

Zorg

Themarapport



Onderdeel van het project:
Our Common Future 2.0
2010-2011

Thematrekkers:

Marsha Buuron; Merel Huisman

Deelnemers:

Frans Bakker; Eva Bes; Esther Broer; Martijn van Loon; Marcel van Marrewijk;
Judith Meijer; Bert-Jan van der Mieden; Mark Orie; Michel van Pijkeren; Louise
Preeker

© 2011 Stichting Our Common Future, Doetinchem

Dit themarapport is onderdeel van het crowdsourcing project Our Common Future 2.0 (OCF 2.0), uitgevoerd door 400 vrijwilligers. Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd, door middel van druk, fotokopieën, geautomatiseerde gegevensbestanden of op welke andere wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Stichting Our Common Future.

De inhoud van dit themarapport is gebaseerd op vele en zeer diverse bronnen, bijeengebracht door vrijwilligers. De eindredactie van OCF 2.0 besteedt de uiterste zorg aan de betrouwbaarheid en de volledigheid van alle gepubliceerde informatie. Onjuistheden kunnen echter niet worden voorkomen. Hoewel bij het gereedmaken van dit themarapport de grootst mogelijke zorgvuldigheid wordt betracht, bestaat altijd de mogelijkheid dat bepaalde informatie na verloop van tijd verouderd of niet meer juist is. Wij zijn niet aansprakelijk voor de gevolgen van activiteiten die worden ondernomen op basis van dit themarapport.

Bepaalde verwijzingen in dit themarapport voeren naar informatiebronnen die door derden worden bijgehouden en waarover wij geen controle hebben. Wij dragen dus niet de verantwoordelijkheid voor de nauwkeurigheid of enig ander aspect van de informatie uit die bronnen. Het noemen van deze informatiebronnen is op geen enkele manier een aanbeveling voor de auteur of goedkeuring van de informatie.

De redactie heeft haar uiterste best gedaan om bronnen en rechthebbenden van beeldmateriaal dat wordt gebruikt te achterhalen en te vermelden. Wanneer desondanks beeldmateriaal wordt getoond waarvan u (mede)rechthebbende bent en voor het gebruik waarvan u niet als bron of rechthebbende wordt genoemd, ofwel voor het gebruik waarvoor u geen toestemming verleent, kunt u zich in verbinding stellen met de redactie via de website www.ourcommonfuture.nl. Het project OCF 2.0 heeft een informatief, non-commercieel karakter.

Het project

Our Common Future 2.0 (OCF 2.0) is een innovatief crowdsourcing project rond duurzaamheid nu en in de toekomst. Met ruim vierhonderd mensen is in korte tijd een toekomstvisie ontwikkeld op negentien belangrijke maatschappelijke thema's:

- Afval;
- Bestuur;
- Duurzaamheid;
- Maatschappij;
- Natuur;
- Economie;
- Energie;
- Leiderschap;
- Leren;
- Mobiliteit;
- Productie;
- Sociale Media;
- Spiritualiteit;
- Toerisme;
- Voeding;
- Water;
- Werk;
- Wonen;
- Zorg.

Meerstemmig debat over duurzaamheid

Het doel van dit project was om met elkaar op een ongewone manier na te denken over de betekenis en ontwikkeling van 'duurzaamheid'. Al lang is die term niet meer het exclusieve domein van milieukundigen en ecologen. Het begrip duurzaamheid wordt voor steeds meer onderwerpen gebruikt. Dat is soms lastig want daarmee vervaagt de betekenis. Tegelijkertijd is die verbreding ook positief, want het geeft aan dat het debat over duurzaamheid zich steeds verder ontwikkelt.

Het project Our Common Future 2.0 presenteert dan ook niet dé definitie van duurzaamheid, maar toont juist meerdere invalshoeken van en opvattingen over duurzaamheid naast elkaar. Deze meerstemmigheid of polyfonie is een realistische afspiegeling van het maatschappelijke debat over duurzaamheid. Op de website van het project (www.ourcommonfuture.nl) staan over alle thema's deelrapporten en uitgebreide samenvattingen voor wie verdieping zoekt.

Het resultaat is ook terug te lezen in het boek *Duurzaam Denken Doen*. Het boek is geschreven voor een breed publiek, voor mensen zoals jij en ik in Nederland, en niet speciaal voor wetenschappers, beleidsmakers of managers. De intentie is om een goed toegankelijk en prettig leesbaar boek aan te reiken.

Net als in de werkelijkheid verloopt het debat soms analytisch en soms een tikje rommelig, soms met een vleugje humor of met kritiek, soms met onderbouwde bijdragen en af en toe met losse opmerkingen. Het is aan de lezer om door de tekst heen als het ware in debat te gaan met de honderden mensen die hebben meegedacht.

Voorwoord

We kunnen er op trots zijn dat de gezondheidszorg over het algemeen goed geregeld is in Nederland. Bel 112 en binnen vier minuten is er een ambulance, er is getraind personeel en de operatiekamer is direct gereed. Het resultaat van richtlijnen, protocollen, jarenlange ervaring en wetenschappelijke onderzoek. Voor iedereen wordt de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg gewaarborgd door de overheid. De overheid houdt de verschillende belangen en verschillende financieringsstromen in de gaten, zodat het financieringstekort beperkt blijft. Onderzoekscommissies en het bedrijfsleven stimuleren innovaties, de zorginspectie stuurt op de achtergrond bij.

Een prachtig systeem. Maar is het een duurzaam systeem? De vergrijzing en stijgende kosten zijn een probleem op de lange termijn. Is de farmaceutische industrie integer? Staat de mens centraal of zijn er andere belangen?

Tijdens dit project is het thema zorg vanuit verschillende invalshoeken en visies bekeken.

De schrijvers van dit rapport zijn o.a. een gepensioneerd arts, een net afgestudeerd arts, een ex-verpleegkundige, een ex-diëtist/leefstijladviseur, een junior onderzoeker en iemand werkzaam in de farmaceutische industrie. Daarnaast ervaringsdeskundigen (patiënten en mantelzorgverleners) met uiteenlopende achtergronden, al dan niet direct of indirect in de zorg of bij zorgverlenende instanties betrokken.

Inhoudsopgave

1. Samenvatting	1
2. Summary	1
3. Visie op zorg	2
3.1 Algemene inleiding	2
3.2 Visie op de zorg over 25 jaar	3
3.3 Probleemanalyse	4
3.4 Uitwerking in deelthema's	6
4. Naar een kwalitatieve en toegankelijke zorg	9
4.1 Inleiding	9
4.2 Visie	9
4.3 Probleemstelling en mogelijke oplossingen	11
4.4 Tijdspad	12
4.5 Afsluiting, conclusie en vooruitblik	12
5. Preventie als relevante manier van zorg	14
5.1 De noodzaak van preventie	14
5.2 Preventie als manier van zorg	14
5.3 Uitdagingen m.b.t. preventie	16
5.4 Tijdspad	20
5.5 Afsluiting, conclusie en vooruitblik	25
6. Naar een goed georganiseerde zorg	26
6.1 Inleiding	26
6.2 Visie	26
6.3 Probleemstellingen	27
6.4 Tijdspad goed georganiseerde zorg	30
6.5 Afsluiting, conclusie en vooruitblik op goed georganiseerde zorg	36
7. Naar een duurzame bedrijfsvoering in de zorg	37
7.1 Inleiding duurzame bedrijfsvoering in de zorg	37
7.2 Visie op een duurzame bedrijfsvoering van de zorg	37
7.3 Probleemstelling rond de duurzame bedrijfsvoering in de zorg	38
7.4 Tijdspad duurzame bedrijfsvoering	42
7.5 Afsluiting, conclusie en vooruitblik	53
8. Alternatieve, complementaire en spirituele benaderingen in de zorg	55
8.1 Inleiding	55
8.2 Visie: wat is spiritualiteit	55
8.3 Onderzoek naar de invloed van alternatieve benaderingen	56
8.4 Tijdspad	57
8.5 Conclusie	58
9. De farmaceutische industrie in een duurzame toekomst – waardecreatie voor de zorg	59
9.1 Inleiding	59
9.2 Visie	59
9.3 Probleemstelling	59
9.4 Tijdspad	61
9.5 Conclusie	66
10. Door globalisering een zorg minder in de zorg	67
10.1 Inleiding	67
10.2 De relevantie van globalisering voor de zorgsector	67
10.3 Visie, oplossingen en initiatieven	68
10.4 Op welke gebieden kan impact gemaakt worden?	71
10.5 Tijdspad	72
10.6 Afsluiting	73
11. Het milieu als zorg en aanjager	74

11.1 Inleiding	74
11.2 Visie	75
11.3 Probleemstelling	76
11.4 Tijdspad	77
11.5 Conclusie	80
12. Analyse van de subthema's	81
12.1 Inleiding	81
12.2 Integratie van nieuwe paradigma's in de zorg	81
13. Conclusie	84
Bronnen	86

Verduurzaming van de zorg 2010 - 2035

Trends, visies en toekomstperspectieven

WORKING PAPER

1. Samenvatting

Zorg is een breed begrip. Welke definitie is er voor zorg? Preventie, cure en care zijn drie aspecten van zorg. In dit rapport is een analyse gemaakt van de knelpunten in de zorg en van de trends en mogelijkheden voor de toekomst. Vervolgens is het rapport langs de duurzame meetlat gelegd.

Wat is duurzaam in de zorg? Het gaat verder dan ziekenhuizen op groene stroom en efficiënter werken ten behoeve van kostenbesparing. Het gaat om mensenwerk. Mensen maken de zorg. Hoe worden de randvoorwaarden, waaronder optimaal gewerkt wordt, verduurzaamd? Hoe voorkom je dat mensen met de zorg te maken krijgen? Kan dit aantal teruggedrongen worden door preventie? Wat is de invloed en de beleving van duurzame zorg en farmaceutica op het herstel van de mens? Wat is de rol van globalisering?

2. Summary

Healthcare is a broad subject in which many forms of care are represented. How do you define healthcare? How can we make sure that all forms of healthcare and the stakeholders are adequately represented? Prevention, cure and care are the three components that require attention. We tried to analyze the problems in healthcare at the moment, the trends and the possibilities in the future. Then it had to be measured against the subject of sustainability. What is sustainable healthcare? This goes beyond green hospitals and working more efficiently to save on costs. It's also about people working in healthcare. How can we make their working conditions more sustainable? As important are the people requiring and consuming healthcare. What preventative measures need to be taken to lower the burden on the healthcare system? What is the influence of a sustainable healthcare and pharmaceutical care on the recovery of the human being? What is the role of globalisation?

3. Visie op zorg

3.1 Algemene inleiding

“Until the public health community highlights the centrality to the overall sustainability project of long-term population health, and particularly its dependence on maintaining Earth’s life-support systems, society will continue to miss the real point, namely, that “ecological sustainability” is not just about maintaining the flows from the natural world that sustain the economic engine nor maintaining iconic species and iconic ecosystems. It is about maintaining the complex systems that support health and life. Populations well-being and health, understood thus, becomes the real bottom line of sustainability” (McMichael, 2006).

Men verwacht in toenemende mate snelle en goedkope oplossingen voor behoeftes en ongemakken op het gebied van gezondheid en welzijn. Deze snelle en goedkope oplossingen brengen negatieve gevolgen voor gezondheid, milieu en samenleving met zich mee. Niet iedereen beseft dat (Huize Aarde, 2010). Tegelijkertijd neemt de behoefte toe aan een inspirerende, bemoedigende en perspectief biedende visie, waarin maatschappelijke disciplines zich kunnen herkennen en die men gezamenlijk kan realiseren.

Goede gezondheidszorg bestaat uit drie aspecten: het bieden van genezing (cure), de verzorging voor zieken (care) en het voorkomen van ziekte (preventie). Genezing en verzorging worden op een effectieve, menselijke en duurzame manier geboden.

Goede zorg is:

- de juiste zorg is, op de juiste plaats op het juiste tijdstip,
- beschikbaar en toegankelijk voor iedereen en overal,
- vindt plaats in een aantrekkelijke werk- en verblijfsomgeving,
- beschikt over een intelligente vorm van regie,
- betaalbaar en heeft een duurzaam aanbod dat geborgd is in de samenleving en de politiek.

Voor het voorkomen van ziekte wordt een beroep gedaan op de eigen verantwoordelijkheid van mensen. Dat betekent

- een beeld op persoonlijke vitaliteit en hoe dit te realiseren is,
- gezonde voeding,
- genoeg en de juiste soort fysieke inspanning,
- sociale contacten en ontspanning,
- emotioneel en spiritueel bewustzijn.

We geven hier een eigentijdse kijk op klassieke thema’s in de gezondheidszorg: cure, care en preventie. Het denken over gezondheid verandert de komende 25 jaar fundamenteel en bestrijkt ook andere thema’s.

Een centrale plaats krijgt de vraag hoe mensen op een duurzame manier in een gezonde relatie met de omgeving een gezond leven kunnen leiden. Gezondheid wordt een breder concept dan de afwezigheid van ziekte en zal vanuit een breder perspectief benaderd worden.

OCF-themaraapport Zorg

De mens is te beschouwen als een samenhangend geheel van lichaam, geest en ziel in relatie met de buitenwereld en anderen. Gezondheid betekent gezondheid op zes kwaliteitsniveaus van leven, wonen en werken: fysiek, emotioneel, mentaal, sociaal, relationeel en spiritueel.

- het fysieke niveau betreft het lichaam en de conditie daarvan,
- het emotionele niveau betreft positieve en negatieve gevoelens,
- het mentale niveau gaat over overtuigingen, gedachten en verlangens,
- het sociale niveau betreft de positie in de sociale omgeving, de samenleving en de wereld,
- het relationele niveau betreft de unieke, persoonlijke een-op-een relaties in leven, wonen en werken,
- het spirituele niveau betreft het zelfbeeld, mensbeeld, wereldbeeld, waarden en normen en levensbeschouwing.

Op al deze niveaus kunnen spanningen en trauma's ontstaan, een ongezonde leef- en werkstijl en ongezonde gedragspatronen. De zes kwaliteitsniveaus beïnvloeden elkaar voortdurend en bepalen 24 uur per dag het bewuste en onbewuste gedrag. Bij deze benadering wordt uitgegaan van het zelf-corrigerend en zelf-organiserend vermogen van elk systeem (ook het menselijke). De mens (lichaam en geest) gaat door een proces van (meer) heel worden. Dat kan door passende voeding, voldoende beweging, goede werkomstandigheden, goede relaties, een balans tussen uitdaging en ontspanning en zingeving.

3.2 Visie op de zorg over 25 jaar

Gezondheidszorg is over 25 jaar duurzame gezondheidszorg. Een zorg, die gebaseerd is op solidariteit, rekenschap en competitie en met een goed evenwicht tussen de inzet van middelen en de resultaten ervan. Een gezondheidszorg die zich bewust is van haar handelen en de impact daarvan op de gezondheid van de wereldbevolking en de planeet. In 2035 is de zorg voor iedereen goed toegankelijk, gaat ze uit van de menselijke behoefte en is ze effectief en integraal georganiseerd.

Deze visie op zorg heeft de volgende uitgangspunten

- de mens is meer dan zijn lichaam, een patiënt is meer dan zijn ziekte, de hulpverlener is meer dan een technicus,
- de mens is niet alleen een wederzijds afhankelijke relatie tussen lichaam, psyche en geest. Hij is onscheidbaar van andere individuen, cultuur, maatschappij en buitenwereld. Ziek en gezond zijn een verstoring of herstel van het dynamisch evenwicht tussen deze elementen,
- de relatie arts-patiënt of hulpverlener-cliënt is zo veel mogelijk een gelijkwaardige relatie. De eigen inzichten, keuzemogelijkheden en verantwoordelijkheden van de patiënt worden gestimuleerd en gerespecteerd,
- ziekte of een probleem is niet noodzakelijkerwijs slecht of iets dat bestreden en ongedaan gemaakt moet worden. Ziektesymptomen en problemen zijn een vingerwijzing naar noodzakelijke veranderingen in

OCF-themaraapport Zorg

iemands leven. Ziekte en problemen bevorderen groei. Pijn, lijden, veroudering en zelfs sterven zijn waardevolle belevingen.

Dit staat in tegenstelling tot wat men in de medische cultuur meestal van ziekte, pijn en lijden vindt.

Om duurzame zorg mogelijk te maken is het belangrijk binnen onderstaande ontwikkelingen, aandacht te geven aan deze visie. Snelle en recente ontwikkelingen zijn

- emancipatie van de patiënt,
- medische ontwikkelingen, in het bijzonder van de genetica,
- sterke opkomst van een bedrijfsmatige visie op de zorg,
- toenemende invloed van ICT,
- veranderingen in de manier waarop de zorg wordt bekostigd.

3.3 Probleemanalyse

Bovenstaande ontwikkelingen zijn het gevolg van het wereldwijd groeiend besef, dat de huidige wijze van denken over gezondheid en de inrichting van de gezondheidszorg niet langer passend zijn. De kosten stijgen en er is onvoldoende personeel om aan de vraag te voldoen. Systemen in de gezondheidszorg zijn te ingewikkeld en niet op maat en op de mens gericht. Het systeem is zo ingewikkeld dat patiënten en hun omgeving onvoldoende in staat zijn om hun weg te vinden. Men kan onvoldoende verantwoordelijkheid nemen voor de eigen gezondheid.

Het aantal chronische ziekten neemt toe, zodat er een andere benadering en organisatie van de zorg nodig is. Het zorgstelsel met veel overheidsinvloed en gestuurd vanuit de aanbodkant is verschoven naar een stelsel met marktwerking en gestuurd door de vraag. Dit leidt tot onrust, onvrede en onzekerheid. Solidariteit neemt af en er wordt een dringend beroep gedaan op de individuele verantwoordelijkheid. Er ontstaan fricties en machtsstrijd tussen belanghebbenden, zoals de overheid, verzekeraars, zorgaanbieders en zorgvragers. Er is korte termijn denken. Men voelt zich in toenemende mate machteloos, moedeloos en onveilig, wat zich uit in somatische, psychosociale, relationele en spirituele problemen en klachten. Dit resulteert in een toenemend beroep op zorg.

Een veelheid aan informatie, onder andere via internet, is beschikbaar voor de zorgvrager. Deze wordt kritischer. De diversiteit, hoeveelheid en intensiteit van het aanbod vanuit het alternatieve circuit is enorm toegenomen. In het reguliere en het alternatieve circuit zijn en worden veel fouten gemaakt. Het reguliere circuit is beter controleerbaar en gereguleerd en heeft een machtspositie. Er wordt geen gebruik gemaakt van professionele en goed werkende alternatieve hulpverlening. De reguliere en alternatieve hulpverlening worden te weinig geïntegreerd, wat leidt tot onnodig gebruik van zorg en kosten.

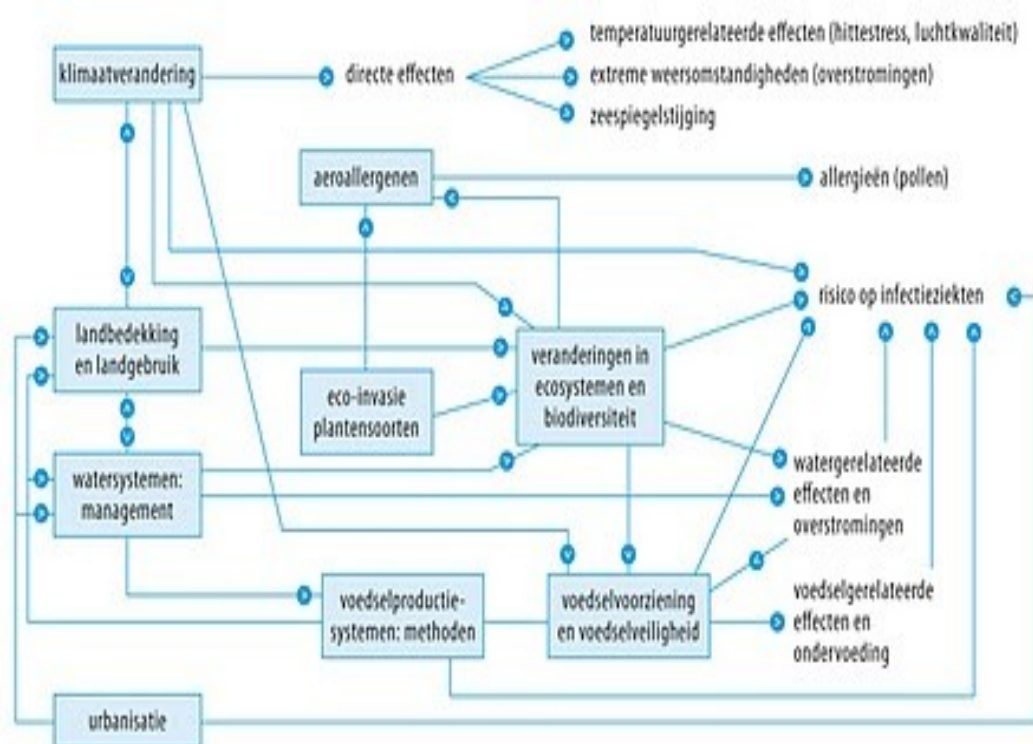
De kosten van de zorg lopen op door de huidige economische situatie, door een toename van zorgbehoefte, door vergrijzing en door onvoldoende gekwalificeerd personeel.

OCF-themaraapport Zorg

Effectieve en efficiënte preventie leidt tot kostenbesparing in de zorg en vermindert het beroep op de zorg. Preventie is noodzakelijk voor een gezonde bevolking en voor een zorgstelsel op basis van een realistische vraag. Het gaat niet om minimale, maar om optimale kosten.

De gezondheid van de leefomgeving en de volksgezondheid zijn twee zijden van de medaille. Er zijn bedreigingen van de gezondheid door het leven in een stedelijke omgeving, zoals overgewicht en obesitas, de toenemende bijdrage van steden aan de uitstoot van CO₂ en de daardoor veroorzaakte risico's voor de veiligheid, voor de gezondheid en voor het overleven (Flemming, 2009). Er komen stoffen in het werk- en leefmilieu, onder andere via producten. De gevolgen voor de gezondheid op de lange termijn zijn onbekend (VROM, 2003). Er is verband tussen de toename van industriële stoffen in lucht, water, voeding, kleding, cosmetica, tandvullingen, geneesmiddelen en schoonmaakmiddelen, en de toename van gedragsveranderingen, zoals hyperactiviteit, chronische vermoeidheid en concentratieproblemen, van vermindering van intelligentie en leerprestaties, vermindering van weerstand, overgevoeligheden als astma en eczeem, aantasting van het zenuwstelsel, stoornissen in de ontwikkeling, diverse vormen van kanker en hormoonontregeling (Huize Aarde, 2010 en Knottnerus, 2005). Er is voortdurende aandacht nodig voor schone lucht, veilig water, adequaat voedsel, hoge niveaus aan biodiversiteit en een stabiel klimaat. Veranderingen in het klimaatsysteem van de aarde hebben invloed op het menselijk leven. Door de opwarming van de aarde is er een toename van vectorgebonden infectieziekten, zoals schitstosomiasis, de ziekte van Lyme en dengue (Martens, 2009). Dit zijn ziekten die door een vector, een drager, zoals een mug of teek, worden overgedragen op de mens.

"Our environment is the totality of what we live in, natural or constructed, spatial, social and temporal. It is an extension of ourselves, its health requiring the same care as our own health" (Smyth, 2006). De huidige manier van leven en het vertrouwen op de beschikbaarheid van bronnen is niet duurzaam (Flemming, 2009). Het citaat van McMichael aan het begin van deze inleiding geeft aan dat een goede volksgezondheid een gezonde leefomgeving is.



FIGUUR 1 Schematisch diagram van de belangrijkste mechanismen via welke klimaatverandering de menselijke gezondheid kan beïnvloeden.^{1,2}

Invloed klimaatverandering op de menselijke gezondheid
(Martens, 2009)

3.4 Uitwerking in deelthema's

Een aantal aspecten wordt nader uitgewerkt.

Goede zorg leveren betekent beter kijken naar de behoeften van de patiënt en van de zorgverlener. Er is sprake van emancipatie van de patiënt, omdat hij via internet toegang heeft tot kennis en informatie.

De zorgverlener verandert. Het aantal vrouwen in geneeskundige beroepen neemt toe, qua aantal en inbreng, waardoor beroepen essentieel veranderen. Eisen, die aan beroepen in de zorg worden gesteld, veranderen. Competenties voor zorgprofessionals nemen toe op het gebied van communicatie, samenwerken, organisatiesensitiviteit en bedrijfsmatig denken. In opleidingen wordt hier meer aandacht aan besteed. Het besef neemt toe dat de zorgverlener het belangrijkste instrument is voor de zorgverlening. Onderzoeken laten hoge percentages burn-out zien onder zorgverleners. In opleidingen en nascholing is aandacht voor zelfreflectie, voor zorg voor de zorgverlener.

Samenwerking binnen de zorg. Zorgprofessionals werken samen, onderling en met de patiënt. De effectiviteit van de zorg en de tevredenheid van de patiënt verbeteren daardoor. Ketenzorg en casemanagement zijn vormen van samenwerking.

OCF-themaraapport Zorg

Automatisering gaat de zorg sterk veranderen. Diagnostiek en zorgverlening kunnen dichtbij de patiënt plaats vinden, thuis en zonder tussenkomst van de zorgverlener. De patiënt kan de zorg managen, zonder afhankelijk te zijn van een zorgverlener. Door automatisering is de communicatie tussen patiënt en zorgverlener digitaal. De zorg is doelmatig. Door het elektronisch patiëntendossier (EPD) kan de patiënt daadwerkelijk samenwerkingspartner worden in de zorg. Deze ontwikkeling is een stimulans voor samenwerking tussen zorgverleners. Automatisering leidt tot minder bureaucratie, omdat gegevens direct bij de bron worden gemeten en opgeslagen.

Medisch- technologische verbeteringen veranderen de zorg. De zorg wordt op maat aangeboden. Door genetica is er meer kennis over het effect van specifieke behandelingen. De huidige zorg is gebaseerd op zorgstandaarden en richtlijnen gebaseerd op onderzoek naar de effecten van behandeling op een gemiddelde patiënt.

De rol van de burger/patiënt verandert t.a.v. de eigen gezondheid. De burger wordt verantwoordelijk gesteld voor het behoud van de eigen gezondheid. Het accent ligt op een gezonde leefstijl en het voorkomen van ziekte. Er is aandacht voor preventie om ziekten te voorkomen en gezond en kwalitatief hoogwaardig te leven. De burger wordt zich meer bewust van de kosten, die de zorg met zich meebrengt.

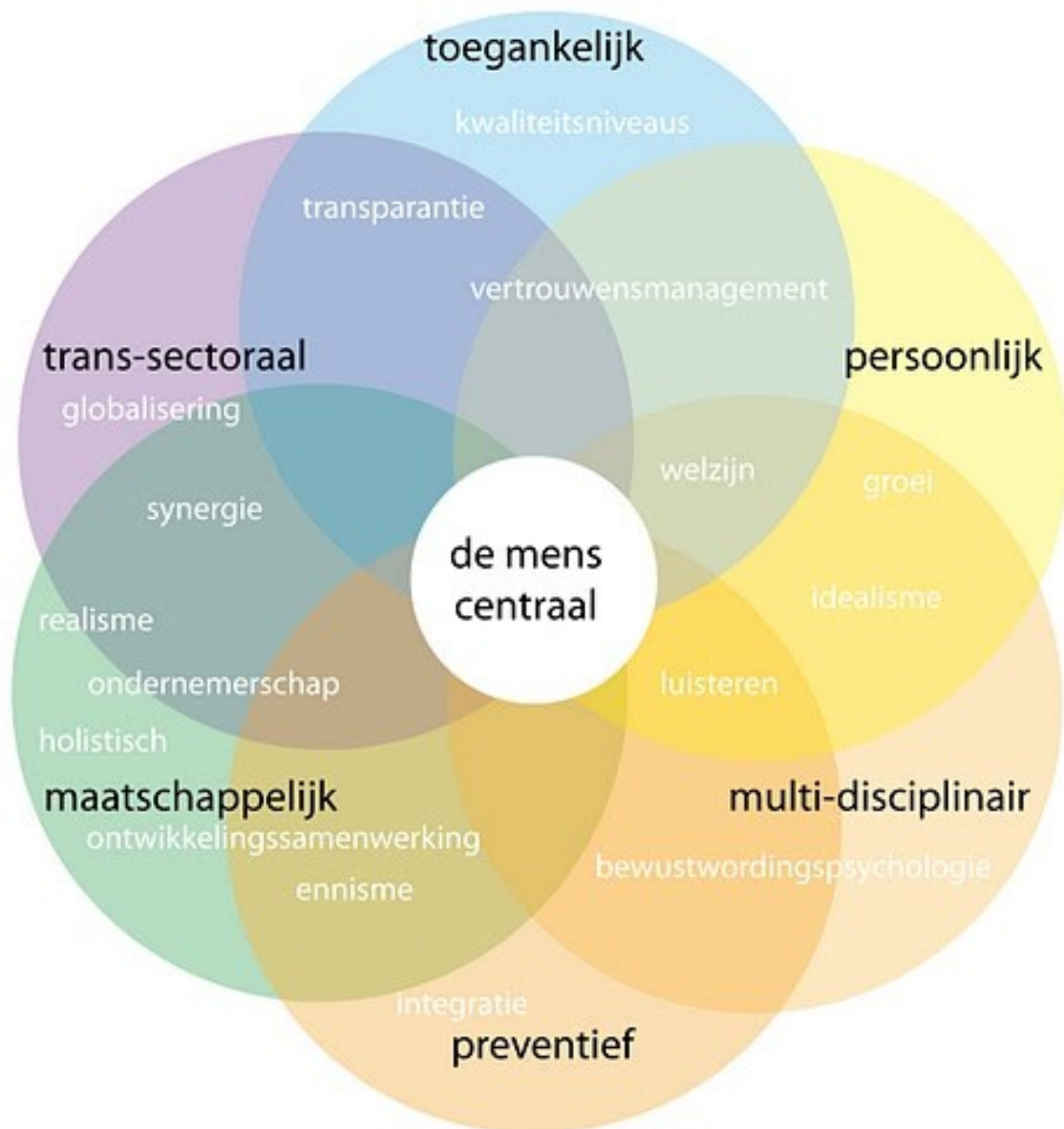
Door de toenemende groei van chronische ziekten verandert ziekte als concept in de samenleving. Ziekte wordt onderdeel van het dagelijks leven. Mensen met chronische ziekten blijven werken.

Bedrijfsmatige kennis draagt bij aan het verbeteren van de zorg. Het denken over zorglogistiek, efficiëntere inrichting van de zorg en de beste organisatievormen leidt tot kostenbeheersing in de zorg.

Een groene benadering van gezondheid en zorg is nog pril. De omgeving van mensen heeft effect heeft op de gezondheid in positieve en negatieve zin. Een groot deel van de ziekten wordt veroorzaakt door een ongezonde leefomgeving.

Bedrijven in de zorgsector hebben invloed op het milieu. In de bedrijfsvoering van zorginstellingen kan milieuwinst geboekt worden. Zorginstellingen zijn grote energieverbruikers en ze veroorzaken veel (gevaarlijk) afval. Winst wordt behaald door aandacht te besteden aan energiebesparing en afvalvermindering. Zorginstellingen kunnen duurzamer inkopen op het gebied van facilitaire producten zoals textiel, voedsel en apparatuur. Criteria voor duurzaam inkopen kunnen toegepast worden bij nieuwbouw en verbouw en bij de keuze voor geneesmiddelen.

Deze deelthema's worden uitgewerkt in de volgende hoofdstukken.



De samenhang tussen de hoofdthema, subthema's en problemen (Martijn van Loon)

4. Naar een kwalitatieve en toegankelijke zorg

4.1 Inleiding

Er wordt veel geld besteed aan gezondheidzorg, want er wordt meer zorg verleend (Westert, 2010). De huidige vorm van zorg lijkt op pappen en nathouden. Er wordt gewerkt aan symptoombestrijding vanuit een mensbeeld dat de mens grotendeels ziet als een in kaart te brengen machinaal gebeuren, waarbij het hulpverleningssysteem een technische aangelegenheid is. De zorg wordt beschouwd als business, geleid door marktprincipes. De mens wordt bekeken in termen van winstgevendheid.

De zorg dient primair op de mens gericht te zijn, dat is meer dan klantvriendelijkheid. De kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg worden bepaald door het mensbeeld dat gehanteerd wordt.

In dit rapport wordt een nieuwe manier van kijken (paradigma) geschetst tegenover het vigerende beeld van de mens in het huidige zorgsysteem. Vervolgens wordt aangegeven hoe dit mensbeeld de zorg voor de mens zou kunnen veranderen.

4.2 Visie

Deze visie op de mens in het algemeen en op de zorg in het bijzonder is gebaseerd op vier stellingen:

1. De mens is meer dan zijn lichaam, een patiënt is meer dan zijn ziekte, de hulpverlener is meer dan een technicus.

De patiënt is niet zijn ziekte of probleem met nadruk op de fysieke kant. De hulpverlener moet zich niet beperken tot medische, psychologische of alternatieve technologieën. De helende mogelijkheid die bestaat tussen de hulpverlener en de patiënt hangt af van de interactie tussen hen beiden als totale hele menselijke wezens. Dit gaat verder dan het behandelen van een probleem.

Het is van groot belang dat de hulpverlener met open vizier een relatie aangaat met de patiënt en zich een totaalbeeld vormt van wat er gaande is, zowel bij de ander, bij zichzelf, als in de relatie.

2. De mens is niet alleen een wederzijds afhankelijke relatie tussen lichaam, psyche en geest. Hij is ook onscheidbaar van andere individuen, cultuur, maatschappij en buitenwereld. Ziek en gezond worden in een integrale benadering opgevat als een verstoring of herstel van het dynamisch evenwicht tussen deze elementen.

Bovenstaande betekent dat geen enkel individu op zichzelf staat. De hulpverlener weet dat alles met alles verbonden is. Deze verbondenheid betreft:

- het fysieke,
- de emoties, de gevoelswereld,
- de kennis, het weten, de gedachtewereld,
- de psyche,

OCF-themaraapport Zorg

- de ziel of geest ofwel het spirituele (het onstoffelijke deel van het individu),
- de omgeving: omstandigheden, cultuur, tijdsgeest, maatschappelijke situatie.

Deze, met elkaar verweven levenssferen beïnvloeden elkaar en zijn van elkaar afhankelijk. De hulpverlener dient te beseffen dat de werkelijkheid niet alleen subjectief, "ik", is, maar ook intersubjectief, wij en objectief, het. Het gaat om een dynamisch evenwicht tussen eigenheid, ik, en het in relatie zijn. Om vast te kunnen stellen wat er met iemand aan de hand is, dient de hulpverlener bovengenoemde elementen in ogenschouw te nemen, een integrale diagnose op te stellen, gevolgd door een integraal plan van aanpak. De benadering dient plaats te vinden daar waar het primaire probleem zich aandient, anders voelt de betrokkene zich te kort gedaan of onbegrepen. Ondersteund door een omarmende, open, onvoorwaardelijke, empathische benadering, wordt de hulpvrager uitgenodigd zijn verhaal te vertellen, in de ruimste zin van het woord. De hulpvrager, mits gehoord, vindt zelf uit wat er aan de hand is, hoe het evenwicht verstoord is geraakt en hoe hij actief kan werken aan het herstel van het evenwicht. Een lichamelijke therapie wordt altijd ondersteund door psychologisch, spirituele, situationele en leefstijlelementen.

Een integrale benadering kan tot aanmerkelijke kosten besparing leiden.

3. De relatie arts-patiënt of hulpverlener-cliënt is zo veel mogelijk een gelijkwaardige relatie. De eigen inzichten, keuzemogelijkheden en verantwoordelijkheden van de patiënt moeten worden gestimuleerd en gerespecteerd.

Het model dat in de geneeskunde meestal wordt toegepast is het ziekte- of medisch model met twee spelers, arts en patiënt. De rol van de patiënt is meestal passief en onwetend. Hij is ziek of heeft een probleem en hij wordt geïdentificeerd met zijn ziekte. De arts wordt de genezer die de ziekte moet bestrijden vaak te vuur en te zwaard, als in een oorlog, met ingrepen en medicijnen. Dit gevecht speelt zich af op het fysieke terrein met de arts als generaal met een arsenaal van chemische, biologische en zelfs nucleaire wapens tot zijn beschikking. Deze benadering is sterk in onze cultuur verankerd en wordt in de media in stand gehouden. Deze benadering wordt gereflecteerd in veel alternatieve benaderingen die met machines werken en zeggen dat zij de enige juiste benadering bieden, met de cliënt in een meestal onmondige positie.

Vanuit de integrale benadering is een dergelijke benadering dodelijk.

Dat wil niet zeggen dat niets uit het medische model en de wetenschappelijk-materialistische benadering nuttig en nodig is. Integendeel, er zijn grote vorderingen gemaakt op wetenschappelijk-materialistische terrein. Om te weten of er fysiek iets aan de hand is, is het reguliere systeem onovertroffen.

In de integrale benadering wordt de patiënt aangemoedigd zich bewust te worden van het complex van oorzaken van zijn huidige toestand: zijn ziekte of probleem en zijn mogelijkheden om de eigen gezondheid en persoonlijke groei te bevorderen door toenemende eigen verantwoordelijkheid. Een hulpverlener in een integrale benadering is een coach of gids op het ingewikkelde terrein van

gezond en ziek en de menselijke, biologische en maatschappelijke mogelijkheden van de patiënt zelf.

4. Ziekte of een probleem is niet noodzakelijkerwijs slecht, iets dat bestreden en ongedaan gemaakt moet worden. Ziektesymptomen en problemen kunnen wijzen naar noodzakelijke veranderingen in iemands leven. Ziekte en problemen kunnen groei bevorderen. Pijn, lijden, veroudering en zelfs sterven kunnen waardevolle belevingen zijn in iemands leven.

Dit staat in tegenstelling tot de visie van de medische cultuur rond ziekte, pijn en lijden. Dit wordt meestal gezien als iets negatiefs dat bestreden of onderdrukt moet worden met ingrepen en medicamenten. Uit de literatuur blijkt dat ingrepen en medicamenten niet altijd goed zijn. Vaak wordt het aloude gezegde dat de tijd vele wonden heelt, vergeten in de consumptieve drang en druk om ongemakken en crises uit het leven te bannen. Er zijn veel symptomen en ziekten die vanzelf verdwijnen als we de lichaam-geest met rust laten en het ziekteproces als ontwikkelingsproces zijn gang laten gaan. In vele, vooral natuurgeneeskundige systemen, wordt ziekte opgevat als een natuurlijk proces waarin de lichaam-geest zich zuivert van opgehoopte ongerechtigheden (gifstoffen, toxines) zoals letterlijk toxines die we met voedsel of anderszins in het lichaam hebben opgenomen of andere irritaties en obstructies, mentaal of emotioneel. Na zuivering kan de lichaam-geest zich herstellen en een nieuw evenwicht bereiken. Als deze balans bereikt is kan de lichaam-geest via een regeneratief proces een hogere orde van heelheid bereiken.

In dit licht bezien moet het onderdrukken of uit de wereld helpen van symptomen of ziekte met veel schroom en pas in laatste instantie toegepast worden. Anders wordt een belangrijk signaal en mechanisme tot heelwording weggenomen.

Ziekte of problemen bewust onder ogen zien kan een unieke betekenis voor het individu en zijn of haar omgeving onthullen en daarmee de levensinstelling, leefstijl, zelfkennis en zelfwaardering, omgang met anderen, evenwicht tussen denken en voelen, rust en activiteit, werk en privéleven, gunstig beïnvloeden. Het begeleiden van dit proces van inzicht, zuivering, een nieuwe balans vinden en tot een geregenereerde leefstijl komen, is de belangrijkste taak van een hulpverlener in de zorg.

4.3 Probleemstelling en mogelijke oplossingen

Bovenstaande visie betekent een paradigmaverschuiving van het industriële-mechanische paradigma naar een integraal-holistisch paradigma. De tegenstelling tussen beide paradigma's is hierboven toegelicht. Een nieuw paradigma gloort niet alleen op het terrein van de zorg.

Op veel terreinen voldoet de oude industriële-mechanistische benadering niet meer in een tijd, waarin men zich met elkaar en met de natuur verbonden voelt. Onze samenleving lijkt uit balans en ziek, omdat deze wederzijdse verbondenheid ontkend lijkt te worden. Als deze verbondenheid algemeen onderkend wordt als intrinsiek en inherent kunnen er grote veranderingen optreden. Niet langer wordt er gemarchandeerd met het milieu, overconsumptie, armoede, enz. Deze tijd vraagt om nieuwe creatieve en principiële benaderingen.

De dialectiek tussen behoudzucht en noodzakelijke groei en verandering beheerst het maatschappelijke veld. Er is moeite met loslaten van het oude vertrouwde en het omarmen van het meer ongewisse proces dat het nieuw paradigma behelst. De hele mens in connectie met de omgevingsgerichte benadering is gewenst en effectiever. De halsstarrigheid van de geijkte visie en benadering is herkenbaar op alle terreinen van de zorg, van de farmaceutische- en voedingsindustrie, en in het niet nemen van verantwoordelijkheid en het slachtofferschap van patiënten. Deze impasse is te doorbreken door een confrontatie met de realiteit, met een open vizier en een open hart. Iedereen kan beide paradigma's naast elkaar leggen en een keuze maken. De patiënt kan een keuze maken en in zijn menselijke kracht en verantwoordelijkheid komen. Dit dient ondersteund te worden door hulpverleners die gekozen hebben voor de nieuwe benadering. In de opleiding van de hulpverlener kan ruimte worden ingebouwd voor het nieuwe paradigma. Nieuwe deskundigheid naast de huidige deskundigheid, van bijvoorbeeld een operatie kunnen uitvoeren. Het stelsel van de zorg kan vanuit het nieuwe paradigma bekeken worden. Preventie en eerstelijnszorg krijgen hoge prioriteit. De huisarts wordt in ere hersteld samen met andere eerstelijns werkers in gezondheidscentra. Er komt een nieuwe welzijnswerker, de leefstijlcoach, die een cliënt benadert met een preventieve leefstijl. Het kan ook een taak worden van de huisarts of de praktijkondersteuner. De leefstijlcoach is een onderdeel van iemands leven. Hij ziet de mensen met een zekere regelmaat om hun leefstijl te checken, de motivatie tot veranderen te versterken en bij te sturen, zodat mensen alleen bij een arts of andere hulpverlener terecht komen als de leefstijlbenadering gefaald heeft.

4.4 Tijdspad

Het vigerend paradigma is hardnekkig. Er staan financiële belangen op het spel.

Er is een neiging om naar een geleidelijke verandering te streven. Misschien ondermijnt een geleidelijke overgang de paradigmatische verandering of gaat deze tegen. Het is bekend uit de chaos theorie, dat grote veranderingen plotseling en sprongsgewijs ontstaan. T.a.v. de zorg lijkt er een keerpunt, een tipping point, te zijn. Het systeem kan omslaan door aan te geven wat het nieuwe paradigma inhoudt. Het oude en obstructieve wordt losgelaten, innovatieve benaderingen worden omarmt.

4.5 Afsluiting, conclusie en vooruitblik

Er is een kwantumsprong nodig van de huidige zorg naar een zorg voor de mens die gezien wordt als een integraal geheel, in innige verbondenheid met andere mensen en de omgeving. Ziekte wordt gezien als een teken van disbalans door een leefstijl die uit de hand gelopen is. De zorg voor het individu bestaat uit herstel van de balans. Dit dient te gebeuren samen met de patiënt omdat hij de enige is die zijn leefstijl weer in balans kan brengen. Nauw verbonden met deze visie en benadering is preventie, omdat 75 procent van alle ziekten gebaseerd is op een foutieve leefstijl. Er kan integraal samengewerkt worden met bijvoorbeeld een leefstijlcoach die zich bezig houdt met voeding, beweging, ontspanning, relaties en zingeving. Opvoeding, scholing en opleidingen dienen te worden

OCF-themaraapport Zorg

herzien door een verschuiving van kennis en vakbekwaamheid naar intermenselijke empathie en het kunnen faciliteren van het helingsproces.

5. Preventie als relevante manier van zorg

5.1 De noodzaak van preventie

Uit onderzoek blijkt dat 75% van alle ziekten berust op een ongezonde leefstijl. Preventie, door adviezen over gezond eten en meer bewegen, is van belang.

Bewegen is het goedkoopste medicijn. Het heeft tal van positieve effecten op lichaam en geest, bevordert de gezondheid en verkleint het risico op ernstige ongezondheid. Voldoende bewegen hangt positief samen met gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. Hoge niveaus van beweging zijn gerelateerd aan verlaging van de kans op kanker. Onvoldoende bewegen is een beïnvloedbare risicofactor voor een breed palet aan ernstige chronische ziekten. Bewegingsstimulering is een zeer aantrekkelijke en effectieve interventie om gezondheidsrisico's te verlagen. Het bevorderen van bewegen via wandelen, fietsen, en dergelijke hebben gunstige effecten op de mobiliteit en het milieu: het vermindert files en CO₂ uitstoot (Hildebrandt, 2010).

Voeding is een basisbehoefte. Er gaat een preventieve werking uit van gezonde voeding.

Wat is een gezonde en duurzame voeding? Afhankelijk van financiers van onderzoek en lobbyisten komen resultaten van voedingsgericht onderzoek wel of niet naar buiten. De focus van informatie die naar buiten komt ligt vaak op macro- en micronutriënten, en weinig op het gehele voedingspatronen in combinatie met etniciteit en cultuur. De overgang van traditionele eetgewoonten naar een voedingspatroon met meer gebruik van geraffineerde, door de voedingsmiddelenindustrie geproduceerde producten, heeft een positieve correlatie met het ontstaan van het metabool syndroom en een toename van dieetgerelateerde chronische ziekten (Pollan, 2008). Het metabool syndroom is een combinatie van vier frequent voorkomende aandoeningen. Deze aandoeningen zijn een hoge bloeddruk, suikerziekte, verhoogd cholesterol en overgewicht.

Het is een gegeven dat een fractie van het bedrag dat besteed wordt aan zorg in Nederland, € 5000,- per persoon per jaar, naar preventie gaat. Dat is ongeveer 0,2 %.

Preventie wordt hier bekeken vanuit een integrale invalshoek. Er wordt gepleit voor een grote verschuiving, ook budgettair, van cure naar preventie,

5.2 Preventie als manier van zorg

Preventie betekent het voorkomen, opsporen en vroegtijdig onderkennen en bestrijden van ziekten en het voorkomen van invaliditeit. Welvaartsziekten, chronische ziekten en complicaties bij ziekten worden zoveel mogelijk teruggedrongen. Dat betekent gedragsverandering. Preventie vergt een actieve deelname van deelnemers. Preventie moet praktisch, doelgericht en effectief zijn. De maatschappij dient zo ingericht te zijn dat het aanbod aan gezonde voeding, inbedding van voldoende beweging in het dagelijks leven, ontspanning en zingeving de normale gang van zaken zijn.

Preventie begint bij bewustwording, bewustzijn en welzijnsbevordering, om vervolgens bewust gezond te leven en het ongezonde te beperken. Er is genoeg

OCF-themaraapport Zorg

bekend over de verschillende preventieve aspecten om op brede schaal bewustwording hierover te bevorderen. Preventie leidt tot enorme kostenbesparingen. Technologie kan dit mede faciliteren en optimaliseren.

Bewustwording en bewustzijn

De mens is een geheel van lichaam, geest en ziel in relatie met de buitenwereld en anderen. Leefstijlgebieden beïnvloeden en versterken elkaar. Dit is een belangrijke reden om een individu integraal en in relatie tot de omgeving te zien. Productieprocessen, transport, werkgeverschap, organisatiestructuren, alles heeft effect op de gezondheid. Alle partijen binnen de maatschappij dienen bewust te worden van hun rol in de volksgezondheid op langere en kortere termijn.

Welzijnsbevordering

Zorg helpt mensen en mensen helpen zichzelf. Mensen nemen verantwoordelijkheid voor hun eigen wel en wee en zien zorg niet meer als een consumptieartikel waar je recht op hebt. Ieder mens heeft een individuele verantwoordelijkheid om de eigen kwaliteit van leven te optimaliseren en, naar redelijkheid en billijkheid, medeverantwoordelijkheid ten aanzien van de kwaliteit van leven van de medemens. Als iemand, geheel of gedeeltelijk, niet zelf voor zijn levenskwaliteit kan zorgen heeft men een verantwoordelijkheid naar elkaar toe en is solidariteit op zijn plaats. Als mensen gelukkig zijn, zich psychisch goed voelen, goede sociale contacten en relaties hebben, zich kunnen uiten in creativiteit, zich nuttig kunnen maken en een zinvol en betekenisvol bestaan leiden, leidt dat tot minder klachten. Het voorkomt deels hospitalisatie en beperking van functies van bewoners van instellingen.

Beweging

De basis van een leefstijl zou minimum - optimum moeten zijn. In de natuur wordt een optimaal resultaat bereikt wanneer alles gedaan wordt met een minimale inspanning voor het systeem, zoals het effect van bijvoorbeeld een half uur wandelen per dag aantoont. Minimum-optimum betekent dat mensen leren om op elk levensgebied hun leven zo in te richten en hun krachten zo te bundelen, dat er economisch omgaan wordt met het leven. Minimale inspanning met een optimaal resultaat. Je eet economisch, je beweegt economisch, je werkt economisch, enzovoort. Energie wordt zo min mogelijk verspild en optimaal benut. Deze energiebesparende vorm van leven is het grote geheim van vitaal en gezond leven en oud worden. Dit principe heet het opbouwen van een regeneratieve leefstijl i.p.v. de vooral energievervlindende, degeneratieve manier waarop de meeste mensen neigen te leven, en die leidt tot allerlei degeneratieve (aftakelings-)ziektes.

Beweging is zo veel mogelijk in de vorm van dagelijkse handelingen ingebed. Genoeg en de juiste soort beweging voor elk individu, in een motiverende en ondersteunende omgeving. Beweging als preventie van psychische en lichamelijke klachten en van complicaties, beweging als duurzaam vervoersmiddel en gereedschap. Wanneer werkzaamheden en vervoer door lichamelijke inspanning worden verricht kost dit meer aan uur- en mankrachten,

maar er vindt besparing plaats door minder CO₂ uitstoot en er zijn minder welvaartsziekten door een verhoogde lichamelijke inspanning.

Het komt ook de mentale gezondheid ten goede.

Voeding

Minimum-optimum voeding is voeding waarvan de voedende elementen gemakkelijk in het lichaam opgenomen worden en waarvan de afvalproducten gemakkelijk uitgescheiden worden. Het is voeding die energie bespaart en geeft en niet opsoupeert. Minder eten verlengt en vitaliseert het leven. In dierexperimenten en vanuit menselijke ervaring is aangetoond dat langer en vitaler leven ontstaat door minder te eten. Ieder individu is in staat gezonde voeding te gebruiken. Gezonde voeding is bereikbaar en duurzaam geproduceerd. De basis van gezonde voeding is voldoende groenten en fruit, voldoende gezonde en duurzame eiwitbronnen en energiebronnen, zoals koolhydraten en essentiële vetzuren.

5.3 Uitdagingen m.b.t. preventie

Tot nu toe is er aandacht voor preventie op fysiek en sociaal niveau, maar niet of nauwelijks op het emotionele, mentale, relationele en spirituele niveau. Men richt zich op de buitenkant, op wat zichtbaar, meetbaar en verifieerbaar is.

Preventie wordt tegengehouden door partijen die geen belang hebben bij preventie, zoals zorgaanbieders en de industrie. Verzekeraars en de overheid hebben er deels geen belang bij. Gok-, drank-, rook- en drugsverslaving leveren de schatkist geld op middels de BTW.

Veel mensen nemen hun verantwoordelijkheid niet door een onverantwoorde, ongezonde en/of onverschillige leefwijze. Er is sprake van schijnpersoonlijkheden, neiging tot afhankelijkheid en slachtoffergedrag. Psychologische en levensbeschouwelijke aspecten van de mens houden preventie tegen. Van der Mieden verklaart dit in zijn bewustwordingspsychologie aan de hand van het door hem ontwikkelde mensmodel (Van der Mieden, 2004).

Financiële belangen en gebrek aan integriteit, gebrek aan plichts- en normbesef, onvoldoende individueel en collectief verantwoordelijkheidsgevoel, vermindering van beschaving en zelfrespect en gebrek aan respect voor de ander en onze omgeving, houden ons tegen. Er is onvoldoende bewustzijn over oorzaken en gevolgen en de effecten op onze gezondheid op alle zes genoemde kwaliteitsniveaus van leven en hun onderlinge beïnvloeding. Kansen en mogelijkheden ten aanzien van preventie blijven onbenut.

De nadruk in onze maatschappij op marktwerking en op consumptie bevorderen preventie niet. Korte termijn denken in termen van financiën en winst maken leiden tot de nadruk leggen op cure in ons denken en handelen. Mensen hebben nooit geleerd om verantwoording te nemen voor de eigen gezondheid en hebben zich moeten schikken in afhankelijkheid van gezondheidswerkers. Gedragsverandering is moeilijk te bewerkstelligen.

Volgens het RIVM heeft in het volksgezondheidsbeleid de nadruk de laatste jaren sterk gelegen op de preventie van ziekten. Er is veel gezondheidswinst te behalen bij het verminderen van de negatieve gevolgen van (chronische) ziekten voor het persoonlijk, sociaal en maatschappelijk functioneren (Lucht, 2010).

OCF-themaraapport Zorg

Nederland heeft veel geld geïnvesteerd in het "evidence based" krijgen van preventieve projecten en activiteiten gericht op voedingsverbetering, beweeggedrag, psychosomatische begeleiding, e-health, enzovoort. In de huidige kapitalistische maatschappij, met korte termijn denken en (overmatig) consumeren, is het lastig om het effect van preventie meetbaar te maken. Het is niet transparant, waarom keuzes worden gemaakt. Men richt zich bij effectmeting van leefstijlinterventies op bioparameters als bloedglucosewaarden, serumcholesterol, bloeddruk en aantal kilo's gewichtsvermindering. De effecten op kwaliteit van leven, veranderde zorgconsumptie en empowerment lijken lastig aantoonbaar en voor de financier van ondergeschikt belang. Commerciële producten en diensten worden als preventief gepresenteerd, zoals het uitbreidende assortiment van functional foods dat voor een leek als noodzakelijk voor de gezondheid wordt gepresenteerd. Wat heeft de maatschappij en de industrie over voor het toegankelijk maken van duurzaam geproduceerd voedsel, het mogelijk maken en ondersteunen van een betere leefstijl?

Bewustwording en bewustzijn

Innerlijke leegte wordt vaak veroorzaakt door gebrek aan zelfvertrouwen, liefde en veiligheid, door bewuste en onbewuste angst, door verdriet, enzovoort en gecompenseerd door ongezonde leef-, gedrags-, werk- en eetpatronen. Inzicht in de ware persoonlijkheid met onze gaven, talenten, kwaliteiten en persoonlijke inkleuring van menselijke eigenschappen, zoals kracht, liefde, schoonheid, verbinding, vertrouwen, waarheid, wijsheid en zuiverheid, is de beste waarborg voor optimale preventie.

Er is educatie en begeleiding nodig bij

- 1) bewust zijn van preventieve krachten en van individuele en gedeelde verantwoordelijkheid wat betreft leefstijl,
- 2) bewust zijn van de eigen zorgconsumptie: wanneer consumeer je zorg, wanneer is het nodig? Wat kan je zelf, waar heb je een professional bij nodig. Wat kost het? Staan de kosten en middelen in verhouding tot het te verwachten resultaat?
- 3) Bewust worden van ziekte en sterven als bij het levenbehorend,
- 4) aanvaarding van de imperfectie van lichaam en geest,
- 5) aanvaarding van de diversiteit van mensen,
- 6) bewust zijn van de gevolgen van het eigen handelen, als burger en als professional.

Tijdens de zorgbehandeling is professionele zorgvuldigheid en empathie van cruciaal belang om onnodige vervolgbehandelingen te voorkomen. Bezoeken aan huisartsen, specialisten en hulpverleners worden mede bepaald door een mogelijke behoefte aan aandacht. Klachten kunnen daardoor onnodig lang voortduren of teveel aandacht krijgen, omdat onderliggende oorzaken niet worden (h)erkend.

Er wordt druk uitgeoefend op mensen om gezond bezig te zijn. Zorgverzekeraars overwegen om ongezond gedrag financieel af te straffen. Door de toenemende automatisering verliezen vooral mensen met een laag sociaal

OCF-themaraapport Zorg

economische status (SES) hun werk, waarin zij lichamelijk actief waren. Een ongezonde leefstijl is een probleem voor de SES bevolking.

Het is mensen niet ontgaan dat overgewicht schadelijk is voor de gezondheid. Men doet verwoede pogingen, zoals crashdiëten en van de een op andere dag drie keer per week gaan sporten. In nood grijpt men naar rigoureuze methoden met de daarbij komende complicaties.

Inwoners van Nederland worden geconfronteerd met verstrekkers van ongezond voedsel, met zogenaamd gezond en kostbaar, ecologisch niet duurzaam voedsel. Men is gericht op korte termijneffecten en wil snel resultaat zien.

Gedragsverandering is een proces van lange adem, voordat beloning voor alle inspanning ervaren wordt. Goede begeleiding om leefstijlverandering te bereiken en te behouden is onbetaalbaar voor diegene die het nodig hebben.

Leefstijlinterventies, dieetbegeleiding, (preventieve) psychische begeleiding en alternatieve interventies gericht op zingeving en bewustwording, zijn deels of onvoldoende mogelijk. Kosten en vergoedingen zijn een probleem. De begeleiding sluit niet altijd aan bij het individu of wordt voortijdig gestopt.

(Deelname aan) Gezondheidsprojecten stoppen door de aanbieder of de deelnemer stoppen door gebrek aan financiële middelen. In de afgelopen jaren zijn er veel goede initiatieven en projecten ontwikkeld om gezonde voeding, voldoende beweging, zingeving, welzijn en bewustzijn te bevorderen. Dit gebeurt door vrijwilligers, door patiëntenverenigingen, door sportscholen, buurtcentra, scholen, (geestelijke) gezondheidszorginstanties, kerken, culturele instellingen, landelijke organisaties en overheidsinstellingen.

Welzijnsbevordering

Lichaam en geest streven naar balans. Onze maatschappij zou zo ingericht moeten zijn dat het aanbod van gezonde voeding en inbedding van voldoende beweging in het dagelijks leven, ontspanning en zingeving de normaal is.

Een positieve ondersteunende relatie met intimi is van wezenlijk belang voor het welbevinden. Hetzelfde gunstige effect is te verwachten van seksualiteit. Sex houdt jong. Stressmanagement is belangrijke in het voorkomen van ziekteverzuim en vervroegd oud worden. De huidige snelle, materieel ingestelde maatschappij vergt dat we op een flexibele, open en creatieve manier kunnen omgaan met de veranderingen die zich in de maatschappij en op het werk aandienen. Als we niet goed met de veranderingen in het dagelijks bestaan om kunnen gaan, veroorzaakt dit stress. Chronische stress is niet goed voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid. Hierbij hoort het kunnen benutten van eigen capaciteiten en mogelijkheden in de werksituatie.

Isolatie van anderen, maar ook van het Hogere (zingeving) heeft een negatief effect op gezondheid en vitaal ouder worden. Het is wetenschappelijk aangetoond dat emotionele isolatie en gebrek aan waardering leiden tot chronische stress, verminderde weerstand, verminderde gezondheid, vroegtijdig ouder worden en sterven. Isolement op het gebied van religie en zingeving heeft een aantoonbaar negatief effect op gezondheid en vitaal ouder worden. Zingeving is op de werkvloer een belangrijk begrip. Steeds meer mensen ondervinden hoe het is als werk er niet toe doet. Mensen willen dat hun werk zin

OCF-themaraapport Zorg

heeft voor een groter geheel. Het gaat niet alleen om het salaris. De nadruk die er is op ik, betekent geïsoleerd raken van anderen. Het levert stress op.

Veel mensen zijn veel met zich zelf bezig, zijn cynisch en vijandig naar anderen, wat zich uit in graaicultuur, consumptiecultuur, en verloederding.

Men wordt geconfronteerd met stress door werkdruk en productienormen, financiële stress, onrechtmatige verdeling, discriminatie en een angstvoedende maatschappij.

In een maatschappij, waar veel aandacht is voor jong, fysiek fit, perfect en prestatiegericht zijn, wordt ouder worden gezien als een proces van lichamelijke aftakeling. Wijsheid, reflectief vermogen, sensitiviteit en een groter overzicht komen daarvoor in de plaats. In een leefstijlprogramma voor ouderen, moeten mensen begeleid worden om gezonder te leven en om kunnen gaan met een midlife crisis. De tweede levenshelft is een periode met een eigen ontwikkeling en dynamiek. Mensen maken zich zorgen over een niet arbeidzaam leven en over buiten spel komen te staan. Ouderen die geestelijk actief blijven door lezen, leren en andere intellectuele activiteiten, die actief blijven in de werksituatie en vooral actief in interactie met anderen, hebben minder kans op geestelijk aftakeling en meer kans op een langer en gezonder leven.

Beweging

Onze leef- en werkomgeving stimuleert overmatig eetgedrag en een zittende (sedentaire) leefstijl. Er zijn onvoldoende prikkels om te blijven bewegen of meer te bewegen door dagelijkse handelingen (lopen, fietsen, traplopen, werken met het lichaam).

'De intentie van inactieve en actieve mensen is er wel om op een prettige manier te bewegen, maar naar eigen perceptie is de omgeving niet erg bevorderlijk en stimuleert hen nauwelijks om meer te bewegen. Men voelt zich niet gestimuleerd door mensen uit de omgeving' (Proper, 2008, p.30).

TNO beveelt aan goed na te denken hoe een niet-zittende leefstijl in bestaande campagnes en interventieprogramma's geïntegreerd kan worden (Proper, 2008). Er is een positieve relatie tussen zittend gedrag en overgewicht/obesitas, verhoogd risico op Diabetes Mellitus type II en metabool syndroom (Proper, 2008). Uit onderzoeken en praktijkervaringen blijkt dat bewegen en zingeving preventief werkt bij (verergering van) psychische- en somatische klachten.

Er is een nationaal actieplan Sport en bewegen vanuit VWS sinds 2005, dankzij de nota Tijd voor sport, bewegen, meedoen en presteren. Sinds 2000 wordt het beweeggedrag van Nederlanders gemeten. Het streven was dat in 2010 65% van de bevolking voldoet aan de norm bewegen. In 2000 voldeed 44%, in 2009 61%. Conclusie vanuit Trendrapport Bewegen & Gezondheid TNO 2008/2009 is dat meer mensen zijn gaan voldoen aan de norm bewegen, de stijgende lijn van de afgelopen 10 jaar heeft een afvlakkende tendens. Werkenden voldoen minder aan de norm, zittend werkenden nog minder dan gemiddeld (Proper, 2008, p.27). Reizen naar werk en school vormen de grootste inbreng van beweging. Matig intensieve beweging is licht gestegen, zwaar intensieve beweging zelfs gedaald.

Gezonde voeding

Ruim de helft van de Nederlanders vindt dat zij gezond eet. 8% van de Nederlanders vindt dat hij ongezond eet. Hoe jonger men is hoe minder vaak men zegt gezond te eten. De helft van alle Nederlanders wil gezonder gaan eten, met name jongeren (vooral jonge vrouwen) en hoger opgeleiden. Een groot deel van de mensen die gezonder wil gaan eten, vindt dat ze op dit moment niet gezond, maar ook niet ongezond eten. Te weinig zelfbeheersing en ongezond eten lekker vinden, zijn de meest genoemde belemmeringen om gezonder te gaan eten. Voor jongeren zijn dat een onregelmatig leven, tijdgebrek en verleidingen in de supermarkt. Consumenten vinden zichzelf het eerst verantwoordelijk om gezond te eten. Daarna volgen gezinsleden, huisgenoten en fabrikanten. Het duurder maken van producten of het invoeren van een vettax zijn de minst populaire maatregelen om overgewicht tegen te gaan. Van voorlichting, educatie en het promoten en ruimer aanbieden van gezonde producten verwacht men meer resultaten (Paulussen, 2010, p.49).

De gezondheidsclaims op (commerciële) producten en logo's die mensen zouden moeten stimuleren om gezond te eten werken niet, of onvoldoende, en zijn misleidend. Gezondheidslogo's staan op onnodige producten (Kromhout, 2008). De fabrikant en groothandel hebben dubieuze motivaties voor het gebruik ervan.

Ongezond voedsel en fastfood zijn overal verkrijgbaar en lijken goedkoper dan gezonde basisvoeding. Mensen zijn luie, verslavingsgevoelige dieren. Ex-drugsverslaafden worden begeleid en geadviseerd om weg te blijven uit de drugscene om terugval te voorkomen. Het is vreemd dat de overheid, beleidsmakers, professionals in de gezondheidszorg en zorgverzekeraars verwachten dat individuele mensen hun gedrag aanpassen in een omgeving vol met triggers. Voorlichting zorgt voor kennisvermeerdering. De ervaring van een diëtist is dat leerlingen van groep 8 op de hoogte zijn van de Schijf van 5, voorbeelden van gezond en lekker ontbijt en lunch kunnen noemen, de positieve effecten daarvan erkennen en zich voornemen om op de middelbare school frequent een 'kapsalon' (shoarma en friet) te halen als lunch. De voedingsmiddelenindustrie heeft een sterke lobby, is uit op winst en minder op het verbeteren van de gezondheid van mensen en op duurzaamheid.

5.4 Tijdspad

Het is een kwestie van paradigmaverandering. Een tijdspad gaat uit van problemen in de huidige situatie en probeert naar een nieuwe situatie toe te werken. Een paradigma-verschuiving gaat minder planbaar.

Preventie staat op de voorgrond. De nadruk ligt op bewustwording.

0-10 jaar

Transparantie is een belangrijk aspect van preventie en wordt bepaald door de mens zelf en zijn onderlinge communicatie. Het gaat om houding, inzicht en initiatief. Het gaat om een samenleving die gericht is op verbinding, op openheid en elkaar bijstaan in ontwikkeling en ontplooiing. Een samenleving die gericht is op luisteren naar elkaar vanuit het besef dat we allemaal behept zijn met schijn

OCF-themaraapport Zorg

en zijn, is transparant (zie ook hoofdstuk 10). Transparantie en open discussie zijn nodig om een paradigmashift voor elkaar te krijgen.

Een multidisciplinaire aanpak leidt tot overleg en uitwisseling tussen professionals. Een integrale aanpak binnen de disciplines en een multidisciplinaire aanpak onderling leidt tot aanzienlijke winst in efficiëntie en effectiviteit en daarmee in kosten. Er vindt actieve en welbewuste deelname plaats in het debat over preventie door de zorgverzekeraars en instellingen, beroepsgroepen en patiëntenorganisaties (Van der Stel, 2005). Er wordt ruimte gecreëerd om in openheid misstanden in de zorg en gezondheidgerelateerde zaken aan te kaarten en vragen te beantwoorden.

Een ecologische benadering ziet mensen niet alleen als individuen, maar ook als lid van maatschappelijke systemen, die met elkaar verbonden zijn. Preventie vergt een intensieve, integrale en intersectorale aanpak, met inzet van een combinatie van instrumenten, gericht op zowel het individu als de omgeving. Deze benadering leidt tot meer inzicht en tot nieuwe aangrijpingspunten voor preventie en beleid (Hoeymans, 2010).

Preventie houdt in dat de maatschappij en alle betrokken partijen in deze maatschappij, inclusief de industrie, duurzaamheid hoog in het vaandel hebben en er naar handelen. Bevordering van een gezonde leefstijl en een langdurig gezond en nuttig leven, vraagt om een collectieve inspanning die begint bij dagelijkse situaties thuis, op school, op het werk, onderweg en tijdens recreatie. Duurzaamheid gaat een belangrijke rol spelen in de educatie van zorgprofessionals en -studenten. Kennisname van de schadelijke gevolgen van ons handelen is een belangrijke stap (Huize Aarde, 2010).

De mens is divers en er zal een divers aanbod moeten zijn om een grote groep te bereiken. Protocollen zijn minder functioneel. Aansluiten op het individu en diverse (culturele) groepen is van belang.

Alle gezondheidsinstellingen hebben een curatieve en een preventieve taakopdracht, waaronder ook terugvalpreventie en nazorg. Maatschappelijke voorzieningen en organisaties dragen bij aan de bescherming van de volksgezondheid (Stel, 2005). In overleg met belanghebbenden kunnen er instituten opgericht worden die zich geheel op preventie (en onderzoek) richten en één en ander landelijk coördineren. Ook worden er leefstijlcoaches opgeleid.

Binnen vijf jaar dient de VKB-uitkering (Vrije Keuze Baan) te zijn ingevoerd. Mensen die hun baan verliezen krijgen geen WW uitkering, maar een VKB – uitkering. Ze zijn intelligent en hebben tijd. Ze kiezen uit klussen met behulp van een lokaal maatschappelijk bureau, of zetten zich in voor mantelzorg en kinderopvang. Zij werken als klusjesman, geven computercursussen, zijn gesprekspartner en gaan met iemand op pad gaan. Mensen blijven aan het werk, blijven sociaal betrokken en doen werkervaring op. Het is een creatieve oplossing voor de grote toename van het aantal hulpbehoevende mensen.

Mediavoortlichting en gebruik van sociale media zijn onontbeerlijk. Vragenlijsten en programma's via internet zijn mogelijkheden die op brede schaal benut worden, inclusief uitwisseling van ervaringen en buddy systemen. Er wordt ingezet op een duurzame manier van (anonieme) preventieve, psychische begeleiding. Er worden (financiële) oplossingen gevonden voor de inbedding van e-health binnen de (preventieve) gezondheidszorg.

OCF-themaraapport Zorg

De overheid kan de volgende vijf jaar haar beleid herzien ten aanzien van kunst en cultuur.

Er kan een meer dwingend beleid worden ontworpen. Bestaande rapporten en adviezen worden pro-actief ingevoerd. Er vindt een verschuiving plaats van de eigen verantwoordelijkheid van de burger naar een gedeelde verantwoordelijkheid.

Onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar het verband tussen stoffen in het milieu en gezondheid, waarbij rekening wordt gehouden met cocktaileffecten, gecombineerde blootstelling en cumulatieve effecten van stoffen in het milieu wordt gestimuleerd.

Er zal open gesproken worden over de effecten op de volksgezondheid en de ecologische duurzaamheid van bio-industrie en voedselproductie. Dit wordt ondersteund door het openbaar maken van alle onderzoeken die hierover zijn uitgevoerd, ongeacht de uitslag van het onderzoek. Indien nodig wordt er onafhankelijk onderzoek gedaan.

Het effect van voorlichting, educatie en het promoten en ruimer aanbieden van gezonde producten leidt tot het verbeteren van eetpatronen (Paulussen, 2010).

Er dient niet gekort te worden op voorlichting en educatie.

“Een burger in een duurzame samenleving kan zijn of haar meningvorming niet alleen baseren op nieuwsberichten, maatschappelijke acties of reclame. Voor een kritische consumptie, goede meningvorming en meer invloed op de besluitvorming hebben mensen behoefte aan onafhankelijke en volledige (samenhangende of geïntegreerde) informatie en aan een uitleg van achtergronden. De ontwikkeling naar een duurzame samenleving is afhankelijk van een goed geïnformeerde burger. Informatie ligt aan de basis van de publieke opinie. Om deze reden is er veel aan gelegen dat burgers van juiste informatie wordt voorzien. Om dit te bereiken zijn onafhankelijke informatiecentra nodig die kennis uit de verschillende vakgebieden bijeenbrengen, zich voortdurend actualiseren en de informatie in een begrijpelijke taal communiceren” (Huize Aarde, 2010).

De adviezen genoemd in de Schijf van 5 en Richtlijnen goede voeding worden heroverwogen met duurzaamheid, gezondheid en paleolitische voeding (oerdieet) als leidraad, onafhankelijk van de voedingsmiddelenindustrie, productschappen en economische drijfveren.

Gezonde en duurzaam geproduceerde producten zijn overal te krijgen. Van vette snackbar naar een gezonde snackbar. Het actieve rookbeleid en het coffeeshopbeleid kunnen een voorbeeld zijn voor fastfoodketens. Bijvoorbeeld een verbod op fastfoodverstrekkers in de nabije omgeving van scholen en alleen gezonde kantines om te voorkomen dat jongeren in de lunchpauze een vette snack halen. Er kan een vettax ingevoerd worden maar dat heeft op de consument weinig effect (Paulussen, 2010). Er kan belastingsheffing ingevoerd worden voor producenten en verstrekkers van ongezonde voedingsmiddelen en genotsmiddelen. Dat geld wordt ingezet ten bate van een duurzame volksgezondheid.

Er moet worden ingezet op het verkleinen van sociaaleconomische achterstanden, om direct effect te hebben op het verbeteren van de volksgezondheid (Lucht, 2010). De invloed van het Zorgverzekeringsstelsel wordt (wederom) kritisch onder de loep genomen.

Regels ten aanzien van het gebruik van gezondheidsclaims en duurzaamheidsclaims worden aangescherpt en getoetst.

10-15 jaar

De overheid zorgt voor samenwerking, samenhang en de kaders voor financiering, maatregelen en wetten. De overheid vervult een faciliterende rol door verslavingen en ongezond (eet- en drink)gedrag grondig aan te pakken, door het maken, leveren en kopen van onverantwoord en ongezond voedsel te ontmoedigen en door opbrengsten uit BTW in te zetten voor preventiemaatregelen. De overheid zorgt voor sport en beweging op scholen, gezonde voeding en voor het stimuleren van kunst en cultuur, creativiteit, zelfkennis en mensenkennis. Dit schept werkgelegenheid en leidt tot een gezonde, gemotiveerde, zelfbewuste en gekwalificeerde burger die optimaal inzetbaar is. Dit leidt tot kostenbesparingen in de gezondheidszorg, minder ziekteverzuim en hogere arbeidsproductiviteit.

De winst van preventie is de afwezigheid van ziekte of vroegtijdig sterven, vermindering van kosten voor behandeling van chronisch zieken, afname van arbeidsgerelateerde ziekte (Stel, 2005), toename van arbeidsparticipatie en burgerparticipatie, ervaren verbeterde kwaliteit van leven, meer gezonde jaren per leven.

Onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar het verband tussen stoffen in het milieu en gezondheid, waarbij rekening wordt gehouden met cocktaileffecten, gecombineerde blootstelling en cumulatieve effecten van stoffen in het milieu, wordt verplicht. Bedrijven richten zich op het gebruik van duurzaam geproduceerde, onschadelijke producten.

De leverancier en producent van ongezonde, geraffineerde producten wordt verantwoordelijk voor de kosten die welvaartziekten met zich meebrengen.

Duurzaam geproduceerd voedsel is betaalbaar voor iedereen. Het gebruik van moestuinen/stadsmoestuinen is ingeburgerd.

Er is een verschuiving in het verstrekken van medicatie en het inzetten van medisch handelen als preventiemiddel, naar leefstijlverandering. Beweging in de vorm van algemene dagelijkse handelingen is toegenomen, evenals sport, het nemen van voldoende lichamelijke en mentale ontspanning, het krijgen van zingeving en het gebruiken van goede voeding. Men aanvaardt dat het langer kan duren voor men de positieve effecten kan aantonen en ondervinden dan wanneer men medisch ingrijpt. Zorgprofessionals, ervaringsdeskundigen, mantelzorgers en vrijwilligers in een extra- en intramuraal setting zijn waardevol en zien het belang hiervan in en handelen ernaar.

Er is tijd, plaats en voldoende financiering voor ondersteuning in het verkrijgen van gezondheidsbewustzijn en het kunnen nemen van eigen verantwoordelijkheid. Er is educatie en bewustzijnsontwikkeling op het gebied van motivatie, barrières en mogelijkheden wat betreft het verbeteren van leefstijl, kritische houding op eigen zorgconsumptie, (culturele) waarden en normen en de effecten daarvan op de eigen gezondheid en de ecologische gezondheid. Van der Mieden geeft aan dat het van belang is dat een kind vanaf het vierde jaar al inzicht krijgt in de persoonlijkheid van de mens, in de schijnpersoonlijkheid, minderwaardigheidsgevoelens en -gedachten, afhankelijkheidsneiging en inzicht

OCF-themaraapport Zorg

in de ware persoonlijkheid, het Zelf. Daarvoor wordt een onderwijsmethodiek ontwikkeld en uitgevoerd. (Mieden, 2004). Na invoering van onderwijsmethodiek, aandacht voor preventie en duurzaamheid in de opleiding van professionals, leidt tot resultaat op alle zes kwaliteitsniveaus van leven.

Sectoren die ongewenste diensten en producten leveren, zullen de gevolgen daarvan ondervinden. Bepaalde producten en diensten worden verboden of genationaliseerd. Een voorbeeld is de nationalisatie en het mondiaal regelen van het ontwikkelen en distribueren van medicijnen.

Er worden gastlessen gegeven op scholen (basis, voortgezet en beroepsonderwijs) en aan zorgprofessionals en -studenten door ervaringsdeskundigen uit de zorg (verslavingszorg, GGZ, en chronische zorg) met als doel preventie en vergroting van inzicht. Inzet van ervaringsdeskundigen is een stap binnen de (terugval)preventie.

In zorginstellingen is de binnen- en buitenruimte zo ingericht, dat men daar met en zonder begeleiding kan bewegen. Zorgorganisaties ondersteunen op passende wijze beweging, zingeving en richten zich op welzijnsbevordering, individueel of groepsgewijs, naar gelang de klachten, behoeften en barrières. Zorgorganisaties verstrekken goede voeding. Leefstijlverandering en motivatie tot veranderen worden niet opgedrongen. Begeleiding gericht op leefstijlverandering kan wel verplicht worden voordat men (preventief) medicatie gaat verstrekken of medisch gaat ingrijpen. Wanneer er sprake is van vertrouwen, respect, empathie en persoonlijk contact in de zorg, kan de cliënt uitzoeken en ervaren welke vorm van leefstijlaanpassing past.

15-25 jaar

De mens heeft een sterke drang naar een zittend leven. De omgeving motiveert en dwingt tot beweging. Er is een gedeelde verantwoordelijkheid tussen overheid en bedrijven wat betreft infrastructuur, de inrichting van leefruimte en de inrichting van arbeid. Deze leiden tot een lichamelijk actieve leefstijl. Bewegen is normaal in een duurzame leefomgeving. Trappen lopen, naar buiten gaan, op de fiets of lopend van A naar B. Het is de gewone gang van zaken en men activeert ook anderen. Het optimum-minimumprincipe is gemeengoed.

Technologische ontwikkelingsmogelijkheden worden ingezet wanneer het werk niet door mensen gedaan kan worden en wanneer dit duurzaamheid niet in de weg staat. Men gebruikt duurzaam geproduceerde gezonde voeding. Men is terughoudend in het gebruik van medicatie. Er is een eigen verantwoordelijkheid van elk individu wat betreft leefstijl. Men ontwikkelt en past in het eigen dagelijkse leven technieken en methoden toe die geen schade toebrengen aan milieu, gezondheid en samenleving. Iedereen levert, onafhankelijk van zijn positie en functie, en in overeenstemming met zijn mogelijkheden, een bijdrage aan de ontwikkeling van een duurzame cultuur (Huize Aarde, 2010).

De curatieve en preventieve gezondheidszorg handelt vanuit een filosofie en aanpak die een mensgerichte zorg levert, die zorgt voor een duurzame, samenhangende, organisatiebrede focus (Planetree, 2010).

Een gezonde paleolitische voeding is voor iedereen bereikbaar. Op basis van een genetisch profiel kan men aangepast preventief voedingsadvies krijgen.

5.5 Afsluiting, conclusie en vooruitblik

Deze visie en voorgestelde maatregelen zijn een paradigmaverschuiving en in bepaalde opzichten revolutionair. Het daadkrachtig en professioneel ter hand nemen van bovengenoemde preventieve maatregelen zorgt voor vitalisering van individuele burgers en bevolkingsgroepen en leidt tot hernieuwde, realistische hoop en toekomstverwachtingen en het nemen van verantwoordelijkheid. Met hernieuwd elan gaat de mensheid voorwaarts. Door bewustwording en door bewust zijn gaat men bewust doen en ontstaat een betere en gelukkiger samenleving en wereld. Een groot deel van de (chronische) ziekten en aandoeningen worden teruggedrongen door inrichting en doelstellingen van leefmilieu, werkmilieu, voedingsmiddelenindustrie en farmaceutische industrie te veranderen. Het is belangrijk dat er financiering komt en dat preventie en duurzaamheid ingebed zijn in de kern van alle organisatievormen, strategieën en plannen.

6. Naar een goed georganiseerde zorg

6.1 Inleiding

Om de transitie te maken die het werken vanuit het nieuwe paradigma met zich meebrengt, is het noodzakelijk dat de organisatie van de zorg verandert. Verandering van de organisatie is nodig t.a.v. patiëntveiligheid, patiënttevredenheid en doelmatigheid. In een volgende fase zijn structuurwijzigingen nodig om de verantwoordelijkheid en de regie naar de patiënt over te brengen. Uiteindelijk is voor een integrale, holistische zorg een complete herziening van het begrip zorginstelling en alle organisatorische principes die daarmee samenhangen, aan de orde. In dit hoofdstuk komen de volgende onderwerpen aan de orde organisatie, leiderschap, visie en strategie, veiligheid, communicatie en transparantie en politieke inbedding.

6.2 Visie

Leiderschap, visie en strategie

Leiderschap in de zorg wordt vaak opgevat als management, een beheersmatige rol. Met het ontgroeien van het beheersparadigma heeft de zorg behoefte gekregen aan een nieuwe insteek, waar richting wordt gegeven op basis van waarden.

Het gaat om de waarden van de zorginstelling en in een later stadium om de match tussen de waarden van de instelling en de waarden van de patiënt. Goede zorg verandert van definitie, van medische risicobeheersing en medisch excelleren naar het waarmaken van een specifieke missie in het systeem patiënt-zorgverlener. Sturen vanuit waarden vraagt nieuw leiderschap van CEO's. Het vraagt persoonlijk leiderschap van medewerkers en van patiënten. Als het beheersparadigma vervaagt, is er behoefte aan een standaard die de kaders geeft die voorheen door protocollen en kwaliteitssystemen werden gevormd. Die standaard wordt vanuit zorginstellingen gevoed uit de drang naar prestatie. Later wordt hij gevormd door de samenhang tussen het waardesysteem van de instelling en dat van de patiënt. Uiteindelijk is het een samenspel van de waardesystemen van patiënt, zorgverleners en zorginstellingen. Instellingen maken een transitie naar vraaggestuurde zorg in plaats van aanbodgerichte zorg. De patiënt staat centraal, personeel behandelt de patiënt als een gewaardeerde klant. Het welbevinden en het herstel van de patiënt worden bevorderd. Deze strategie evolueert naar het overdragen van verantwoordelijkheid naar de klant. De patiënt wordt daarmee eindverantwoordelijk voor de eigen gezondheid.

De gezondheidszorg is ondersteunend in het gezondheidsmanagement van de patiënt. De regie bij de patiënt zal uiteindelijk invloed hebben op de strategie van zorginstellingen. De strategie op langere termijn is gericht op het vormen van een naadloos geheel in gezondheidsmanagement tussen persoon (gezond of ziek) en ondersteuning. Tot die ondersteuning wordt een breder spectrum gerekend dan wat de gezondheidszorg nu biedt. Doelmatigheid is een belangrijk streven. Wat doelmatig gedrag is zal veranderen. In het beheersparadigma staan andere doelen centraal dan in een holistisch systeem. Ziekenhuizen verdwijnen als verblijfsplaats voor de patiënt. Het zwaartepunt verschuift naar de

thuisituatie. Er komen integrale behandelcentra. Dit heeft ingrijpende consequenties voor de distributie van zorg.

Veiligheid, communicatie en transparantie

De samenwerking tussen verschillende expertises wordt verbeterd met het oog op veiliger zorg. Het melden van fouten is positief en wordt beloond. Patiënten worden goed ingelicht door het personeel met het doel de patiënt medeverantwoordelijk te maken. De taakverdeling en bijbehorende verantwoordelijkheden zijn voor elke betrokkene duidelijk. Bij de regie bij de patiënt ontstaat ook de nieuwe rol van het faciliteren van informatiebeheer. Een patiënt wordt bijgestaan door een medisch adviseur of zorgcoördinator die uit gegevens inzicht verstrekt.

Politieke inbedding

De overheid zal in de toekomst begeleidend en faciliterend zijn. De overheid zorgt voor de randvoorwaarden. Zie hoofdstuk 5 en 9.

6.3 Probleemstellingen

Leiderschap, visie, strategie

Er is een standaard invalshoek die leidend is voor de gezondheidszorg. Er ontstaan richtlijnen die voor iedere zorgverlener of patiënt gelden. Als we uitgaan van een situatie waarin zorgverlener en patiënt duidelijker een eenheid vormen, dan is die eenheid onderhevig aan verschillen in persoonlijkheid tussen patiënten en tussen zorgverleners. Het uitschakelen van de rol van persoon van de zorgverlener ten behoeve van de rol van professional is ongewenst en onmogelijk.

In het ziekenhuis is de organisatiestructuur nu als volgt. Het dagelijks bestuur is de raad van bestuur, bestaande uit artsen en niet-medisch geschoolde bestuurders. De raad wordt samengesteld en gesuperviseerd door de raad van toezicht die samengesteld is door het ministerie van OCW. Specialisten in een ziekenhuis werken in loondienst of zijn zelfstandig gevestigd in een maatschap. Vaak hoort men in de media over onenigheid binnen de maatschap, of scheve verhoudingen tussen de bestuurseenheden. De raad van bestuur gaat over het budget, het beleid en de inrichting van besluitvormingsprocedures. Een deel van de wrijving is te verklaren doordat het ziekenhuisbestuur doelen als kostenreductie en kwaliteitsverbetering heeft, waarbij de gezondheid van de organisatie voorop lijkt te staan. De raad van bestuur kan niet de kernactiviteiten van artsen, verpleegkundigen en andere zorgprofessionals aansturen, wiens belangrijkste doel de gezondheid van de patiënt is. Specialisten en verpleegkundigen zijn in de regel niet opgeleid tot managers en niet alle specialisten hebben bijvoorbeeld zin om zich met management bezig te houden. Toch zou ieders doel hetzelfde moeten zijn, namelijk waardevermeerdering voor de patiënt.

Wat is het probleem in de communicatie tussen managers en zorgprofessionals? In het werken in de zorgsector ontstaat soms een sfeer van wantrouwen doordat een aanzienlijk deel van de financiering voor bijvoorbeeld

OCF-themaraapport Zorg

zorgverbetering naar de overhead van de organisatie gaat. Wat als de raad van toezicht ook de raad van bestuur en interim managers komen en gaan? Vertrouwen in het bestuur en management vermindert door de opeenvolging van reorganisaties. De ene reorganisatie is gericht op decentraliseren, vervolgens op clusteren en een aantal jaren laten weer op centraliseren. Zien dat financiering verdwijnt en niet ingezet wordt waar het voor bedoeld is, is frustrerend. Transparantie, open en kritisch zijn, wordt niet op elk managementniveau gewaardeerd.

Wat is er nodig om individuele belangen overeen te laten komen? In termen van leiderschap is er behoefte aan een nieuw kader van waaruit de zorg bekeken wordt en de verschuiving naar een ander paradigma belangrijker is dan regelgeving of andere stabiliteitselementen.

Veiligheid, communicatie en transparantie

In de Nederlandse ziekenhuizen overlijden jaarlijks 1.500 tot 6.000 mensen als gevolg van incidenten die te voorkomen waren geweest (Willems 2004). Gebleken is dat het voor de gezondheidszorgsector lastig is een ultraveilig systeem te ontwikkelen. Systemen uit andere industrieën kunnen niet zonder meer worden overgenomen. De belangrijkste barrières zijn van historische en culturele aard (Amalberti 2005). Al langere tijd wordt getracht het aantal fouten en incidenten terug te dringen door deze systematisch te registreren en te analyseren. Het Amerikaanse rapport "To Err Is Human: Building a Safer Health System" uit 1999 is hiervoor een van de grondslagen geweest. Hoewel het terugdringen van fouten door registratie in theorie goed lijkt, is het bekend dat slecht een gedeelte van de incidenten centraal wordt gemeld bij commissies zoals MIP (Meldingen Incidenten Patiëntenzorg), FONA (Fouten Of Near Accidents) of MIC (Medisch Interfacultair Congres). Uit onderzoek blijkt dat bureaucratie, weinig feedback naar de melder, onduidelijkheid wat er met meldingen gedaan wordt en vrees voor sancties de belangrijkste belemmeringen zijn voor het melden (Janssen 2010). Uit het onderzoek van Wagner et al. (2008) komt naar voren dat de melding van incidenten meestal gebeurt door een direct betrokken zorgverlener, meestal de verpleegkundige. Artsen zijn slechts in 13% van de gevallen melder. Daarnaast toont het onderzoek dat de oorzaak van incidenten vaak ligt in de samenwerking met andere afdelingen. Het gaat om onduidelijke afspraken of verschillende verwachtingen. Meestal hadden de incidenten slechts ongemak voor de patiënt tot gevolg. In enkele gevallen leidde het incident tot vertraging in de diagnose en behandeling bij ernstig zieke patiënten. Er komen veel fouten voor in de medicatievertrekking. In mindere mate waren fouten toe te wijzen aan defecte apparatuur.

De samenwerking tussen afdelingen in ziekenhuizen is gebrekkig. Een voorbeeld uit de praktijk is dat er bij complexe patiënten vaak meerdere behandelaars zijn. Zo kan het gebeuren dat een patiënt voor behandeling van vocht achter de longen, in dit geval een complicatie van een kwaadaardige tumor elders in het lichaam, op de longafdeling ligt. Tijdens de opname buigt de longarts zich over de longproblematiek. Naar problemen samenhangend met de primaire aandoening kijkt de longarts in mindere mate, omdat hij er van uit gaat dat dit al loopt. Het is niet duidelijk wie de kapitein is: de longarts kan denken dat de oncoloog op de hoogte is van de huidige toestand van de patiënt, terwijl

OCF-themaraapport Zorg

diezelfde oncoloog in de veronderstelling verkeert dat de longarts actie zal ondernemen. Dit is niet de schuld van de specialisten, maar van de organisatie. Er moet duidelijk gecommuniceerd worden wie waarvoor verantwoordelijk is.

Politieke inbedding

De afgelopen 30 jaar opereert de overheid vanuit dezelfde waarden: patiënt centraal, kleinschaligheid, lage administratieve lasten en kostenbeheersing. De overheid zoekt naar balans. Zij moet zorgen dat de kosten beheersbaar blijven en dat de kwaliteit van zorg adequaat is. Dit is van belang voor gezonde burgers en voor een gezonde economie, zodat de zorg betaalbaar blijft. De centrale opgave van de overheid is de balans tussen betaalbaarheid, kwaliteit en bereikbaarheid (Bekker, 2007). Wat betekent dit concreet voor taak, rolopvatting en competenties van de overheid? De Nederlandse gezondheidszorg is permanent in beweging en de overheid verandert mee. Na de tweede wereldoorlog is de zorg gecollectiviseerd. Er zijn via verzekeringsstelsels voorzieningenniveaus tot stand gekomen die (zeker voor de VVT-zorg: Verpleging, Verzorging en zorg Thuis) vooraanstaand in de wereld zijn. De zorg is in de 20e eeuw geëvolueerd tot een voor iedereen beschikbare zorg, solidair gefinancierd en van een goed egalitair niveau. Een direct sturende overheid is voor een dergelijke taak zeer geschikt (Bekker, 2007). Tegelijkertijd heeft dit een sterke overheidsinvloed met zich mee gebracht. De overheid speelt een centrale rol in de regulering en de institutionalisering, door wetten en regels te formuleren die solidariteit, beschikbaarheid en kwaliteit borgen. Deze sterke overheidsinvloed heeft geleid tot een doorgaans afwachtende zorgsector. De 12 miljoen mensen die in de zorg werken willen voor mensen zorgen. De afwachtende houding in de sector heeft er toe geleid dat de wijze van zorgverlening niet anders is dan in de jaren '50. Dat ligt niet aan de mensen die in de sector werken, maar aan de dominante overheidsinvloed (de aanbodsturing). De afgelopen 15 jaar zien we dat deze sterke overheidsinvloed niet langer past. De groei van de kosten staat niet in verhouding tot de manier waarop de economie zich ontwikkelt en vraagt daarom steeds meer van de solidariteit. Aangezien solidariteit de basis is van het stelsel is het vitaal om deze te behouden om ook in de toekomst ouderenzorg van goede kwaliteit te kunnen borgen. Er is druk op die solidariteit. De discussie van 10 jaar geleden ging over wachtlijsten in de zorg. Vervolgens verschoof de discussie naar meer kwaliteitsvragen, bijvoorbeeld pyjamadagen. Uit onderzoek blijkt dat waardigheid van ouderen een steeds belangrijker onderwerp is (pyjamadagen, end of live vragen). Er zijn brieven van burgers met als strekking "ik moet mee betalen voor mensen die bewust ongezond leven, en dat wil ik eigenlijk niet". Signalen dat de mate waarin de zorgsector presteert niet aansluit bij hoe Nederlanders dat willen.

Er lijkt een directe relatie tussen de mate van overheidsinvloed op het zorgproces en de uitkomst van dit proces. Concreet: hoe meer de overheid zich bemoeit met de zorg, des te beter is het resultaat. Dit gaat op in een tijd van opbouw en bestendiging van instituties, maar is discutabel in een periode van optimalisering van de prestaties van de in de zorg werkende professionals. Kortom, waar een macroverbetering noodzakelijk is, is de overheid nuttig, maar wanneer de verbeteringen vooral op het microniveau (o.a. waardigheid en

maatwerk) moeten worden behaald lijkt een voelbaar aanwezige overheid een stuk minder effectief (Bekker, 2007).

Er zijn twee factoren van belang. Overheidssturing is te indirect (ze zorgen niet aan bed, maar voor het systeem) en te generiek (regelgeving van centraal niveau incorporeren op lokaal niveau is lastig). Maatwerk proberen in te bouwen in centrale systemen verzandt vaak in complexiteit met tegengestelde prikkels. Het is ondoenlijk om alle doelen te verbinden (goede zorg versus voldoende zorg voor iedereen), budgetbeheersing in combinatie met noodzakelijke zorg voor allen, samenwerking tussen verschillende professionals, enzovoort én lokaal vrijheid geven om de situatie af te stemmen op elk individueel geval (Bekker, 2007). Daarnaast nemen de beschikbaarheid van kennis en emancipatie toe. Mensen verwachten kwaliteit van de overheid. Grote anonieme bedrijven die zich niet richten op de klant kunnen zich minder goed handhaven.

6.4 Tijdspad goed georganiseerde zorg

0-5 jaar

Leiderschap, visie en strategie

De voorzieningen in de eerste lijn zullen in toenemende mate in gezondheidscentra worden aangeboden. Zelfstandig gevestigde huisartsen gaan op in centra waar artsen en therapeuten samenwerken. Zij blijven zorg dragen voor verwijzingen naar vervolgstappen in de diagnose en behandeling. Afstemming met zorgverzekeraars neemt toe. Acute zorg wordt geboden in een fijnmazig, landelijk netwerk van ziekenhuizen, poliklinieken en grote, gespecialiseerde artsenposten. De toegankelijkheid voor patiënten voor deze basiszorg is gegarandeerd. Relatief eenvoudige en goed planbare aandoeningen lenen zich uitstekend voor korte en effectieve behandelingen in gespecialiseerde (privé) klinieken, zoals deze in de afgelopen jaren tot ontwikkeling zijn gekomen.

Men begint te beseffen dat er een omslag moet komen van structurele eenheden naar functionele eenheden. Zorg is nu geclusterd in maatschappen, georganiseerd op orgaansystemen of op techniek, bijvoorbeeld longziekten en nucleaire geneeskunde respectievelijk. Er zijn veranderingen in de organisatie, in de structuur en cultuur in de zorg, die meer op samenwerking is gericht. Voorbeelden van dergelijke pioniers zijn diagnostische eenheden zoals de colonstraat voor de diagnostiek van darmkanker en de one-stop-shop voor diagnose en behandelplan van bijvoorbeeld hartproblemen.

Veiligheid, communicatie en transparantie

Zorg is mensenwerk en het besef dat er altijd fouten gemaakt zullen worden dringt langzaam door. Medische missers worden soms nog breed uitgemeten in de media. Er zou een tegengeluid moeten komen in het eenzijdige beeld dat de media schetst. De oude gezagsverhoudingen tussen arts en patiënt zijn aan het veranderen. Niet alleen de arts is verantwoordelijk voor de gezondheid van de patiënt, ook de patiënt zelf vervult hierin een rol. Een fout kan niet altijd aan de zorgprofessional worden toegewezen. Vaak worden fouten niet gemeld. Fouten moeten bespreekbaar worden gemaakt. Een fout melden moet gemakkelijk zijn, het moet duidelijk zijn wie de melder hoort te zijn in een situatie, zodat de

OCF-themaraapport Zorg

betrokken professional zijn verantwoordelijkheid weet. Een beloningssysteem kan werken, de afdeling die het meeste fouten meldt moet positief worden beloond met bijvoorbeeld een ereplaats in het ziekenhuisblad. Als men er van uit gaat dat overal fouten worden gemaakt, is de afdeling die hier het best mee om weet te gaan door deze fouten te registreren, pro-actief.

5-10 jaar

Leiderschap, visie en strategie

In hun studie "Built to last" concluderen Porras en Collins (1997) dat excellent presterende organisaties zich niet laten leiden door de klant, maar zich baseren op hun eigen kernprincipes. Morel (2010) betoogt dat het de betekenis is die een organisatie heeft op basis van die kerngedachte, waaromheen liefhebbers zich verzamelen. Deze beelden zijn ontwikkeld op basis van (overwegend) andere sectoren dan de zorg. Zijn ze toepasbaar voor de zorg? Het geldend paradigma in de zorg gaat over het algemeen uit van excellent medisch handelen en het verhogen van veiligheid. Onderzoek suggereert echter dat dat niet per se de invalshoek is waarmee patiënten hun leven inrichten, of de enige mogelijke cultuur waarbinnen zorg verleend kan worden. In "Diagnosing and changing organizational culture" presenteren Cameron en Quinn (2006) een framework van twee assen waarop organisatiecultuur kan worden bepaald (fig 1).

	Gericht op verandering		
Externe focus	Ad-hocratie	Familie	Interne focus
	Marktcultuur	Hiërarchie	
	Gericht op stabiliteit		

Model organisatiecultuur van Cameron en Quinn

Eenzelfde indeling kan worden gemaakt voor individuen. De interne en externe focus wordt vervangen door egogerichtheid en groepsgerichtheid. Een match tussen de focus van de organisatie en de focus van de klant/ patiënt levert een grotere herkenning en band met de organisatie op. Dit systeem vindt zijn toepassing in het onderwijs. In de regio West Brabant wordt bijvoorbeeld de match tussen school en leerling niet langer gestalte gegeven op basis van nabijheid van de school, maar op passendheid van de cultuur.

In de gezondheidszorg is een differentiatie van de standaardoriëntatie op stabiliteit te vinden, zij het spaarzaam. Voorbeelden zijn het Rosa Spierhuis (V&V-sector), een verzorgingshuis voor met name kunstenaars, waar de ruimte voor artistieke expressie belangrijker is dan een strak levensritme of andere stabiliteitselementen. Een ander voorbeeld is de Bas van de Goor foundation, een organisatie voor kinderen met diabetes die gericht is op een stabiel leven met de ziekte en uitdaagt om extremen op te zoeken. Een expeditie van deze stichting beklom onlangs de Kilimanjaro.

Omdat de match tussen patiënt en zorgverlening mede bepaald wordt door de cultuur binnen de zorgorganisatie, zal niet iedere zorgorganisatie een goede match vormen met iedere patiënt. Naarmate uitgegaan wordt van een zorgsysteem waarin de patiënt integraal onderdeel is van de eigen behandeling,

OCF-themaraapport Zorg

vormt dat een groeiend probleem. Zeker als er een monocultuur in de sector ontstaat, die zich alleen richt op aspecten van stabiliteit.

De uitdaging aan zorginstellingen en aan individuele zorgverleners is om een passend palet te bieden dat een match oplevert met ieder persoonlijkheidstype van de patiënt. Belangrijker dan differentiatie op medisch-technisch gebied (i.e. het aanbieden van bepaalde handelingen in bepaalde huizen), zal bij een systeem dat zichzelf opricht rond de patiënt en zijn toestand, de socio-psychologische signatuur van de zorginstelling bepalend worden voor de keuze van de patiënt in andere dan acute situaties.

Het expliciet profileren van ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen of eerstelijnszorg aanbieders met hun identiteit en visie op zorgverlening is nog ongebruikelijk. Toch gebeurt het impliciet al volop: de keuze voor de oude dorpsdokter die de gehele familie kent boven de jonge huisarts die medisch recentere kennis heeft, maar zo kil overkomt. Het Rosa Spierhuis heeft een wachtlijst die gevormd wordt door relatief jonge mensen uit het gehele land, vanwege de bijzondere identiteit van het huis.

Die profilering geldt niet alleen naar patiënten: een scherp profiel helpt de juiste mensen uit de arbeidsmarkt aan de organisatie te binden. Organisaties met een sterk identiteitsgedreven profiel vertonen een ander patroon van personeelsverloop dan organisaties die qua profilering op hun collega-instellingen lijken. De norm voor werken in de zorg kan groeien naar werken op de plek waar je niet alleen je vakkennis, maar zowel vakkennis als persoonlijkheid kan inzetten om gericht én de belangen van de patiënt én de belangen van de organisatie na te streven. Een culturele match tussen een aanbieder-patiënt-zorgeenheid is niet afhankelijk van de evolutie van de relatie tussen zorgverlener en patiënt, maar kan daarvoor juist een katalysator vormen. Het loont op dit moment voor zorginstellingen om een duidelijke betekenis en profilering te hebben. Een gezamenlijke oriëntatie versoepelt het zorgproces, omdat zorgverlener en patiënt gemakkelijker uit een gelijk referentiekader communiceren. Omdat zich bij een dergelijk merk ook merkambassadeurs ontstaan die hechten aan hun merk, en dus de onderliggende instelling, verschuiven daarnaast krachten tussen patiënt, zorginstelling en verzekeraar. Tenslotte verlicht het de beheersdruk, wat nodig is om te kunnen veranderen.

Een voorbeeld hiervan kan worden teruggevonden in de organisatie van Zorgcentrum Sint Jozef in Gendt. Zij laten zien dat met een sterker gedeelde merkbefoelinge en waardenkader, de autonomie van de medewerkers op de vloer toe kan nemen zonder dat die gepaard gaat met verdere beheersmaatregelen of leidt tot een achteruitgang in kwaliteit. Dat heeft onder andere geleid tot een halvering van het ziekteverzuim in de organisatie en een grotere betrokkenheid van de medewerkers.

Voor grote zorggroepen is differentiatie naar cultuur niet per se een specialisatie. Organisaties met meerdere vestigingen hebben de kans om een portfolio van (psycho-sociale) culturen op te bouwen binnen de vestigingen. Zo kunnen meerdere persoonlijkheidstypen optimaal geacommodeerd worden. Om dit te bereiken moet een omslag optreden in de manier waarop binnen grote zorggroepen over corporate cultuur gedacht wordt. Op dit moment is de trend het uniform maken van gedrag en waarden binnen de organisatie. Hoewel dat duidelijkheid schept, doet het geen recht aan de diversiteit in persoonlijkheden

OCF-themaraapport Zorg

van personeel én patiënten in dergelijke grote organisaties. Een set gedeelde waarden voor de gehele instelling en een differentiatie in klinieken met een bepaalde psycho-sociale signatuur is een weg die nog sporadisch bewandeld wordt, maar wel succesvol lijkt.

Een voorbeeld van een portfolioaanpak waarin één belofte en een diversiteit aan organisatieculturen verbonden wordt is Zorggroep Sint Maarten. Deze zorggroep is de organisatie aan het omvormen om de belofte "Deel van je leven" waar te maken. De groep ervaart de transitie als een stap waarmee ze "zorg" achter zich laten en deelgenoot worden van het leven van ouderen, en ouderen deelgenoot laten zijn van andermans leven. Iedereen binnen de groep wordt aangesproken op de kwaliteiten die hij heeft.

Onderdeel van het concept is dat ieder huis deze belofte waarmaakt op een eigen manier. Aan de nieuwe bewoners de keuze het huis te kiezen waarmee ze zich in hun benadering het sterkst associëren. Door zicht te houden op het portfolio van positioneringen wordt gezorgd dat voor iedere persoonlijkheid een passende keuze bestaat.

Veiligheid, communicatie en transparantie

Samenwerking en communicatie leiden tot betere patiëntenzorg. Zorgprofessionals hebben de behoefte hierin te investeren. De kunst van het samenwerken en communiceren met collega's wordt even belangrijk geacht als het communiceren met de patiënt. Het melden van fouten wordt dagelijkse praktijk, een vast onderdeel van de dagelijkse routine, evenals het vaststellen van verantwoordelijkheden. Het mag niet meer voorkomen dat niemand weet wie nu eigenlijk de eindverantwoordelijke is.

Politieke inbedding

Wat betekenen deze trends voor de overheid in de toekomst? In de zorg is enkele jaren geleden gekozen voor de overstap van een aanbod- en gestuurd systeem naar een vraaggestuurd systeem. Dit proces loopt. In de cure is met de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) een belangrijke stap gezet. Niet langer is de overheid dominant. Er is een systeem van macht en tegenmacht ontstaan, waarbij verzekeraars genoodzaakt zijn om goede kwaliteit af te dwingen bij aanbieders. De afgelopen 4 jaar zijn daar grote stappen in gezet. In de VVT is dat ook het geval. De kwaliteit/prijs verhouding heeft zich de afgelopen jaren positief ontwikkeld.

Beute (2010) is positief over het proces naar een vraaggestuurd systeem. Zij is wijkverpleegkundige buurtzorg in Steenwijk: "Het kantoor is een paar vierkante meter groot en is eigenlijk het grootste deel van de dag op slot. Ons werk plannen we in een handig gestandaardiseerd systeem. We hebben geen last van de bureaucratie. Zo houden we de overheadkosten lager dan in andere thuiszorgorganisaties. Het gaat nergens vanzelf – hier ook niet – maar het is gewoon ontzettend leuk je eigen visie te kunnen uitdragen. We krijgen zoveel positieve reacties. Het is een verademing. Het voelt als mijn eigen winkeltje. Je kan zelf het team samenstellen. En zien we ergens in een buurt veel overgewicht bij bewoners, dan gaat er een belletje rinkelen: daar kunnen we iets mee doen!

OCF-themaraapport Zorg

Ook willen we samenwerken met de wijkagent of de beheerder van een wooncomplex. En de huisartsen, natuurlijk”.

Een belangrijk gevolg voor de overheid is dat zij in de toekomst minder leidend is en meer begeleidend. Deze verschuiving leidt tot minder bezig zijn met administratief-juridische zaken en meer met het faciliteren van instituties en professionals in het zo goed mogelijk uitvoeren van hun zorgtaak. De overheid zorgt voor de randvoorwaarden of past deze aan.

Er zijn zes thema's waar de overheid een belangrijke rol vervult (Bekker, 2007):

- 1) De maatschappelijke opgaven vaststellen en relateren aan het instrumentarium van de overheid, op een transparante manier en in wisselwerking met de stakeholders,
- 2) De balans tussen zorgpartijen bewaken en indien nodig herstellen. Het systeem is gebaat bij evenwichtigheid. Er is geen simpele generieke methode om dit vast te stellen of –indien nodig- te herstellen,
- 3) De nieuwe transparantie interpreteren. Dit vereist methodologische kennis over het in kaart brengen van de gesteldheid van de gezondheid, beïnvloedende factoren en verschillende sectoren die daaraan een bijdrage leveren,
- 4) De ondergrens van kwaliteit en bereikbaarheid vaststellen. De overheid kan eisen stellen aan de partijen die zorg leveren en zorg verzekeren met betrekking tot de output en outcome. Dit vergt medisch inhoudelijke kennis,
- 5) Handhaving. Cruciaal is hierbij de oog en oor-functie om op een goede manier te kunnen toetsen of de gestelde normen worden behaald,
- 6) Solidariteit bepalen. Het is een belangrijke taak de jaarlijkse herverdeeffecten vast te stellen, waarbij ook ruimte is voor het draagvlak voor solidariteitsoverdrachten.

Tot slot kan meer waardigheid en maatwerk binnen de zorg worden bevorderd, onder anderen door de dialoog daarover te bevorderen en mede te organiseren, en uiteindelijk dit in financiële arrangementen tot uitgangspunt te verklaren (Bekker, 2007).

“In voor Zorg” is een voorbeeld van hoe de overheid kan helpen, zonder de verantwoordelijkheid naar de overheid toe te halen. Dit programma helpt organisaties in de langdurige zorg bij het inrichten van werkprocessen voor de toekomst. Dit gaat niet vanzelf. De omgeving verandert zo snel dat vragen lastig op te lossen zijn door elke organisatie apart. Dit project van Vilans, het kenniscentrum langdurige zorg, en het ministerie van VWS, bundelt bestaande kennis en biedt organisaties praktische ondersteuning in hun eigen veranderingstraject (In voor zorg, 2010). Het project helpt organisaties in de langdurige zorg toekomstbestendig te worden. Organisaties die in aanmerking komen voor deelname zijn organisaties voor verpleging en verzorging van ouderen, gehandicaptenzorg, thuiszorg en langdurige ggz. De kracht van 'In Voor Zorg' is dat het geen klassiek subsidie-instrument is, maar een manier om zorgaanbieders elkaar te laten helpen. Koplopers krijgen de ruimte, om zij die

willen maar niet zomaar kunnen, te helpen. Daarmee kan de bestaande trend worden versterkt.

10-15 jaar

De zorginstelling voert de regie steeds meer binnen de match van de waarden van de instelling en van de patiënt. Goede zorg verandert snel van definitie, van medische risicobeheersing en medisch excelleren tot het waarmaken van een specifieke missie door het systeem patiënt-zorgverlener. Zorg vindt minder plaats in het traditionele ziekenhuis. Door uitstekende preventie is het zwaartepunt verplaatst. Veel problemen kunnen in de thuissituatie door de wijkverpleegkundige, (betaalde) mantelzorgers en/of thuiszorg worden opgelost. De huisarts en de wijkverpleegkundige zijn een vergelijkbaar duo als de medisch specialist en zijn afdeling.

Er is behoefte aan een goed afgestemd netwerk van zorgaanbieders rondom de differentiatie van acute, planbare, complexe en chronische aandoeningen. Vooral chronische ziekten bepalen wat de westerse burger nodig heeft. Dat stelt andere eisen aan de zorg, dan

acute of electieve ziekten. De patiënt is vaak deskundig over de eigen ziekte, de zorg is rondom de patiënt georganiseerd. Voor de behandeling van veel voorkomende chronische ziekten, zoals kanker, zijn er geïntegreerde behandelcentra. Dit soort centra, georganiseerd rond een aandoening, waren er al. Nu is het common practice geworden. Iedereen weet in welk centrum men voor welke behandeling terecht kan. Men kan er makkelijk terecht. De patiënt wordt ontvangen bij een centrale balie en krijgt een intake gesprek. Er wordt tijd genomen om samen met de patiënt te bepalen wat de individuele doelstelling is. Bij de bouw van geïntegreerde behandelcentra wordt rekening gehouden met de beleving van de toekomstige patiënten en werknemers. Sfeer, geur, kleur, geluid: het draagt allemaal bij aan een "healing environment".

In het geïntegreerde centrum werken verschillende zorgprofessionals, die gespecialiseerd zijn en specialisme-overstijgend denken. Op deze manier valt de patiënt niet tussen wal en schip.

15-25 jaar

De overstap van aanbodgerichte zorg naar vraaggerichte zorg is gemaakt. Niet alleen de koplopers, maar ook partijen die aanvankelijk weerstand boden tegen verandering zijn om. Er is geen sprake van een vluchtige trend, maar van een verandering van gezichtspunt in alle lagen van de maatschappij. Op organisatieniveau komt leiding niet van boven af, maar er is een samenhang tussen alle verantwoordelijkheidsniveaus. Sturen vanuit waarden vraagt nieuw leiderschap van CEO's en persoonlijk leiderschap van alle medewerkers en van patiënten. Wil een organisatie als eenheid functioneren zonder strakke regelgeving dan is er behoefte aan een gedeelde standaard die de kaders geeft. Deze kaders werden voorheen door protocollen en kwaliteitssystemen werden gevormd, die niet meer passen in een zorg die uitgaat van diversiteit van individuen. De standaard is gevormd uit de samenhang tussen het waardesysteem van de instelling en dat van de patiënt. Het is een samenspel van de waardesystemen van patiënt, zorgverleners en zorginstellingen.

Instellingen maken een transitie naar vraaggestuurde zorg. De patiënt staat centraal. Personeel behandelt de patiënt als een gewaardeerde klant. Het welbevinden en het herstel van de patiënt worden bevorderd.

Deze strategie evolueert naar het overdragen van verantwoordelijkheid naar de klant. De patiënt is eindverantwoordelijk voor zijn eigen gezondheid. De gezondheidszorg is ondersteunend in het gezondheidsmanagement van de patiënt. De regie bij de patiënt heeft invloed op de strategie: niet langer organiseren zorginstellingen zich naar inhoudelijke aspecten. De strategie is gericht op het vormen van een naadloos geheel in gezondheidsmanagement tussen persoon (gezond en ziek) en ondersteuning. Ondersteuning is breed. Ziekenhuizen verdwijnen als verblijfplaats voor de patiënt. Het zwaartepunt en de regie verschuiven naar de thuissituatie. Dit heeft ingrijpende consequenties voor de distributie van zorg, waarin de rol van de thuiszorg zich niet langer beperken kan tot laagspecialistische handelingen.

6.5 Afsluiting, conclusie en vooruitblik op goed georganiseerde zorg

Deze visie en het tijdspad zijn opgesteld aan de hand van een inventarisatie van problemen in de huidige maatschappij. De lijn in de ontwikkeling van goed georganiseerde zorg is een overgang van het beheersingsysteem naar een holistisch systeem met als doel hoogwaardige op het individu toegespitste zorg voor iedereen. Centraal staat de transitie van aanbodgestuurde zorg naar werkelijk vraaggerichte zorg waarbij de patiënt centraal staat en verantwoordelijkheid gaat dragen voor zijn gezondheid. De zorggebruiker krijgt regie over de zorg.

7. Naar een duurzame bedrijfsvoering in de zorg

7.1 Inleiding duurzame bedrijfsvoering in de zorg

In de toekomst wordt er meer zorg geleverd met minder middelen. (Financieel) duurzame bedrijfsvoering in de zorg is belangrijk. In dit hoofdstuk komt aan de orde: betaalbaarheid van de zorg, marktwerking, innovatie, ICT en HRM.

7.2 Visie op een duurzame bedrijfsvoering van de zorg

Betaalbaarheid van de zorg

Er moet op een andere manier bezuinigd worden zonder hogere kosten voor de burger. Meer doelmatigheid in zorgorganisaties is een manier om te bezuinigen. Meer aandacht voor doelmatigheid en tegengaan van verspilling worden nog belangrijker.

Leren en innoveren

Zorginstellingen doen er goed aan hun leerprocessen duurzaam te organiseren, op individueel niveau, op samenwerkingsniveau en uiteindelijk op groepsniveau (organisatieleren). Hiervoor is verandering van cultuur noodzakelijk door overeenstemming van belangen en een aanpak op maat. Specialisten moeten overtuigd zijn van het belang van efficiënte bedrijfsvoering op een manier die aansluit bij hun manier van denken. Met behulp van business intelligence kan deze brug gemaakt worden. Business intelligence is gericht op het verzamelen en analyseren van informatie over klanten, beslissingsprocessen, concurrentie, markttoestand en algemene economische, technologische en culturele trends, teneinde beslissingsondersteunende informatie (intelligence) te verkrijgen.

Human resource management

De arbeidsmarkt wordt vergroot en de arbeidsbelasting wordt verkleind. Er komen meer paramedici die taken van artsen overnemen. Zorgverleners, verplegend- en verzorgend personeel, paramedici en medici zijn gebonden aan strakke beheerskaders van uren, protocollen en zorgzwaarte-indicaties. Zij gaan de transitie maken van productiefactor naar missiewerkers, met een gedeeld waardepatroon als kader. Eigen regie en professionaliteit worden in het HRM beleid leidend. In deze ontwikkeling neemt de patiënt een opmerkelijke plaats in, omdat hij van onderwerp naar onderdeel van het voortbrengingsproces verschuift.

ICT

Een gebruiksvriendelijk systeem wordt landelijk toegepast. De medische informatie kan beheerd worden door de patiënt. Domotica en observatie zijn nodig om de verplaatsing van de zorg van een instelling naar de thuissituatie te versnellen. Ook in de diagnostiek zal met behulp van ICT de decentralisatie ondersteund worden. Met behulp van telemedicine zullen controles minder

arbeidsintensief worden en zal therapietrouw bevorderd worden. Met teleconsultatie is het mogelijk advies in te winnen over o.a. cardiologie, dermatologie en oogheelkunde. Patiëntgegevens worden samen met de benodigde onderzoeksdata, via een beveiligd elektronisch netwerk naar een specialist verstuurd. De specialist antwoordt met een diagnose en behandeladvies.

Systemen uit de bewakingstechniek kunnen in de ouderenzorg en thuiszorg gericht alarmeren, waardoor vals positieve alarmen en gemiste alarmsituaties drastisch afnemen. Gecombineerd met draadloze communicatie wordt het eenvoudiger om de inzet van hulp goed in te schatten. Hierdoor wordt de reikwijdte van bijvoorbeeld een dienstdoende nachtdienst drastisch vergroot. In de transitie naar de regie in handen van de patiënt, vervult ICT een cruciale rol in ondersteuning van de regie. Rond iedere patiënt vormt zich een gemeenschap van zorgverleners, medepatiënten en andere spelers in het sociale veld, zoals sportverenigingen, dienstverleners en sociale instellingen. Deze gemeenschappen zijn grotendeels online gefaciliteerd en lopen naadloos over in offline contact. Informatietechnologie faciliteert transparantie. De technologische vernieuwing is gericht op het realiseren van de doelstellingen van het zorgsysteem, zoals de toegankelijkheid van de zorg in rurale gebieden, en in telehealth (remote monitoring, advies en begeleiding van een specialist op afstand)

7.3 Probleemstelling rond de duurzame bedrijfsvoering in de zorg

Betaalbaarheid van de zorg

Nederland telt 2,5 miljoen 65-plussers. Over 20 jaar zijn dit er 4 miljoen (CBS 2009). De vraag naar ouderenzorg zal de komende jaren sterk toenemen. Tegelijkertijd is er een personeelstekort en nemen de kosten van de zorg toe. Veranderingen zijn nodig in de organisatie van de zorg. Het CPB (2010) heeft vastgesteld dat de zorguitgaven trendmatig 4% per jaar stijgen. Deze groei is hoger dan de geraamde bbp-groei, zodat de zorgkosten een steeds groter deel van het bbp in beslag nemen - ook wanneer rekening wordt gehouden met demografische aspecten (vergrijzing). Het bruto binnenlands product (bbp) is de totale geldwaarde van alle in een land geproduceerde goederen en diensten gedurende een bepaalde periode (meestal een jaar). In Nederland wordt momenteel 9,2% van het bbp aan zorg besteed. Er moet bezuinigd worden in de zorg. Een aantal manieren die hiervoor worden aangewend zijn het verhogen van de premies en het eigen risico en het verminderen van het aantal vergoedingen. De hoofdmoot van dergelijke bezuinigingen is het verplaatsen van het kostenzwaartepunt naar de burger, zodat de staat minder betaalt. Zorg moet echter toegankelijk en betaalbaar blijven voor alle burgers uit menselijk oogpunt en met het oog op de volksgezondheid.

Laeven (2008) constateert dat het financieel presteren van ziekenhuizen en de patiënttevredenheid erbij gebaat zijn "wanneer de ervaren invloed van patiënten toeneemt en die van de overheid afneemt". De organisatieaspecten waarop het bestuur van een ziekenhuis zich richt zijn productiviteit, budget, capaciteit en in

OCF-themaraapport Zorg

mindere mate kwaliteit (Woldendorp, 2010). Aan belangrijke aspecten als tarief en doorlooptijd wordt minder aandacht gegeven door ziekenhuizen.

Marktwerking en transparantie

In 2005 introduceerde de overheid de marktwerking in de zorg met als doel meer keuzemogelijkheden te creëren voor patiënten tegen een lagere prijs. Zorginstellingen hebben de laatste jaren meer vrijheid gekregen van de overheid om hun eigen beleid te voeren. De overheid hoopt daarmee te bereiken dat de cliënt centraal komt te staan in de zorg. Dit principe van marktwerking is onderzocht door Laeven (2008). Zij stelt dat er een overgang is van afname van overheidsinvloed en een toename van marktwerking in de zorg. Ziekenhuizen moeten zich meer oriënteren op hun omgeving en zichzelf actief verbeteren. Dit laatste is niet altijd het geval. Belangrijke thema's waarop zorginstellingen inzetten om onderscheid te maken zijn het verbeteren van de kwaliteit, verhogen van de patiëntveiligheid en efficiencyverbetering door procesgericht handelen. Voor een branche die dit niet gewend was is het moeilijk dergelijke veranderingen door te voeren. Op dit vlak is verbetering te behalen.

Leren en innoveren

Zorgprofessionals zijn niet opgeleid voor managementtaken. Innovatiemanagers en andere beleidsmakers zijn niet gewend te werken met zorgprofessionals. De ziekenhuiscultuur is niet zakelijk. Artsbezoekers gaan zich downdressen als ze artsen bezoeken. Voor het doorvoeren van de beoogde veranderingen in de zorg zal een brug geslagen moeten worden tussen managers en zorgprofessionals. Er zijn opleidingen voor zorgmanagers: hbo-opleidingen, master of cursus. Managementcursussen voor arts-assistenten worden gepromoot. Niet iedereen lijkt zich bewust van het belang van sleutelposities. De manager met een verleden in de zorg, passie en inlevingsvermogen in de werkvloer kan een brug slaan. Managers worden als inhalige types gezien. Het belang van de patiënt is gediend bij efficiënte zorg, in de vorm van persoonlijke aandacht, tijd voor het maken van de juiste keuzes en het vergroten van inzicht, minder wachtlijsten en op maat gemaakte behandelingen. Het gaat hier dus over een verandering van cultuur die de komende jaren gerealiseerd moet worden.

Complexiteit en rigiditeit

De huidige organisatiestructuur en de gehanteerde werkwijzen van veel zorginstellingen sluiten niet aan op de complexiteit van de zorg. Er is meer afstemming en interactie nodig tussen de drie kernprocessen van organisaties, het management-, het leer- en het primaire proces. Ziekenhuizen zijn complexe organisaties en Nederland heeft gemiddeld de grootste ziekenhuizen ter wereld. Er zijn specialistische ziekenhuizen. De meeste ziekenhuizen bieden een breed scala aan behandelingen. Potentiële nadelen hiervan zijn dat behandelingen te weinig uitgevoerd worden om kwaliteitsnormen te halen en dat innovatie minder wordt gestimuleerd. Als een organisatie wil veranderen blijkt deze complexiteit remmend te werken. Instellingen zien verandering als uitbreiding (Maljers 2009). In ieder ziekenhuis zijn projecten gericht op logistieke verbetering, zoals een preoperatieve inlooppolikliniek in plaats van een dagopname. Ze worden vaak

OCF-themaraapport Zorg

fragmentarisch toegepast, zodat de organisatie er op onderdelen wel, maar als totaal er niet op vooruit gaat (Lodewick, 2008).

Human resource management

De Raad voor de Volksgezondheid & de Zorg (RVZ) stelde in 2006 dat de zorgbehoefte sterk toeneemt door de dubbele vergrijzing en de toename van het aantal kwetsbare mensen in de samenleving. In de toekomst zal deze zorgvraag niet meer door de huidige arbeidsmarkt te beantwoorden zijn. De uitstroom van werknemers in de zorg is relatief groot, de werkdruk wordt op veel plaatsen als hoog ervaren en opleidingen in de zorg zijn alleen tijdens de recessie populair (Metro, 2010). Een tekort aan personeel betekent een teruggang in de kwaliteit van zorg. Bij een krimpende beroepsbevolking en een toenemende zorgvraag zijn verregaande veranderingen vereist. Er zijn maatregelen nodig om de vraag naar zorg te verminderen en het aanbod aan arbeidskrachten te vergroten. Het gaat ook om behoud van personeel. Er is aandacht voor het terugdringen van het ziekteverzuim binnen de zorg- en welzijnsector. Vergeleken met andere sectoren is het verzuim relatief hoog, 5,3 % in 2008. Het ziekteverzuim in de zorg is sinds 2004 min of meer stabiel gebleven (CBS). Een oorzaak voor verzuim kan een te hoge werkdruk zijn. De werkdruk voor artsen is hoog. Dit geldt in het bijzonder voor arts-assistenten, blijkt uit een rapport van de Arbeidsinspectie (2009). De regels over werk- en rusttijden worden vaak niet nageleefd en de werktijdenregistratie is gebrekkig. Deels kan dit verklaard worden door de heersende cultuur, het hoort erbij en het is not-done om te klagen. Naast lange dagen zijn arts-assistenten vaak niet tevreden met hun werk. Uit het genoemde rapport blijkt tevens dat 15% van de arts-assistenten structureel te veel stress door het werk ervaart. Uit een enquête onder arts-assistenten in opleiding blijkt dat 40% wel eens overweegt voortijdig met de opleiding tot specialist te stoppen en bijna 10% overweegt dit serieus. Als bron voor onvrede worden de scheve verhouding tussen werk en privé, bureaucratie, slechte financiële vooruitzichten, slechte vooruitzichten ten aanzien van werkomstandigheden, de onder druk staande medische autonomie en het dalend aanzien van het medisch beroep het meest genoemd (Weber, 2002).

Specialisten zijn vaak ontevreden over hun werk. Dit blijkt uit een onderzoek uitgevoerd in opdracht van Elsevier gezondheidszorg (Ithaka 2006). Meer dan 80% van de medici zou zijn tijd graag anders willen indelen, het grootste knelpunt ligt in de toenemende hoeveelheid administratie. Er blijkt onder medici een sterke behoefte te bestaan om efficiënter en effectiever met hun tijd om te gaan, onder andere veroorzaakt door de toenemende politieke invloed en de toenemende werkdruk. Andere ontwikkelingen die van invloed zijn op het werk van medici zijn de vergrijzing, verlies van passie voor het vak, de toenemende assertiviteit van de patiënt en de toenemende specialisatie binnen de zorg.

Verlies van passie voor de patiëntenzorg was het onderwerp van het evenement COM-passion for care (www.compassionforcare.org) en de publicatie van het boek Dokter is ziek (ten Haaf 2010). Bij de keuze voor de patiëntenzorg spelen altruïstische motieven spelen een grote rol. Binnen de zorg is sprake van een hoog aantal missiewerkers: mensen die hun betekenis voor een ander leidend

laten zijn in de manier waarop zij hun werk uitvoeren. Morel (2010) hanteert een model waarin verschillende niveaus van werkbeleving worden onderscheiden. Als werk als een baan of als een carrière wordt gezien, leidt succes op deze criteria tot geruststelling en tevredenheid. Geluk in het werk is te vinden wanneer het werk een instrument wordt van de persoonlijke missie van de werknemer. Deze missiewerkers zijn aantoonbaar gelukkiger en vertonen minder ziekteverzuim of personeelsverloop (van Houten, 2009). Zorg zou een vak moeten zijn waarin men relatief vaker gelukkig is. Dat zien we niet. Het beheersparadigma binnen de zorg stuurt de sector naar een strakkere protocollaire vorm. Met name de functies die lager in de hiërarchische keten staan hebben nauwelijks tot geen vrijheid om de regie te nemen op hun eigen handelen. Daarmee verdwijnt de mogelijkheid het werk vorm te geven volgens de eigen persoonlijke missie. Missiewerkers worden teruggebracht tot productiepersoneel, waar gebrek aan carrièreperspectieven en grotere onzekerheid van steeds flexibeler ingezette mankracht leiden tot ontevredenheid en ongerustheid. Het is letterlijk een zorgelijke ontwikkeling dat zorgprofessionals geen plezier meer hebben in hun werk, des te meer omdat ze in de toekomst nodig zijn. Kortom, er moeten maatregelen worden getroffen om zorgprofessionals het plezier in hun werk terug te geven.

ICT

Momenteel staat vooral het Electronisch PatiëntenDossier (EPD) in de schijnwerpers. Goed werkende, patiënt- en doktervriendelijke digitale dossiers zijn nodig. De administratieve rompslomp is ergerlijk, zowel voor patiënten, maatschappen, het ziekenhuis en de verzekeraars. Bovendien is de veiligheid in het geding en zijn grote besparingen mogelijk wanneer de informatiestroom goed en degelijk wordt geregeld. Een voorbeeld uit de huidige ziekenhuispraktijk, waaruit blijkt dat de dossiervoering manco's vertoont, zijn medicatieoverzichten. Als een patiënt wordt opgenomen op de afdeling moeten arts en verpleegkundige achterhalen welke medicijnen de patiënt in kwestie gebruikt. Als de patiënt recent nog in hetzelfde ziekenhuis is geweest staat de actuele medicatie in een brief van de specialist. Anders moet de patiënt de doosjes van de medicijnen laten zien of de namen uit zijn hoofd weten, zodat de arts de medicatie voor kan schrijven. Dit is een tijdrovende en frustrerende klus. Deze gegevensoverdracht is ontvankelijk voor onjuistheden. De centrale aanpak vanuit de overheid in de vorm van het landelijk EPD is nog niet succesvol gebleken. Het doel van het EPD is dat zorgverleners relevante medische gegevens veilig en betrouwbaar met elkaar delen, zodat de kans op fouten wordt verkleind en de samenwerking gemakkelijker wordt. Het project stuit op veel maatschappelijke weerstand, er wordt bezwaar gemaakt en de verschillende belanghebbenden zijn het niet eens over de gevolgen van het EPD op bijvoorbeeld de kwaliteit van zorg, efficiëntie, privacy en aansprakelijkheid. De deadlines voor implementatie zijn uitgesteld. Het landelijk EPD is nog niet operationeel. Pluut (2010) concludeert in haar rapport "Het landelijk EPD als blackbox", dat de invloed van het EPD op privacy, efficiëntie en kwaliteit van zorg zeer moeilijk is vast te stellen, omdat degelijk onderzoek ontbreekt. De impact hangt af van het gebruik in de praktijk. De gebrekkige voortgang in debat en implementatie is volgens het rapport voornamelijk te wijten aan het gebrek aan concrete onderzoeksresultaten. De

lopende discussies lijken vooral gebaseerd te zijn op aannames en individuele voorspellingen.

7.4 Tijdspad duurzame bedrijfsvoering

0-5 jaar

Betaalbaarheid van de zorg

Er wordt bezuinigd zonder hogere kosten voor de burger. Meer doelmatigheid in de zorgorganisaties is een manier om te bezuinigen (Meij, 2010). De focus ligt op het verbeteren van de prestaties van financieel zwakke instellingen. Succesvolle pioniers van het heden, nationaal en internationaal, dienen als voorbeeld Internationale best practices combineren lage kosten met een hoge kwaliteit van zorg

Er zijn een aantal overeenkomsten (Meij, 2010):

- extramurale focus,
- integrale zorg,
- substitutie dure zorg door goedkoper alternatieven,
- investeren in ICT (arbeidsbesparende technologie),
- minder investeren in vastgoed,
- aandacht voor onderzoek en kennismanagement,
- afstemmen kosten op zorginhoudelijke ontwikkelingen,
- stimuleren zelfmanagement en therapietrouw.

Op het gebied van integrale zorg met een extramurale focus is een begin gemaakt in de vorm van geïntegreerde centra (hoofdstuk 6.4). Op het gebied van ICT wordt winst behaald. Over onderzoek en het afstemmen van kosten op zorginhoudelijke ontwikkelingen, zie hoofdstuk 6 en hoofdstuk 9. Ketenzorg is een vorm van het verleggen van het zwaartepunt naar de belangrijkste (chronische) aandoeningen. De verschuiving van verantwoordelijkheid van zorgprofessional naar patiënt wordt verspreid toegelicht in verschillende hoofdstukken, waaronder 6.4.

Naast het observeren van best practices uit het buitenland bestaan er modellen gericht op bezuiniging door procesverbetering, die hun toepassing in Nederland vinden.

In verschillende Nederlandse ziekenhuizen wordt Theory of Constraints (TOC) op verpleegafdelingen toegepast met als doel de ligduur te verkorten. Dit gebeurt onder andere in het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein, het Sint Franciscus Gasthuis in Rotterdam en in het Groene Hartziekenhuis in Gouda. Procesoptimalisatie door te focussen op knelpunten is het uitgangspunt van deze methode. De achterliggende gedachte is dat een systeem zo sterk is als de zwakste schakel. De maximale output van een systeem wordt bepaald door de capaciteit van de bottleneck of beperkende factor in het systeem. Ter bevordering van de efficiency van het hele systeem dient men de doorstroom in de bottleneck te optimaliseren (Goldrath, 2007). Sinds 2006 is het St. Antonius ziekenhuis begonnen met de invoering van TOC om de doelmatigheid en kwaliteit te bevorderen met als resultaat een verkorting van de ligduur tot 34% ten

OCF-themaraapport Zorg

opzichte van het jaar daarvoor. De kwaliteit van zorg neemt toe t.a.v. samenwerking, verantwoordelijkheden en informatievoorziening aan de patiënt.

De Stichting Planetree Nederland werkt sinds 2003 samen met een aantal koplopers in de zorg aan het Nederlandse model die het beste van de internationale praktijk verenigt met de Nederlandse cultuur, verworvenheden en praktijk. Acht ziekenhuizen, waaronder het Flevoziekenhuis in Almere en tientallen verpleeg-, verzorgings- en gezondheidscentra werken met Planetremodel. In het van origine Amerikaanse Planetree model staat de mens centraal, patiënttevredenheid is de belangrijkste waarde. Gebleken is dat patiëntgerichte ziekenhuizen financieel beter presteren dan ziekenhuizen die minder op patiënttevredenheid focussen (Asselman 2008). In de visie van het Planetree model staat de mens voorop. Veilige, toegankelijke en vakbekwame zorg is essentieel voor cliëntgerichte zorg. Iedere medewerker is een zorgverlener met een vriendelijke en empathische houding, die regie heeft over zijn werk en daardoor ruimte heeft om beter en met meer plezier zorg te verlenen. Er wordt zorg gedragen voor fysieke, emotionele, geestelijke en sociale behoeften. Informatie voor patiënten is toegankelijk en zinvol, zodat patiënten de regie kunnen houden over hun lijf, hun gezondheid en hun leven, en actief betrokken zijn bij hun eigen veiligheid, welbevinden of herstel. Familie, vrienden en dierbaren worden vitaal geacht voor herstel of de kwaliteit van leven. De fysieke omgeving is goed ingericht, omdat dit belangrijk is voor het welbevinden van de patiënt. (Planetree, 2010)

De op Toyota geïnspireerde organisatiewijze Lean is op vergelijkbare principes gebaseerd.

Leanmanagement, van oorsprong een productiemanagement methode is toenemend populair in de zorg. Focus is het verminderen van verspilling, door het productieproces te analyseren en kleine aanpassingen te doen. De analyse gebeurt door het personeel zelf met hulp van derden, wat tevens de kracht is van deze methode. Verantwoordelijkheden liggen zo diep mogelijk gedecentraliseerd in de organisatie. De professionals zijn uitstekend opgeleid en passen in een cultuur van vertrouwen en ondernemerschap. Zij hanteren werkstandaarden in de wetenschap dat deze gebaseerd zijn op het voortschrijdend inzicht hoe kwaliteit optimaal te realiseren is. Wanneer verbetering mogelijk is hebben zij de ruimte om af te wijken van de norm. Zo is een constante stroom van productiviteitsverbetering tot stand gebracht. Dat deze methode effectief kan zijn bewijst Niemeijer (2010). Hij bracht het zorgproces op de trauma-afdeling van het UMCG in kaart en kon met Lean de ligduur verkorten en de capaciteit vergroten.

De managementprocessen

In moderne, goed functionerende zorginstellingen zijn besluitvormingsprocessen zodanig ontworpen dat de toegevoegde waarde van bestuurders en leidinggevers wordt geoptimaliseerd. De primaire taak van het bestuur is het versterken van het economisch potentieel van de instelling. Een belangrijke indicator is hierbij de totale kasstroom. Dit potentieel kan worden versterkt door te investeren in mensen, middelen en processen om zodoende de productiviteit, kwaliteit en betrouwbaarheid te verhogen. In dit nieuwe besturingsmodel faciliteren en coördineren de unitmanagers en regieverplegers het primaire

OCF-themaraapport Zorg

zorgproces, conform de geprioriteerde doelstellingen. Zij zijn deskundig en goed geïnformeerd. Zij verbinden waar nodig, versterken het vertrouwen, stemmen processen af vanuit een integraal perspectief, coachen collega's en professionals, en zij waarderen, stimuleren, motiveren en corrigeren, daar waar (gemeenschappelijke) afspraken niet zijn nagekomen. Naast dit bestuur wordt een College aangesteld - Donald Kalff (2009) noemt dit de Statutaire Raad - die de ondernemersfunctie van de instelling borgt. Het College is primair verantwoordelijk voor de portefeuille van diensten die de instelling vervult, de samenstellingen van de zorgfuncties, investeringen ter versterking van deze functies, eventuele fusies en overnames, strategische (keten)partners, en zij voert de dialogen met de diverse (externe) stakeholders. Het College speelt in op structurele veranderingen in de markt, de politiek en maatschappij. Bovendien is het College verantwoordelijk voor het afsluiten van bijvoorbeeld de CAO overeenkomsten, de financiering van instelling, projectmanagement van incidentele (bouw)projecten en benoemingen van het bestuur en het management.

Marktwerving en transparantie

Een noodzakelijke voorwaarde voor het goed functioneren van de (markt)werking in de zorg is de adequate informatievoorziening aan beslissers in de zorgketen en aan de patiënten. De mate van transparantie ten aanzien van de prestaties van instellingen en individuele zorgprofessionals, met name de specialisten, zijn cruciaal om prijs en kwaliteit richtinggevend te laten zijn in het keuzeprocess. De eerste reviewsites en een magazine (Dr. Yep, 2011) zijn verschenen waarop patiënten hun ervaringen met zorgprofessionals delen. Er heerst nog negativiteit onder zorgverleners, misschien omdat zij het gevoel hebben op de vingers gekeken te worden. Het is daarom zaak dat een dergelijk blad of site zich richt op beide groepen, professionals en patiënten. Als artsen weten dat een blad zoals Dr. Yep tot stand is gekomen met medewerking van artsen neemt dat veel scepsis weg. Transparantie in de vorm van reviews kan slimmer worden ingezet, zodat binnenkort alle medici en maatschappen op hun site een overzicht bieden van de reacties en bevindingen van patiënten. Medici kunnen digitaal hun interesse en professionaliteit tonen door reactie op reviews. Zij investeren zo in de relatie met patiënten. Idealiter worden de reviewsites gekoppeld aan het monitoringsysteem. Ter ondersteuning van de persoonlijke branding en marketing en voor het tonen van hun betrokkenheid doen medici er goed aan te participeren op community sites van patiëntenverenigingen. Door columns en blogs te plaatsen en deel te nemen aan de discussiefora ondersteunen medici de kwaliteit van de dialoog en de informatie-uitwisseling met patiënten. Een voorbeeld uit de cosmeticabranche is *makeupalley*. Dit is een online reviewboard waarop consumenten wereldwijd ervaringen uitwisselen over cosmetica, en producten ranken. Door het grote aanbod kan men niet alle producten kopen en uitproberen, men maakt tevens gebruik van de collectieve ervaring. Soms doen consumenten ook oproepen aan de fabrikant, er wordt bijvoorbeeld om een andere verpakking gevraagd. Dit is een vorm van efficiënte feedback die goed in de zorg gebruikt zou kunnen worden. Patiënten kunnen een bepaalde polikliniek beoordelen met sterren, en bijvoorbeeld feedback kunnen geven over een bepaalde informatiefolder of de stoelen. Een lastiger punt is het natuurlijk om

OCF-themaraapport Zorg

artsen of andere medewerkers online te bespreken. Al gebeurt het nu ook dat specialisten met naam en toenaam op gezondheidsfora worden besproken. Dit kan in ieders voordeel werken en transparantie bevorderen wanneer dit op een gecontroleerde reviewsite gebeurt.

Leren en innoveren

Bewustwording van het belang van een duurzame bedrijfsvoering moet de komende jaren in opleidingen worden verwerkt, zodat hier over 10 jaar de vruchten van geplukt worden in de vorm van efficiëntere zorgprofessionals. Als (para) medische studenten naast de reguliere vakken ook verplicht onderwijs krijgen in bedrijfsvoering toegepast op de medische praktijk zullen zij later meer op doelmatigheid letten. Artsen zijn niet alleen verantwoordelijk voor het behandelen van patiënten in hun spreekkamer, maar ook voor patiënten op de wachtlijst en toekomstige patiënten. Bedrijfskundige aspecten worden tijdens de opleiding onvoldoende belicht. Er wordt ingezet op het creëren van meer diversiteit in opleidingsplekken voor pas afgestudeerde artsen, zodat zij echt kunnen kiezen voor het vak naar hun hart in het kader van het behouden van de passie. Sommige opleidingen zijn niet populair en hebben daarom een tekort aan arts-assistenten. Dit geldt bijvoorbeeld voor psychiatrie. Om dit soort onevenwichtigheden aan te pakken gaat onderzocht worden waarom studenten niet kiezen voor dit vak en de oorzaak worden aangepakt. Omdat er meer arts-assistenten zijn, is de werkdruk minder hoog en is er minder ontevredenheid en uitval. Dit alles heeft uiteraard als doel patiëntgerichte zorg, tevredenheid van zorgverleners en zorgvragers te creëren en te behouden. Tegelijkertijd moeten patiënten worden gestimuleerd om verantwoordelijkheid te nemen met als doel de zorgvraag in de perken te houden.

Human resource management

De arbeidsbelasting voor zorgprofessionals kan niet hoger worden, maar moet omlaag om werknemers te binden en vitaal te houden. Een overwerkte, ontevreden arts heeft niemand graag en het is ook niet bevorderlijk voor de samenwerking met collega's. Er is nu al een trend van meer physician assistants. De PA werkt onder supervisie van de specialist en biedt professionele medische zorg. Een toename hiervan zou de taken van de arts kunnen reduceren tot de medisch noodzakelijke, waardoor de werkdruk van artsen afneemt. Verpleegkundigen geven patiënten nu al informatie over behandelingen, in de toekomst zou dit uitgebreider kunnen, zodat elke verpleegkundige bevoegd is tot het verstrekken van basale informatie aan de patiënt en hier ook tijd voor krijgt. Specifieke vragen kunnen worden gebundeld en beantwoord worden door de arts. Ten slotte zijn goede administratief medewerkers onontbeerlijk. Tot de tijd dat alles gedigitaliseerd is zou er meer aandacht moeten komen voor administratief medewerkers, meer in aantal, maar ook meer in waardering. Er kunnen werknemers worden ingezet in de zorg die nu arbeidsongeschikt worden geacht of zonder baan zijn komen te zitten. Zo snijdt het mes aan twee kanten: de arbeidsbelasting kan worden verlicht en arbeidsongeschikte personen kunnen hun zingevingproblematiek aanpakken. In hoofdstuk wordt dit de Vrije Keuze Baan (VKB uitkering) genoemd. Mensen die hun baan verliezen krijgen geen WW

OCF-themaraapport Zorg

uitkering, maar een VKB –uitkering. Ze kunnen doormiddel van een coachingsgesprek bij een lokaal maatschappelijk bureau komen tot een keuze van werkzaamheden. Hierbij wordt aansluiting gevonden op het opleidingsniveau, denkniveau en interessegebied. Van laag tot hoog opleidingsniveau. Zo blijven de mensen aan het werk, sociaal betrokken en doen ze werkervaring op. Dit is een creatieve oplossing voor het ondervangen van de grote toename in het aantal hulpbehoevende mensen. In de zelfde lijn ligt het belonen van mantelzorgers en ervaringsdeskundigen. Het is belangrijk de patiënt zo veel mogelijk in zijn eigen omgeving te houden. Daarom dient de mantelzorg duidelijk gestimuleerd worden. Mantelzorg mag goed beloond worden als daarmee de opnameduur verkort kan worden of op een andere manier de zorgconsumptie verminderd kan worden. Belonen kan bijvoorbeeld met een fiscaal voordeel, betaald verlof van het eigen werk, een gratis OV-jaarkaart of met salaris. De hiërarchische verschillen in de zorgketen waarin iedereen verantwoordelijk is gaan verdwijnen. Hiervoor is het nodig in openheid de echte oorzaken en gevoelens te bespreken van de kloof tussen management en personeel, redenen van ziekteverzuim en het verlaten van de zorgsector.

ICT

ICT ontwikkelingen gaan snel. De focus moet eerst liggen op eenvoudige verbeteringen in de huidige technieken en het optimaliseren van wat er is. Ziekenhuiswebsites zijn er. Ook hier dient de omslag van aanbod naar vraaggericht nog gemaakt te worden, blijkt uit een rapport van E. Buning (Buning, 2010). Links naar de telefoonnummers van het ziekenhuis, informatie over bezoektijden en een overzicht van de specialismen van het ziekenhuis zijn vaak ontbrekende informatie op de homepages van ziekenhuizen. De mate van interactiviteit, het 2.0-gehalte, laat vaak nog te wensen over. Denk aan online afspraken maken, e-cards of webcam. Online afspraken maken blijkt zeer gewenst, hoewel dit maar op een klein aantal sites kan. Met de groeiende competitie binnen de zorg neemt de vraag naar informatie toe. Niet alleen zorginstellingen zelf, maar ook patiënten en zorgprofessionals willen informatie over de sterke en zwakke punten van een zorginstelling. Instellingen kunnen zich vergelijken met de concurrent om zo hun eigen positie te versterken. Individuen, patiënten en werknemers, kunnen met behulp van informatie een keuze maken tussen verschillende centra, producten of diensten binnen de zorg.

Om in deze behoefte te voorzien is business intelligence (BI) al een tijdje in opkomst in de zorg. Dit is een vorm van verandermanagement dat een bedrijf slimmer maakt door informatie intelligent te stroomlijnen. Er zijn veel bedrijven die deze dienst aanbieden aan zorginstellingen, het probleem is echter vaak dat veranderingen niet beklijven (Gibbels 2008). BI wordt nog niet op grote schaal toegepast in de zorg. Naast de bedrijfseconomische kant is de bijdrage van BI aan beter en efficiënter medisch handelen vaak onderbelicht. Een klassiek voorbeeld van BI in de medische praktijk is de analyse van patiënten die een darmoperatie in verband met darmkanker ondergingen in de UK, het zogenaamde National Bowel Cancer Audit Programme. Jaarlijks analyseert men meer dan 10.000 patiëntgegevens aangeleverd door de National Health Service NHS trust van ziekenhuizen. Verschillende kwaliteitsindicatoren worden bekeken,

waarvan de mortaliteit (dodelijkheid) gerelateerd aan de ingreep, de best meetbare is. Het is een wens dat in kwaliteitsindicatoren ook de mate van kwaliteit van leven aan de orde komt, voor na en tijdens behandeling.

Om een vergelijking te kunnen maken op kwaliteit tussen verschillende ziekenhuizen moet er onder andere gecorrigeerd worden voor de patiëntenpopulatie (casemixcorrectie). Als een bepaald ziekenhuis (ondanks correctie) een significant lagere mortaliteit heeft en patiënten een hogere kwaliteit van leven aangeven is er sprake van een best practice in dat ziekenhuis. Het is interessant om te analyseren waarom dit ziekenhuis beter presteert. Met BI kan men bijvoorbeeld ook vertragende factoren op de polikliniek inzichtelijk maken (Alaerds 2008). Dit soort methoden kunnen doorgetrokken naar alle extramurale behandelaars. Ook hier gaat het weer om de cultuurverandering. Personeel in de zorg moet het belang inzien van verandering. En dat zou goed kunnen met BI. Wil een verandering volledig doorgevoerd worden dan moet de idealen overeenstemmen met die van de medewerkers in de uitvoerende functie. Een zorginstelling dient te investeren in het formuleren van idealen en vervolgens in methoden als BI, zodat innovatieve tools draagvlak krijgen en een duurzame toepassing.

5-10 jaar

Betaalbaarheid van de zorg

Het kostenzwaartepunt zal verplaatsen naar de preventie. Over 10 jaar is het voor iedereen duidelijk dat preventie kosteneffectief is op de lange termijn. Instellingen zijn meer gespecialiseerd en georganiseerd op ziektebeeld (differentiatie op medisch-technisch gebied) en hebben een socio-psychologische signatuur (zie ook hfd. 6.4). Instellingen zijn goed lopende bedrijven geworden. Er is uitstekende patiëntenzorg, want elke medewerker weet dat dit essentieel is voor het voortbestaan van de instelling en de gezondheidszorg als geheel.

Complexiteit en rigiditeit

De expertisecentra en geïntegreerde centra zijn operationeel zijn en blijven zich aanpassen aan de behoefte van de patiënt, van de medewerkers en van de maatschappij. Over zaken als doorlooptijd, patiënttevredenheid en kernwaarden wordt gepraat door alle medewerkers. Het is net zoiets als het controleren van de voorraad verband op een afdeling. Door integratie van bedrijfskundige aspecten in de dagelijkse praktijk worden instellingen flexibeler.

Leren en innovatie

Zoals beschreven in hoofdstuk 6 is ketenzorg een trend die past binnen het organiseren van de zorg rond ziektebeelden. Hierbij wordt rekening gehouden met de dubbele vergrijzing. Bij ketenzorg zijn de kosten en baten voor de verschillende partners niet direct duidelijk. TNO beschrijft een manier om vooraf de effectiviteit van keteninnovatie te bepalen door middel van twee samenhangende instrumenten om, onder meer, arbeidsproductiviteit en de kosten en baten van eenvoudige zorginnovaties te kunnen berekenen (Bockstael

2010). Zo wordt duidelijk of de innovatiemaatregel loont. De wetenschap dat een innovatie uiteindelijk iets oplevert, kan als motivator werken voor de betrokkenen, zodat de implementatie ook daadwerkelijk een succes wordt. TNO heeft deze instrumenten aangepast voor een complexe keteninnovatie: het nieuw op te richten Expertisecentrum Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH) in Den Bosch, een samenwerkingsverband van drie instellingen: het Jeroen Bosch Ziekenhuis, revalidatiecentrum Tolbrug en de Reinier van Arkelgroep. De vergelijking tussen de huidige situatie en de situatie na doorvoering van de innovatie laat een enorme potentiële arbeidsbesparing zien die opweegt tegen de investeringskosten. Ook op andere criteria, zoals kwaliteit van de zorg, doorlooptijd, kwaliteit van de arbeid en aansluiting bij de kernwaarden van de instellingen heeft de beoogde innovatie een positief effect. De op deze wijze verkregen businesscase heeft er toe geleid dat zorgverzekeraars financiering hebben toegekend voor een pilot. Het bovenstaande voorbeeld illustreert de trend op het gebied van efficiënte bedrijfsvoering in de zorg.

Human resource management

Hoe kunnen zorgwerkgevers werken in de zorg weer een aantrekkelijk imago geven?

Het antwoord is simpel en uitdagend: door het werk weer aantrekkelijk te laten zijn. De zorg wordt vaak omschreven als een roeping. Als we het vak van zorgverlener aantrekkelijk willen houden, zal er ruimte moeten komen voor de eigen passie. Passie voor de patiënt en passie voor het werk. Toch kan niet de situatie ontstaan waar iedereen naar eigen welbevinden handelt. Deze schijnbare tegenstelling is te overbruggen door een beroep te doen op de organisatie. Als de organisatie de betekenis (de socio-psychologische signatuur) die zij wil hebben specifiek kan maken en onderscheidend kan laten zijn van andere zorginstellingen, dan kan de zorgverlener gericht kiezen voor een organisatie waar de betekenis in lijn ligt met de eigen missie. Door niet langer te rekruteren en selecteren op vakinhoudelijke bekwaamheid alleen, maar ook op fit in zorgvisie, ontstaat een situatie waarbinnen de kaders gevormd worden door gedeelde uitgangspunten. De noodzaak tot overdreven protocollering verdwijnt daarmee. Als de zorgprofessional dezelfde drijfveren heeft als de protocollenmaker, nemen ze dezelfde beslissingen ook zonder protocollen. Daarbij komt dat besluiten volledig situationeel, passend bij de individuele zorgvrager, genomen kunnen worden. Protocollen kunnen daarin, omwille van de leesbaarheid, niet in voorzien. Vanzelfsprekend blijft vakinhoud belangrijk, maar als de match met de zorgvisie maatgevend wordt, verandert de gehele arbeidsmarkt. Een ziekenhuis dat geen fit heeft met de missie van een zorgprofessional of zorgvrager kan doorverwijzen naar een instelling waar die fit wel bestaat. Doordat de ruimte ontstaat om missiewerk te vervullen, groeit de aantrekkelijkheid van het vak. Misschien is nog steeds niet iedereen tevreden, maar wel gelukkig.

Regieverpleging

De prioriteitstelling van doelen en de aspecten van goed werkgeverschap impliceren een substantiële transformatie van veel zorginstellingen.

OCF-themaraapport Zorg

Verantwoordelijkheid en bevoegdheden worden zo diep mogelijk in de organisatie, bij de zorg professionals zelf, geplaatst. Dit impliceert een herontwerp van zorg- en verpleegprocessen en de introductie van een coördinatiepunt op de werkvloer; de regieverpleegkundige. In deze functie worden verschillende verantwoordelijkheden neergelegd, waardoor patiënten, medici en leidinggevenden een herkenbaar en eenduidig aanspreekpunt krijgen. Bovendien krijgen de regisseurs zogenaamd doortastrecht om incidenteel procedures te omzeilen om zo beter in te spelen op de bijzondere omstandigheden van patiënten. Wanneer in ziekenhuizen regieverpleging wordt ingevoerd kan tenminste 10% van het aantal FTE's in de verpleging worden bezuinigd. In (para)medische opleidingen wordt meer aandacht gegeven aan time-management en efficiency. Ontwikkeling van persoonlijk leiderschap, ondersteuning in plaats van eigen regie en interdisciplinaire integratie volgen in latere stadia.

ICT

Homepages van ziekenhuizen zijn nu gebruiksvriendelijk en interactief. Zorginstellingen zijn gaan beseffen dat een website als visitekaartje fungeert, ook met het oog op competitie. Door een teveel aan functies kan onoverzichtelijkheid ontstaan. Er is de mogelijkheid om een versimpelde versie te openen, vergelijkbaar met de seniorentelefoon naast de smartphones. Op deze wijze handelt men vraaggericht. Privacy is geen issue meer, want het is voor iedereen duidelijk wat het belang is van een dergelijk systeem. Transparantie betekent een cultuur van openheid en verbinding, gefaciliteerd door techniek. Reviews, online monitoring, patiëntdossiers en portals zijn tot stand gebracht. De openheid ten aanzien van relaties vertaalt zich in een continue dialoog met alle stakeholders, vooral met medewerkers en zorggebruikers. Openheid is een attitude die cruciaal is wanneer richtlijnen en protocollen in de praktijk blijken te knellen of wanneer professionals onder elkaar van mening verschillen en persoonlijke afwegingen een rol spelen. Hetzelfde geldt voor het melden van fouten. Voorzichtig zijn de eerste stappen gezet in de digitale omgeving van de gezondheidszorg. Er bestaat een gevalideerde portal waar patiënten persoonlijke informatie aantreffen. Voorbeelden zijn: gedeeltes van het eigen medisch dossier, uitslagen van recent onderzoek, links naar community sites van patiëntenverenigingen, reviews van medici en reviews over het ziekenhuis. Er bestaan technologieën die het mogelijk maken om diagnostiek anders in te richten. Diagnostiek kan thuis en door de patiënt zelf. Een leuk voorbeeld is telemedicine. Patiënten kunnen thuis in hun vertrouwde omgeving controles uitvoeren; zij ontvangen makkelijk te bedienen apparatuur zoals een bloeddrukmeter. Vervolgens vindt een terugkoppeling plaats met medisch personeel op afstand. De voordelen hiervan zijn onder andere dat patiënten niet naar de polikliniek of huisarts hoeven te komen, en dat controles vaker uitgevoerd kunnen worden, met als doel therapietrouw te bevorderen en te stimuleren dat patiënten zelf de regie krijgen over hun leven. Dit kan leiden tot grote veranderingen in de organisatie van de zorg. Een groot deel van het werk in de zorg is het doen van diagnostiek.

10-15 jaar

Betaalbaarheid en complexiteit

Door specialisatie is een hoge kwaliteit en efficiëntie mogelijk. Hoog gespecialiseerde klinieken worden op landelijk of bovenregionale schaal georganiseerd. Er is concurrentie op prijs, kwaliteit en dienstverlening en privaat ondernemerschap. De particuliere zorgverzekeraar bemiddelt en accordeert uiteindelijk de keuze van de kliniek in de vergoeding van de behandeling. Relatief complexe, planbare behandelwijzen worden aangeboden vanuit het netwerk van ziekenhuizen. Afhankelijk van de specialisatiegraad en het aantal benodigde behandelingen kan de efficiënte schaal vereisen dat ziekenhuizen in de omgeving onderling zorgaanbod uitruilen. Het onderscheid tussen basis- en topklinische ziekenhuizen blijft gehandhaafd. Patiënten beschikken, naast de huisarts, over meerdere adequate informatiebronnen en begeleidingsmogelijkheden op basis waarvan zij hun keuze kunnen maken. Keuze in welke mate en op welke manier men wel of niet medisch wil ingrijpen, wat de effecten zijn op hun kwaliteit van leven en vervolgens welke aanbieder van zorg bij hen past. De toegankelijkheid van de zorg wordt overeengekomen in polisvoorwaarden van verzekerden. Zeer complexe behandelwijzen worden selectief aangeboden, met name in de academische of specifieke top-klinische ziekenhuizen. De toegankelijkheid van de zorg is overeengekomen in de polisvoorwaarden van verzekerden. Chronische zorg kent een grote verscheidenheid. Specialististen kunnen chronische aandoeningen behandelen in ziekenhuizen. Zij bieden waar mogelijk en nodig blijkt hun ondersteuning aan op andere plekken. Aanbieders van zorg voegen zich steeds meer naar de behoeften van partijen en richten zich op een hoogwaardige kwaliteit in dienstverlening en persoonlijk contact, tegen een fair, maatschappelijk aanvaardbaar kostentarief. Door de transitie naar preventie in plaats van cure, wordt het aantal medische behandelingen en ingrepen verminderd. Door alternatieve en complementaire benadering van zorg mee te nemen en de visie en keuze van zorgvragers te onderzoeken, te begeleiden en te respecteren, worden kosten bespaard. Zoals in hoofdstuk 3 is genoemd wordt een lichamelijke therapie op die manier altijd ondersteund door psychologisch, spirituele, situationele en leefstijlelementen en visa versa. Een dergelijke integrale benadering maakt een aantal, vaak heilloze (en vaak fysieke gerichte) omwegen onnodig en kan daarom tot aanmerkelijke kostenbesparing leiden.

Management

Lee (2004) beschrijft in zijn boek "If Disney ran your hospital" een visie, waarin patiënttevredenheid en -loyaliteit de hoofdrol spelen. Een van de onderbouwingen is dat er een correlatie is aangetoond tussen patiëntenloyaliteit en bedrijfsgroei (Reichheld 2003). De bijzondere afhankelijkheidsrelatie tussen zorgprofessionals en patiënten vergt een specifieke bedrijfsvoering. De zorgprofessionals worden adequaat ondersteund. Omdat veel organisaties meerdere gelijkwaardige doelstellingen kiezen is het noodzakelijk voor zorginstellingen – in met name de cure sector van de zorg – om prioriteiten te stellen en naar iedereen helder te zijn waar de organisatie voor staat en wat van

OCF-themaraapport Zorg

professionals wordt verwacht. Een model voor prioritering in de cure sector, waarin een overeenkomstige visie als die van Lee verwerkt is, is de volgende:

1. De belangrijkste doelstelling is het handhaven en constant verbeteren van de kwaliteit van de zorg en de veiligheid van patiënten,
2. Vervolgens is het van essentieel belang patiënten zo empatisch mogelijk te benaderen. Barmhartigheid en mededogen versterken het helingsproces van de patiënt. Wanneer in het contact met patiënten ruimte wordt gemaakt voor meeleven, echtheid en kwetsbaarheid, worden patiënten echte fans en ambassadeurs van de organisatie,
3. Professionals behoren idealiter geen moment voorbij te laten gaan attentie te tonen voor hun patiënten en hen hoffelijk te bejegenen. Ook wanneer patiënten/bewoners aangesproken worden op hun eigen verantwoordelijkheid en gestimuleerd worden zelf actief te blijven,
4. De vierde doelstelling is aandacht voor de presentatie. Vanuit inleving in de patiënt nagaan hoe het zorgcomplex is ontworpen en ingericht: de bewegwijzering, het restaurant, de welkomstbalie, hoe de professionals zich tonen en hoe zij met elkaar omgaan. Dit alles heeft direct en indirect invloed op de patiënt. Een gunstige presentatie stelt hen gerust, een ongunstige levert een gevoel van onveiligheid of zelfs ergernis en irritatie,
5. Wanneer voorgaande doelstellingen zijn gehonoreerd dient te worden gekozen voor het goedkoopste, het meest efficiënte en het meest ecologisch duurzame alternatief.

Een consequente aansturing van ziekenhuizen op basis van bovenstaande prioriteiten resulteert in duurzaam presterende organisaties, waarin professionals goed samenwerken op een veel efficiëntere wijze. Zorginstellingen ondersteunen het individueel welzijn zo veel mogelijk, zodat de mens en niet de kwaal centraal staat. In het primaire zorgproces verhouden professionals zich optimaal met patiënten, want leidinggevenden en bestuurders streven dezelfde kwaliteiten na in hun contacten met professionals. De wijze waarop leidinggevenden en professionals met elkaar omgaan en de onderliggende arbeidsverhoudingen, zijn cruciaal. Er wordt voortdurend gebouwd aan een cultuur van vertrouwen die nodig is om samen werken en samen leren tot stand te brengen. Hierdoor wordt afgerekend met de matige afstemming en communicatie die binnen veel ziekenhuizen en zorginstellingen gangbaar zijn.

Markwerking en transparantie

Professionals en bestuurders die regelmatig beslissingen nemen over kernprocessen, dragen verantwoordelijkheid over een adequaat monitoringsysteem. Dit monitoringsysteem maakt de relevante performance indicatoren meetbaar en zichtbaar; een monitoring en performance dashboard. Een dergelijk dashboard omvat merk, meetbare, kwalitatieve en kwantitatieve indicatoren. Deze indicatoren spelen een rol in het beheren van de bedrijfsvoering en de terugkoppeling naar de stakeholdersdialoog die een instelling onderhoudt met haar partners. Belangrijk is de integrale beoordeling van de instelling met het oog op Werkgeverschap, Ondernemerschap en Nabuurschap: drie normerende kaders voor maatschappelijke organisaties. Via

OCF-themaraapport Zorg

intelligente surveys en online monitors worden de behoeften en percepties van patiënten constant geëvalueerd. Ten eerste om de interne performance te verbeteren ten aanzien van patiënten (loyaliteit en betrouwbaarheid). Ten tweede zullen - gebaseerd op voortschrijdend inzicht - zorgpakketten worden geclusterd en afgestemd op een manier, waarop zorgvragers zorg op maat krijgen aangeboden. Idealiter organiseert een onafhankelijk onderzoeksinstituut de monitoring bij alle zorginstellingen. De uitkomsten worden aan belanghebbenden – ook externen - getoond zodat zij aan verbetering en optimalisering kunnen werken.

Human Resource management

Het terugbrengen van passie voor het werk en de autonomie van de werknemer blijven belangrijk. Hierdoor zijn werknemers gelukkiger en loyaler naar de organisatie. Werknemers kiezen voor een zorginstelling omdat de identiteit hen aanspreekt. De organisatie legt de nadruk op het belang van het functioneren als een team waar het welzijn van de patiënt voorop staat. Medewerkers zullen geëvalueerd worden op hun capaciteit tot samenwerken. Als een doelstelling wordt behaald door een team, krijgen zij een collectieve beloning. Inmiddels is kinderopvang voor medewerkers in de zorg gratis, evenals voor mantelzorgers. Een te dure kinderopvang mag geen reden zijn voor personeel om thuis te blijven. Werken in de zorg is een goed betaald beroep geworden, en geniet een maatschappelijk hoge status, ongeacht welk beroep wordt uitgeoefend. Medewerkers in een ziekenhuis krijgen allemaal een gratis lunch van een goede kwaliteit. Werkgerelateerd vervoer vindt plaats op ecologisch duurzame wijze en wordt ondersteund en betaald door de werkgever in de zorg.

ICT

Met de implementatie van reeds bestaande ICT-technologieën is het mogelijk om voor elk aspect van de zorg rond een patiënt een hoofdverantwoordelijke aan te wijzen. Het EPD is een gebruiksvriendelijk systeem waarin ieder specialisme een kleur heeft. Als een patiënt met een reeds bekende aandoening op een afdeling komt, kan elke behandelaar eenvoudig zien bij welke arts de patiënt voor het laatst is geweest, wat er toen gedaan is en welke medicatie is voorgeschreven. Ook staat de achterliggende motivatie (van behandelaar en patiënt) voor deze manier van handelen in het EPD. Er is altijd een up-to-date medicatieoverzicht beschikbaar om fouten te voorkomen. Artsen en behandelaars kunnen in het hele patiëntendossier kijken, ook als het om behandelingen gaat die zijn uitgevoerd bij een andere zorgverlener. Hierdoor worden dubbele onderzoeken, zoals thoraxfoto's, MRI's en bloedonderzoek voorkomen, waardoor winst behaald wordt in tijd en geld en ecologische duurzaamheid. Iedereen weet dat dit opweegt tegen een eventueel verlies van privacy.

15-25 jaar

Integratie toekomstbeeld

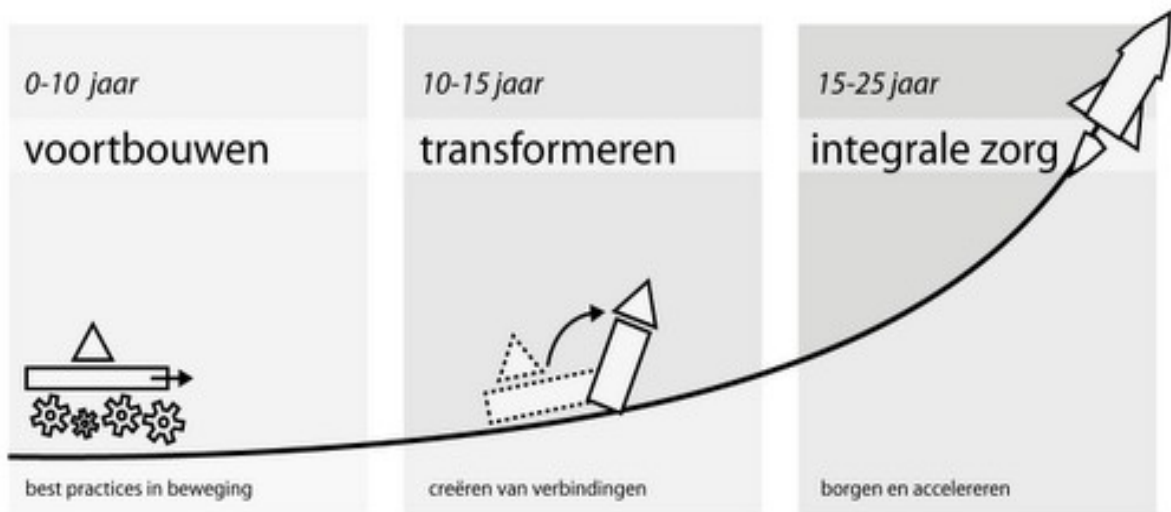
De nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van burgers voor hun kwaliteit van leven versterkt een liberale, individualistische kijk op de werkelijkheid. Zeker wanneer

allerlei carrot & stick gerelateerde prikkels het effect van eigen verantwoordelijkheid gaan versterken. Een wortel om goed gedrag te belonen, en de stok om verkeerd gedrag te bestraffen. Een duurzame visie op de volksgezondheid behoeft dan ook maatregelen die de solidariteit tussen mensen met een verschillend vermogen ten aanzien van gezondheid en vitaliteit versterken. Individuen die het bewustzijn missen, of die het niet zo nauw nemen met de aanbevelingen, dienen daarop op een empathische manier gewezen te worden. Zij worden zo nodig begeleid zodat zij zich bewuster gedragen en betere keuzes maken. Er zijn mensen die het vermogen missen of in de loop van hun leven zijn kwijtgeraakt om een vitaal leven te leiden. Handicaps, slijtage, chronische gebreken en psychisch leed kunnen een continue wissel trekken op het welzijn van mensen. Het is niet fair hen hiervoor volledig financieel op te laten draaien. Solidariteit vergt een sociale balans tussen bevolkingsgroepen en individuen zonder dat effectieve prikkels worden weggenomen. Met het landelijk digitaal dossier kunnen alle partijen werken. Iedere zorgverlener heeft hetzelfde systeem en heeft geïnvesteerd in implementatie. Patiënten hebben zelf het beheer over hun digitale dossiers en kunnen zelf gedeeltes toegankelijk maken voor de verzekeraar en professionals die zij hun zorg en of behandeling toevertrouwen. Het dossier dient up-to-date te zijn en is voor elke zorgprofessional overzichtelijk. Wellicht is de aanpak die Google heeft ontwikkeld aantrekkelijk. Ook minder zelfredzame patiënten kunnen met dit systeem werken. De mogelijkheid bestaat het dossier door derden te laten beheren (persoon, zorgcoördinator of betrokken instantie).

7.5 Afsluiting, conclusie en vooruitblik

Een van de belangrijkste aspecten is dat de patiënt centraal staat, ook in de bedrijfsvoering. Door vraaggerichte bedrijfsvoering en het verplaatsen van verantwoordelijkheden blijft de zorg betaalbaar. Instellingen zijn personeelsgericht en personeel is patiëntgericht. ICT is patiënt- en personeelvriendelijk geworden. Het nieuwe adagium is: doe simpel wat simpel kan. Instellingen zijn goedlopende bedrijven waar de neuzen van alle medewerkers in dezelfde richting wijzen. Er wordt een brug geslagen tussen medici en beleidsmakers met visuele transparante gegevens met behulp van BI. De transitie van de manier van bedrijfsvoering in de zorg naar de gewenste duurzame bedrijfsvoering in de toekomst gaat uit van best practices in de huidige tijd. Daarop wordt voortgebouwd. Vanuit samenwerking binnen het zorgbedrijf en tussen zorgleveranciers onderling wordt de bedrijfsvoering getransformeerd, met als uiteindelijk resultaat; een duurzaam georganiseerde integrale zorg.

OCF-themaraapport Zorg



Voorbouwen, transformeren, integrale zorg (Martijn van Loon)

8. Alternatieve, complementaire en spirituele benaderingen in de zorg

8.1 Inleiding

Het woord spiritueel is in de zorg een beladen term. Het wordt vaak gezien als zweverig. Mensen zijn bang dat in een spiritueel benadering zaken die er toe doen (lichamelijke zaken), over het hoofd worden gezien en tot schade voor de betrokkene kunnen leiden. Alternatieve, ook wel complementair genoemde, benaderingen, botsen met het vigerende paradigma, waarin het lichamelijke op de voorgrond staat en waarbij alles wat daar niet in past "als niet ter zake doende" en schadelijk neigt te worden afgedaan. Er is een conflict ontstaan, waarin partijen zich tegen elkaar afzetten en elkaar bestrijden. In alternatieve kringen staat de reguliere geneeskunde in een kwaad daglicht en andersom.

Een groot gedeelte van de bevolking (15%) maakt gebruik van alternatieve benaderingen (Dijk, 2005).

We leven in een multiculturele samenleving waar steeds meer variatie is in de benadering van gezondheid en ziekte. Zorgvragers en patiënten houden hun alternatieve behandelingen en spirituele benadering nu vaak voor zich. Denk bijvoorbeeld aan het gebruik van sopro (een tropische vrucht) bij Diabetes Mellitus door mensen met een Surinaamse afkomst. Wanneer dit al ter sprake komt, wordt het gebruik van sopro ontraden. Mensen blijven het gebruiken, omdat men waarde hecht aan het gebruik hiervan. Het is zaak om een open communicatie mogelijk te maken over alternatieve of complementaire behandelingen van geestelijke en lichamelijke gezondheidsklachten tussen alle zorgverleners en zorgvragers. Met behulp van andere benaderingen dan onze westerse medisch wetenschappelijke, wordt een duurzame zorg mede mogelijk gemaakt.

8.2 Visie: wat is spiritualiteit

Er heerst grote verwarring over het begrip spiritualiteit. In de eerste plaats wordt alternatief of complementair vaak synoniem aan spiritueel.

In algemene zin worden alternatieve benaderingen gekenschetst door een ander paradigma. Zij gaan uit van het idee dat de mens niet alleen een lichaam is maar ook een (energetisch) systeem in verbinding met de natuur om zich heen. Ziekte wordt meestal gezien als een disbalans van het systeem en een poging van het systeem om de balans te herstellen. Ziekte is, in die zin, een vorm van zuivering, die kan leiden tot een herstel van balans en zelfs tot regeneratie (heling) van het systeem. Om het proces van zuiveren te ondersteunen moet het systeem tot rust komen via gezonde voeding of zelfs vasten en andere meer op de natuur gerichte benaderingen (ademen, zon, water, kruiden, enzovoort). Deze benaderingen vormen de natuurgeneeskunde. Omdat deze benaderingen de mens zien als een geheel van geest en lichaam, en van grofstoffelijk en fijnstoffelijk wordt ook het begrip holistisch gebruikt. Onder het begrip alternatieve geneeskunde vallen een aantal uit het (meestal) Verre Oosten overgewaarde benaderingen. Deze zijn ingebed in een ander paradigma en gaan uit van een systeem dat onder het lichamelijke systeem schuilgaat. Dit is een

etherisch of energetisch systeem dat het lichamelijke doordrenkt en er aan vooraf gaat. Er zijn banen vastgesteld waardoor deze energie stroomt (o.a. meridianen). De oorzaak van veel ziekten is vaak een disbalans in dit energetische systeem. De behandeling is erop gericht de balans te herstellen. Dit kan met gebruik van dieet, kruiden, massage, naalden, e.d. De Chinese geneeskunde en Ayurveda (India) zijn hier goede voorbeelden van. Ze zijn duidelijk op een ander paradigma gebaseerd. Meestal staat in deze benaderingen preventie centraal en wordt de heler alleen betaald als hij de mens gezond houdt. Deze alternatieve Oosterse systemen zijn gemeengoed in de landen waar ze vandaan komen. Ze hebben meestal een diepere esoterische achtergrond, maar worden door de gewone man net zo gebruikt, zoals wij naar de dokter gaan. Ook daar zijn de patiënten meestal passief, beschouwen ze zichzelf als slachtoffer en laten het aan een ander over om er iets aan te doen. Omdat de meesten mensen in het Westen misschien wel religieus zijn maar niet echt spiritueel bezig, kijken ze naar deze, voor hen vreemde, benaderingen en hebben de neiging die spiritueel te noemen.

Het woord spiritueel komt van het Latijnse woord spiritus, dat zowel heilige geest als adem betekent. In alle tradities zijn de woorden voor grote levenskracht en adem hetzelfde. In India heet het Prana, in het Chinees Chi, in het Grieks Pneuma en in het Joods Ruach. In oude tradities maakt je contact met de grote levenskracht of de bron via de adem en het aanroepen via vormen van gebed. Een direct contact met de bron via de ademhaling, gebed (mantra) en door handelen en gedrag, is cruciaal, want men weet dat het anders alleen bij denkbeelden blijft. Dit totaal van handelingen (of dagelijkse praktijk) die het contact met de bron maken of herstellen is de ware betekenis van spiritualiteit en spirituele praktijk. Een dergelijke, serieuze manier van spiritualiteit is in onze samenleving zeldzaam geworden. We kijken hier niet zo tegen het leven aan en gebruiken elementen die onze kant uit zijn gekomen (globalisering) uit de grote spirituele traditie als onderdeel van ons consumptie patroon (spiritueel materialisme). Op die manier hebben o.a. Yoga en Zen hun intrede gedaan in ons bestaan. We gebruiken dergelijke benaderingen om ons beter te leren ontspannen of ons, constant werkend brein rust te geven. Echt spiritueel zijn deze praktijken niet. Het is aangetoond deze methoden effect hebben, onder andere Yoga, Zen en Transcendente Meditatie. Ze ontspannen en verlagen bijvoorbeeld bloeddruk en cholesterol. Een half uur wandelen doet dat ook, evenals een goed contact met vrienden. Het zou daarom goed zijn uit te vinden wat welk effect heeft, voor we er het mysterieuze predicaat spiritueel aan verbinden.

8.3 Onderzoek naar de invloed van alternatieve benaderingen

Een nieuwe discipline in de geneeskunde die een begonnen is met het bestuderen van bovenstaande is de psychoneuroimmunologie. Dit interdisciplinair gebeuren onderzoekt de samenhang tussen geest, lichaam, zenuwstelsel en immuunsysteem. Een bekend Amerikaans onderzoek en schrijver van het boek "The Relaxation Response" Dr. Herbert Benson (Benson, 1982), heeft de effecten van onder andere meditatie uitgebreid onderzocht en aangetoond dat deze

activiteit de bloeddruk en hartslag verlaagt, angst en depressie vermindert, de productiviteit doet toenemen en de zorgkosten verlaagt. Ook de Transcendente Meditatie Organisatie heeft veel onderzoek over de effecten hiervan laten uitvoeren en haar populariteit in de wereld hieraan ontleend. (Wikipedia, 2010). Meditatie wordt steeds populairder voor het behandelen van (vooral) stress gerelateerde aandoeningen, met name de verwesterde variant Mindfulness. Ook de wetenschap stort zich op mindfulness. Men wil weten of het werkelijk effect heeft op ons brein (Brewer, 2010). Anne Speckens, hoogleraar psychiatrie aan de Radboud Universiteit Nijmegen, is momenteel aan het onderzoeken of een therapie gebaseerd op mindfulness een goede behandeling kan zijn voor ernstige depressie (Speckens, 2010). Ook bijvoorbeeld een dagelijkse wandeling van een half uur bij depressie wordt geadviseerd. Dit wijst op de connectie en wederzijdse beïnvloeding van ons zenuwstelsel en lichaam.

Er zijn (onverwachte?) effecten van alternatieve benaderingen te zien. Een heel bijzondere is de invloed van gebed. Een cardioloog (dr. Randy Byrd) van het San Francisco General Hospital deed een double blind randomized studie bij 393 hartpatiënten (Byrd, 1988). Voor de helft van de patiënten werd gebeden op een manier die de participanten van over het hele land zelf het meeste aansprak. De complicaties bij de groep patiënten waar voor gebeden werd, waren aanzienlijk minder dan voor de controle groep. Sindsdien is dit onderzoek herhaalde malen bevestigd. Dit soort experimenten laat zien dat mensen inderdaad met elkaar in verbinding staan voorbij het zichtbare en lichamelijke.

Ook bij verslavingen kan mindfulness een uitkomst kan zijn. Uit onderzoek aan de Yale Universiteit komt naar voren dat stress een belangrijk onderdeel is bij substance use disorders (SUDs). Mindfulness training (MT) kan hier goed toegepast worden (Brewer, 2009).

8.4 Tijdspad

0-5 jaar

Er wordt een overzicht gemaakt van therapieën en benaderingen die men als alternatief beschouwt. Er wordt gedegen, onafhankelijke literatuurstudie verricht naar onderzoeken naar de effecten van alternatieve therapieën, spiritualiteit en alternatieve benaderingen op ziekte en gezondheid. Onderzoek wordt gepubliceerd in vakbladen en gepresenteerd op wetenschappelijke congressen en meetings. Openlijke gesprekvoering tussen alle partijen wordt als relevant aangemerkt.

5-10 jaar

Binnen opleidingen, bijscholingen en innovatiebijeenkomsten in (gezondheids)-zorgorganisaties vindt een dialoog plaats, inclusief voorlichting, tussen reguliere genezers en alternatieve benaderingen. Zorgverzekeraars nemen meer alternatieve benaderingen op in hun zorgpakket. Er wordt onafhankelijk onderzoek gedaan, waarbij de effectiviteit van benaderingen en behandeling gemeten wordt met bioparameters en gekeken wordt naar het effect op de kwaliteit van leven.

Er wordt in openheid gesproken over alternatieve denkwijzen en spirituele waarden van de zorgvrager (gerelateerd aan de hulpvraag en/of klacht). Het initiatief tot het gesprek hierover gaat uit van de zorgverlener, die zonder (voor)oordeel de informatie die dit brengt meeneemt in het behandelplan.

10-15 jaar

Erontstaat gelijkwaardigheid tussen de reguliere westerse en alternatieve benadering. De reguliere zorg omvat alle zorg die onder holistische zorg gegeven of gevolgd kan worden. Alle zorg wordt benaderd als reële keus voor de zorgvrager en wordt aangeboden binnen reguliere zorginstellingen, organisaties en zelfstandige ondernemingen. Afhankelijk van de persoonlijke doelstelling en visie m.b.t. gezondheid en kwaliteit van leven van de zorgvrager wordt een behandelplan opgesteld en worden behandel- en begeleidingsmogelijkheden aangeboden en onderzocht.

15-25 jaar

Holistische (gezondheids)zorg is een feit en alle partijen erkennen dit en handelen er naar.

8.5 Conclusie

Een deel van de Nederlandse bevolking maakt gebruik van alternatieve geneeskundige benaderingen. Uit de Gezondheidsenquête 2008: 12% van de bevolking heeft in de 12 maanden voorafgaand aan het interview contact gehad met een alternatieve of niet-conventionele therapeut. Het gaat hierbij, in volgorde van belangrijkheid, om contacten met een osteopaat (6,4% van de bevolking), een homeopaat (4,0%), een chiropractor (1,8%), een acupuncturist (1,6%), een manueel therapeut (1,2%) en een fytotherapeut of kruidengenezer (1,1%). Een aanzienlijk deel van de bevolking heeft in de 12 maanden voorafgaand aan het interview een beroep gedaan op verschillende beoefenaars van niet-conventionele geneeswijzen. Volgens een CBS studie is de leeftijdsgroep die het vaakst een alternatieve genezer bezoekt die van 45 - 65 jaar. Van de vrouwen bezoekt 12,9 procent de alternatieve genezer, terwijl 8 procent van de mannen dit wel eens doet. De alternatief genezende huisarts daalde in populariteit. In 2000 was de helft van de bezochte alternatieve genezers een huisarts, in 2007 is dat nog maar een derde.

Het aantal mensen dat een spiritueel genezer bezoekt is kleiner dan de getallen hierboven. De trend naar meer alternatieve benaderingen, inclusief de spirituele en Oosterse, is een belangrijke financiële mogelijkheid als er een paradigmaverschuiving optreedt die de mens gaat beschouwen als meer dan een lichaam. De dialoog, inclusief voorlichting, tussen reguliere genezers en alternatieve benaderingen is van belang.

9. De farmaceutische industrie in een duurzame toekomst – waardecreatie voor de zorg

9.1 Inleiding

Hoe ziet een duurzame farmaceutische industrie er uit? Kunnen we verder denken dan alleen schone productiemethoden en gebruik van groene energie?

Uitgaande van de definitie van duurzaamheid in het Brundtland rapport, kan een duurzame farmaceutische industrie gedefinieerd worden als "een industrie die denkt aan het welzijn van nu zonder het welzijn en mogelijkheden van toekomstige generaties om zich te ontwikkelen uit het oog te verliezen". Voor een bedrijf is 25 jaar vooruitkijken vrij ongewoon. Het is nodig om te kunnen blijven voortbestaan, innoveren en bij te dragen aan het welzijn nu en in de toekomst.

De farmaceutische industrie opereert in een uitdagende markt. In Nederland zijn veel farmaceutische bedrijven onderdeel van internationale concerns. Het zijn commerciële ondernemingen die afhankelijk zijn van investeerders om te kunnen innoveren, van de verschillende zorgmarkten om het product te kunnen vermarkten, van onderzoek en van specifieke marketing en sales om te differentiëren en verkoop te genereren. Consumptie van medicijnen maakt ongeveer 10% uit van het totale zorgbudget in Nederland. Daarmee is Nederland vergeleken met andere Europese landen zuinig. De groei van de uitgaven zijn zeer beperkt de laatste jaren, gemiddeld 1% . Het gevolg van prijsverlagingen van generieke medicijnen door preferentiebeleid van zorgverzekeraars. Het toenemend gebruik van dure geneesmiddelen heeft de uitgaven doen stijgen. De verwachte groei van de uitgaven aan geneesmiddelen in de komende jaren zal ook hieraan te wijten zijn (Stichting Farmaceutische Kengetallen, www.sfk.nl).

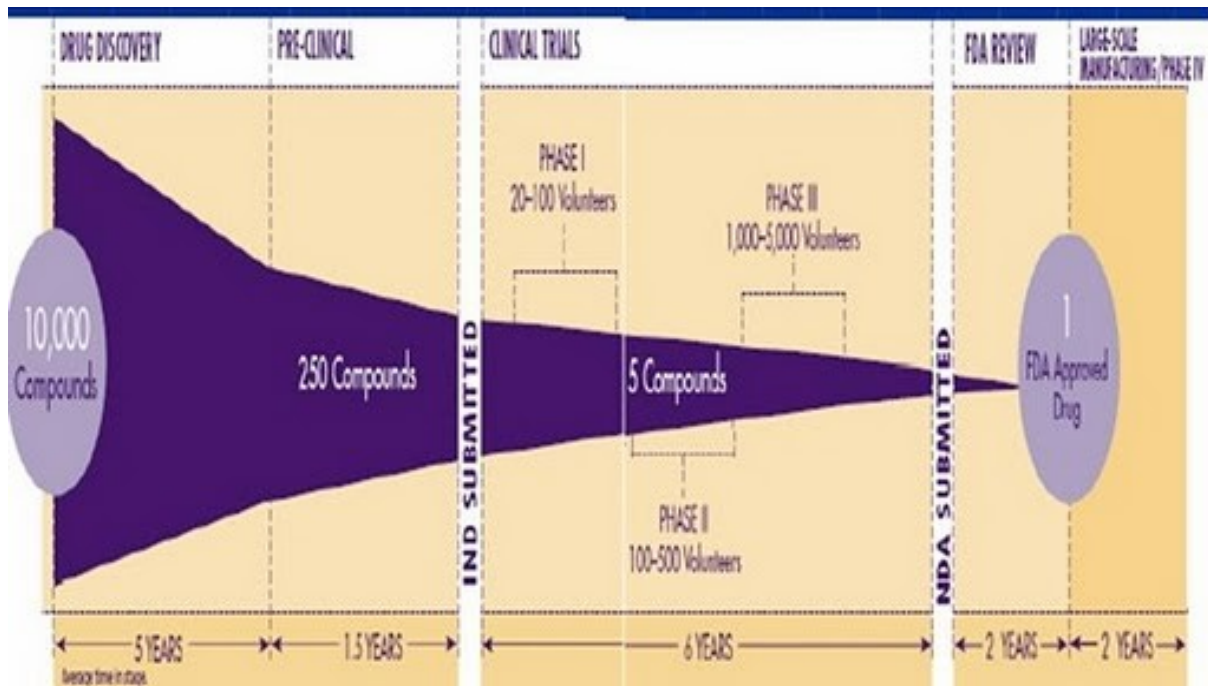
9.2 Visie

Een duurzame farmaceutische industrie zal midden in de samenleving staan, waarde creëren in de gezondheidszorg en zich gesteund voelen door externe partijen en overheden in grensoverschrijdende onderzoeken, die gedreven worden door de globale afzetmarkt.

9.3 Probleemstelling

Veel medicijnen, vooral de nieuwe, innovatieve medicijnen zijn duur. Van de initiële 10.000 moleculen is er uiteindelijk 1 na ongeveer 10-15 jaar onderzoek dat een medicijn wordt. In 10-15 jaar doorlopen de verschillende moleculen vele onderzoeken, telkens vallen er veel af omdat bijvoorbeeld de werkzaamheid niet bewezen wordt of de toxiciteit te hoog is.

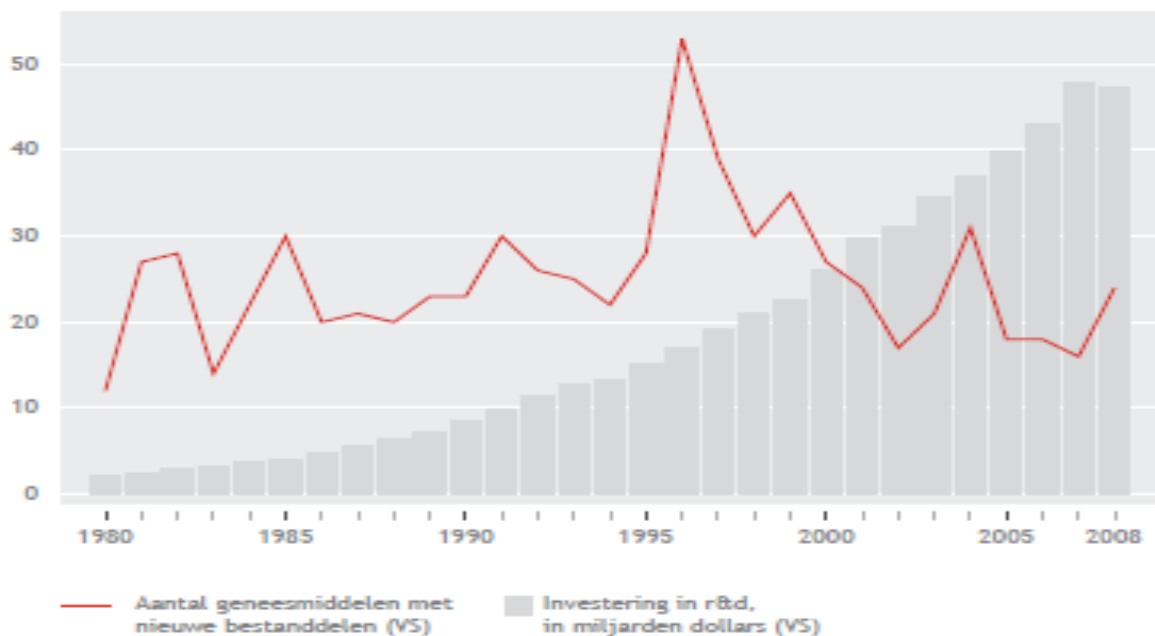
OCF-themaraapport Zorg



Drugdevelopmenphases

Door de FDA geregistreerde geneesmiddelen met een nieuw actief bestanddeel, afgezet tegen r&d-investeringen (1980-2008)

Bronnen: DIMasI, Tufts Center for the study of drug development, FDA, PhRMA



FDA geregistreerde geneesmiddelen

Bron: Farmafeiten, een publicatie van Nefarma.

Dit kost veel tijd en geld. Geschat wordt dat de totale R&D rond de 800 miljoen US dollar kostte in 2000. De R&D kosten stijgen elk jaar substantieel. Momenteel kosten producten die binnen enkele jaren op de markt komen 1.9 miljard, uitgaande van dezelfde groeiende kostencurve (DiMasi et al, 2003). Deze investering moet terugverdiend worden middels patenten. Daar betaalt de consument voor. De verwachting is dat nieuwe medicijnen niet goedkoper zullen worden omdat de huidige trend laat zien dat Research & Development kosten alleen maar toenemen

De pijnlijken van veel bedrijven raakt leger. Veel winstgevende medicijnen verliezen hun patent binnen 5 jaar. De blockbuster tijd, die begon in de jaren '90, waarbij bedrijven het moeten hebben van de winstgevendheid van een of enkele medicijnen, lijkt voorbij. Groeiende R&D investeringen en een legere pijnlijken lijken een contradictie die moeilijk te verklaren is.

De farmaceutische industrie is de meeste gereguleerde industrie die er bestaat. Regulering is nodig om veilige en werkzame medicijnen op de markt te brengen, maar het brengt enorme kosten met zich mee. Dit wordt mogelijk een niet lang houdbare situatie, omdat het een minder aantrekkelijke sector wordt voor investeerders.

Omdat het gaat om gezondheid van mensen lijkt het commerciële concept van de farma hiermee haast onverzoenlijk. De industrie heeft in Nederland een slecht imago zoals in een imago-onderzoek van Motivaction in opdracht van Nefarma is gebleken (2008). Een slecht imago helpt niet om de positie onder investeerders te versterken en de geloofwaardigheid en license to operate in de samenleving te behouden. In *The Public Health Crisis in Emerging Markets (Pharmaceutical Shareowners Group (PSG), september 2004)* geeft Pharmaceutical Shareowners Group (PSG) uiting aan haar zorg en zet zij uiteen wat de industrie aan acties dient te ondernemen en onderneemt op het gebied van de gezondheidszorgcrisis in landen in ontwikkeling, omdat zij het verband zien van een verantwoordelijke industrie en lange termijn waarde van investeringen. Een gezonde bedrijfsvoering en innovatie kan echter alleen gegarandeerd worden door omzet en winst. Hebben we hier te maken met een tegenstelling die niet op te lossen is?

De gezondheidszorg komt in de knel in Europa en in opkomende economieën. De vraag naar zorg zal door de groeiende bevolking en chronische ziekten groter worden. De vraag naar medicijnen ook. Men zal er niet de huidige prijs voor willen betalen. Om deze markten te kunnen bedienen zal de farmaceutische industrie maatregelen moeten nemen.

9.4 Tijdpad

0-5 jaar

Schone productie

De farmaceutische industrie erkent de noodzaak om een groener imago aan te nemen. Een plek op de Dow Jones Sustainability Index draagt bij aan een positief imago. Er wordt onder andere ingezet op groene energie, minimaliseren van het waterverbruik en energie in productieprocessen, en reductie van CO₂, gebruik

OCF-themaraapport Zorg

van grondstoffen en oplosmiddelen. Net als in elke andere bedrijfstak resulteert dit snel in financiële winst.

Door voldoende te communiceren over groene initiatieven wordt bewustwording over duurzaamheid in de zorg aangewakkerd en worden andere bedrijven aangezet ook groene initiatieven te starten.

Het Malvern Community Hospital in de UK of de Canadian Coalition for Green Health Care nemen initiatieven in de richting van een betere, groenere werk-en zorgomgeving.

Inzetten op preventie

Preventie kan kostenbesparend zijn. PriceWaterhouseCoopers laat dit zien in het onderzoeksrapport "Prevention pays for everyone" m.b.t. de preventie van roken, overmatig alcoholgebruik en obesitas (PwC, September 2010). Het loont om specifiek per gezondheidsprobleem te onderzoeken wat de besparingen kunnen zijn op het zorgbudget. Naast economische besparingen is er winst te halen in kwaliteit van leven. Vanuit de duurzaamheidgedachte wordt aangeraden om hier zo snel mogelijk op in te zetten. Dit lijkt tegenstrijdig voor een industrie die geld verdient aan de verkoop van medicijnen voor zieke mensen, maar preventie of gezondheidsmanagement past binnen het kader en de filosofie van de meeste farmaceutische bedrijven. Andere niet-farmaceutische bedrijven zijn hier al mee bezig zoals Vodafone en het Spaanse Medicronic Salud met e-CliniQ™ Wireless Home Monitoring System. Zij hebben een draadloos thuiszorgsysteem ontwikkeld dat gegevens zoals bloeddruk via bluetooth en het Vodafone netwerk kan versturen naar een centraal punt voor analyse.

Een bedrijf dat een sterk ontwikkeld portfolio heeft op gebied van diabetes kan programma's ontwikkelen op gebied van gewichtbeheersing. Op deze manier kan het therapeutische gebied op meerdere manieren benaderd worden met oplossingen die een toegevoegde waarde hebben voor het kernproduct en voor de zorg

Samenwerkingsverbanden zijn de sleutel tot (maatschappelijk) succes

De farmaceutische industrie investeert in filantropie, gezondheidszorgprojecten en R&D op gebied van ziekten in ontwikkelingslanden. Volgens de International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations (IFPMA) heeft de innoverende farmaceutische industrie in de periode 2000-2006 6.7 miljard USD hieraan uitgegeven en voor 1.3 miljard interventies mogelijk gemaakt, zoals medicatie, vaccins en diagnostiek en not-for-profit programma's, training en educatie (ifpma, 2010). Daarnaast werkt ze samen met vele NGO's. Investerings hebben zin wanneer dit op de lange termijn positieve effecten heeft. De impact wordt nog weinig gemeten en gecommuniceerd. Meer transparantie is gewenst om bewustwording te vergroten en te leren van successen. Farmaceuten kunnen gezondheidsproblemen in ontwikkelingslanden niet alleen op lossen. Zij kunnen niet verantwoordelijk gehouden worden om therapieën voor zeldzame ziekten te ontwikkelen. De farma kunnen verantwoordelijkheid nemen om het aan te pakken, er bestaat immers enorm veel kennis en expertise binnen de bedrijven die van grote waarde is. De oplossing ligt in samenwerkingsverbanden waarin publieke en private instellingen

hun krachten en expertise bundelen. Er bestaan samenwerkingsverbanden die een dergelijk uitgangspunt hebben. Voorbeelden hiervan zijn het Europese IMI die hun missie als volgt omschrijven: 'The Innovative Medicines Initiative (IMI) is Europe's largest public-private initiative aiming to speed up the development of better and safer medicines for patients. IMI supports collaborative research projects and builds networks of industrial and academic experts in order to boost pharmaceutical innovation in Europe. IMI is a joint undertaking between the European Union and the pharmaceutical industry association EFPIA.', Het Nederlandse TI Pharma omschrijft zich op hun website als volgt: 'Top Institute Pharma (TI Pharma) is a public-private partnership in which scientific and business worlds work together on groundbreaking, multidisciplinary research aimed at improving the development of socially valuable medicines. Our research portfolio creates knowledge that is important for better, faster and less-expensive development of valuable new medicines'.

Potentiële producten die dreigen niet verder ontwikkeld te worden door gebrek aan investering vanuit de industrie omdat de afzetmarkt uiteindelijk te klein is, in geval van zeldzame ziekten, zouden een andere weg moeten kunnen volgen. Overheidsregulering op het niveau van de FDA of EMEA kan afdwingen dat deze producten in samenwerkingsverbanden verder ontwikkeld worden tot bewezen wordt dat het al of niet tot de markt toegelaten kan worden. Het financiële risico wordt op deze manier gedeeld en kennis gaat niet verloren. Het Nederlandse initiatief Cinderella Therapeutics Research BV draait volledig op subsidiering van sympathisanten vanuit particulieren, instellingen, overheid en bedrijven. Zoals ze zichzelf omschrijven: 'Dit is een not-for-profit organisatie die als doel heeft nieuwe geneesmiddelen of behandelingen in de kliniek te brengen voor een maatschappelijk aanvaardbare prijs. Cinderella richt zich op veelbelovende middelen die niet door de industrie worden ontwikkeld omdat men verwacht dat ze onvoldoende winst zullen opleveren. Dergelijke verwaarloosde uitvindingen noemt Cinderella stiefkindgeneesmiddelen. De initiatiefnemers geloven dat door het profijtbeginsel los te laten het mogelijk is om in samenwerking met klinische onderzoekers en financiële steun van sympathisanten stiefkindmiddelen alsnog snel bij de patiënt te brengen.' (Cinderella, 2010).

5-10 jaar

Inzetten op snellere medicijnontwikkeling

Gezien de huidige duur van medicijnontwikkeling, de groeiende kosten en de dalende potentie in de pijplijn dient er geïnvesteerd te worden in het versnellen van dit proces. Dit betreft alle spelers in het veld van de biochemiewetenschappers tot aan de regulerende overheid die de bottlenecks moet identificeren en aanpakken. Dit vereist een organisatie voor samenwerkingsverbanden tussen bedrijfsleven, overheden en universiteiten die de exercitie overziet en bijstuurt. Er zal progressief gebruik gemaakt worden van innovatieve methoden in elke stap van het ontwikkelingsproces en successen zullen gedeeld worden.

Post marketing klinisch onderzoek gedreven door zorgprofessionals

Een professionaliseringslag van zorgprofessionals uit het veld komt ten goede komen aan de kwaliteit en gedegenheid van onderzoek. Zorgprofessionals weten het beste welk onderzoek waarde kan toevoegen aan de zorgverbetering van patiënten. Er bestaan veel nationale en Europese samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen en individuele artsen in verschillende onderzoeksgebieden. Het sterkst zien we dit op het gebied van infectieziekten (HIV) en oncologie. Zij initiëren grootschalig onafhankelijk en professioneel klinisch geneesmiddelenonderzoek, dat vaak door de farmaceutische industrie gesponsord wordt met financiële middelen en verstrekking van het onderzoeksproduct. Dit zijn onderzoeken met geneesmiddelen die al op de markt zijn en die hun veiligheid en effectiviteit voldoende bewezen hebben. Deze onderzoeken zijn goedkoper dan door de industrie geïnitieerde onderzoek. Dit onderzoek zou meer tot de norm moeten gaan behoren en van zodanige kwaliteit zijn dat de overheden de resultaten acceptabel vinden voor aanpassing van de bijsluiter. De zorg reguleert hierdoor zelf de toepassing en de farmaceutische industrie heeft een faciliterende rol op gebied van productkennis en financiën. Onderzoek ten behoeve van registratiedoeleinden zal vooralsnog een verantwoordelijkheid blijven van bedrijven al dan niet in publiek-private samenwerkingsverbanden.

10-15 jaar

Vorbereidingen voor een grotere afzetmarkt tegen lagere kosten

Momenteel probeert farma de toegang tot medicijnen in ontwikkelingslanden en opkomende economieën te verbeteren door verschillende modellen zoals donaties, vrijgeven van patenten en differentieel prijsbeleid. De Pharmaceutical Shareowners Group (PSG) raadt bedrijven aan hun overwegingen transparant te laten zijn en bij introductie van nieuwe medicijnen op de markt na te denken over toegankelijkheid om snel aan de vraag tegemoet te kunnen komen. In een artikel van ATKearney wordt een nieuw model beschreven voor de farmaceutische industrie waarbij zij niet langer de niche-markt van het ontwikkelde westen bedient met de daarbij behorende prijzen voor medicijnen. De vraag naar zorg stijgt vooral in ontwikkelingslanden omdat daar de grootste bevolkingsgroei verwacht wordt de komende jaren. Diabetes is een serieus groot en groeiend probleem in India en de Verenigde Arabische Emiraten, vele malen groter dan in Nederland. De online IDF Diabetes Atlas illustreert dit. ATKearney suggereert dat deze landen gaan zoeken naar oplossingen voor hun gezondheidsproblemen maar niet tegen de prijs die in Nederland betaald wordt. Het huidige kostenmodel dat bepaald wordt door de Amerikaanse markt is niet langer houdbaar. Er wordt gepleit voor een omslag van een niet markt naar een grotere afzetmarkt door het volume op te schroeven, dat tegen lagere kosten in deze landen maar ook in Nederland verkocht kan worden. (ATKearney, 2009). Dit is een aantrekkelijke oplossing voor de consument en voor innovatieve farmaceutische bedrijven. Import van goedkopere naar duurdere markten wordt vermeden.

15-25 jaar

Nieuwe technieken en ethische dilemma's

In de periode 2025-2035 is Nederland vergrijsd. Technische vooruitgang moet de groei van de kosten in de zorg beperken. Er wordt ingezet op farmaco-genomics, gen-therapie en nano-techniek. Farmacogenomics is een wetenschap die de relaties bestudeert tussen de genetische eigenschappen van een individu en hoe het lichaam op geneesmiddelen reageert. Farmocogenomics onderzoek richt zich op welke genen en eiwitten bij een ziekte betrokken zijn. Met deze informatie worden vervolgens medicijnen ontwikkeld die op maat gemaakt zijn (www.allesoverdna.nl, 2010). Genomics geeft de zekerheid van efficiënte, op maat behandeling zonder ernstige bijwerkingen, met de juiste dosering, tegen lagere kosten op de lange termijn.

Gen-therapie is een behandeling om aandoeningen te genezen waarbij genen worden vervangen of toegevoegd aan cellen. De eiwitten die deze genen produceren helpen bij de therapie. Denk bijvoorbeeld aan het vervangen van het kapotte gen door in bepaalde lichaamscellen een goedwerkend gen toe te voegen. Of aan het toevoegen van genen die ontbreken en belangrijk zijn aan cellen van een tumor (www.allesoverdna.nl, 2010). Therapie is er voor bepaalde stofwisselingsziekten en ziekten waarvan één enkel gen de boosdoener is, zoals hemofilie en problemen met de vetstofwisseling. Er op dit gebied veel onderzoek naar kanker (www.allesoverdna.nl, 2010).

Nanorobotica in de levende mens kan onze gezondheid constant in de gaten houden. Nanorobotica zijn zo klein dat ze via het bloed in de mens hun taak kunnen doen zoals diagnostiek en medicatie afleveren op die plek in het lichaam waar dat nodig is.

Educatie en discussie over privacy-wetgeving en biotechnologie in de samenleving is een belangrijk aandachtspunt. Deze technieken stuiten op veel bezwaren. Bedrijven zijn afwachten om hierin te investeren. Een farmaceutische bedrijf wordt steeds minder een pillenproducent. Zij zullen meer integreren met medical device, genomics-, communicatie- en nanotechnologiebedrijven. Zij gaan samenwerken met overheden om te onderzoeken of de nieuwe methoden werkelijk kostenbesparend, geaccepteerd en wettelijk mogelijk zijn.

Medisch en wetenschappelijke data delen

Persoonlijke gegevens worden gedeeld op internet en in sociale media. Steeds meer medische gegevens van mensen worden vrijwillig door henzelf online gedeeld met anderen (vaak andere patiënten). Zie www.zorg20.nl Een ander voorbeeld is <http://www.patientslikeme.com/>. Dit wordt nog veel groter. Van deze data kan geleerd worden. Ook onderzoeksgegevens kunnen vrij toegankelijk worden ten behoeve van transparantie en ten behoeve van de wetenschap zodat deze gemakkelijker gecombineerd kunnen worden met nieuwe data. ICT speelt een grotere rol in de opslag van gegevens en in het delen, optellen, extraheren, concluderen, rapporteren en detecteren van gegevens. Van deze gecombineerde gegevens kan real-time veel lering getrokken worden mits er voor een standaard format gekozen is om data te kunnen interpreteren. Dit

zou een efficiëntieslag kunnen zijn en tegelijk een motor die wetenschap sneller vooruit kan brengen.

9.5 Conclusie

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van initiatieven vanuit de industrie en die een duurzaam effect kunnen hebben. Voorbeelden zijn gegeven en visies geschetst en uitgezet op een tijdspad. Dit is geen compleet overzicht of toepasbaar op ieder bedrijf.

De farmaceutische industrie bevindt zich in de uitdagende positie om in de huidige tijd van bezuinigingen, slecht imago, stijgende kosten, dalende output en de veranderende balans in economische krachten in de wereld, een industrie te blijven die innoveert en maatschappelijk verantwoorde keuzes maakt. De nieuwe economie biedt mogelijkheden voor de industrie als de aanpak aangepast wordt aan de behoeften van overheden. Investeringsverbanden kunnen een financiële crisis en een innovatiecrisis in de sector voorkomen door risico's en winst te delen. Het draagt bij aan de aanpak van problemen in de gezondheidszorg en aan preventie. Deze veranderingen kunnen een antwoord zijn op de kritiek vanuit de samenleving. Dit is nodig om het sociale contract tussen industrie en samenleving te herstellen en hierdoor het zakelijk klimaat te verbeteren.

De medische technologie staat niet stil en zal maatschappelijke discussies teweeg brengen. Wanneer de farmaceutische industrie hierin wil participeren dan zal zij actiever moeten werken aan het imago. Een maatschappelijk geaccepteerde industrie zal eerder een license-to-operate verkrijgen.

10. Door globalisering een zorg minder in de zorg

10.1 Inleiding

Globalisering betekent dat mensen, geld, goederen, waarden en normen, informatie en creatieve uitingen overal ter wereld uitgewisseld worden. Door de digitalisering zijn alle landen met elkaar verbonden en worden ze wereldwijd met elkaar geconfronteerd. De huidige tijd kenmerkt zich door een toenemend gemeenschappelijk belang en een groter wordende verwevenheid van problemen. Door uitwisseling van informatie zijn burgers wijzer en mondiger en komen op voor hun belangen. Er ontstaat meer bewustzijn, begrip, verbinding en inzicht in de kansen en mogelijkheden die er zijn. Daardoor is men beter in staat om elkaar te helpen in ontwikkeling en ontplooiing. Door uitwisseling kan de kwaliteit van leven op alle niveaus verbeteren en een bewustere, betere en gelukkige wereld ontstaan. Waarachtige en duurzame globalisering leidt tot toename van verbindingen en verbondenheid. We leven in een multiculturele samenleving, waarin iedereen leeft vanuit zijn eigen cultuur en visie. We kunnen leren uit de ervaring en kennis die vanuit de hele wereld naar Nederland komt.

De gezondheidstoestand in de wereld is onvoldoende. De acht Millenniumdoelen (NCDO, 2010) getuigen daarvan. Er wordt te weinig vooruitgang geboekt in de realisatie van de Millenniumdoelen. Een goede gezondheid is afhankelijk van een gezonde wereld.

In dit hoofdstuk geven we de relatie aan tussen globalisering en de zorgsector.

10.2 De relevantie van globalisering voor de zorgsector

Door de toenemende globalisering worden ziekten wereldwijd gemakkelijker en intensiever verspreid en overgedragen. Het is noodzakelijk om kennis, ervaring en visie wereldwijd te gebruiken. Het lichaam van een met koemelk groot gebrachte westerling reageert anders dan dat van iemand met Aziatische roots met lactose-intolerantie. Waarom neemt overgewicht bij Nederlanders met een Marokkaanse achtergrond toe? Hoe kijkt men naar psychische klachten in verschillende culturen? Waarom gaan Nederlanders naar het buitenland voor onderzoek en behandeling? Welke allochtone geneeswijzen zijn er in Nederland en hoe kunnen deze ingebed worden in de zorg? Voor zorgprofessionals is het belangrijk om dit te weten zeker wanneer culturele invloeden de communicatie bedreigen (Dijk, 2005).

Er wordt onvoldoende gekeken naar de mogelijkheden die globalisering biedt. Oost en West, Noord en Zuid kunnen van elkaar leren over preventie, behandeling en genezing door het uitwisselen van inzichten, ervaringen, kennis en technieken.

De gezondheidszorg is in veel landen van een uiterst zorgwekkend niveau en niet voor iedereen beschikbaar. Door de globalisering zijn er bedreigingen en grote risico's én zijn er kansen en mogelijkheden.

De gezondheid in de wereld wordt bedreigd door het niet realiseren van de acht Millenniumdoelen. Mensen kunnen zich in korte tijd overal ter wereld verplaatsen. Door een ongezonde leefwijze, onzuiver drinkwater, overbevolking,

slechte humanitaire omstandigheden, natuurrampen, enzovoort, wordt de kans op het overbrengen van besmettelijke ziekten groter.

In het Westen is de gezondheidszorg geavanceerd en hebben wetenschap en technologie grote hoogten bereikt. Mensen kunnen in leven gehouden worden tot over ethische grenzen heen. Er wordt nog weinig gebruik gemaakt van holistische en niet-westerse inzichten (zie ook hoofdstuk 8). Door de lobby van partijen die het huidige stelsel willen handhaven, worden alternatieve geneeswijzen en geneesmiddelen geweerd. Mensen hebben door reizen en door internet informatie ter beschikking over goede, professionele en betrouwbare alternatieven. De roep om intensiever gebruik te maken van andere geneeswijzen en behandelmethoden zal toenemen. Globalisering biedt de mogelijkheid om oosterse en westerse, reguliere en alternatieve geneeswijzen en behandelmethoden te integreren en optimaal in te zetten. Door globalisering is er voor Nederland uitzicht op een menselijke en economisch verantwoorde zorg.

Het is tijd om tot nieuwe inzichten en ander gedrag te komen ten aanzien van internationale handel, financiële systemen, bestuurswijzen en besluitvorming. Het zijn aspecten van de samenleving die een enorme impact hebben op gezondheid en op de inrichting en uitvoering van de gezondheidszorg. Er is sprake van een onzekere economische en financiële situatie, met onder andere een enorme wereldwijde schuldenlast. Er is een oneigenlijke inkomensverdeling en beloning. Er is sprake van verspilling van grondstoffen, hulpbronnen en natuurlijke en menselijke energie. Welvaart en welzijn en mede daardoor de gezondheidstoestand van individuen en bevolkingsgroepen zijn ongelijk verdeeld. De rijken, twintig procent van de wereldbevolking, consumeren 85 procent van de beschikbare middelen. De twintig procent allerarmste bewoners iets meer dan een procent. Een miljard mensen leeft onder de armoedegrens. Ook in de rijke landen is verborgen armoede. In de afgelopen decennia is de levensstandaard van veel mensen verslechterd. De rijke landen hebben een morele verantwoordelijkheid ten opzichte van de armelanden. Door de economische crisis dalen de budgetten voor ontwikkelingshulp. Door kapitalistische en socialistische systemen, het postmodernisme en doorgeslagen individualisering is er een wereld ontstaan, die zich in haar schaduwzijde kenmerkt door wantrouwen en angst, toenemend geweld en verrechtsing van de samenleving. De wereld is door menselijk gedrag, voortkomend uit schijnpersoonlijkheid (van der Mieden, 2004), getroffen door ecologische, economische, financiële, politieke, relationele, sociale en spirituele crisissituaties met negatieve gevolgen voor de gezondheid. De menselijke schijn houdt realisatie van duurzaamheid, mensenrechten, millenniumdoelen en waarachtige globalisering tegen.

10.3 Visie, oplossingen en initiatieven

Erkenning van verantwoordelijkheid voor het geheel

Er is teveel gebruikt van de aanwezige bronnen en er is onverantwoordelijk omgesprongen met het milieu. Men dient verantwoordelijkheid te nemen voor het herstel en het respectvol gebruik daarvan. Het huidige economische en financiële systeem werkt niet. Het kan niet voorzien in de behoeften van de 21e eeuw. De huidige structuren leiden niet tot een evenwichtige maatschappij met

OCF-themaraapport Zorg

welvaart, welzijn en gezondheid voor iedereen en met respectvol omgaan met de aarde. De individuele en collectieve keuzevrijheid is een mensenrecht en een voorwaarde voor optimale motivatie. Keuzevrijheid impliceert verantwoordelijkheid nemen voor gemaakte keuzes. Het is hoog tijd voor een individuele en collectieve omslag in denken en doen om te komen tot een eerlijke, rechtvaardige verdeling, duurzame ontwikkeling, ontplooiing en een duurzame, gezonde samenleving. Duurzame zorg kan gerealiseerd worden door naar de echte oorzaken te kijken en van daaruit naar oplossingen te zoeken en hulp te bieden. Iedereen kan individueel en gezamenlijk een bijdrage leveren aan het bevorderen en realiseren van bewustwording, bewustzijn en bewust doen. Vanuit openheid en respect voor verschillen, verscheidenheid en voor anders zijn. Het gaat om mensenrechten, mensenplichten, waardigheid, respect en rechtvaardigheid en een perspectiefvolle toekomst voor het leven op aarde, voor huidige en toekomstige generaties. Iedereen is een waardevol en uniek onderdeel van het geheel. We hebben een individuele en een gezamenlijke verantwoordelijkheid en een verantwoordelijkheid voor elkaar om tot een duurzame, gezonde wereld te komen. Velen willen die verantwoordelijkheid nemen en nemen die ook.

Een visie op de mens en onze individuele verantwoordelijkheid

Gedrag en levenshouding worden bepaald door het mens zijn. Er is een bepaalde levensovertuiging met daarin keuzevrijheid. Inventariseren en analyseren wat er goed en fout is gegaan en gaat, is zinvol. Er wordt van geleerd en daardoor komt er een betere aanpak. Als het verleden, het heden en de toekomst transparant gemaakt wordt en fouten en kwetsbaarheid erkend, dan leidt dat tot een krachtige, hernieuwde aanpak. Psychologische verklaringen en filosofieën, waaronder de bewustwordingspsychologie (Mieden, 2004), bieden inzichten en handvatten. De echte oorzaak van de wereldproblemen is het schijngedrag van de mens vanuit zijn schijnpersoonlijkheid. Het compenseren van innerlijke leegte, angst, wantrouwen, agressie en oneigenlijke machtswil leidt tot overconsumptie en een ongezonde leefstijl met negatieve gevolgen voor de gezondheid. Mensen zouden moeten leven vanuit de gedachte wat men heeft, wat men nodig en wenselijk acht, zonder compensatie. Bewustwording van hoofd-, bij- en schijnmotieven. De bewustwordingspsychologie analyseert onder andere de dualiteit tussen ons niet-ethisch denken en doen en de innerlijke drang en wil tot ethiek. Bewustwordingsmanagement is een theoretische fundament van het door van der Mieden geïntroduceerde vertrouwensmanagement, dat in organisaties kan worden geconcretiseerd en gepraktiseerd. Het leidt tot het analyseren van oorzaken van niet-ethisch handelen. Verlangens ten aanzien van ethisch handelen komen aan de oppervlakte en er ontstaat individuele en collectieve standpuntbepaling en duurzaam, optimaal draagvlak.

De filosofie van de verbinding

Respectvolle globalisering met behoud van diversiteit en pluriformiteit is mogelijk en biedt ongekenne perspectieven. Globalisering versterkt het bewustzijn omtrent wederzijdse afhankelijkheid tussen individuen, groepen en

OCF-themaraapport Zorg

landen met behoud van de eigen onafhankelijkheid en gericht op mogelijkheden voor ontwikkeling en ontplooiing voor iedereen. In de afgelopen eeuwen is de wereld geconfronteerd met de macht van religies, staat, wetenschap, media en de markt. Het heeft goede zaken gebracht en door de eenzijdige en uitsluitende benadering, ook veel kwaad. Het heeft niet geleid tot een wereldwijde, duurzame samenleving. Het is tijd om optimaal gebruik te maken van een integrale en multidisciplinaire ethiek en uit te gaan van de perspectieven die de veelzijdigheid van de mens en de samenleving bieden. Het of-of-denken en handelen achter ons laten en denken en handelen vanuit de en-en-filosofie. Door inzicht in de diepst liggende oorzaken en in patronen en problemen ontstaan er oplossingsrichtingen en handvatten voor een plan van aanpak. Met respect voor alle verschillen ontstaat er een gemeenschappelijke aanpak van de problemen en van de realisatie van een duurzame samenleving. Waarachtig, integer, dienend en krachtig leiderschap zorgt voor daadkracht binnen een democratische context. Er is grote behoefte aan zelfkennis en zelfinzicht, aan gelijkwaardigheid, wederzijds leren, elkaar aanvullen, stimuleren en inspireren. Door schijnbare tegenstellingen met elkaar te verbinden vullen deze elkaar aan. Realisme en idealisme, collectief en individueel, uniformiteit en diversiteit, stof en geest, Oostelijke en Westerse levensbeschouwingen, voelen en denken, hebben en zijn, geven en nemen, binnen- en buitenwereld, ecologie en economie, wetenschap en spiritualiteit, persoonlijke en collectieve doelstellingen, een top-down en bottom-up-benadering, enzovoorts. kunnen samengaan en elkaar aanvullen. Dit gebeurt in wederzijds respect, vertrouwen, openheid en begrip. Creëren van verbindingen is voorwaarde voor continue, individuele en collectieve bewustwording. Dit biedt perspectieven voor de zorg!

Gezondheid door ontwikkelingssamenwerking, multidisciplinaire aanpak en duurzaam ondernemerschap

Gezonde en zinvolle ontwikkelingssamenwerking lijkt ver af te staan van de huidige gezondheidszorg. Toenemende globalisering biedt bedreigingen en kansen om de gezondheidszorg goedkoper, effectiever en beheersbaar te maken.

Van der Mieden (2008) onderscheidt acht maatschappelijke disciplines: bedrijfsleven,

Consumenten/ particulieren, kunst en cultuur, maatschappelijke organisaties (ngo's), overheid, politiek, religie en wetenschap en onderwijs. De inbreng van de unieke individuele en gezamenlijke kwaliteiten binnen elke maatschappelijke discipline wereldwijd, genereert creativiteit en energie en werkt stimulerend om te komen tot een gemeenschappelijke aanpak. Door de multidisciplinaire uitwisseling van visie, organisatievormen, kennis, ervaring en kunde is realisatie mogelijk van grootse projecten. Er is behoefte om vraag en aanbod af te stemmen op lokale, regionale, (inter)nationale en mondiale behoeften, op basis van rechtvaardige verdeling. De inrichting van de maatschappij kan gebaseerd worden op het bewustzijn dat de beschikbaarheid van hulpbronnen beperkt is en dat individuele vrijheid niet ten koste mag gaan van de ander,

10.4 Op welke gebieden kan impact gemaakt worden?

Herbezinning, mondiale afspraken en samenwerking

Voor een perspectievolle toekomst zijn optimale samenhang, eenduidigheid, wereldwijde gedragsregels, afspraken en samenwerking in (gezondheid)systemen en -structuren noodzakelijk, en herstel en het vergroten van vertrouwen. Er is behoefte aan en noodzaak tot het op een duurzame wijze omgaan met middelen, hulpbronnen, kansen en mogelijkheden, op basis van goed rentmeesterschap. Het is nodig een nieuwe definitie van de werkelijkheid te maken, met nieuwe afspraken en op basis van visie, strategie en beleid gericht op de lange termijn. De huidige problemen in de wereld vragen om een herbezinning op waarden en normen, levensbeschouwing, levenshouding, inzichten in menselijke drijfveren, gedragingen en handelwijzen. Natuur, milieu, klimaat, sociale vraagstukken, gezondheidsvraagstukken, economie en spiritualiteit kunnen niet losgekoppeld worden als het gaat om duurzame ontwikkeling, ontplooiing en gezondheid. Op basis van herbezinning behoeven verantwoordelijkheid, groei, gelijke kansen, sociale rechtvaardigheid, stabiliteit en solidariteit een nieuwe definitie en inhoud. De mens is geen exploitatiemiddel ten behoeve van machthebbers en ieder mens heeft recht op vervulling van zijn basisbehoeften. Mensen zijn afhankelijk van elkaar. De onderlinge afhankelijkheid wordt steeds groter op het gebied van veiligheid, klimaat, milieu, werkgelegenheid, gezondheid, mensenrechten en natuurlijke hulpbronnen. Alle landen en volkeren zijn gebaat bij een evenwichtige internationale situatie en hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid ten aanzien van het oplossen van globaliseringvraagstukken. Voor de wereldwijde crises is geen oplossing door landen afzonderlijk. Landen en maatschappelijke disciplines kunnen vraagstukken op het gebied van globalisering niet afzonderlijk oplossen. Dat geldt ook voor de zorg.

Multidisciplinaire nationale, internationale en mondiale samenwerking

Multidisciplinaire, mondiale samenwerking in de zorg is het perspectief voor de toekomst. Door samenwerking en respect voor verschillen in ontwikkeling en ontplooiing worden processen versneld gerealiseerd. Het bundelen van krachten en creativiteit levert efficiency- en effectiviteitsvoordelen op. Men dient met elkaar in gesprek te gaan over de inhoud van de zorg, zorgverstrekking en beschikbaarheid en daarover besluiten te nemen.

Samenwerking tussen en binnen alle disciplines, bijvoorbeeld tussen ministeries en wetenschappen, is nodig om effectief, efficiënt en duurzaam projecten uit te voeren en informatie uit te wisselen. Bij het ontstaan van een gezamenlijke visie op de toekomst, die per discipline wordt ingevuld, is er eenheid in verscheidenheid. Ten aanzien van de problemen in de wereld en de globaliseringvraagstukken leidt dit tot een gezamenlijke boodschap, actie- en besluitenlijst en een, per discipline uitgewerkt plan van aanpak, ook op het gebied van de zorg. Door multidisciplinaire wereldwijde uitwisseling gaat men vanuit andere percepties naar de ander en het andere kijken. Dit kan leiden tot kostenbesparingen, efficiency, effectiviteit en optimale zorg. Gezonde en zinvolle ontwikkelingssamenwerking gaat uit van de autonomie van de betrokkenen en is

gericht op zelfwerkzaamheid, zelfredzaamheid, weerbaarheid en het versterken daarvan. Op het gebied van gezondheidszorg, geneeskunde en behandelwijze gaat het om het optimaal ontwikkelen, ontplooiën en gebruik maken van aanwezige creativiteit, inzichten, ervaring, kwaliteiten en vaardigheden, capaciteit en middelen. Dat is efficiënter, effectiever en goedkoper en draagt bij aan de plaatselijke economie.

Ondernemerschap

De huidige ontwikkelingen vragen om vormen van mondiale samenwerking en een andere visie op (internationaal) ondernemerschap. Vraag en aanbod zijn in evenwicht en worden afgestemd op de lokale, regionale, (inter)nationale en mondiale behoeften. Dat is de basis van een optimaal rechtvaardige verdeling. Er ontstaat een gezond ondernemersklimaat met minimale en uitsluitend gezonde concurrentie. Winst staat mede ten dienste van het verkrijgen van welvaart, welzijn en gezondheid voor iedereen en voor behoud en herstel van het milieu. Criteria zijn: nut, doelmatigheid, kennis, samenwerking, verantwoordelijkheid, doelen die het geheel ten goede komen, professionaliteit, optimaal en pragmatisme. Er komt een nieuwe lijst van wezenlijke behoeften. Groei is prima, maar dan evenwichtig, effectief en efficiënt, met respect voor milieu en klimaat en gericht op welzijn, gezondheid en welvaart voor een ieder. Ondernemerschap vanuit deze visie is goed voor de zorg.

10.5 Tijdpad

0-5 jaar

Er zijn internationale conferenties en afspraken over ethiek in de gezondheidszorg om op wereld niveau tot herbezinning op waarden en normen, levensbeschouwing en levenshouding te komen. Het leidt tot een nieuwe definiëring van verantwoordelijkheid, groei, gelijke kansen, sociale rechtvaardigheid, stabiliteit en solidariteit, door middel van multidisciplinaire werkconferenties.

Binnen het onderwijs worden methodieken gebruikt en ontwikkelt die het bewustzijn vergroten.

Er is een intensieve uitwisseling wereldwijd van inzichten, ervaringen, kennis en technieken voor de mondiale aanpak van ziekten en vervuiling.

Er wordt verder gewerkt aan de realisatie van de Millenniumdoelen. Een hulpmiddel is het oprichten van een Globaliseringscentrum, gericht op duurzaamheid, mensenrechten en gezondheid.

Wereldwijd vindt er een inventarisatie plaats van holistische inzichten en toepassingsmogelijkheden, van allochtone geneeswijzen en leefwijzen. De lobby tegen alternatieve geneeswijzen en behandelmethoden is verminderd. Objectief en onafhankelijk onderzoek wordt gestimuleerd.

De rijke(re) landen nemen hun morele verantwoordelijkheid t.o.v. de arme(re) landen. Er is gezonde, zinvolle wederzijdse ontwikkelingssamenwerking uitgaande van de autonomie van de betrokkenen en gericht op zelfwerkzaamheid, zelfredzaamheid en weerbaarheid. Men vult elkaar optimaal aan en versterkt elkaar. Problemen en vraagstukken op het gebied van natuur,

milieu, klimaat, sociale vraagstukken, gezondheidsvraagstukken, de economie en spiritualiteit worden integraal onderzocht en aangepakt met als doel te komen tot een gezamenlijke boodschappen-, actie- en besluitenlijst. Er wordt gewerkt aan een mondiaal fonds voor gezondheidsbedreigingen na natuurrampen

5-10 jaar

Er worden wereldwijde gedragsregels en afspraken en samenwerking in gezondheidssystemen en -structuren gemaakt. Winst wordt ingezet voor het verkrijgen van welvaart, welzijn en gezondheid en behoud en herstel van het milieu. Indien nodig worden er meer globaliseringscentra opgericht gericht op duurzaamheid, mensenrechten en gezondheid. Er wordt gewerkt aan een implementatie van holistische en allochtone inzichten en toepassingsmogelijkheden in de zorg.

10-15 jaar

Er is wereldwijd samenwerking in (gezondheidszorg) systemen en -structuren. Op duurzame wijze wordt er omgegaan met de beschikbare middelen, hulpbronnen, kansen en mogelijkheden op basis van goed rentmeesterschap. De implementatie van holistische inzichten en toepassingsmogelijkheden in de zorg gaat door.

15-25 jaar

Er is geen oneigenlijke geopolitiek en roofbouw op ontwikkelingslanden. Overal ter wereld zijn er globaliseringcentra ter bevordering van duurzaamheid, mensenrechten en gezondheid. Er is regie en uitvoering op mondiaal niveau van medicatie-ontwikkeling en -verstrekking. Mondiaal is er sprake van een multidisciplinaire aanpak. Vraag en aanbod is in evenwicht en is afgestemd op lokale, regionale, (inter)nationale en mondiale behoeften, op basis van een optimaal rechtvaardige verdeling. De inrichting van de maatschappij is gebaseerd op de beperkte beschikbaarheid van hulpbronnen. De gedeelde visie en doelstelling is dat optimale gezondheidszorg voor iedereen in de wereld beschikbaar moet zijn, daar wordt door alle gerelateerde partijen hard aan gewerkt. De mens heeft op basis van keuzevrijheid en verantwoordelijkheid individueel en gezamenlijk de eigen verantwoordelijkheid genomen.

10.6 Afsluiting

Door mondiale multidisciplinaire samenwerking, duurzaam ondernemerschap en wederzijds perspectief biedende ontwikkelingssamenwerking kan goede gezondheid en goede gezondheidszorg dichterbij de bevolking gebracht worden. Het behalen van de millenniumdoelen helpt daarbij. De zorg is effectief en efficiënt door sociale, culturele en spirituele aspecten erbij te betrekken en door de bevolking te laten participeren in projecten. Door optimale betrokkenheid, commitment en aanwezigheid wordt er geluisterd naar de aanwezige noden en behoeften. Dit leidt tot verbreding en verdieping van perceptie en visie en biedt mogelijkheden om noodzakelijke en gewenste doelstellingen te realiseren. Individuen, groepen en volkeren zijn hierdoor beter in staat om met

veranderende omstandigheden om te gaan. Geboden zorg wordt zoveel mogelijk doorgegeven aan anderen zodat zorgontvangers zorggevers worden. Geven loont en leidt tot duurzame oplossingen voor lokale problemen. Dit leidt tot verbinding tussen ouderen en jongeren en tot optimalisering van preventie.

Gezondheidszorg speelt zich af op macro-niveau en op microniveau en deze beide niveaus beïnvloeden elkaar. Door een multidisciplinaire en globale aanpak worden structurele en duurzame veranderingen gerealiseerd en komen praktische resultaten en oplossingen tot stand. Geld en middelen worden optimaal benut en er wordt meer bereikt met minder kosten. Multidisciplinaire allianties leiden tot synergie, effectievere hulp en tot internationale samenwerking. Als men multidisciplinair en internationaal tot oplossingen komt, ontstaat draagvlak voor realisatie van wereldwijde efficiënte gezondheidszorg. Als iedere maatschappelijke discipline en ieder land daarbij hulp biedt in datgene waar zij goed in zijn, dan komt er meer tot stand met beter resultaat. Op deze manier begrijpt men elkaar beter is er waarding en beveelt men elkaar aan bij anderen. De ontwikkelde landen kunnen veel leren van de ontwikkelingslanden over waarden en normen, levensbeschouwing, culturen en visie op gezondheid en gezondheidszorg. In bepaalde opzichten zijn ontwikkelingslanden ontwikkelde landen. Men wordt elkaars leerling en leraar. Van multidisciplinaire samenwerking en uitwisseling op internationaal niveau gaat een inspirerende, verbindende en stimulerende werking uit. Internationale samenwerking op deze basis leidt tot grensoverschrijdende realisatie van de millenniumdoelen. Dit is noodzakelijk om ook in Nederland te komen tot een optimale gezondheidszorg, die voor de komende decennia gewaarborgd is.

In de 21e eeuw heeft de wereld een nieuwe filosofische fundering met een nieuwe structuur en cultuur en een heldere, duidelijke toekomstvisie. Er is een bewustere wijze van denken en doen en organiseren. De bewustwordingspsychologie en het daarop gebaseerde bewustwordingsmanagement vormen mogelijke filosofische uitgangspunten en een basis voor toepassing daarvan in vertrouwensmanagement. Het biedt nieuwe inzichten en handvatten om effectief te communiceren en samen te werken. Het begin van een tijdperk van een nieuwe, duurzame samenleving is gestart. Met het motto "Onderzoekt alles en behoudt het goede" wordt ontwikkeling en ontplooiing gerealiseerd op basis van het bewustzijn dat iedereen een onderlinge relatie en verantwoordelijkheid heeft binnen het geheel. Het individu, de gemeenschap en verschillende groepen versterken elkaar en staan ten dienste van elkaar en het geheel. Een gezondere samenleving is niet denkbaar!

11. Het milieu als zorg en aanjager

11.1 Inleiding

Milieu

Een duurzame bedrijfsvoering beperkt zich niet alleen tot het interne zorgklimaat. De impact die bedrijvigheid heeft op de fysieke omgeving is ook van belang bij het toewerken naar een duurzame zorgsector. Een universitair ziekenhuis gebruikt evenveel energie als 15.000 huishoudens. Energiebesparing

in ziekenhuizen levert veel op. Er kan een grote bijdrage geleverd worden aan het behalen van de nationale Nederlandse klimaatdoelstellingen (Bot, 2009).

Door het creëren van een gezonde leefomgeving kan een grote mate van gezondheidswinst behaald worden. Cumulatie van kleine gezondheidsrisico's als fijnstof in de lucht of toxische stoffen in voedsel en (oppervlakte)water leiden tot een verhoogde kans op ziekten.

In dit hoofdstuk komen twee zaken aan de orde op het snijvlak milieu en zorg: energiebesparing binnen de zorgsector en de impact van leefomgevingsfactoren op risicogroepen.

11.2 Visie

Milieu

Het eerste doel in de zorgsector is zorgen voor zieken en hulpbehoevenden.

De zorgsector loopt op het gebied van energiebesparing ver achter bij bijvoorbeeld kantoren en scholen. Het gemiddelde gebruik per m2 vloeroppervlak is bijzonder hoog. Met energiebesparende maatregelen zoals isolatie, systeemoptimalisatie en verlichting is een besparing van CO2-uitstoot mogelijk van 600kTon per jaar. Een dergelijke besparing staat gelijk aan kostenbesparing op de exploitatielasten binnen instellingen van €115 miljoen op jaarbasis (TNO Zorg en Bouw, 2010).

Er zijn gezondheidsrisico's in de Nederlandse leefomgeving. De laatste jaren is er veel discussie geweest over gezondheidsrisico's van afzonderlijke stoffen. Onder meer over fijnstof, dioxine, hormonen en pesticiden in voedsel, en UMTS-straling. Naar de effecten van de verschillende stoffen is uitgebreid onderzoek verricht. Het blijkt lastig om uitsluitsel te geven over de (mogelijke) gezondheidsrisico's van een bepaalde stof. Voor de ene stof is het duidelijker dan voor een andere stof. Vaak ontbreken duidelijke, statistisch significante en daarmee wetenschappelijk 'ware' aanwijzingen voor gezondheidsrisico's. Onderzoek toont bijvoorbeeld keer op keer aan dat het bijzonder lastig is om één op één fijnstof te linken aan kanker in een wijk met veel fijnstof en relatief meer kankergevallen.

Er is minder veldonderzoek gedaan naar de cumulatie van stoffen en naar de bijdrage van individuele risicofactoren op sociaal-economisch vlak, de relevantie daarvan komt sterk naar voren voor (gepercipieerde) risicowijken.

Het verschil in gezondheidsbeleving en risicoperceptie van bevolkingsgroepen ten opzichte van industrie, verkeer en de daaraan verbonden ziektes zoals kanker (Michiels van Kessenich 2007, Geelen 2010) is bewezen. Als men grip heeft op een situatie, fysiek, economisch en sociaal, voelt men zich gezonder. Mensen met een lagere sociaal-economische status voelen zich vaak minder gezond en gaan sneller naar de huisarts. Empowerment door preventie en voorlichting van deze groep kan leiden tot lagere zorgkosten in de eerste lijn.

De zorgsector kan een grote bijdrage leveren aan de kwaliteit van leven van toekomstige generaties door te letten op energieverbruik. De zorgsector moet voor een duurzame bedrijfsvoering toe naar een energieneutrale werkomgeving.

Volgens het solidariteitsprincipe dient men gericht te zijn op het verbeteren van de woon- en werkomgeving van zwakkere sociaal-economische groepen in de maatschappij. Nadruk moet liggen op verbetering van de kwaliteit van de leefomgeving binnenshuis (fysiek) en preventie, voorlichting en empowerment (psychisch) van deze groepen. Er kan voordeel behaald worden op het vlak van gezondheid en de daarbij behorende kosten, op gezondheidsbeleving en op de druk op de eerstelijnszorg (huisartsen).

11.3 Probleemstelling

Energiebesparing in de zorg

Zorginstellingen treffen nog weinig maatregelen:

- Instellingen hebben onvoldoende kennis van de kosten en opbrengsten van energiebesparende maatregelen,
- De beschikbare capaciteit binnen instellingen om actief met energiebesparing aan de slag te gaan is beperkt. Het is een extra taak die uitgevoerd moet worden binnen het brede facilitaire werkveld,
- Het ontbreekt aan inzicht in concrete besparingsmogelijkheden. De huismeester is vaak onvoldoende toegerust als gesprekspartner voor bijvoorbeeld een installateur, waardoor de beoordeling van voorgestelde maatregelen en van de kwaliteit van realisatie een probleem is,
- Energie is geen corebusiness voor zorginstellingen die vanuit hun primaire taak vooral bezig zijn met de korte termijn, de financiën en het comfort en de verzorging van klanten,
- In de gezondheidszorg is de energieprijs slechts een klein deel van alle apparaatskosten.

(TNO Zorg en Bouw 2010).

De liberalisering van het bouwregime in de zorg in 2009 betekent dat de zorgsector vrij is om haar eigen vastgoedbeleid te voeren. Voor energiebesparing liggen hier kansen. Vrijgekomen gelden uit de (direct merkbare!) besparingen komen direct ten goede aan de zorgsector zelf en kunnen op die manier worden ingezet voor een verdere verbetering van de zorg. Financieringsmogelijkheden voor technologische innovaties zijn daarbij legio (Diepstrate & Eichholtz 2009).

Zorginstellingen zijn vanuit de milieuwetgeving (het activiteitenbesluit) wettelijk verplicht om energiezuinige maatregelen te nemen die een terugverdientijd hebben van ten hoogste 5 jaar.

Leefomgevingsproblematiek

“In Nijmegen zijn de stadsdelen met een relatief lage sociaal-economische status ook de stadsdelen waar mensen wonen met een relatief minder gunstig ervaren gezondheid en een iets mindere milieukwaliteit. Om te voorkomen dat deze ongelijkheid groter wordt, zullen toekomstige beleidsbeslissingen meer gericht moeten zijn op de visie van ‘social justice’. Dat betekent dat er bij beslissingen, die invloed hebben op de milieukwaliteit, zou moeten worden gekeken naar de

verdeling van de 'bads'. Beleidsmakers moeten bedacht zijn op een eventuele verschuiving van deze 'bads', en in welke richting deze plaatsvindt. Bij verschuiving van de verdeling moet rekening worden gehouden met de sociaal-economische status op stadsdeelniveau. Overleg en samenwerking tussen alle betrokken actoren zijn van wezenlijk belang bij het bereiken van een rechtvaardige verdeling van 'goods' en 'bads' in Nijmegen." (Michiels van Kessenich 2007)

Een dergelijke visie is mooi en voor lokale partijen bijzonder lastig. Men moet met zaken rond gezondheid voorzichtig zijn, een slechte beeldvorming en vertekening van de feiten is snel gebeurd. Vele lokale partijen (zoals gemeenten) zijn zich niet bewust van de genoemde risicofactoren en gezondheidsbeleving. Dit hiaat kan op eenvoudige wijze worden geslecht. Daadwerkelijke actie op dit punt is lastiger.

Het gaat om commitment om langetermijninvesteringen te doen in bovengenoemde groep, die onmondig is, waar het om zorg gaat. Daar is zorgwinst te behalen Door een integrale visie op welzijn die zingeving, (economische) zelfredzaamheid en de kennis en noodzaak van een gezond leven aan elkaar koppelt. Welke politicus durft zich daar aan te verbinden?

11.4 Tijdspad

0 - 5 jaar

Bestaande bouw energiezuiniger maken

De eerste stap om energie te besparen is door het treffen van energiebesparende maatregelen zoals goede isolatie, energiezuinige verlichting en het goed regelen van ventilatie- en verwarmingssystemen. EPA-maatwerkadviezen (Energie Prestatie Advies) maken inzichtelijk welke energiebesparende maatregelen door een specifieke zorginstelling kunnen worden genomen en wat de energiebesparingen en terugverdientijden zijn.

Energieneutrale nieuwbouw

Voor nieuwe gebouwen gelden minimale energieprestatie-eisen (EPC, Energie Prestatie Certificaat) die de komende jaren verder worden aangescherpt met als uiteindelijk doel energieneutrale gebouwen in 2020, voor publieke gebouwen zoals zorginstellingen in 2018. Deze doelstelling wordt verankerd in het Bouwbesluit voor nieuwe overheidsgebouwen.

Invoering energielabel

Het aanschaffen van een energielabel past binnen de maatschappelijke verantwoordelijkheid die een zorginstelling heeft. Vanuit de Europese Richtlijn Energy Performance Building Directive (EPBD) zijn in de toekomst alle nieuwe gebouwen voorzien van een energielabel, dat op een prominente plek in het gebouw zichtbaar is. De energieprestatie van gebouwen en installaties moet voor de gehele levens- en gebruikscyclus doorgemeten worden.

Onderhoud en gebruik aanscherpen

Een groot deel van energielekkages bij installaties komt voort uit slecht onderhoud, beheer en gebruikersgedrag. Hier valt op kortere termijn winst te behalen door het aanscherpen van onderhoudscontracten (met controle op energiegebruik) en het instrueren van personeel. Op de langere termijn kan een omslag gemaakt worden naar bewust gebruikersgedrag. Energieaudits per afdeling zijn hierbij een goede stok achter de deur.

In kaart brengen van cumulatieve risico's van toxische stoffen

Op basis van een persoonlijk risicoprofiel kan beter worden gestuurd op preventie en ingrijpen bij (aankomende) ziekte. Dergelijke profielen zijn nog niet gangbaar, de instrumenten zijn nog niet goed. Door de ontwikkeling van persoonlijke blootstellingsmodellen die de cumulatieve blootstellingsgeschiedenis van een persoon kunnen simuleren, worden de cumulatieve risico assessments verbeterd. Naast een persoonlijk gezondheidsrisicoprofiel zorgt het voor verzameling van data op basis waarvan betere conclusies worden getrokken m.b.t. cumulatieve gezondheidsrisico's (Ragas et al., 2011).

Lokaal gezondheidsbeleid

De komende jaren is het voor met name gemeenten van belang om keuzes te maken in hun gezondheidsbeleid. Waar wordt op ingezet? Wil een gemeente gelukkige en gezonde burgers, dan zal zij niet alleen moeten inzetten op het versterken van haar GGD's en aanverwante zorgbureaus, maar ook moeten investeren in preventie, voorlichting en empowerment van de lagere sociaal-economische groepen.

Kennis over cumulatieve gezondheidsrisico's en gezondheidsbeleving van groepen met een relatief lage sociaal-economische status kan bijdragen aan betere voorlichting van (huis)artsen, GGD's en gemeenten. Het organiseren van symposia en het direct aanspreken van branche-organisaties en gemeenten op dit vlak is de eerste stap.

5-10 jaar

Energieneutrale nieuwbouw

Bij aankoop van een nieuw pand of het verlengen van een huurcontract voor een bestaand pand moet het pand voldoen aan de minimumeis van energielabel C of bij verlenging van huur, tenminste twee labelstappen omhoog. Zorginstellingen worden vanuit hun maatschappelijke voorbeeldfunctie gestimuleerd om vrijwillig aan te sluiten bij de duurzaam inkoopcriteria voor gebouwen.

Invoering energielabel

Meet- en monitoringsinstrumentarium om de energieprestatie van gebouwen te meten zijn verder ontwikkeld. Deze kennis wordt gedeeld met marktpartijen waarmee bouw- en onderhoudscontracten worden afgesloten. Prestatie-indicatoren zijn eenduidig opgesteld en op een heldere manier onderdeel van contracten.

OCF-themaraapport Zorg

Onderhoud en gebruik aanscherpen

Meet- en monitoringsinstrumentarium worden verder ontwikkeld. Er wordt onderzoek gedaan naar het daadwerkelijke rendement van de ondernomen acties, zodat kostenbesparingen inzichtelijk zijn. Harde cijfers zullen ook de laatste groep die mee doet aan innovaties de "laggards", over de streep trekken.

Kennisverspreiding milieu en gezondheid

Nadat een begin is gemaakt met de kennisverspreiding over milieu en gezondheid op lokaal niveau, is het nodig om deze kennis stevig te verankeren binnen brancheorganisaties, overheden en kennisinstellingen (opleidingen tot arts, diëtist, sociaal werker). In deze periode gaat het om verankering en verder gezamenlijk onderzoek. De eerste resultaten van samenwerkingsverbanden van zorgverzekeraars, voedingsmiddelenindustrie en consumentenorganisaties zijn duidelijk. Chips in kantines zijn er niet meer, wandelen tijdens de pauzes wordt sterk gestimuleerd.

10-15 jaar

Er is een paradigmashift in de zorg. In de eerste periode is veel 'laaghangend fruit' geplukt en zijn de zich snel terugbetalende energiebesparingen getroffen. De omslag van een functionele naar een meer integrale benadering van zorg klinkt door in de bouw en het beheer van het zorgvastgoed. Er zijn discussies over de mogelijkheden van een omslag naar een meer zelfvoorzienende energievoorziening van de zorgsector en de daarbij behorende omslag in bouwen en beheer.

De wetgeving omtrent binnenhuisventilatiesystemen (woningcorporaties en bouwsector) in huizen en openbare gebouwen wordt aangescherpt,

15-25 jaar

Duurzaamheid in de zorgsector geïntegreerd

Op artsen- en verpleegopleidingen wordt aandacht gegeven aan duurzaam werken en over beslissingen van de zorgverlener en zorgvrager die impact hebben op het milieu en de leefomgeving op korte en langer termijn. Studenten worden bekwaam in het maken van realistische afwegingen om afval te reduceren, onnodig handelen te voorkomen, en het gebruik van vervuilende stoffen en onderzoeken te verminderen. De aandacht hiervoor loopt als een rode draad door handelingen.

Ziekenhuizen zijn energieneutraal en zijn daar trots op. Er wordt geld bespaard op rekeningen, waardoor de kosten op de zorg verminderen. De gebouwen dienen als voorbeeld voor andere sectoren: innovatie wordt hier zichtbare werkelijkheid.

Binnen ziekenhuizen wordt na de omslag naar een holistisch-integraal paradigma, meer gekeken naar de manier waarop het ziekenhuis kan bijdragen aan het herstel van de patiënt. Zorginstellingen voor dementerenden richten hun

gebouwen zo in dat vroege herinneringen opgewekt en gekoesterd worden. Bij de bouw van maatschappelijk zorgvastgoed wordt geredeneerd vanuit een duurzame opbouw van bijvoorbeeld ziektebeeld (dementiefasen, ziektebeeld kankerpatiënten) of bevolkingsopbouw (kraamkamers om te bouwen naar sterfkamers).

Ook de interne luchtkwaliteit staat hoog op de agenda.

Afname zorgbehoefte door empowerment

Het besef is er, dat niet alles beheersbaar is. De maatregelen waarmee verschil in gezondheidseffecten vanuit de leefomgeving gemaakt kunnen worden, zijn genomen. Overal zijn luchtinstallaties die het binnenhuisklimaat goed houden. (Roet)filters en katalysatoren zijn kwalitatief zo goed, in het verkeer en in de industrie, dat gezondheidseffecten door uitstoot nagenoeg verwaarloosbaar zijn. De maatschappij is gericht op een optimale kwaliteit van de leefomgeving.

Groepen met een lage sociaal-economische status lopen achter in prognoses over hun gezondheid. Er zijn projecten gestart door lokale en nationale (overheids)instanties, zorgverzekeraars, de voedingsmiddelenindustrie, bewonersverenigingen, consumentengroepen en particulieren met het doel deze groep te helpen zichzelf te helpen. Vanuit het integraal-holistische paradigma wordt daarbij ingezet op het creëren van een manier van leven die gericht is op empowerment, sociale cohesie en hoop. Projecten zijn gericht op zingeving in de lokale omgeving (vrijwilligerswerk door achterstandsjongeren), economische zelfstandigheid (alleenstaande moeders) en sociale cohesie (samenwerkingsverbanden tussen scholen, ouders en bejaardentehuizen). Vrijwel alle (maatschappelijke) organisaties dragen bij aan een sterkere grip van deze groep mensen op hun eigen leven. Doordat zij zichzelf sterker en zinvoller voelen ontstaat een sterkere, hechtere maatschappij en er wordt minder beslag gelegd op met name de eerstelijnszorg. Sterke sociale cohesie en zingeving door vrijwilligerswerk leiden tot vermindering van druk op de zorg voor de sterk vergrijsde samenleving: meer handen aan de bingotafel en de soepkeuken.

11.5 Conclusie

Milieu is een rode draad door de gezondheidszorg. Binnen de sector zijn voordelen te behalen op het gebied van besparing, helende omgeving en werkatmosfeer. De sector heeft de morele plicht om stil te staan bij haar impact op andere beleidsterreinen. Eén van de grote merites van een milieuperspectief is dat het een sterke aanjager is voor technologische, economische en sociale innovatie.

12. Analyse van de subthema's

12.1 Inleiding

De visie waar dit rapport van uit gaat is "Wij willen toe naar een duurzame gezondheidszorg. Een zorg, die gebaseerd is op solidariteit, rekenschap en competitie en met een goed evenwicht tussen de inzet van middelen en de resultaten ervan. Een gezondheidszorg die zich bewust is van haar handelen en de impact daarvan op de gezondheid van de wereldbevolking en de planeet. In 2035 is zorg voor iedereen goed toegankelijk, gaat ze uit van de menselijke behoefte en is ze effectief en integraal georganiseerd.'

In dit hoofdstuk wordt gereflecteerd op de verschillende onderdelen, worden verbanden aangetoond en de paradigmaverschuiving beschreven.

12.2 Integratie van nieuwe paradigma's in de zorg

In de verschillende hoofdstukken komt paradigmaverschuiving aan de orde. De paradigmaverschuiving van het industriële-mechanische paradigma naar een integraal-holistisch paradigma. Er is behoefte aan een strategie om op langere termijn een geheel te vormen in het gezondheidsmanagement tussen persoon (gezond of ziek), ondersteuning en omgeving. Onder ondersteuning wordt meer verstaan dan wat nu met gezondheidszorg bedoeld wordt. Er wordt solidariteit veronderstelt, omdat de kosten niet meer in verhouding staan tot de manier waarop de economie zich ontwikkelt. Transparantie is belangrijk door openheid over beweegredenen van handelen en niet handelen, door openheid bij het bespreken van verschillen en door een klimaat te creëren waarin fouten bespreekbaar zijn. Onderstaande thema's keren terug:

- betere balans,
- holisme,
- relaties centraal,
- bejegening vanuit empathie,
- betrokkenheid en bewustzijn van afhankelijkheid.

Betere balans

De menselijke maat dient beter te worden geprofileerd. De rol van de gezondheidszorg en gerelateerde organisaties dient meer in balans te zijn. Door de mechanistische visie op het helingsproces van mensen is de focus gericht op vervangen of repareren van slecht functionerende onderdelen van de mens. De huidige visie op zorg resulteert in een aanzienlijke onderwaardering van de empathische bejegening van patiënten en het opkomen voor de kwaliteit van leven van de patiënt. Dit is de taak voor zorgverleners, zorgverlenende instanties, patiëntenverenigingen, farmaceutische industrie en andere zorggerelateerde organisaties en ondernemingen. De mechanistische visie van de geneeskunde dient op te gaan in een holistische, integrale benadering. Het gaat om de verbinding, om de relatie met zich zelf, met andere mensen en met de leefomgeving, zoals voeding, lucht, planten, dieren, het ritme van de seizoenen,

OCF-themaraapport Zorg

dag en nacht, enzovoort. De mens wordt in de holistisch, systeemtheoretische wijze benaderd als een complex, adaptief en zelforganiserend systeem.

Holisme

In de holistische geneeskunde worden leven, wonen en werken fysiek, emotioneel, mentaal, sociaal, relationeel en spiritueel geïntegreerd. Psychosomatische aandoeningen worden niet langer ontkend. De invloed van wilskracht, overtuiging en geloof van de patiënt wordt gestimuleerd ter ondersteuning van het helingsproces. Deze heelheid wordt ervaren als een belangrijke kwaliteit van leven. De integrale visie van de holistische geneeskunde kan leiden tot nieuwe behandelmethoden die in de praktijk succesvol zijn gebleken en evidence based zijn. De praktijk bevestigt de theoretische conclusies dat de combinatie van therapieën meer is dan de som der delen. Men bereikt beter resultaat door de oorzaak op te sporen en vanuit diverse kanten te kijken.

Relaties centraal

De aandacht voor de patiënt centraal is een pleidooi voor humanisering van de zorg en een tegenwerping van de dominantie van de medische functionaliteit. Er dient een evenwichtig zorgnetwerk te ontstaan waarin de kwaliteit van de relaties tussen de voornaamste spelers patiënt, management en professionals, centraal staan.

Bejegening vanuit empathie en betrokkenheid en bewustzijn van de afhankelijkheid

Een zorgorganisatie is een bijzonder bedrijf. Zij onderscheidt zich op één essentieel aspect van andere organisaties. Een patiënt, de zorgvrager van zorg, is een ongewone klant. De patiënt heeft een sterke afhankelijkheidsrelatie ten opzichte van de zorgprofessional. Een patiënt kan ernstig ziek zijn, pijn lijden, existentiële angsten ervaren en daardoor kwetsbaar en onzeker zijn. Daar adequaat mee omgaan, als professional in de zorg, is van een andere orde dan een dienst leveren aan een klant. Dit maakt zorginstellingen, zoals zieken- en verzorgingshuizen, anders dan andere organisaties. De emotionele en psychologische afhankelijkheid stelt hoge eisen aan de kwaliteit van de wederzijdse relatie. Dit vergt specifieke competenties van de professionals. In de zorg is in de relatie met de patiënt behoefte aan empathie, het vermogen onbevooroordeeld en onvoorwaardelijk zich als mens open te stellen en zich te verbinden op gevoelsniveau. Zo kan mededogen en barmhartigheid ontstaan. Deze kwaliteiten zijn cruciaal om de loyaliteit van de patiënt te winnen. Professionals in de zorg worden geworven op basis van beschikbaarheid en deskundigheid. In de praktijk blijken, met name in de verpleging, veel individuen te beschikken over de noodzakelijk waarden, drijfveren en competenties om de persoonlijk afstemming op patiënten waar te maken. Het huidige systeem beperkt hen hierin tot grote frustratie en uiteindelijk cynisme en uitval toe.

De recente ervaringen met presentie, ontwikkeld door prof. Andries Baart (Baart, 2010) sluiten aan op de mensgeoriënteerde benadering. Presentie heeft te maken met dichtbij iemand komen, openstaan voor die persoon en in relatie

OCF-themaraapport Zorg

uitvinden wat hij of zij hier en nu nodig heeft. Men gaat een relatie aan met de persoon en is er voor hem, onvoorwaardelijk.

Bewustwording

Een duurzaam zorgsysteem kan en mag nooit afhankelijk zijn van de inspanning en specifieke competenties van zorgprofessionals. Met name individuen zelf, zorgbehoevend of niet, hebben een belangrijke eigen verantwoordelijkheid. De eigen verantwoordelijkheid wordt geëffectueerd in een bewuste leefstijl, de bereidheid dat te doen wat gezondheid, welzijn en geluk vergroot. Dit impliceert dat mensen een helder perspectief nodig hebben, een persoonlijke visie op wat welzijn en geluk voor hen betekent, en wat hen motiveert tot positief gedrag. Niet zich slachtoffer voelen van externe omstandigheden of een gebrek aan discipline. De toenemende geluiden in onze maatschappij van onvrede, agressie en horkerig gedrag dient geduid te worden en begripvol omgebogen. Wanneer we veranderingen begrijpen en situaties kunnen accepteren zoals ze zijn, er sprake is van zelfsturing, in proactief en positief gedrag, dan kunnen we gezond blijven.

Ook de toenemende neiging tot consumentisme van de zorg dient omgebogen te worden naar een situatie waarin burgers, patiënten, producenten en organisaties zich bewust worden van de eigen rol inzake (eigen) gezondheid of helingsproces. Zorginstellingen en zorgprofessionals mogen nooit die verantwoordelijk afnemen, zij kunnen mensen helpen verantwoordelijkheid te leren dragen. Bijvoorbeeld door hen te (leren) investeren in de eigen gezondheid en vitaliteit (fysiek pensioen), door preventief te handelen, en aan te sluiten op zaken die de kwaliteit van leven versterken. Gezien de toenemende kosten van de zorg worden ethische vraagstukken meer aan de orde gesteld. Bewustwording en bezinning bij alle partijen in de zorg is noodzakelijk om een dialoog over ethiek en integriteit op een goed niveau te kunnen voeren. Overheid en zorgverzekeraars dienen de handen in een te slaan om via voorlichting en activeringsprogramma's bewustwording te stimuleren en het consumentisme bij patiënten en burgers te verminderen. Vanuit een adequaat besef van de kwaliteit van leven, die uiteraard voor iedereen anders is en tegelijk veel overeenkomsten toont, ontstaat een toetssteen, een helder referentiepunt voor beslissingen inzake gezondheid, welzijn en zorg. Daarnaast impliceert de eigen verantwoordelijkheid een besef van de kwaliteit van het sterven. Ook dit kan geoefend worden tijdens het actieve leven, bijvoorbeeld door meditatie en bezinning, waardoor mensen in de winter van hun leven beslagen ten ijs komen. Bewustwording in het handelen is nodig is om ecologische duurzaamheid te creëren.

13. Conclusie

Er komen woelige tijden voor de zorg. De sector heeft zijn kerndoel: goede gezondheid voor de mens. Het inzicht hoe dat kerndoel optimaal gerealiseerd kan en moet worden, verandert. In de beschreven zorgvisie volgen paradigma's elkaar op. De overgang is niet zwart-wit: koplopers werken al vanuit het systeem van morgen en laggards (de laatste volgers) zullen geruime tijd na de grote massa in het oude paradigma blijven hangen. De zorgsector optimaliseert beheersbaarheid. Risicopreventie viert hoogtij en het eigenaarschap van een behandeling ligt bij de medische stand. De keuze voor behandeling en de keuze voor de behandelaar gaat buiten de patiënt om. Eigenaarschap van de behandeling en de verantwoordelijkheid daarvoor ligt bij de behandelaar. De keuze om te streven naar minimale risico's is een streven naar minimale aansprakelijkheid en minimale aanspraak op de verantwoordelijkheid van de behandelaar.

De verschuiving van het ene paradigma naar het andere gaat via crises.

1. De beheerscrisis wordt ingegeven door het principe dat iedere beurshandelaar kent: een laag risico levert beperkingen in resultaat. Patiënten nemen niet langer genoegen met een resultaat dat geen topprestatie is. Liever een gecalculeerd risico als daarmee de winstkans groter wordt. Daarmee verschuift het paradigma naar optimale prestatie. Risicovollere behandelingen met groter effect als ze slagen. Voor patiënten betekent het shoppen. De behandeling wordt (nog steeds) bepaald door medici, dus moet je de beste hebben. De druk op de behandelaars neemt daarmee toe, omdat zij een steeds fellere competitie aan gaan, waarbij zij geselecteerd worden op prestaties waarvoor ze volledige verantwoordelijkheid moeten dragen. Concurrentie spitst zich toe op het uniforme criterium prestatie: iedereen strijdt op dezelfde meetlat.

2. De crisis van de kant van de medische stand. Er is geen manier om de groeiende druk te compenseren. Financieel is geen optie, omdat de nieuwe behandelwijzen eerder duurder dan goedkoper zijn en de kostendruk zo sterk is dat er geen ruimte is voor een hogere beloning. De enige manier om de druk te verlichten is de verantwoordelijkheid van de behandeling bij de begunstigde te leggen, de patiënt. Dat kan niet compleet, maar deels. Met het verschuiven van de verantwoordelijkheid van behandelaar naar patiënt is het nieuwe paradigma gelijkwaardige samenwerking. Patiënten verzamelen een groep van behandelaars om zich heen die hen in staat stelt samen de regie over de gezondheid te houden. Simpele principes komen in hoger aanzien, omdat de patiënt die gemakkelijker zelf kan regisseren. Belangrijkste factor daarbij is preventie. In het scala ondersteuning rond de patiënt (of potentiële patiënt) zijn er naast de traditionele medische disciplines ook partners op het gebied van oeding, sport en bewegen of welzijn en welbevinden. Zelfs een ervaring van religieuze instituten is mogelijk. Iedere zorgverlener profileert zich op zijn eigen unieke waarde en expertise, en op de manier waarop hij past in een team. Prestatie wordt van een absolute schaal naar een match gepromoveerd, waar afhankelijk van de match

OCF-themaraapport Zorg

andere prestatiecriteria de boventoon voeren. De patiënt regelt goede zorg om zich heen, zorg die past bij hem als persoon.

3. De crisis: het aansturen van een groep afzonderlijke disciplines. Bij gebrek aan aannemers voor de zorg ligt die last bij de patiënt. De kennis die nodig is om de mogelijkheden te doorgronden is complex, zodat de patiënt de last van de coördinatie niet kan dragen. Dat maakt het moeilijk om het juiste scala aan zorg te organiseren. Ook de onderlinge communicatie wordt bemoeilijkt, wat de prestatie frustreert.

Het paradigma waartoe de zorg evolueert in de komende 30 jaar is dat van holisme: het besef dat patiënt, zorgverlener, zorgcoördinator, instelling, maatschappij en leefomgeving allen onderdeel zijn van één groot geheel. Vanuit dit inzicht verenigen de disciplines rond de patiënt zich met elkaar en met de patiënt. Scheiding van rollen is een hulpmiddel, maar het geheel komt centraal te staan. Dat geldt voor het inzicht in gezondheid en ziekte, waarin een ziekte als een gemis in het geheel wordt gezien en behandeld wordt vanuit alle huidige (para)medische disciplines en voor het inzicht in samenwerken. Hoe de arts in zijn vel zit kan een cruciaal onderdeel zijn van het succes van een behandeling, net als de communicatiestijl tussen patiënt en arts. Natuurlijk zijn bekwaamheid en kennis onontbeerlijk. De rol van regisseur zal worden ingevuld door huisartsen of door iemand anders. Deze rol is bewaker zijn van het geheel.

Efficiëntere zorg, betrokken werknemers, vrijheid uit een gedeelde visie en transparantie over idee en werkelijkheid vanuit zorgorganisaties. Zijn we er dan? Kunnen we daarmee de druk op geld en mensen het hoofd bieden? Waarschijnlijk komen we een heel eind, maar alle steun is nodig. Die steun komt van de kant van de ICT en technologie, vanuit de hele wereld. Innovatie is in de zorg een doorgaand proces. Het is lastig om aan te geven waar de grootste bijdrage vandaan zal komen.

Bronnen

- Alaerds, M. en Manusama. E.R. (2008). Business Intelligence onmisbaar gereedschap voor manager en medicus. NTMA (134) dec. 5:8.
- Arbeidsinspectie (2009). Projectrapportage arts-assistenten 2007/2008.
- Asselman, F. (2008). Kostprijzen in ziekenhuizen. Bohn Stafleu Van Loghum
- Bekker, R. (2007), Niet van later zorg. Den Haag: Ministerie VWS.
- Benson, dr. H. The relaxation Response; history, physiological basis and clinical usefulness- Association for the publication of the journal of internal Medicine, 1982.
- Beute, A. (2010). Het voelt als mijn eigen winkeltje. In Plexus & BKB, Werken aan de zorg: kosten en kwaliteit, 1/6 (pp. 20-21). Breukelen: Ministerie van VWS.
- Bot, A.G.J. (2009), Energiebesparing in ziekenhuizen: een noodzakelijke maar logische stap. Nationale Denktank 2009. Niet gepubliceerd.
- Brewer, J. A. R., Sinha, J. A., Chen, R. N., Michalsen, T. A., Babuscio, C., Nich, A., Grier, K. L., Bergquist, D. L., Reis, M. N., Potenza, K. M., Carroll, B. J., Rounsaville (2009), "Mindfulness Training and Stress Reactivity in Substance Abuse: Results from A Randomized, Controlled Stage I Pilot Study." Substance Abuse 30 (4): 306-17.
- Brewer, J. A., Smith, J. T. S., Bowen, G. A., Marlatt, M. N., Potenza, (2010). Applying Mindfulness-Based Treatments to Co-Occurring Disorders: What Can We Learn From the Brain? Addiction (in Press).
- Byrd R.C. Positive therapeutic effects of intercessory prayer in coronary care unit population. South Med. Journal 1988;81 (7) :826-829
- Cameron, K.S., Quinn, R.E. (2006), Diagnosing and changing organizational culture. Wiley.
- Dijk, P. van (2005-2006), Omvang alternatieve geneeswijzen in Nederland. TIG jaargang 21/22. Inleiding: Voeding, licht, leven en gezondheid; regulatie-aspecten.
- DiMasi, Joseph A., Hansen, Ronald W., Grabowski, Henry G. The price of innovation: new estimates of drug development costs. Journal of Health Economics 22 (2003) 151-185
- Pharmaceutical Shareowners Group (PSG), 'The Public Health Crisis in Emerging Markets september 2004.
- Flemming, M.L., Tankate, T, en Gould, T. (2009). Ecological Sustainability. What Role for Public Health Education? Int. J. Environ. Res. Public Health, 6, 2028-2040.
- Geelen, L. (2010), Milieufactoren in mijn omgeving... Wat betekent dat voor gezondheid? Scriptie RU, Nijmegen. Niet gepubliceerd.
- Goldrath, E. (2007) Het Doel. Spectrum.
- Hildebrandt, V.H, Chorus, A.M.J. en Stubbe J.H. (2010), Trendrapport Bewegen en Gezondheid 2008/2009. Zeist: TNO.
- Hoeymans, N, Melse, J.M. en Schoemaker, C.G. (2010). RIVM deelrapport gezondheid en determinanten VTV .
- Holdsorthe. Sustainability should be integral to nutrition and dietetics, The British Dietetic Association Ltd. 2010 J. Hum. Nutr. Diet, 23, pp. 467-468.
- Janssen J., Dückers, M. & Frijters, D. (2010) Systematisch Leren van Incidenten in de Zorg: een online handreiking voor zorgverleners, managers en kwaliteitsmedewerkers. Kwaliteit in Zorg, 1, 22-25.

OCF-themaraapport Zorg

- Kalff, D. (2009). Modern kapitalisme, alternatieve grondslagen voor grote ondernemingen. Business contact.
- Kromhout, D. Rapport Gezondheidsraad Gezonde voeding: logo's onder de loep Den Haag: Gezondheidsraad 2008, publicatienr.2008/22.
- Laeven, A. (2008). Een gezonde blik naar buiten. Marktoriëntatie van ziekenhuizen. Deventer: Kluwer.
- Lee, F. (2009). Als Disney de baas was in uw ziekenhuis. 9 ½ dingen die u anders zou doen. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Lodewick, L. (2008) Ziekenhuizen veranderen. Mediman Holding bv.
- Lucht, F. van der en Polder, J.J. (2010). RIVM kernrapport van de volksgezondheid. Toekomst Verkenning 2010. Van gezond naar beter.
- Maljers, J. & Wansin W. (2009) Alles is anders in de zorg. Over bizarre budgetten, perverse regels en prima donna's. Prometheus-Bert Bakker.
- Martens, P. Stand van zaken. Klimaatverandering en gezondheid. Ned. Tijdschr. Geneeskd.2009; 153; A1420.
- Meij, A (2010). Ad Scheepbouwer doorbreekt zorgmythe. Ziekenhuis is gewoon bedrijf. Meppel: AME Research B.V.
- Michiels van Kessenich, L. (2007). Nijmegen, ongedeeld gezond. Scriptie RU, Nijmegen. Niet gepubliceerd.
- Mieden, B. van der,(2004). De mens in de 21e eeuw. Apeldoorn: Pyramide.
- Morel, K. (2010). Identiteitsmarketing; waarom wij bestaan. Schiedam: Scriptum.
- Niemeijer, GC., Trip, A. en Ahaus, K. (2010). Quality in trauma care: improving the discharge procedure of patients by means of Lean Six Sigma. Trauma, 69, 614-619.
- Paulussen, K. en M. Temminghoff. Voedingscentrum nov. 2010 "Voeding in 2020: Gezond en duurzaam eten.
- Pollan, M. Pleidooi voor echt eten, 2008
- Porras, J.I., Collins J.C. (1997). Built to last: Successful Habits of Visionary Companies. HarperCollins.
- PriceWaterhouseCoopers. Prevention pays for everyone voor preventie van roken, overmatig alcoholgebruik en obesitas. September 2010.
- Proper en van Zaanen 2008, tnorapp. Trendrapport Bewegen&Gezondheid TNO 2008/2009
- Ragas, A.M.J., R. Oldenkamp, N.L. Preeker, J. Wernicke en U. Schlink (2011). Cumulative risk assessment of chemical exposures in urban environments. Voorpublicatie.
- Reichheld, F. (2003). The one number you need to grow. Harvard business review.
- Stel, J. van der Preventie_gezondheidszorg_2005pdf
- TNO Zorg en Bouw (2010), Monitoring energiebesparing u-bouw: verkenning dataverzameling. TNO, Utrecht.
- Wagner, C., Smits, M. & van Wagtendonk, I. (2008). Oorzaken van incidenten en onbedoelde schade in ziekenhuizen: Een systematische analyse met PRISMA op afdelingen Spoedeisende Hulp (SEH), chirurgie en interne geneeskunde. VMSzorg.

OCF-themaraapport Zorg

- Westert G.P., van den Berg M.J., Zwakhals S.L.N., Heijink R., de Jong J.D., Verkleij H. (2010). Zorgbalans 2010. De prestaties van de Nederlandse zorg.
- National Institute for Public Health and the environment (RIVM). Houten: Bohn, Stafleu, van Loghum.
- Will van der, M. (2010). Zorgopleiding hbo populair dit studiejaar. Metro.

Internet

- <http://www.allesoverdna.nl>. Geraadpleegd op 29 november 2010
- ATKearney. Rapport Pharmaceuticals Out of Balance, Reaching the tipping point. 2009
- Cinderella B.V. Website geraadpleegd op 29 november 2010, van <http://www.cinderella-tx.org/home.php>
- Baart, 2010 Geraadpleegd dec 2010, van <http://www.presentie.nl>
- Bockstael, W. (2010). Keteninnovatie: effecten in beeld. TNO. Geraadpleegd op 17 januari 2011, van <http://www.zorgvisie.nl/Financien/Achtergronden/Keteninnovatie-effecten-in-beeld.htm>
- Borghuis, T. Kortere opnameduur patiënten dankzij de TOC. Geraadpleegd op 1 december 2010, van http://www.procesverbeteren.nl/TOC/ToC_Antonius_ziekenhuis.php
- Buning, E. Zoeken op ziekenhuiswebsites, www.issuu.com/zorgvisie, 2010 BuningAdvies
- Centraal Bureau voor Statistiek (2009). Gezondheidszorg in cijfers. Geraadpleegd op 7 december 2010, van <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/CC6F3071-309A-4D3C-B42B-2772F4C3F464/0/2009c156pub.pdf>
- Centraal Planbureau. Economische verkenning 2011-2015. Geraadpleegd op 16 januari 2011, van <http://www.cpb.nl/publicatie/economische-verkenning-2011-2015>
- Diepstrate, P. & P. Eichholtz (2009). Financieringsmechanismen om de energieprestaties van gebouwen in de zorgsector te verbeteren. Geraadpleegd op 23 januari 2011, van http://www.financeideas.nl/images/uploaded/Headline_118_Financieringsmechanismen%20om%20de....pdf
- Dijkema, H & Hisgen, E. (2010). Hans Dijkema en Eric Hisgen over het tweede leven van Thuiszorg Rotterdam, interview. Geraadpleegd op 9 december 2010, van www.invoorzorg.nl.
- Gezondheidszorg in cijfers. Geraadpleegd op 7 december 2010, van <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/CC6F3071-309A-4D3C-B42B-2772F4C3F464/0/2009c156pub.pdf>
- Gibbels, M.(2008) Business intelligence is geen software. Zorgvisie. Geraadpleegd op 16 januari 2011, van <http://www.zorgvisie.nl/ICT/Achtergronden-1/Business-Intelligence-is-geen-software.htm>
- Huize Aarde Geraadpleegd in 2010, van www.groenegezondheid.nl
- Houten van (2009). Inkomsten bedrijven substantieel hoger door werknemersbetrokkenheid. Geraadpleegd op 1 december 2010, van <http://www.haygroup.com/nl/press/details.aspx?ID=21814>

OCF-themaraapport Zorg

- Ifpma. International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations. Geraadpleegd op 27 november 2010, van <http://www.ifpma.org/News/NewsReleaseDetail.aspx?nID=8477>,
- In voor zorg! (2010). Over in voor zorg!, Geraadpleegd op 30 november 2010, van www.invoorzorg.nl.
- Ithaka marktanalysten (2006). Nationaal onderzoek medisch specialisten. Geraadpleegd op 7 december 2010, van http://www.elseviergezondheidszorg.nl/15600/samenvatting_Nationaal_Onderzoek_Medisch_Specialisten_2006.pdf
www.jozefgndt.nl
- Knottnerus, J.A. (2005). Gezondheidsraad betreffende Europees Actieplan voor Milieu en Gezondheid (2004-2010). pdf , brief kenmerk U-52/EvV/RA/600-R1. www.gezondheidsraad.nl
- NCDO. Geraadpleegd in 2010, van www.millenniumdoelen.nl
- Paulussen, K. en M. Temminghoff, (2010). Voeding in 2020: Gezond en duurzaam eten. Geraadpleegd november 2010, van www.voedingscentrum.nl
www.planetree.nl Geraadpleegd in 2010
- Pluut, B. (2010). Het landelijk EPD als blackbox, besluitvorming en opinies in kaart. Webpublicatie nr.45. Geraadpleegd op 6 december 2010, van www.wrr.nl
- Redactie Medicalfacts/Janine Budding 14 juli, 2009. Geraadpleegd op 6 maart 2011, van <http://www.medicalfacts.nl/2009/07/14/patient-wordt-medespeler-in-wetenschap/>
- Stel, J. van der, (2005). Preventie en geestelijke gezondheidszorg www.jaapvanderstel.nl/.../Preventie%20en%20GGZ_systeembenadering_2006.pdf -
- Speckens, A. , MOMENT Mindfulness of medicatie En terugvalpreventie, Het Moment onderzoek; terugvalpreventie bij recidiverende depressie. Geraadpleegd op 20 januari 2011, van www.moment-onderzoek.nl
- Stichting Farmaceutische Kengetallen. Geraadpleegd op 29 november 2010, van <http://www.sfk.nl>
- Wever, C. (2002). Ontevredenheid is taboe. Medisch contact, 50. Blog Wikipedia, Transcedente meditatie. Geraadpleegd in november 2010, van http://nl.wikipedia.org/wiki/Transcendente_meditatie
- Willems, R. (2004). Hier werk je veilig, of je werkt hier niet. Sneller Beter – De veiligheid in zorg. Geraadpleegd op 23 januari 2011, van www.rosaspierhuis.nl
- Woldendorp, H. (2010). Veranderingen in ziekenhuizen. Geraadpleegd op 1 december 2010, van <http://www.znetwerk.nl>

De deelnemers

Marsha Buuron Na mijn studie Milieu-

Maatschappijwetenschappen ben ik terecht gekomen bij de leukste werkgever in Nederland: JongeHonden. JongeHonden is een junior adviesbureau dat ondersteuning biedt aan projectleiders en freelancers op een heel breed scala van onderwerpen. Een club eigzinnige, doortastende en pittige jonge mensen die met een frisse blik kijken naar oude wegen: een genot om er al weer ruim een jaar aan verbonden te zijn! Mijn passie is – heel abstract – helpen bij ontwikkeling. Mensen, organisaties, gedachten, beleid – het is heerlijk om ze te zien groeien. Dat geldt ook voor mijn twee kinderen en mijn man, met wie ik samen woon in het schone Nijmegen.



Merel Huisman, (19-10-1985) Na mijn studie geneeskunde in Utrecht ben ik begonnen als promovendus bij de radiologie in het UMC Utrecht. De wetenschap heeft mij altijd aangesproken en de radiologie is het specialisme wat mij het meest aanspreekt. In het kader van mijn coschappen heb ik een tijdje in Parijs gestudeerd en in 2009 ben ik naar India geweest waar ik onder andere betrokken ben geweest bij verbetering van het onderwijs. Ik vind het belangrijk dat artsen zich inzetten voor verbetering van de zorg, niet alleen op het medisch-technische vlak maar ook op het gebied van patiëntgerichte zorg, management en ICT.



Frans Bakker

Eva Bes Moeder van drie kinderen en momenteel temidden van een loopbaanswitch. Na twee jaar dansacademie 'moest' ik toch met mijn hoofd werken: 'iets' met biologie/scheikunde en mensen. Het werd Voeding&Dietetiek. Ik heb 10 jaar gewerkt als diëtist, en 3 jaar als leefstijladviseur in een pilot preventieproject. Ik ben ervaringsdeskundig geworden in de GGZ Een ervaringsdeskundigheid die ik heb ingezet als vrijwilliger bij een patiëntenorganisatie en binnen mijn betaalde banen. Openheid vind ik belangrijk in mijn werk. Iets wat niet altijd door (con)collegae in de zorg gewaardeerd wordt. Wel door cliënten en externe contacten. Ik ben kritisch geweest tegenover richtlijnen, protocollen, voedingscentrum en beroepsverenigingen. Tijdens mijn leven tot nu toe heb ik positieve en negatieve ervaringen met de gezondheidszorg opgedaan, en vele gehoord van anderen. De ervaringen van mij en mijn (multiculturele) omgeving vormen mijn visie en motivatie om mee te schrijven aan OCF2.0 zorg.



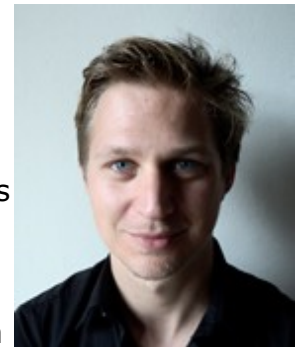
Esther Broer, (17-03-1978) In 2001 ben ik afgestuurd als Bioloog aan de Radboud Universiteit (toen nog de Katholieke Universiteit Nijmegen). Vrijwel direct na afstuderen tot heden ben ik werkzaam in klinisch geneesmiddelen onderzoek in project- en lijnmanagement. Ik heb voor Contract Research Organisaties gewerkt alsook voor farmaceutisch bedrijven (Bristol Myers Squibb, Centocor and Janssen-Cilag (Johnson& Johnson)). Ik heb inhoudelijk in verschillende therapeutische

gebieden gewerkt (oncologie, Ziekte van Crohn, Reumatische Artritis, cardiovasculaire aandoeningen, diabetes, schizofrenie) waarvoor ik veelvuldig contact heb gehad met zorgprofessionals in heel Europa. Ik heb het ook altijd leuk gevonden mensen in hun werk te begeleiden en te trainen op wet en regelgeving & Good Clinical Practice. Momenteel werk ik als 'EMEA Medical Program Lead' bij Janssen voor Europa, Midden-Oosten en Afrika (EMEA). Mijn interesse gaat uit naar transitie tot een duurzame farmaceutische industrie & toegang tot medicijnen in ontwikkelingslanden. In 2011 start ik met een MBA opleiding naast mijn werk.



Martijn van Loon Met een studie in Industrieel Ontwerpen aan de Technische Universiteit Delft heb ik me gespecialiseerd in medische productontwikkeling. Als ontwerper ben ik gefascineerd door de interactie tussen mens en techniek. Ik heb onder andere gewerkt aan intelligente dispensers, ergonomische operatietools en telecare producten. Daarnaast faciliteer ik creatieve workshops aan medisch studenten. Ik vertrouw op innovatie door co-creatie. Hierbij gebruik ik kwalitatief onderzoek in combinatie met creatief denken.

Interessegebieden open innovatie, co-creatie, mobile health en veranderde rol van consumenten



Marcel van Marrewijk Ik ben sinds augustus 2007 oprichter en directeur van Research to Improve BV. De focus is op modern, context gerelateerd onderzoek, afgestemd op en ten dienste van de leer- en verbeterprocessen van mens en organisatie.

Strength based change – geen focus meer op problemen, maar mens en organisatie aanspreken op hun kracht en potentie – was een eye opener, waar ik Appreciative Inquiry dankbaar voor ben. Geen betere leerschool dan door het zelf te doen, vandaar mijn betrokkenheid voor het AI-100 project!

Daarnaast ben ik bestuurslid van Stichting Koploperz; Meesterwerk; SLOW; en Stichting Educatie Holistische Dierengeneeskunde. Voorts organiseer ik vier SLOW events per jaar, ben actief betrokken bij Z-org.nu – platform voor integrale zorg – en PROM, die gericht is op het verbeteren van de effectiviteit van project management.

Voorheen was ik 5 jaar verantwoordelijk voor Great Place to Work Institute Nederland en 2 jaar voor internationaal onderzoek over Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen voor de Europese Commissie. Ik ben ook werkzaam geweest als kwaliteitskundige bij KDI/ Schouten & Nelissen, programmamaker bij Rotterdam School of Management en plv hoofd en congresorganisator bij Erasmus Forum/ Erasmus Universiteit Rotterdam.

Ik studeerde in 1988 af als econoom, eveneens bij de Erasmus Universiteit. Ik ben gelukkig getrouwd, vader van twee kinderen en wij wonen in Vlaardingen.



Judith Meijer Sinds twee jaar werk ik als algemeen directeur van GAZO, een organisatie voor geïntegreerde eerstelijns gezondheidszorg in Amsterdam.

Ik heb in de twintig werkzame jaren daarvoor ervaring opgedaan als leidinggevende in de maatschappelijke opvang, geestelijke gezondheidszorg en in ziekenhuizen.

Ik heb na mijn studie klinische psychologie diverse aanvullende studies gedaan op het gebied van bedrijfskunde, waaronder een MBA. Recent ben ik begonnen mij te verdiepen in MVO en duurzaamheid in de gezondheidszorg.

Ik heb bijgedragen aan diverse initiatieven ter verbetering van de gezondheidszorg. In het toewerken naar een gezondheidszorg, die aansluit bij de wensen en behoeften van de burger, ligt ook mijn passie. Het meest recente initiatief is de introductie en ontwikkeling van Integrative Medicine in Nederland en ben mede oprichter van NIKIM.



Bert-Jan van der Mieden Ik begon als psychiatrisch verpleegkundige. Daarna werkte ik zestien jaar in het bedrijfsleven, in staf-, project- en lijnmanagementfuncties. Daarin deed ik ruime kennis en ervaring op in veranderings- en verbeteringsprocessen en heb deze ook geïnitieerd. Sinds 1992 ben ik zelfstandig ondernemer en werkzaam als (executive- en team)coach, counselor, psychosociaal therapeut en partner- en relatie-therapeut, diepte-interviewer, loopbaanprofessional en outplacementadviseur. Kortom als externe vertrouwenspersoon. Ik train afdelingsteams en ontwikkel en verzorg maatwerktrainingen voor bedrijven en organisaties. Als interimmanager ben ik inzetbaar voor communicatie-, veranderings-, en verbeteringsprocessen waarbij een doorbraak noodzakelijk is. Ik heb tevens jarenlange ervaring in diverse besturen. Men kwalificeert mij als een fenomenale luisteraar, scherpzinnig analyticus en bijzondere proces- en gespreksbegeleider. Ik weet kennelijk een klimaat van veiligheid en vertrouwen te creëren waardoor men zichzelf durft te laten zien. Mede om die reden worden mijn inspiratiediners gewaardeerd. Zie www.pyramide.nl



Met bewustwordingspsychologie en bewustwordingsmanagement heb ik een methode ontwikkeld die het voor iedereen mogelijk maakt om eigen 'schijngedrag' (en dat van de ander) te herkennen en te leren handelen vanuit authenticiteit en innerlijke kracht. Het potentieel van het eigen talent wordt hierdoor ten volle aangesproken. Door toepassing van het daarop gebaseerde vertrouwensmanagement kunnen conflicten en irritaties op de werkvloer zoveel mogelijk worden voorkomen en opgelost. Ik legde e.e.a. vast in het studie- en werkboek 'De mens in de 21e eeuw', over innerlijke groei, ontwikkeling en ontplooiing.

In 2001 leverde ik een bijdrage aan de ontwikkeling van het VPRO-programma Firma Interview en had daarin op 5 september een bijzonder live-interview met Pim Fortuyn en op 10 oktober met ex-staatssecretaris Rick van der Ploeg. Nadien presenteerde ik het zesdelige KRO-programma "Vasten". Mijn kwaliteit als diepte-interviewer leidde tot mijn nieuwe dienstverlening; het maken van levensdocumenten, carrièredocumenten en sollicitatievideo's. Zie www.uwbiografie.nl

In 2005 richtte ik de Stichting Globaliseringscentrum op. Zie www.ikverbind.nl waarmee ik mij inzet voor het realiseren van de mensenrechten en de millenniumdoelen. Ik publiceer op dit moment over het Ennisme, de Filosofie van de Verbinding, als opvolger van het postmodernisme. Zie www.bertjanvandermieden.nl

Mark Orië (1974) is identiteitsmarketeer: adviseur op het gebied van het maximaliseren van betekenis door organisaties. Vanuit De Betekenisfabriek helpt hij organisaties te zien wat hen ten diepste drijft en hun bedrijfsvoering daarop af te stemmen. Betekenisvol handelen is daarbij leidend, omzet en winst een logisch resultaat.

Zijn betrokkenheid bij de zorg is breed: ingebed in een familie vol zorgverleners in diverse disciplines, ervaringsdeskundig als patiënt en betrokken vanuit werkgevers De Betekenisfabriek en voorheen TNO, beide kenniscentra voor o.a. de zorg.



Michel van Pijkeren

Louise Preeker Met mijn vrij-doctoraal geneeskunde aan de Radboud Universiteit Nijmegen heb ik een goede basiskennis van mens en gezondheid opgedaan. Het beter maken van mensen is een boeiend vak, het intrigeert mij echter nog meer hoe mensen gezond te houden. Ik heb me daarom gericht in het onderzoek op het gebied van preventie. In Bolivia heb ik de gevolgen van vervuild rivierwater op de gezondheid onderzocht van de mensen aldaar. Hierdoor en dankzij de plaatselijke NGOs kunnen uiteindelijk gericht preventieve maatregelen genomen worden om moeder en het ongeboren kind te beschermen tegen schadelijke

concentraties vervuilende stoffen. Vervolgens kreeg ik de kans mee te werken aan verschillende onderzoeken in Nederland bij LAMPI en bij milieukunde (Radboud Universiteit) op het gebied van milieu en volksgezondheid. Door het creëren van een gezonde leefomgeving kunnen we mensen helpen zo gezond en gelukkig mogelijk te blijven.



De literatuurlijst in het boek

- Bakker, F. (2009). *Leefstijl en Vitaliteit*. Verkregen van fransbakker.files.wordpress.com/2009/11/vitaliteit-pp-presentatie-helend-coachen-met-teksten-ppt
- CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek). (2009). *Gezondheidszorg in cijfers*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- CPB (Centraal Planbureau). (2010). *Economische verkenning 2011-2015*. Den Haag: CPB Centraal Planbureau.
- Nightingale, F. (2005). *Over ziekenverpleging: Wat men, om de herstelling te bevorderen, te doen en te vermijden heeft*. M. J. van Lieburg & N. Wiegman, (Red.). Rotterdam: Erasmus Publishing.
- Rek, W. de. (2011, februari 26). We willen er zo graag toe doen: Interview psychiater Frank Koerselman over de verwende samenleving. *de Volkskrant*.
- Walsh, R. (2011, januari 17). Lifestyle and mental health. *American Psychologist*. Advance online publication. doi:10.1037/a0021769

Het boek

Duurzaam Denken Doen

Inspiratieboek voor onze gezamenlijke toekomst

Jan Jonker (eindredactie) en team van het project 'Our Common Future 2.0'

2011, 1ste druk, ISBN 978 9013090086



Omschrijving

Hoe ziet ons leven eruit in 2035? De doemscenario's van smeltende ijsbergen en vervuilde rivieren kennen we inmiddels wel. Maar kan het ook anders? Wie goed om zich heen kijkt, ziet dat er al veel gaande is. Steeds kritischer kijken we naar onze manier van wonen, werken, reizen, produceren en consumeren, leren en gezond blijven. We worden ons bewuster hoe het beter kan. Maar hoe versnellen we de verandering die we willen? Dit boek wil een positieve bijdrage leveren aan die verandering met tips, inspiratie en een agenda voor de toekomst.

Een groep van ruim 400 vrijwilligers heeft zich in het project 'Our Common Future 2.0' een jaar lang gebogen over de vraag hoe we kunnen doorstarten naar een meer duurzame toekomst.

Deze unieke denktank heeft de basis gelegd voor dit boek. Het gaat in op negentien actuele thema's, van economie tot spiritualiteit en van leiderschap tot afval. Voor elk van die thema's wordt een visie neergezet en worden tips gegeven. Samen levert dat een schat aan ideeën op voor iedereen die wil bijdragen aan een duurzame maatschappij. **Duurzaam Denken Doen** wil bijdragen aan positieve veranderingen voor de wereld van morgen.

Van elk verkocht exemplaar van dit boek gaat één euro naar de Stichting OCF 2.0 voor onderzoek op het terrein van duurzaamheid.

Verkrijgbaar als boeken e-book bij de Kluwershop:

www.kluwershop.nl/management/details.asp?pr=15241