijkwaardigheid. Burgers dragen verantwoordelijkheid voor hun gezondheid en de zorgprofessionals krijgen een ondersteunende rol. De nieuwe definitie van gezondheid legt de regie en het 'eigenaarschap' stevig in handen van de zorgvrager. De meeste deelnemers aan de focusgroepen denken dat burgers/ zorgvragers uitstekend in staat zijn om die eigen regie te voeren. Een aangepast zorgstelsel vraagt om minder hiërarchie, serieus gebruik van ervaringsdeskundigheid, empowerment van de zorgvrager, rekening houden met minder mondige burgers, en transparantie in de informatievoorziening; burgers moeten goed geïnformeerde keuzes kunnen maken.

Hiermee zijn we bij de tweede verandering die moet plaatsvinden. Burgers en hun verbanden gaan meer zelf doen en treden in dialoog met de professional. Deze moet veel eerder het informele netwerkwerk (durven) aanspreken. Voor de professional betekenen deze veranderingen een andere invulling van het werk. Een zeer flexibele houding die gericht is op de capaciteit en de behoefte van de zorgvrager is noodzakelijk. De regie bij de burger vraagt verder om een professional die naast de zorgvrager gaat staan en met hem/haar meekijkt naar wat nodig is. De professional moet ook als verbinder fungeren als een zorgvrager veel verschillende soorten ondersteuning nodig heeft. Soms is snel ingrijpen vereist, terwijl in een ander geval juist 'niets doen' de oplossing kan zijn. Dit betekent flexibel en faciliterend werken en dat vraagt om handelingsruimte voor de professional. Zeker bij het ondersteunen van nieuwe netwerken van burgers moeten we oppassen voor nieuwe vormen van protocollering.

De ontwikkeling naar een breed netwerk van zorg, ondersteuning en dienstverlening is de derde verandering. Deze ontwikkeling vraagt om oog voor diversiteit (dus niet meer 'one size fits all'), kleinschaligheid in buurt of wijk, en een integrale benadering van de zorgvrager. Volgens de deelnemers zal de zorg er in 2030 heel anders uitzien. De ziekenhuizen zoals we ze

kennen, zijn verdwenen. Wel zijn er werkplaatsen waarin standaardoperaties snel en efficiënt uitvoerbaar zijn. Daarnaast zijn er superspecialisten en natuurlijk de eigen netwerken van mensen. De deelnemers verwachten dat er een breed netwerk ontstaat van zorg, ondersteuning en dienstverlening. Dit kenmerkt zich door kleinschaligheid en laagdrempelige zorg in de wijk. Onontbeerlijke onderdelen hiervan zijn een centraal contactpunt voor burgers in de wijk, samenwerking tussen de eerste en tweede lijn, en samenwonen in kleine woongemeenschappen waarvoor ook de woningbouw moet veranderen. Die kleinschaligheid heeft mede invloed op de ontschotting van de zorg. Hierdoor kunnen professionals integraal werken: ze kunnen op alle levensstadiën ondersteunen. Als doorverwijzing noodzakelijk is, gebeurt dit via probleemgestuurde samenwerking die heel flexibel en vloeiend, en vooral niet geïnstitutionaliseerd is. Verder wordt in dit scenario hard gewerkt aan voor- en preventie door het bevorderen van een gezonde leefstijl. Tot slot moet de rol van gemeenten faciliterend zijn: zij kunnen partijen bij elkaar brengen, regelgeving terugdringen, mantelzorgers en vrijwilligers ondersteunen en kleinschalige initiatieven faciliteren.

Voor het inrichten van een nieuw zorgstelsel gelden enkele randvoorwaarden. In bijna alle focusgroepen is de bestaande financieringsstructuur in de zorg als knelpunt aangewezen: de financiële prikkels liggen voor zowel professionals als burgers verkeerd. We moeten toe naar een financieringssysteem dat gezondheidswinst financiert en niet de prestaties (lees behandelingen) van artsen en ziekenhuizen. Ook is er behoefte aan meer experimenteerruimte. Op dit moment zijn op veel plaatsen innovatieprojecten in de zorg gaande. Meerdere deelnemers kaarten aan dat de huidige regelgeving beperkend is voor het uitproberen van nieuwe vormen van zorg en ondersteuning, terwijl echte experimenteerruimte of scharrelruimte nodig is. Veel deelnemers vinden tot slot dat er meer te winnen is met het doorontwikkelen van technologie. Technologie kan de zorgvrager mondiger maken en ervoor zorgen dat mensen langer thuis wonen. Het gaat bij technologie niet alleen om technische hulpmiddelen, maar ook om het creëren van communities. Ook in het contact tussen burger en professional vervult technologie een belangrijke rol. Al zal techniek, aldus de deelnemers, altijd een hulpmiddel blijven en kan deze nooit helemaal de plaats innemen van intermenselijk contact.

Wat zijn bouwstenen voor beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg?

Uit de focusgroepen komen de volgende aandachtspunten naar voren:

Sturen op verandering

Het gaat om een langdurig proces om de verandering van eigen regie en participatie van burgers te realiseren. Wie moet daarin sturen en waarop? De deelnemers wijzen hierbij vooral naar de landelijke overheid. Die moet een langetermijnvisie ontwikkelen en daarop doortastend koersen. Daarbij horen laagdrempelig contact met burgers en educatie om het burgers gemakkelijker te maken om een netwerk te ontplooien en te behouden.

De ‘nieuwe’ deskundigheid van zorgprofessionals

Welke houding, vaardigheden en kennis hebben professionals nodig om de burger centraal te stellen? In de bestaande beroepen moet veel veranderen: zo moeten professionals veel meer aansluiten bij de behoeften van burgers, denkend vanuit de nieuwe definitie van gezondheid. De deskundigheden van de toekomstige professional bestaan uit drie onderdelen: houding, kennis en vaardigheden. Bij de houding gaat het als eerste om oprechte aandacht voor de burger door goed te luisteren naar diens vraag. Het contact tussen de coachende professional en de burger moet het karakter krijgen van een dialoog die leidt tot maatwerk. En van belang is dat de professional het eigenaarschap niet van burgers overneemt, maar hen op weg helpt. De professional kan samen met de zorgvrager kennis ontwikkelen, structureren en begrenzen, de weg naar kennis vinden en ethische kennis aanboren. Vaardigheden zijn onder andere het vervullen van een gidsrol, over schotten heen stappen, samenwerken, denken vanuit levensdomeinen, en opbrengstgericht werken.

Innovatie van opleidingen

Hoe kunnen opleidingen goed aansluiten bij de veranderende zorgpraktijk? We hebben in de discussies in de focusgroepen twaalf ingrediënten gevonden voor het innoveren van de opleidingen. Zo is het belangrijk om multidisciplinair op te leiden en een nieuwe gemeenschappelijke taal te ontwikkelen. Ook moet de praktijk de opleiding in. Andere ingrediënten zijn ruimte creëren voor de docenten, gebruik van ervaringsdeskundigheid in de opleidingen, aandacht voor voorkómen en een leven lang leren.

De rol van educatie

Preventie en voorzorg begint bij jonge kinderen. Daar is nog veel te winnen en een eventuele ongezonde leefstijl is daar nog niet ingesleten. Kinderen kunnen op de basisschool al leren hoe ze fysiek en mentaal in balans blijven.

5.2 *Paradigmawisseling*

De focusgroepbijeenkomsten leiden tot drie hoofdconclusies:

1 Overeenstemming over de noodzaak van een paradigmawisseling

Door de overeenkomsten tussen de meedenkers uit alle hoeken van de gezondheidszorg kunnen we concluderen dat we midden in een paradigmawisseling van ons zorgstelsel zitten. In alle focusgroepen kan het nieuwe concept van gezondheid op veel herkenning en instemming rekenen. De meedenkers omarmen deze nieuwe benadering. We zien een zeer brede consensus over de wenselijkheid van de omslag naar gezondheid en gedrag waarbij de burger en zijn netwerken centraal staan.

2 Breed draagvlak voorbij het organisatiebelang

De tweede conclusie is dat in de visie van de meedenkers de paradigmawisseling vraagt om ingrijpende veranderingen van veel onderdelen van het zorgstelsel. We constateren een bereidheid bij veel deelnemers om voorbij hun beroeps- en organisatiebelang te denken. De eerstelijnszorg en de ggz hebben al concrete stappen gezet om het nieuwe concept handen en voeten te geven, vooral door de regie bij de burger en zijn netwerken te leggen.

3 Deskundigheid centraal in het nieuwe zorgstelsel

Brede overeenstemming is er ook over het kernpunt van de omslag. Wat is nodig aan deskundigheid bij burgers en professionals om de paradigmawisseling uit te werken? Het gaat niet over nieuwe of andere beroepen, maar over de ontbrekende elementen voor een heel andere manier van werken in de gezondheidszorg.

5.3 *De resultaten van het meedenken*

Naast de drie hoofdconclusies leveren de focusgroepbijeenkomsten een aantal belangrijke inzichten op, die we hieronder presenteren.

Het primaat bij de burger

De opbrengst van de focusgroepen toont dat er bereidheid is om vanuit een grotere context te kijken naar het ondersteunen van gezond gedrag van burgers en het omgaan met beperkingen. Zoals gezegd is er veel instemming bij de deelnemers over het belang van de eigen regie van burgers, en consensus over de noodzaak van de inbreng van de ervaring van zorgvragers. De nieuwe benadering houdt meer rekening met hoe mensen hun gezondheid ervaren. Dat is belangrijk, want de ervaring bepaalt de kwaliteit van leven.

Andere invulling van het zorgstelsel

Ook is er veel ongezigzindheid over waar het in de zorg naartoe gaat. De zorg, ondersteuning en dienstverlening van de toekomst zal zich concentreren rond netwerken van burgers. Het onderscheid tussen care en cure, zorg en welzijn, professionele zorg en informele zorg vervaagt. Tegelijkertijd zien de deelnemers in dat de cure - al dan niet in mobiele ziekenhuizen - altijd nodig zal blijven.

De relatie van de burger met de professional is de as in de verandering van het zorgstelsel

Veel deelnemers zien de professional als een veranderingsagent. Er ontwikkelt zich (nu al) een nieuwe relatie, vooral door de praktijk van 'informed shared decision making'. Een nieuw type professionaliteit is nodig, zowel in houding en kennis als in vaardigheden. Bij de houding gaat het als eerste om oprechte aandacht voor de zorgvrager door goed te luisteren naar wat de burger wil. Verder kan de interactie tussen de coachende professional en de burger het karakter krijgen van een dialoog die leidt tot maatwerk. En van belang is dat de professional het eigenaarschap niet van burgers overneemt, maar hen op weg helpt. Samen met de zorgvrager kennis ontwikkelen, structureren en begrenzen, en de weg weten naar kennis, zijn belangrijke onderdelen. Vaardigheden zijn onder andere het vervullen van een gidsrol, over schotten heenstappen, samenwerken, denken vanuit levensdomeinen, en opbrengstgericht kunnen werken.

Randvoorwaarden

Voor een dergelijk systeem van de toekomst gelden enkele randvoorwaarden: een andere financieringsstructuur, minder bureaucratie en regeldrift en een verder gebruik en doorontwikkeling van technologie, zowel door burgers als professionals.

Het democratisch tekort

Het is hard nodig dat er een collectief van burgers komt dat effectief kan omgaan en onderhandelen met de wereld van sturende partijen in de zorg: de overheid, zorgverzekeraar, en zorgaanbieders. In het sturen wordt beslist over 'de burger'; het ontbreken van een vorm van belangenbehartiging is een reëel probleem. Instellingen, verzekeraars en gemeenten hebben nog geen partner die het burgerperspectief vertegenwoordigt. Burgers moeten zich organiseren om het democratisch tekort op te heffen.

Dé burger bestaat niet

De deelnemers omarmen het nieuwe begrip van gezondheid, maar ze plaatsen ook kanttekeningen. Zo kunnen niet alle burgers (in dezelfde mate) regie voeren over het eigen leven. Competenties van burgers verschillen, evenals hun deelname aan netwerken.

Tweedeling in de zorg

In de focusgroepen komt ook een aantal dilemma's naar voren, over het ontstaan van een mogelijke tweedeling in de zorg, de keuzevrijheid en toegankelijkheid en de rol van de overheid daarbij. Deelnemers waarschuwen voor het ontstaan van een tweedeling tussen burgers die wel mee kunnen komen in een nieuw systeem dat georganiseerd wordt rond de burger, en degenen die dat niet kunnen. Betekent dit dat deze laatste groep meer gefaciliteerd en ondersteund moet worden, en zo ja door wie dan? Ligt hier een rol voor de overheid en hoe voorkomen we dat dit niet juist de tweedeling bevordert (namelijk mensen die wel en mensen die geen ondersteuning krijgen van de overheid). Iedereen is het erover eens dat de keuzevrijheid en de toegankelijkheid in de zorg gehandhaafd moeten blijven. Maar blijft er nog voldoende keuzevrijheid over als de zorgverzekeraars meer bepalen in de toekomst? Kan dit gaan betekenen dat keuzevrijheid alleen nog mogelijk is voor mensen die er meer voor willen betalen? Ook hier lijkt een rol weggelegd voor de overheid om keuzevrijheid en toegankelijkheid te waarborgen. Anderen zien meer in een faciliterende rol van de overheid.

Solidariteit onder druk door eigen verantwoordelijkheid

De deelnemers vrezen voor een nieuwe onderklasse wanneer geen rekening wordt gehouden met diversiteit van burgers. Want: verantwoordelijkheid (voor je eigen gezondheid) maakt schuldig. Dit kan daarnaast het solidariteitsbeginsel in de gezondheidszorg(financiering) sterk ondermijnen, zodat zelfredzame, verantwoordelijke burgers weigeren mee te betalen aan ongezonde keuzes van andere burgers. Dit illustreert dat het concept van zelfredzaamheid, veerkracht en regie over eigen gezondheid een sterk normatief perspectief is, dat sommige groepen burgers beter 'past' dan andere. Het gevolg van de diversiteit onder burgers kan zijn dat de solidariteit in de zorg onder druk komt te staan.

Netwerken van burgers zijn begrensd

De deelnemers hebben ernstige bedenkingen bij de veronderstelling dat het zonder meer mogelijk is dat burgers meer voor elkaar (kunnen) gaan zorgen. Informele netwerken van burgers kennen grenzen aan (veer)kracht. Volgens een groot deel van de deelnemers is de rek eruit, hebben veel mensen geen goed sociaal netwerk, en hebben mensen moeite om andere burgers om hulp te vragen. Aan de andere kant organiseren (jonge) mensen zich al in digitale ondersteuningsnetwerken en komen er steeds meer 'marktplaatsen' voor onderlinge steun en hulp.

Relatie cure en care

De deelnemers zijn het erover eens dat er een verschil is tussen de meer generalistische benadering van de zorgprofessionals enerzijds en de rol van de specialisten in de cure-sector anderzijds. Gezondheid is volgens de deelnemers meer dan het succesvol omgaan met (gezondheids)beperkingen, want vaak moet er een specialist aan het werk. Veelgenoemde voorbeelden zijn eenvoudige ingrepen als knieoperaties. Dit type zorg valt buiten de orde van het nieuwe concept van gezondheid: het gaat eigenlijk om een (snelle) reparatie.

Vernieuw de opleidingen

De opleiding voor zorgprofessionals en specialisten dient goed aan te sluiten bij de veranderende zorgpraktijk. Zo is het belangrijk om multidisciplinair op te leiden en een nieuwe gemeenschappelijke taal te ontwikkelen, moeten de praktijk en ervaringsdeskundigheid de opleiding in, en hebben docenten ruimte nodig in plaats van vastgestelde targets.

Bijlage 1 Focusgroepen Zorg voor Gezondheid

Datum	Groep
Maandag 9 september	Opleidingen
Maandag 9 september	UMC's / Ziekenhuizen
Maandag 9 september	UMC's / Ziekenhuizen
Dinsdag 10 september	Leven Lang Leren (nascholing)
Dinsdag 10 september	Toezicht
Woensdag 11 september	Pharmacie
Maandag 16 september	Broedplaats Friesland
Woensdag 18 september	Gemeentelijke Gezondheidsdiensten
Woensdag 25 september	Zorgondernemers
Donderdag 26 september	Beroepsbeoefenaren GGZ
Donderdag 26 september	Maatschappelijk werk
Donderdag 3 oktober	Fysiotherapie
Donderdag 3 oktober	Verpleging / verzorging
Dinsdag 8 oktober	Verloskunde
Donderdag 10 oktober	1e lijns gezondheidszorg
Donderdag 10 oktober	Medisch Specialisten
Dinsdag 29 oktober	Kennis en onderzoek
Donderdag 31 oktober	Mondzorg
Vrijdag 1 november	Patienten
Maandag 4 november	Organisaties van Beroepsbeoefenaren
Maandag 4 november	Patienten
Dinsdag 5 november	Patienten
Dinsdag 5 november	Ministerie van VWS
Donderdag 7 november	Nederlandse Organisatie Vrijwilligerswerk
Vrijdag 8 november	Broedplaats Amsterdam
Maandag 11 november	Gehandicaptenzorg
Dinsdag 12 november	GGZ instellingen
Woensdag 13 november	Maatschappelijke dienstverlening

Bijlage 2 Voorzitters van de focusgroepbijeenkomsten

De heer Ben Bottema
De heer Hans Boutellier
De heer Clemens Hosman
Mevrouw Kete Kervezee
De heer Jaap Koot
De heer Johan Melse

Bijlage 3 Vergelijking Focusgroepen en Nationale Denktank

De Commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen was in 2013 themapartner van de Nationale DenkTank. De Stichting De Nationale DenkTank wil met vernieuwende ideeën de Nederlandse samenleving verder vooruit helpen. Dat doet ze door jaarlijks een denktank te organiseren bestaande uit 25 jonge, getalenteerde mensen uit verschillende studiedisciplines die zich gezamenlijk buigen over een maatschappelijk vraagstuk. In 2013 was het thema van de DenkTank ‘De zorg voor gezondheid’. De Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen heeft als themapartner de DenkTank de volgende vraag meegegeven:

“Hoe bevorderen we in de Nederlandse gezondheidszorg dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig functioneren, daar verantwoordelijkheid voor nemen en aanspraak maken op de zorg en ondersteuning die maatschappelijke waarde oplevert?”

Deze hoofdvraag werd verdeeld in een aantal subvragen en deze subvragen zijn tevens (in aangepaste vorm) voorgelegd aan de deelnemers van de focusgroepen (de zogenoemde Meedenkers). In deze bijlage vergelijken we de uitkomsten van onze analyse van de focusgroepbijeenkomsten met de visie en resultaten van de Nationale DenkTank en gaan daarbij in op de vraag wat de belangrijkste verschillen en overeenkomsten zijn tussen de Denktank en de Focusgroepen (de Meedenkers).

Methode

De DenkTank is op zoek gegaan naar nieuwe inzichten door in gesprek te gaan met patiënten, zorgverleners en beleidsmakers, door werkbezoeken, studies en eigen enquêtes. De focusgroepmethode is specifiek (een groepsdiscussie over een specifiek onderwerp), maar qua bereik minstens even breed. We hebben gesproken met belanghebbenden en betrokken partijen in de (gezondheids)zorg: patiënten (/burgers/cliënten), professionals, bestuurders, beleidsmakers, verzekeraars, onderzoekers en opleiders. Bovendien zijn deze betrokkenen niet alleen bevraagd in hun rol van professional / patiënt, maar ook in hun rol als burger. Een ander verschil in methode was dat de DenkTank na hun analysefase op zoek ging naar praktische oplossingsrichtingen en deze

ook in tien praktische oplossingen hebben uitgewerkt. In de focusgroepen zijn heel veel oplossingsrichtingen genoemd en concrete praktijkvoorbeeld geschetst, maar de focusgroepen hadden niet tot doel om voorbeelden concreet uit te werken. In de focusgroepen lag de nadruk veel meer op ‘meedenken’ en het peilen van draagvlak voor het nieuwe concept van gezondheid bij de deelnemers.

Doelgroepen

De DenkTank is in de analysefase uitgegaan van vier specifieke doelgroepen: zorgbehoevende jongeren in probleemgezinnen, volwassenen met chronische aandoeningen, kwetsbare ouderen en langdurig psychiatrische patiënten. De Meedenkers gingen, anders dan de DenkTank, niet uit van vier doelgroepen, maar van een toekomstige toenemende zorgvraag bij gelijkblijvend beleid. Impliciet kwamen de bovengenoemde doelgroepen wel aan de orde, want zij zijn tevens de doelgroepen die in 2015, met de transities in het sociale domein, onder de verantwoordelijkheid van de gemeente komen. Deze transities gaan gepaard met een belangrijke transformatie: burgers zullen meer aangesproken worden op hun eigen kracht, zelfregie en organiserend vermogen. Deze transformatie is onderdeel van de grotere beweging van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag.

Nieuw concept van gezondheid

Zowel de DenkTank als de focusgroepen hanteerden het nieuwe concept van gezondheid van M. Huber et al, als vertrekpunt van hun activiteiten. De DenkTank concludeerde dat het huidige zorgsysteem niet is ingericht om bijvoorbeeld mensen met een chronische aandoening optimaal te laten functioneren, waardoor er veel potentieel blijft liggen. Gezondheid zien als ‘veerkracht’ is een belangrijke component om mensen met een beperking zelfstandig te laten functioneren: *“Om beter in te spelen op de ontwikkelingen in de zorgvraag, is het nodig om op een andere manier naar gezondheid te kijken. Veerkracht en de mogelijkheid van zelfmanagement zouden de basis moeten zijn van de definitie van gezondheid. Daarbij gaat het om het vermogen om je aan te passen aan de fysieke, mentale en sociale uitdagingen van het leven”* (Uitgedokterd, eindrapport Nationale DenkTank, p. 17).

De DenkTank formuleerde vier uitgangspunten om de nieuwe visie op gezondheid concreet te maken: gezond gedrag, participatie, zelfregie en uitkomstfinanciering. In de focusgroepen kwamen deze aspecten ook ruim aan de orde, maar steeds als onderdeel van de drie hoofdlijnen die als leidraad van de bijeenkomsten diende:

- Burgers en hun netwerken.
- Kenmerken van een toekomst (zorg)systeem en randvoorwaarden daarvoor.
- (Ondersteunende) rol van de professionals.

Primaat bij de burger

We hebben in dit rapport gezien dat bij de Meedenkers grote eensgezindheid bestaat over het feit dat - vanuit het nieuwe concept van gezondheid - de burger aan zet is. De burger is de regisseur van het eigen leven, en dus ook van de eigen gezondheid. Het eigenaarschap ligt bij de burger. Dit betekent niet dat er geen (zorg)netwerken en professionele zorg en ondersteuning nodig zijn, maar deze sluiten wel veel nauwer aan op de mogelijkheden en wensen van de burger. Dit vraagt om nieuwe verhoudingen tussen burgers onderling, tussen burger en professional, om minder hiërarchie en een serieus (en georganiseerd) gebruik van de (ervarings)kennis van de burger. We zien deze benadering heel duidelijk terug in veel van de concrete oplossingen van de Nationale DenkTank. Uitwerkingen van het bevorderen van interacties tussen burgers zijn bijvoorbeeld de Uit met oud korting en de Praatpaal maakt sociaal normaal. Verder heeft de DenkTank concrete oplossingen bedacht voor eigen regie (de Zelfwijzer, een online systeem om de eigenverwijzingen naar arts of fysiotherapie te regelen), laagdrempelig advies (de Advieswinkel voor praktisch psychisch advies) en het versterken van netwerken (het Samen sterk plan, waarin woon-zorg instellingen samenwerken met basisscholen om zo kinderen en ouderen samen te brengen).

Gevolgen voor ‘het systeem’

Als de regie bij de burger ligt, heeft dat grote gevolgen voor een toekomstig ‘systeem’ van zorg en ondersteuning. De Meedenkers benadrukten dat de zorg, ondersteuning en dienstverlening van de toekomst zich zal concentreren rond brede netwerken van burgers en dat het strikte onderscheid tussen care en cure, zorg en welzijn, professionele zorg en informele zorg gaat verschuiven en meer in elkaar gaat overvloeien. Belangrijke randvoorwaarden om het systeem anders georganiseerd te krijgen is een andere financieringsstructuur gebaseerd op gezondheidswinst (in plaats van op verrichte prestaties) en meer experimenteerruimte. Die behoefte zien we ook verwoord bij de DenkTank, die in de vorm van Health Impact Bonds (HIBs), ruimte vraagt voor investeringen in innovatie en preventie. In de focusgroepen werd ook ingegaan op de vraag of een preventieve houding van burgers zou kunnen worden aangemoedigd door een financiële prikkel in te bouwen. De DenkTank vond hier een

oplossing voor in de vorm van het invoeren van een gedeeltelijke eigen risico. Dit houdt in dat verzekerde en verzekeraar allebei een deel van de eerste zorgkosten betalen. Door de verzekerde langer te laten meebetalen (maar in totaal niet meer dan het huidige eigen risico) blijven burgers zich langer verantwoordelijk voelen voor hun zorggebruik. In de focusgroepen kwam ook aan de orde dat de nieuwe definitie van gezondheid niet alleen betrekking heeft op de domeinen zorg en welzijn, maar ook gevolgen heeft voor bijvoorbeeld wonen, werken en pensionering. De DenkTank pakt dit punt ook op en werkte het uit in de vorm van een getrapt pensioen, dat wil zeggen dat mensen stapsgewijs minder gaan werken. Dat verzacht het shokeffect van een abrupt pensioen en vermindert daaraan gerelateerde gezondheidsklachten.

Andere rol professional

De focusgroepen lieten zien dat een ander concept van gezondheid en de nadruk op eigen regie bij de burger ook een andere houding en een andere manier van werken vraagt van de professional. De nieuwe professional zou meer moeten observeren en ondersteunen en veel minder ingrijpen. De nieuwe professional zou samen met de zorgvrager moeten kijken wat er nodig is en bestaande netwerken weer kunnen herstellen. Een mooie uitwerking van dit idee vinden we bij de DenkTank in de vorm van de Carte Blanche-aanpak in de jeugdzorg. Dit houdt in dat een multiprobleemgezin met één vaste, ervaren hulpverlener werkt, die - indien nodig - fulltime kan worden ingezet (carte blanche dus). Door deze werkwijze kan de hulpverlener de eigen werkzaamheden afstemmen op de vraag en de behoefte van het gezin, waardoor het zelfstandig functioneren van het gezin verbetert en de eigen regie (weer) wordt bevorderd. Een dergelijke werkwijze vraagt ook om andere uitkomstmaten en een andere manier van meten. Hoe meet je of het werkt en of een dergelijke werkwijze inderdaad meer gezondheidswinst oplevert. Dit betekent, volgens de Meedenkers, ook dat professionals meer opbrengstgericht zullen gaan werken: zij zullen meer zelf gaan monitoren en bijhouden. De DenkTank concludeerde dat er in de gezondheidszorg meer naar uitkomstmaten moet worden gekeken. De Denktank werkte dit aspect uit in de vorm van een stappenplan richting meetbare uitkomstindicatoren voor kwaliteit van zorg. Uniforme indicatoren geven inzicht in uitkomsten van zorg en de stappen in het proces die tot goede uitkomsten leiden.

Colofon

Opdrachtever	Zorginstituut Nederland (vh CVZ)
Auteurs	Drs. M. de Gruijter, drs. T. Nederland, dr. M.M.J. Stavenuiter
Omslag	Ontwerppartners, Breda
Uitgave	Verwey-Jonker Instituut Kromme Nieuwegracht 6 3512 HG Utrecht T (030) 230 07 99 E secr@verwey-jonker.nl I www.verwey-jonker.nl

De publicatie kan gedownload en/of besteld worden via onze website:
<http://www.verwey-jonker.nl>.

ISBN 978-90-5830-629-6

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht 2014.

Het auteursrecht van deze publicatie berust bij het Verwey-Jonker Insti-tuut.

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.



Het Verwey-Jonker Instituut organiseerde in het najaar van 2013 28 focusgroepen van meedenkers die zich gingen buigen over 'Zorg voor gezondheid in 2030'. Dit gebeurde in opdracht van de Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen van het Zorginstituut Nederland (vh College voor Zorgverzekeringen).

In totaal namen 277 personen aan de focusgroepen deel, afkomstig uit alle geledingen van de gezondheidszorg. Het doel van de focusgroepbijeenkomsten was om de visie van deze belanghebbenden over de toekomstige zorg voor gezondheid in beeld te brengen en te analyseren. De analyse van de focusgroepen laat zien dat we midden in een paradigmawisseling van ons zorgstelsel zitten. We zien een zeer brede consensus over de wenselijkheid van de omslag naar gezondheid en gedrag waarbij burgers en hun netwerken centraal staan. Deze paradigmawisseling vraagt om ingrijpende veranderingen van veel onderdelen van het zorgstelsel. We constateren een grote bereidheid om voorbij beroeps- en organisatiebelang te denken. In diverse sectoren worden al concrete stappen gezet om dit handen en voeten te geven. Bij het denken over de inrichting van zorgberoepen- en opleidingen moet het gaan over de vraag wat nodig is aan deskundigheid bij burgers en professionals om de paradigmawisseling uit te werken.

