

Reactie discussiestuk 'Zorg voor de toekomst'

Het is altijd een bevoorrechte positie om op concepten te mogen reageren. Dat geeft een luxe positie en de mogelijkheid om er kritisch naar te kijken. Een compliment daarom vooraf voor de ingezette discussie en de opgestelde nota. Het getuigt van bereidheid tot openheid en lef. De nota levert mooie inzichten en geeft aanknopingspunten voor inspiratie en beleid.

In het onderstaande komt uiteraard de kritische noot naar voren, maar deze blijft bedoeld als positief en constructief, zoals ook de nota bedoeld is. Deze reactie is niet op naam ondertekend, maar kent wel bronvermeldingen.

1. Algemeen

- Inzet is in hoofdzaak gericht op draagkracht (toenemende zorgvraag en arbeidsmarkt) en doelmatigheid (betaalbaarheid) van de zorg. Dat leidt tot een probleemgericht denken (waarborgen wat we hebben, 'opgave', 'maatregelen'), met dito dreiging (pakketaanpassing en verhoging eigen betaling) in plaats van een verbetering van een betere zorg voor de toekomst. Er wordt van nu naar straks gedacht op basis van knelpunten in plaats van andersom: welke zorg is gewenst en welke oplossingen dragen daar aan bij? En hebben we goed in beeld wat dan wel goed gaat en wat er internationaal te ontdekken valt dat in Nederland toepasbaar is?
- Een en ander dreigt daardoor 'beheersingsgericht' te zijn, met strakkere (inkoop- en verkoop)kaders, op zijn minst 'interventionistisch' (voorkomen, verplaatsen en vervangen).
- Door de drie kerndoelen 'kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid' als uitgangspunt te nemen (prima) roept het ook de vraag op waarom niet juist deze drie als pijlers voor de nota worden gebruikt.
- Kwaliteit wordt genoemd, maar heeft geen duidelijke invulling. Dat raakt aan het 'waarom' waar in de nota bewust niet voor is gekozen. Dat lijkt me een gemiste kans. Nu ligt het accent op de (te verwachte) pijn en deze te beheersen, in plaats van op de (te ontwikkelen) mogelijkheden. Knelpunten zijn overigens in hoofdzaak gericht op de arbeidsmarkt en doelmatigheid – terwijl specifiekere knelpunten over kwaliteit van zorg per domein ook grote verschillen laat zien.
- Organisatie van de zorg is ondergeschikt: accent op preventie en technologische innovatie (vooral e-health), terwijl de organisatievormen zelf klassiek blijven ingevuld. Ook zonder stelselwijziging kan er over vernieuwing van organisatievormen worden nagedacht (mbv

positionering cliënten/patiënten en medewerkers zelf, Rijnlands denken en werken, transactionele en effectieve samenwerkingsvormen (incl. gemeenten, financiers, bedrijfsleven en overheden) over domeinen heen, supply-chain denken, e.d.) vanuit een bredere blik op volksgezondheid en samenleving. Soms wordt dit aangestipt (zorg dichterbij en rondom de burger zelf) maar krijgt geen uitwerking, terwijl daar juist kracht kan liggen. Vgl p.19: 'afspraken over betere organisatie van de zorg', p. 32: 'diepgeworteld probleem dat mede voortkomt uit de wijze waarop de zorg is georganiseerd'.

De nota gaat in op randvoorwaarden voor de zorg – maar deze hebben forse impact op de organisatie van de zorg.

- Veel vragen liggen nog open (vgl ook de aanbevelingen uit Zorgkeuzes in Kaart) – wat betekent dit aan research? De verbinding met academische werkplaatsen zou hier op zijn plaats kunnen vallen.
- Overal gaat het over een langere termijn dan 1 regeerperiode! Wat vraagt dit van alle partners?

2. Hoofdstuk 1: Samenvatting

- Inzet hoofdzakelijk vanuit 'aanbod'sturing.
- Zorgvraag is niet alleen complexer maar is verandert 'as we speak'. Het is zinnig om de ontwikkeling van de zorgvraag in kaart te hebben en de te verwachten ontwikkelingen: toename variatie en persoonsgerichte zorgvraag ('persoonsgerichte zorg' komt in de nota wel terug, maar vanuit een aanbodgedachte).
- Zorgbreed beoogde nota raakt ook jeugdzorg en forensische zorg – deze kennen evenwel bijzondere ontwikkelingen (bijv. StroomOp) en spanningen. In de nota is dit onderbelicht en vraagt meer aandacht.
- Dominant accent op fysieke/lichamelijke gezondheid (gezonde leefstijl). Mentale / psychische gezondheid zou nadrukkelijker in beeld moeten komen (vgl gebruik antidepressiva, etc.), vb De Argumentenfabriek met Mentale vooruitgang in Nederland www.mentalevooruitgang.nl Fysieke en mentale gezondheid behoren integraal aandacht te krijgen. Juist een kwaliteitsimpuls hierop kan kostenreducerend werken.
- Onderzoek/research naar wat een goede ontwikkeling van de zorg mogelijk maakt, cq belemmert is van belang. Denk aan aansluiting met academische werkplaatsen en internationale context (wat is dan aangepast in NL mogelijk bijvoorbeeld).

Ook hier is de rol van ervaringsdeskundigheid als co-onderzoekers van groot belang overigens.

3. Hoofdstuk 2: Preventie & Gezondheid

- Regie als kernthema centraler agenderen, oppakken. Wat is eigen regie? Wat die van partners in het veld? Gemeenten, zorgorganisaties, wooncorporaties, etc? Hoe verhouden deze zich tot de regie bij de burger? (bijv. hoe regie in de jeugdzorg in de gemeente Utrecht is opgepakt – lokaal sterk gecentraliseerd, of de landelijk moeizaam op gang komende woningbouw voor ouderen en sociaal kwetsbaren).
- Preventie heeft nog weinig wetenschappelijke onderbouwing, d.w.z. de effecten ervan zijn soms onderzocht, dan wel niet eenduidig. Vgl ZonMW-Preventie. Internationaal onderzoek bekend?
- Hier komt al de positionering van burger/client/patiënt zelf in beeld: niet zonder ons, over ons. Accent dus op ‘met ons’ – dat mag sterker in beeld komen. Ervaringsdeskundigheid helpt aan de voorkant al! Denk aan de rol van patiëntenorganisaties. Dat helpt om minder ‘aanbod’ gericht te denken, ook in preventieactiviteiten. Er zijn tal van goede voorbeelden om ervaringsdeskundigheid platform te geven (vb: Tzitzo, vanuit GGZ e.a. <https://www.tzitzomagazine.nl/>).
- Datzelfde geldt voor werkers in de zorg (zorgbreed en integraal).
- Daarbij kan 0^e en 1^e lijn worden versterkt – blijft wat buiten beeld. Bijv. een burgerforum denkbaar voor de inrichting van zorg in de wijk? Rol huisarts, sociaal-maatschappelijk werk, wijkverpleegkundige etc.?
- Regionale preventie-ambassadeurs voor de zorg inzetten?

4. Hoofdstuk 3: Organisatie & Regie

- Zonder in te gaan op stelselprobleem, heeft elke zorgorganisatie nadrukkelijk het belang van continuïteit en positief resultaat. Dit ‘belang’ van de organisatie zelf komt te weinig in beeld en kent een eigen dynamiek. De zorg is ook daardoor complex van aard (Caris & Poiesz, 2020). Juist hier schuilen bijzondere uitdagingen achter die om een andere wijze van organiseren vraagt. Het gaat dan om meer dan dreigend omzetverlies.
Welke scenario’s zijn dan denkbaar bijvoorbeeld? Wat betekent het wanneer organisaties afgebouwd worden? Welke impact heeft een samenwerkingsverband voor alle betrokkenen op termijn? Wat gebeurt er met de toename van private partijen in de zorg? Wordt de aard van de

zorgorganisatie niet een intrinsiek andere? (Bijv. een 'hub' voor zorg in plaats van het verlenen van zorg)

Wat zou de zorg kunnen leren van het bedrijfsleven wanneer het bijvoorbeeld gaat om supply chain management?

- Toegankelijkheid is een cruciaal element in de zorg: wordt onvoldoende gethematiseerd en uitgewerkt.
Het CIZ komt niet in beeld – was dat bedoeld? Is een bepalende factor in toegang,
- Versterk clientondersteuning – goede inzet al – mag meer, mn. vanuit patiëntenorganisaties. Zij bieden vaak ook zelf een goede (en ook digitale) ondersteuning. VB: 'M. Scheffer & S. van Alphen: praktische handvatten en tips voor het inzetten van ervaringskennis')
- Door de nadruk op risicosturing in de zorg is een contraproductieve basis gelegd die moeilijk te veranderen is. (Vgl. De Bruijn, Doevendans, Coolen, 'Op je blauwe ogen: verbinden en vertrouwen in de zorg', SWP. 2020).

5. Hoofdstuk 4: Vernieuwing & Werkplezier.

- Het gaat echt om meer dan digitale vernieuwing! E-Health is een prima inzet, evenwel is de inzet van technologie in de zorg een stevige opgave voor onze toekomst. Bovendien is deze per domein enorm verschillend. Denk maar aan het contrast tussen de ziekenhuiswereld en die van bijvoorbeeld de gehandicaptenzorg.
Er is meer mogelijk: gebruik 'ruimtevaarttechnologie', is inspirerend, net als technologische ontwikkelingen in het leger of bedrijfsleven.
Loop eens een dagje mee met een client en/of medewerker en bezie op elke minuut bijv. waar technologie meerwaarde kan bieden.
Research op dit gebied nog in kinderschoenen.
- Leeromgeving verrijken met 'leerrekening'.
- Ook hier; ervaringsdeskundigheid cruciaal. Bijv. Ned. Brandwonden Vereniging met 'samen bouwen aan participatie'.
- Ook voor medewerkers is een beweging van belang: van medezeggenschap naar zeggenschap (met impact voor besturingsfilosofie)
- Rol van informed consent en shared decision making van belang!
- De rol van het (basis)onderwijs en inclusiviteit mag beter in beeld komen.

Toevoeging

Om recht te doen aan een toekomst van de zorg is een *analyse* van wat beter kan noodzakelijk. Zo kent 'Koplopers in de Zorg' een brede analyse van verschillende domeinen van de zorg en de organisatie ervan door een 30-tal hoogleraren. (JJ. Brouwer, Agenda voor de Toekomst. Contouren van de zorg in 2025, De Graaff, 2020). Vgl: www.agendavoordetoekomst.nl.

Een aantal aspecten geef ik daaruit weer.

- De meest kwetsbare groepen hebben niet de sociale vaardigheden noch het – broze – netwerk, om zich staande te houden in de maatschappij. Deze groepen worden groter en diverser, nog versterkt door de coronacrisis (vgl rapporten RVS, SCP).
- Begrippen als zelfredzaamheid en eigen regie leiden haast tot het verwijt dat men niet in staat is om zichzelf samen met het netwerk te redden
- Er dreigt een groter onderscheid tussen weerbare en kwetsbare wijken en mensen: de een heeft het geld en de netwerken om zaken goed te regelen, de andere ontbeert beiden en is op zichzelf aangewezen. Op deze wijze ontstaat er in de maatschappij een financiële en sociale tweedeling tussen die hebben en kunnen tegenover hen die dat juist niet hebben en kunnen.
- Binnen de groep kwetsbaren is nog een andere tweedeling zichtbaar, namelijk die van onder de 21 jaar en die van boven de 21 jaar. Onder de 21 is alles voor deze groep geregeld, daarboven moet men vooral zelf de weg zien te vinden
- Steden kenmerken zich door hotspots van problematiek: wijken en buurten waar multiproblematiek zich ophoopt. Om een beter beeld te krijgen van deze groep kwetsbaren, waar ze wonen, welke klachten ze hebben en welke zorg en ondersteuning zij ontvangen, kunnen allerlei data worden verzameld en gecombineerd

- Een systematische multidomeinbenadering gecombineerd met cyclus meten, evalueren en verbeteren de effectiviteit en efficiëntie van zorg en ondersteuning verbeteren.
- Jongeren groeien onder andere omstandigheden op: meer echtscheidingen, hogere prestatiedruk (inclusief de geluksnorm), impact social media. Ergo een grotere mentale vraag.
- De zorg is multifactorieel en multi-actor!
- Er is een risico in evidence based werken: een escalatie van licht naar zwaar.
- De vraag is altijd groter dan het aanbod. Per definitie schaarste!
- Reflecterend vermogen van de zorg is niet sterk – er wordt onvoldoende geleerd van het verleden.
- In Nederland gekozen voor *'aging in place'*: de vraag is of dit realistisch is, want: Hoe om te gaan met ouderen met acute problemen (onnodig veel op SEH en onnodig lang in ziekenhuis), en: Hoe de (alleenstaande) oudere goed op te vangen en een betekenisvol leven te geven: veel problemen hebben een psychische of sociale achtergrond, geen somatische.
- In het kader van leiderschap vraagt een veranderende zorg meer van bestuurders op operationeel niveau, zowel intern v.w.b. de verschillende delen van de supply chain, als extern voor de zorglogistieke systemen die verbonden zijn aan het ziekenhuis, alsmede een betere kennis van proces- en (data)informatiemanagement.
- Despecialisatie maakt de inzet van medewerkers breder en gecombineerd met procesoptimalisatie kunnen ook MBO- en LBO-opgeleide medewerkers worden ingezet. Dit verlaagt de kosten en verhoogt de productiviteit (tegen lagere kosten kan met hetzelfde doen)
- Competenties meer gericht op het samenwerken in de keten/netwerken.