

Zorg

Samenvatting van het 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

Deze samenvatting is onderdeel van het crowdsourcing project Our Common Future 2.0 (OCF 2.0), uitgevoerd door 400 vrijwilligers. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, 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 deze samenvatting is gebaseerd op een van de negentien deelrapporten en 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 deze samenvatting 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 deze samenvatting.

Bepaalde verwijzingen in deze samenvatting 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.

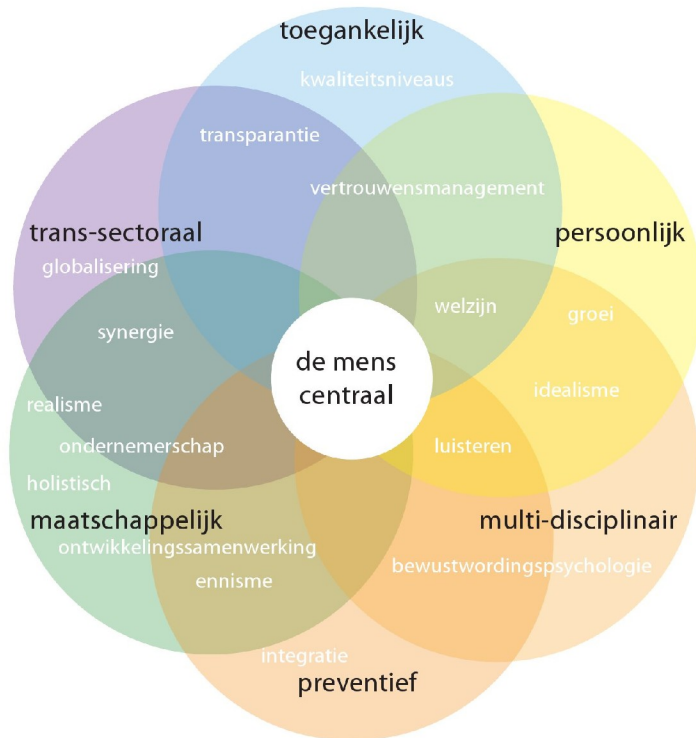
De poster

gezondheid 2.0



de visie

In 2035 is zorg voor iedereen goed toegankelijk, gaat ze uit van de menselijke behoefte en is ze effectief en integraal georganiseerd.



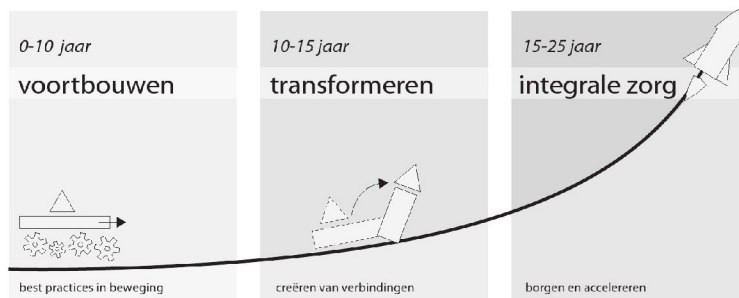
cure + cure en care die effectief, humaniserend en duurzaam functionerend is. Een intelligente vorm van regie waarbij de juiste zorg op de juiste plaats, op het juiste tijdstip beschikbaar en toegankelijk is voor iedereen.

care + voor preventie wordt gestuurd op eigen verantwoordelijkheid van mensen; gezonde voeding, voldoende en juiste fysieke inspanning, sociale contacten en ontspanning, emotioneel en spiritueel bewustzijn.

preventie +

goede zorg = een gezonde maatschappij waarin op een financieel duurzame wijze goed georganiseerde zorg samenkomt.

het traject



de bouwblokken

gezonde maatschappij

Ziekte of een probleem is niet noodzakelijkerwijs 'slecht', iets dat 'bestreden' en 'ongedaan' gemaakt moet worden. Ziekte symptomen en problemen kunnen ook een vingervrijing zijn 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 is in tegenstelling tot wat we in onze (medische) cultuur meestal van ziekte, pijn en lijden vinden.

goed georganiseerde zorg

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 ook onschheidbaar van andere individuen, cultuur, maatschappij en buitenwereld.

De relatie arts-patiënt of hulpverlener-cliënt moet zo veel mogelijk een gelijkwaardige zijn; de eigen inzichten, keuze mogelijkheden en verantwoordelijkheden van de patiënt moeten worden gestimuleerd.

financieel duurzaam ecosysteem

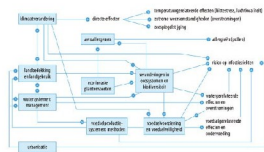


FIGURE 1. Het wereldwijde systeem van zorg en welzijn: een ecosysteem van innovatie, financiering, mens, sociale netwerken en inspiratie.

Inhoudsopgave

Inleiding	1
Kijken naar mensen	1
Voorkomen is beter dan genezen	2
Goede zorg organiseren	4
Zijn nieuwe vormen van zorg financieel houdbaar?	5
Wat de boer niet kent, kan best goed zijn	7
De farmacie als medestander	8
Eén wereld	9
Zorgen voor het milieu, en het milieu als zorg	10
Het tijdspad	10
Tot slot	12

Verduurzaming van de zorg – 2011-2035

Trends, visies en toekomstperspectieven

Inleiding

Tien jaar geleden had niet iedereen een mobiele telefoon. Twintig jaar geleden was internet iets voor op universiteiten. Dertig jaar geleden waren er alleen zwart-wit televisies. Niemand werkte met een PC. Ontwikkelingen gaan razend snel.

De zorg in Nederland heeft een hoog niveau. Toch gaat de zorg ingrijpend veranderen.

Zorg heeft drie vormen:

- Preventie: zorgen dat men gezond blijft;
- Cure: beter worden als men ziek is;
- Care: zo goed mogelijk leven met een chronische ziekte

Zorg gaat over gezondheid. Gezondheid is de afwezigheid van ziekte. Gezondheid gaat over de hele mens, over welbevinden op zes niveaus: fysiek, emotioneel, mentaal, sociaal, relationeel en spiritueel. Deze niveaus beïnvloeden elkaar: wie geen vrienden heeft of geen doel in het leven, is eerder in de put of fysiek ziek. De zorg van de toekomst richt zich op alle niveaus.

Zorg is iets wat je op veel manieren en vanuit veel verschillende gezichtspunten kan doen. Het gezichtspunt van vandaag kan heel anders zijn dan het gezichtspunt over 25 jaar. We beschrijven vanuit welke gezichtspunten we denken dat de zorg in de komende tijden beheerst wordt en wat dat betekent voor de manier waarop zorg wordt ingevuld.

Redenen om te veranderen zijn:

- De zorg wordt duurder en door de vergrijzing zijn er minder belastingbetalers.
- Meer mensen hebben zorg nodig.
- Vergrijzing betekent minder mensen op de arbeidsmarkt. De zorg kan interessanter worden, zodat meer mensen kiezen voor werken in de zorg.
- Wereldwijd neemt de vervuiling toe, wat een groot effect heeft op de gezondheid van mensen.
- De zorg is niet eerlijk verdeeld op de wereld. De hoge standaard van de zorg in Nederland is ondenkbaar op andere plaatsen in de wereld.

Kijken naar mensen

De manier waarop zorg verleend wordt, wordt bepaald door de manier waarop we kijken naar mensen. Aan een lichaam kan van alles kapot gaan: er breken botten, organen functioneren niet goed, er is slijtage aan gewrichten en cellen worden aangevallen door bacteriën, virussen en schimmels. Doktoren maken

Samenvatting OCF-themaraapport Zorg

alles weer in orde. De patiënt volgt de adviezen van de arts op, want die heeft er voor geleerd.

Het grootste risico is dat men een ziekte niet beter kan maken of dat er iets fout gaat. Dat laatste wordt voorkomen door op patiëntveiligheid te letten. De zorg beperkt zich tot die handelingen waarvan zeker is dat het werkt. Er zijn twee groepen mensen waarvoor de zorg niets betekent: mensen die uitbehandeld zijn en mensen die gezond zijn.

De manier van kijken is industrieel-mechanisch. Er is een andere manier van kijken naar de zorg. Gezondheid bestaat op zes niveaus. Zorg gaat zich bezig houden met deze zes niveaus. De oorzaak van een fysiek probleem is niet altijd fysiek. Niet alles is te repareren. De patiënt kent zichzelf het beste. Hij voelt hoe het met hem is. Hij kan zelf onderzoeken. Een fundamentele vraag is of ziek zijn wel erg is. Moet je alles willen genezen? Koorts en pijn zijn signalen dat er iets mis is. Moeten we dingen niet gewoon accepteren of op hun beloop laten? Hoe maakbaar moet onze gezondheid zijn?

Het integraal-holistische paradigma is een andere visie op zorg. Een manier van kijken naar het geheel en de samenhang binnen het geheel. Het gaat primair om gezond blijven. Preventie staat centraal en is breed. Voor de sociale gezondheid is een avond uit net zo preventief zijn als op je gewicht letten voor je fysieke gezondheid.

Het intergraal-holistische paradigma betekent ook dat de patiënt partner en regisseur is van de eigen zorg. Men heeft de controle en de verantwoordelijkheid voor het omgaan met de eigen gezondheid. Zullen we ooit met weemoed terugdenken aan de tijd dat we gewoon alle verantwoordelijkheid over de schutting van de zorgverlener konden gooien? Lekker makkelijk!

Knippen we nu met onze vingers en verandert de wereld? Nee natuurlijk niet. De weg lijkt ingezet en wij geloven dat hij zal doorzetten, maar het pad is lang. Het is wennen om vanuit een ander gezichtspunt te kijken. Veel mensen hebben belang bij hoe het nu gaat en moeten leren hoe het anders kan. In de zorgsector zullen veranderingen op vele aspecten worden doorgevoerd.

Voorkomen is beter dan genezen

Preventie richt zich op het behoud van gezondheid. Uit onderzoek blijkt dat 75% van de ziekten hiermee voorkomen kan worden. Preventie is goed eten, voldoende bewegen, zich niet te druk maken, nadenken over de zin van het leven, vrienden om zich heen hebben. Daar kan men bewust op sturen.

Toch is dat niet gemakkelijk. We vinden andere dingen belangrijker. Werken is nuttig, sporten is voor je lol. Lekker eten is voor veel mensen ook veel eten. Nadenken over de zin van het leven en een ander helpen is minder interessant dan nadenken over een nieuwe aankoop, waarvoor men hard gewerkt heeft. Geld maakt gelukkig, maar niet gezond. Geluk maakt wel gezond.

Preventie is niet in het belang van iedereen. De overheid ontmoedigt slechte dingen met accijns, maar haalt er wel belasting geld mee binnen. Farmaceuten

Samenvatting OCF-themaraapport Zorg

en artsen richten zich op genezing. Als mensen niet meer ziek worden, scheelt dat in inkomsten. Zelfs werkgevers helpen niet mee: je krijgt wel ziektegeld, maar geen preventiegeld of tijd om te gaan sporten. Steeds meer werk wordt gedaan van achter een bureau, met koffie halen en typen als enige lichaamsbeweging.

Maar zaken veranderen. Werkgevers ontdekken dat gezonde medewerkers waardevol zijn en lopen voorop als het gaat om initiatieven voor preventie. Vaak gaat dat gekoppeld aan imago: een fitnesscentrum in het bedrijf is populairder dan het zeer effectieve en goedkope lunchwandelen.

Preventie betekent op een andere manier naar zichzelf kijken. Het besef dat men deels de eigen gezondheid beïnvloedt en dat men kennis nodig heeft om vorm te geven aan preventie.

Die kennis gaat verder dan men denkt. Kennis over gezond eten, goed bewegen, bewust leven, bewust zijn van de kracht van het eigen lichaam en het nemen van verantwoordelijkheid voor zichzelf en anderen. Alle aspecten van een gezonde en duurzame levensstijl horen hierbij. Dit is de integraal-holistische benadering.

Een principe bij preventie is de minimum-optimum benadering. Het bereiken van maximaal effect met minimale middelen. Genoeg bewegen sorteert maximaal effect. Een maaltijd samenstellen waarbij men alle benodigde voedingsstoffen binnen krijgt.

Gedragsverandering treedt op als er prikkels zijn om te straffen en te belonen. Zorgverzekeraars laten mensen met slechte gewoonten meer premie betalen dan mensen met een gezonde levensstijl. Door regelgeving wordt ongezond gedrag aan banden gelegd. Met informatie en educatie worden de kaders verlegd waarbinnen mensen denken.

Het bedrijfsleven wordt gevraagd bijdragen aan een (on)gezonde levensstijl te verantwoorden. Het aanbieden van ongezonde producten die schade toebrengen aan gezondheid worden verhaald op de producent.

Externe prikkels kunnen gedrag veranderen en aandacht vragen voor de gewenste levensstijl, begeleiding en verantwoordelijkheid.

In de opkomst van preventie verandert niet alleen de patiënt, maar ook alle systemen om hem heen. De oude Ayurvedische gewoonte om de arts te betalen zolang hij je gezond houdt en betaling (maar niet behandeling) te stoppen als je onverhoopt ziek wordt is daarmee van historische rariteit naar wellicht het nieuwe businessmodel voor de zorg.

Is het alleen de zorgsector die mee doet aan de ondersteuning van preventie? Zeker niet. In de komende kwart eeuw zien we steeds meer partijen betrokken worden bij de zorg. Bij preventie haken meer partijen aan. In het zorgnetwerk van een persoon in 2035 werken huisarts, sportvereniging, buurthuis, ziekenhuis, supermarkt, buurman, kerk of spiritueel centrum en anderen samen aan een gezonde levensstijl.

Samenvatting OCF-themaraapport Zorg

Ingrepen in levensstijl maken onderdeel uit van een behandelplan, waardoor medicatie een andere rol krijgt. Levensstijl doet een beroep op het gezonde deel van zieke patiënten. Beweging op maat levert een bijdrage aan de gezondheid van bewoners van verpleeg- of verzorgingshuizen.

Goede zorg organiseren

De rol van de patiënt verandert. De rol van de zorgprofessional verandert. Buitenstaanders worden betrokken bij zorg en preventie. Welke gevolgen heeft dat voor de organisatie van de zorg? Wat vinden we straks belangrijk en op welke uitgangspunten bouwen we nieuwe zorgorganisaties (als we dat überhaupt nog doen)?

Zorgorganisaties ontwikkelen voor de toekomst vraagt een andere visie. Het beheersparadigma in de zorg verschuift naar een zorg waar waarden en betekenis richting geven. Leiderschap in de zorg wordt op dit moment vaak opgevat als management, een beheersmatige rol. We zagen dat het niet langer volstaat om te denken vanuit beheersing en het vermijden van risico's. Met het ontgroeien van dit beheersparadigma heeft de zorg behoefte gekregen aan een nieuwe insteek, waar vanuit waarden en betekenis richting gegeven wordt.

Welke waarden en betekenis zijn dat? Nieuwe organisaties worden in eerste instantie gebouwd op het inzicht in wat zij specifiek voor een patiënt willen betekenen. Wat zou de patiënt missen als deze organisatie niet bestaat? Naarmate de verantwoordelijkheid voor de zorg verder verschuift naar de patiënt, verschuift ook de verantwoordelijkheid voor de belofte en waarden mee. Uiteindelijk is het de patiënt die kiest voor zorg, voor organisaties die zijn waarden delen en hem beloftes doen die bij zijn wereldbeeld passen.

De patiënt wil prestaties zien. De behandelaar kan dat waarmaken als de patiënt zijn verantwoordelijkheid neemt. Zo begint de verschuiving. Uiteindelijk verandert de zorg van het voorkomen van fouten naar het waarmaken van een specifieke missie van arts en patiënt samen. Dat kan bijvoorbeeld "living on the edge" zijn. Zie je een patiënt met die behoefte in het huidige systeem van risicobeheersing blij worden?

Loslaten van beheersing als uitgangspunt maakt het leven moeilijker. Waar alles in protocollen is vastgelegd, moeten nu nieuwe kaders gevonden worden. Die kaders worden gesteld door wat men wil betekenen voor de patiënt en door de waarden die men deelt. Stel je voor dat over 25 jaar de definitie van goed medisch handelen verschilt per patiënt. Dat vraagt aanpassingen van bestuurders in de zorg.

Doordat de aandacht en regie verschuift van interne processen naar de patiënt, krijgen patiëntgerichtheid en vrije zorgkeuze vorm. Het management van de integrale gezondheid is een zaak van de patiënt geworden. Net als bij het bouwen van een huis, kan die zich als leek laten bijstaan door een aannemer. Een zorgcoördinator vervult de rol om alle zorg rond de patiënt te organiseren en

Samenvatting OCF-themaraapport Zorg

te zorgen dat ze samen aan dezelfde missie bijdragen. Het kan een nieuwe invulling zijn van de rol van huisarts.

Ziekenhuizen zijn niet langer de plaatsen waar zorg geboden wordt. ICT en technologie maken het mogelijk om een thuissituatie tijdelijk als behandelkamer in te richten. Samenwerken en kennis delen zijn de manier om deel te nemen aan het zorgproces. Een soepel lopend elektronisch patiëntendossier en geavanceerde communicatiemiddelen helpen daarbij.

De patiënt heeft de verantwoordelijkheid en de mogelijkheid om zelf zorgverleners te kiezen. Dat betekent ook dat men wat te kiezen moet en wil hebben. Zorgaanbieders die niet duidelijk kunnen maken waarin zij zich onderscheiden sterven uit. Transparant zijn over wat men wel en niet kan en wat men wil bereiken bij een patiënt is de nieuwe norm.

De eerste zorgorganisaties richten zich op deze manier van werken. Met name in verpleeg- en verzorgingshuizen zijn organisaties als Zorgcentrum Sint Jozef (Gendt) en Zorggroep Sint Maarten (voornamelijk Twente) bezig met het aanbieden van zorg op basis van aansluiting tussen de eigen waarden en die van de bewoners.

In 2035 is de grens tussen de patiënt en het behandelteam verdwenen. Samen zijn ze één team, samengesteld uit professionals en mantelzorgers van verschillende achtergrond. De zorgregisseur laat de trainer van de hardloopploeg overleggen met de chirurg, de bakker en de patiënt, om de volgende marathon voor te bereiden na een beenbreuk.

Zijn nieuwe vormen van zorg financieel houdbaar?

De visie die we hebben op de ontwikkelingen in de zorg en rond zorgorganisaties is leuk, maar kan het ook? Hoe kan duurzame zorg geleverd worden met minder geld en minder mensen? De beschikbaarheid van mensen voor werk in het algemeen en de beschikbaarheid van geld wordt minder.

Een van de dingen die we kunnen verbeteren is zorgen dat we minder tijd nodig hebben voor dezelfde dingen. Als je kijkt hoe ver de efficiëntie is doorgedrongen in bijvoorbeeld de thuiszorg, waar de tijd die je aan een patiënt mag besteden in minuten wordt uitgedrukt, dan zakt de moed in de schoenen. Toch is er ruimte. Die ruimte wordt nu ingenomen door allerlei activiteiten die voortkomen uit de drang naar beheersing.

Er wordt veel tijd in de zorg besteed aan dingen dubbel doen en administratie. Men wil risico's voorkomen en men vertrouwt elkaar niet zomaar. Alles wordt nauwgezet vastgelegd, want meten is weten. Zorgverleners willen tijd hebben voor patiënten. Zij willen nadenken over wat goed is, in plaats van het volgen van protocollen. Zorgverleners, van verzorgenden tot specialisten, blijken in onderzoeken ongelukkig te zijn over deze zaken die hun tijd opslokken.

Als je tijd moet besteden aan dingen die niet bijdragen aan de zorg zelf, maar alleen aan het afvangen van de risico's daarbinnen, dan houdt men minder tijd

Samenvatting OCF-themaraapport Zorg

over. Maar er is nog een ander gevolg. Het werken in de zorg wordt minder aantrekkelijk. Zelfs als je genoeg geld zou hebben om al die zorg te betalen, dan gaat dat niet lukken als je geen mensen hebt die dat gaan doen. In een afnemende arbeidsmarkt kunnen mensen kiezen voor iets wat ze leuk vinden om te doen.

Het werken in de zorg kan efficiënt en leuk zijn. Autonomie in het eigen werk verhoogt de productiviteit en verlaagt de werkdruk. Als we elkaar meer gaan vertrouwen, minder controleren en meer vrijheid van handelen in het werk krijgen, wordt het werk inderdaad efficiënter en leuker. Dat begint met een concurrentiestap: die instellingen waar dit gebeurt gaan beter uitkomen met hun geld en kunnen werknemers weghalen bij andere organisaties. Zorgorganisaties kunnen gaan werken vanuit vertrouwen en vrijheid. Het effect is meer instroom in opleidingen en minder mensen die de zorg verlaten. Het is een branche waar je met voldoening naar huis gaat, omdat men echt iets voor een ander betekent.

Vrijheid, autonomie, wordt dat geen complete chaos? Kan je straffeloos protocollen laten verdwijnen en mensen vrijheid geven in hun werk? Of moet je dan wel iets anders doen? Vrijheid en autonomie passen in een kader waar een gedeeld waardesysteem is en een gezamenlijke belofte. Men weet welk eindresultaat men gezamenlijk nastreeft. Men streeft onafhankelijkheid van de patiënt na. Men deelt zijn persoonlijke missie met de missie van de organisatie. Dat vormt een garantie voor goed werk en een werkplek die gelukkig maakt. De patiënt wil behandeld worden binnen een organisatie waar die waarden en belofte leidend zijn en waargemaakt worden.

De zorg wordt efficiënter als mensen kiezen voor een organisatie waar ze vanuit hun hart kunnen werken. Patiënten kiezen voor organisaties waarin ze de missie herkennen die bij hen past. Openheid over de zorgvisie en hoe die waargemaakt wordt is een doorslaggevende factor in de keuze hoe een organisatie zich opstelt in het zorgteam voor een patiënt.

Zorgorganisaties zijn transparant over de technische mogelijkheden die zij bieden en over de visie. Ze doen wat ze zeggen. Het paradigma van beheersing verschuift naar prestatie. Er is openheid over algemene maatstaven.

ICT en technologie zijn bepalend voor innovatie in de zorg naast de bovengenoemde 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 we hebben alle verdere steun nodig die we kunnen krijgen. Die steun komt van de kant van de ICT en technologie. Innovatie is in de zorg een doorgaand proces. Het is lastig om nu aan te geven waar de grootste bijdrage vandaan zal komen. Men kan zich nog geen beeld vormen van de ontdekkingen van de komende dertig.

Innovatie leidt tot medische kwaliteit, minder fouten, het delen van informatie, grotere autonomie op de werkvloer en van de patiënt, en preventie. Innovatie in

Samenvatting OCF-themaraapport Zorg

preventie, communicatie en visionaire bedrijfsvoering worden net zo belangrijk als zorginhoudelijke innovatie, verminderen van de zorglast per behandeling voor de zorgverlener en de mogelijkheid om zorg op afstand en bij de patiënt thuis te brengen. Het gaat over toegankelijke elektronisch patiëntendossiers, toepassingen in de domotica, zorg op afstand. miniaturisering van diagnostiek en behandeltechniek. Deze ontwikkelingen brengen de behandeling dichterbij de thuissituatie. De patiënt kan de regie houden. Technologie en innovatie maken het gemakkelijker met meerdere mensen samen te werken. Hoogopgeleide specialisten kunnen meer patiënten begeleiden, omdat een deel van de taken uitgevoerd worden door verpleegkundigen of medische leken zoals de patiënt zelf of zijn sociale omgeving. Innovatie verbetert de kwaliteit en verlaagt de kosten en het inzetten van menskracht.

Innovatie verhoogt het delen van kennis. De groep mensen die betrokken is bij zorg is groot en divers. Leren van elkaar is belangrijk.

De zorg is werkbaar en haalbaar. Er wordt efficiënt gewerkt door de autonomie van de patiënt en van de zorgverleners, ondersteund door techniek en goede communicatie. Er zijn voldoende mensen die zorg willen dragen, gemotiveerd vanuit hun eigen waarden die ze delen met de patiënt en de organisatie en waarmee ze samen een missie naar de patiënt vormgeven. Er is een open cultuur van samenwerking, vertrouwen en onderling leren. Het is een omgeving waarin eerlijk en transparant zijn over wat men wil betekenen en wat men daadwerkelijk waarmaakt, een voorwaarde is. De patiënt kiest voor zijn zorg.

Wat de boer niet kent, kan best goed zijn

Het beeld kan ontstaan dat we het alleen hebben over de reguliere geneeskunde. Op dit moment geldt in de zorg de opvatting: "als niet bewezen is hoe het werkt, dan werkt het niet". Daarmee worden veel categorieën van zorg als alternatief weggezet.

Als we veranderen naar een integraal paradigma, waarin niet alleen het lichaam van de patiënt en een ziekte centraal staan, maar ook zijn omgeving en een spirituele component, dan is het logisch om de alternatieve geneeskunde daarbij een plaats te geven. Veel geneeswijzen zijn ouder dan de westerse geneeskunst en zijn op andere plaatsen in de wereld volledig ingeburgerd. Veel mechanismen zijn niet te doorgronden, terwijl onomstotelijk vast is komen te staan dat ze kloppen. Patiënten met uitzicht op natuur herstellen sneller. Er is een significant verschil in herstel als voor patiënten wordt gebeden of niet. Dat zijn geen vermoedens, maar resultaten van onderzoek dat volgens alle regels van zorgvuldigheid is uitgevoerd.

In de ontwikkeling van de zorg hebben alternatieve geneeswijzen hun eigen rol en hun eigen bijdrage en belofte. In een integraal mensbeeld hoort een integraal beeld van de ondersteuning die daarbij geboden wordt. Aandacht voor spiritualiteit is een aspect dat met de groeiende regie vanuit de patiënt door die patiënt van belang wordt geacht. Het lijkt een factor die vanuit bewezen

Samenvatting OCF-themaraapport Zorg

resultaat op genezing, herstel of gezondheid door de medische praktijk serieuzer genomen gaat worden.

Uiteindelijk raakt de methode die gebruikt wordt ondergeschikt aan het doel waaraan het zorgteam werkt. De alternatieve geneeskunst wordt onderdeel van het brede begrip zorg. Kennis vermengt, zowel in de praktijk als in opleidingen. De niet op genezing of preventie gerichte organisaties worden de nieuwe grens van het systeem. Wie weet zien we een revival van kerken als bronnen van genezing?

De farmacie als medestander

Een test. Denk aan zorg. Is farmacie het eerste wat in je opkomt? Is de associatie positief? Voor veel mensen is het antwoord twee keer "nee". Toch is farmacie een onmisbare schakel in het huidige zorgproces.

De farmaceutische sector kampt met een aantal problemen. Het proces van medicijnen ontdekken en produceren is lang en duur. De pijnlijp voor nieuwe geneeskrachtige moleculen raakt steeds leger. Nu alle kleine moleculen gescreend zijn, worden ze steeds complexer en moeilijker in bulk te maken. Er is minder bereidheid op de markt om hoge prijzen voor geneesmiddelen te betalen. In toenemende mate worden behandelingen als een recht van de maatschappij gezien, waar bedrijfskundige belangen niet de boventoon in mogen voeren.

Die bedrijfskundige belangen zijn het laatste en misschien wel grootste probleem van de farmaceutische sector. De sector heeft het imago dat meer naar de eigen winst gekeken wordt dan naar de rol die de producten in de maatschappij spelen. Er is een diep wantrouwen, wat onder andere heeft geleid tot extreem strikte eisen aan productie en aan bijvoorbeeld communicatie-uitingen. Kennelijk is het beeld dat een farmaceutisch bedrijf zijn medicijnen zal verkopen als het kan, en niet alleen als daar een patiënt bij gebaat is.

In de transitie naar een gedeelde verantwoordelijkheid in de zorg is een dergelijke opstelling onhoudbaar. De farmacie zal zich sterker moeten gaan verbinden met de zorgverleners en met hun veranderende rol. De farmacie kan van verdenking van eigenbelang groeien naar een betekenisvolle rol in het totale zorgproces.

De transformatie van de farmaceutische industrie betekent ontwikkeling. Ontwikkeling op technisch vlak, met nieuwe productiefilosofieën die niet meer van zuiver synthetische middelen uitgaan, maar een verschuiving doormaken naar vormen als genterapie en microbiologische massaproductie. Vooral ontwikkeling in de rol die farmacie in de wereld heeft. Een rol waar de maatschappelijke component de boventoon voert en een gezonde (maar niet noodzakelijk maximale) winst daarvan de boventoon voert. Dat vraagt een verschuiving van focus van de korte naar de lange termijn. Alleen dan is het duurzaam voortbestaan van de sector in de veranderende zorgwereld waarschijnlijk.

Eén wereld

Aan het begin van dit artikel hebben we aangegeven dat de gezondheidszorg in Nederland op een hoog niveau staat. Dan nog blijken er veel veranderingen op komst. Wat betekent dat als we breder kijken en de hele wereld als toneel nemen?

We zien dat het lang niet overal zo goed geregeld is als in Nederland. De millenniumdoelen voor gezondheidszorg zijn voor een Nederlander misschien veel minder dan het minimum waarmee hij genoeg zou nemen, maar worden wereldwijd nog niet gehaald. Ook op minder in het oog springende gebieden zijn delen van de wereld in het nadeel. Medicijnen worden bijvoorbeeld met name in de westerse wereld getest. Daar is lactose als hulpstof geen probleem omdat men is grootgebracht op koemelk. Helaas kan de rest van de wereld geen lactose verteren. Voor hen zijn die medicijnen onbruikbaar.

Inzichten en geneeswijzen verschillen over de wereld. Wat op de ene plek volledig normaal en gefundeerd is, wordt elders gezien als exotisch en onverklaarbaar. Een Nederlander kan meewarig kijken naar een medicijnman die ongeteste medicijnen gebruikt, terwijl de medicijnman op dezelfde manier naar de Nederlander kijkt, die een lichaam repareert maar de ziel van de patiënt niet reinigt. De gezondheidszorg kan zichzelf wereldwijd versterken als er vertrouwd wordt op het nut van de inzichten en methoden van de ander. De komende jaren zullen we elkaar steeds meer vanuit het beeld van samenwerking tegemoet kunnen treden. Zo komen we wereldwijd tot het beste uit verschillende werelden op het gebied van zorg.

Niet alleen de zorg is onevenwichtig verdeeld, ook grondstoffen. De armste landen beschikken soms over onmisbare grondstoffen voor medicijnen, maar door hun levensomstandigheden is het voor hen niet logisch daar op een duurzame manier mee om te gaan. Aan de andere kant van de wereld zijn bedrijven met de expertise om die grondstoffen te verwerken tot waardevolle zorgproducten. Bedrijven die weten hoe dat op een duurzame manier vorm gegeven kan worden zonder natuurlijke bronnen uit te putten. In toenemende mate ontstaat het besef van wederzijdse afhankelijkheid tussen leveranciers en producenten. Samen is men blijvend van waarde voor anderen en voor zichzelf. Groeien naar een integraal perspectief, is het nemen van wereldwijde onderlinge verantwoordelijkheid. Eigenbelang en altruïsme vallen samen.

Door de toenemende globalisering zijn problemen gedeelde problemen geworden. Verslechtering van de zorg en van de levensstandaard elders is een gedeeld probleem, we lopen zelf risico. Dat besef is de eerste drijfveer om ontwikkelingshulp op peil te houden en actief te delen in de eigen welvaart. Dit is de basis voor een breder inzicht dat geven in zijn algemeenheid loont en dat verbinding met de medemens alle partijen ten goede komt. Met de komst van dat besef komt de zorg wereldwijd in een situatie waarin het een bloeiende bedrijfstak is en een gemeenschappelijke maatschappelijke taak, die wereldwijd

Samenvatting OCF-themaraapport Zorg

niet langer focust op compensatie of winst, maar op de bijdrage in het leven waarvan die winst op alle vlakken en op langere termijn slechts een resultaat is.

Zorgen voor het milieu, en het milieu als zorg

In een duurzame visie op de zorgsector past ook het milieu. Een academisch ziekenhuis heeft een energieverbruiksequivalent heeft van bijna 30.000 huishoudens? De zorgsector is een grote verbruiker waar het gaat om energie en grondstoffen, het is een sector waar op dit vlak veel winst te halen valt. Door tevens te investeren in energiezuiniger bouwen, beheren en gebruiken kan veel geld bespaard worden. Geld dat direct terug kan vloeien naar de zorg.

Het milieu is een grote bron van zorg. De directe leef- en werkomgeving geeft aanleiding tot discussie over mogelijke gezondheidsrisico's. Fijnstof, dioxine, hormonen: vaak gaat het niet zozeer om een enkele stof die impact heeft op een individu. Een opeenstapeling van meer of minder giftige stoffen is funest. Wetenschappelijk gezien is het lastig om aan te tonen of een stof gevaarlijk is of niet.

Kwetsbare groepen in de samenleving, zoals groepen met een lage sociaal-economische status lopen meer gezondheidsrisico's dan de doorsnee Henk en Ingrid. Zij wonen in wijken dicht bij doorgaande wegen (fijnstof), eten anders (hormonen), werken anders (zwaardere en gevaarlijker beroepen) en bewegen anders (preventie). Ook hun beleving van gezondheid is lager, onder meer door het ontbreken van een gevoel van grip op het leven op sociaal, economisch en fysiek vlak. Deze verminderde gezondheidsbeleving zorgt voor een relatief hogere belasting van huisartsen.

De uitdaging van de komende decennia ligt in het vasthouden aan het solidariteitsprincipe in de zorg en de bescherming van deze kwetsbaardere groepen. Preventie, voorlichting en verdere aanscherping van productregulering zullen daarbij centraal staan. Wat een samenleving daadwerkelijk menselijk maakt is dat zij ook haar zwakkeren weet op te stuwen.

Het tijdspad

Het is bijna ondoenlijk om van alle geschetste ontwikkelingen aan te geven wat wanneer plaats gaat vinden. Dat wil niet zeggen dat er geen regelmaat in zit: de verschillende paradigma's die leiden tot de nieuwe visies en verschuivingen in het zorgveld volgen elkaar op een logisch manier op. Ieder paradigma leidt tot een verschuivende focus, verantwoordelijkheden en uiteindelijk tot een crisis. Om die samenhang te bekijken schetsen we hier de ontwikkelingen en de crises.

De zorgsector heeft zijn kerndoel: goede gezondheid voor de mens. De inzichten hoe dat kerndoel optimaal gerealiseerd kan en moet worden verandert. In deze zorgvisie volgen paradigma's elkaar op. Crises markeren de transitie van de grote massa tussen deze fases. Overgangen zijn niet zwart-wit: koplopers werken al vanuit het systeem van morgen en laggards zullen geruime tijd na de grote massa in oude paradigma's blijven hangen.

Samenvatting OCF-themaraapport Zorg

De zorgsector optimaliseert op dit moment op beheersbaarheid: risicopreventie viert hoogtij en het eigenaarschap van een behandeling ligt nog steeds bij de medische stand. Niet alleen de keuze voor behandeling, maar ook de keuze voor behandelaar gaat buiten de patiënt om. Eigenaarschap van de behandeling ligt bij de behandelaar, de verantwoordelijkheid ook. 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 beheerscrisis

Deze wordt ingegeven door een principe dat iedere beurshandelaar kent: laag risico levert ook beperkingen in resultaat. Patiënten nemen niet langer genoegen met een resultaat dat geen topprestatie inhoudt. Liever een gecalculeerd risico als daarmee de winstkans groter wordt.

Daarmee verschuift het paradigma naar optimale prestatie. Risicovollere behandelingen maar wel met groter effect als ze slagen. Voor patiënten betekent het shoppen. De behandeling wordt (nog steeds) bepaald door de medici, dus moet je de beste hebben. De druk op de behandelaars neemt daarmee toe: zij moeten een steeds fellere competitie aan, 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.

De medische crisis.

Deze crisis komt 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 daardoor dusdanig is dat er zeker geen ruimte is voor 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 zeker 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 stellen samen de regie over de gezondheid te houden. Simpele principes komen in hoger aanzien, omdat de patiënt die makkelijker zelf kan regisseren. Belangrijkste factor daarbij is preventie. In het scala ondersteuning rond de patiënt (of potentieel patiënt) vinden we naast de traditionele medische disciplines ook partners op het gebied van voeding, sport en bewegen of welzijn en welbevinden. Zelfs een opleiding voor religieuze instituten is niet onwaarschijnlijk in deze visie. Iedere zorgverlener profileert zich op zijn eigen unieke waarde en expertise, en op de manier waarop hij inpasbaar is in een team. Prestatie wordt van een absolute schaal naar een match gepromoveerd, waar afhankelijk van de match andere prestatiecriteria de boventoon voeren. De patiënt regelt niet alleen goede zorg om zich heen, maar ook zorg die past bij hem als persoon.

Samenvatting OCF-themaraapport Zorg

De samenwerkingscrisis

Iedereen die wel eens een huis gebouwd heeft weet dat het aansturen van een groep afzonderlijke disciplines een vak apart is. Bij gebrek aan aannemers voor de zorg ligt die last bij de patiënt. De kennis die nodig is om de mogelijkheden te doorgronden is zodanig complex dat de patiënt de last van de coördinatie niet kan dragen. Dat maakt het niet alleen moeilijk het juiste scala aan zorg te organiseren, maar zorgt ook dat onderlinge communicatie bemoeilijkt wordt, wat de prestatie frustreert.

Het paradigma waartoe de zorg uiteindelijk evolueert in de komende 30 jaar is dat van holisme: het besef dat patiënt, zorgverlener, zorgcoördinator, instelling, maatschappij en leefomgeving allemaal onderdeel zijn van één groot geheel. Vanuit dit inzicht verenigt de zwerm disciplines die de patiënt rond zich heeft verzameld 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 dus wordt behandeld over 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 nog steeds onontbeerlijk. De rol van regisseur zal worden ingevuld, is het niet als de volgende stap voor huisartsen, dan wel door een ander. Deze rol is geen doorgeefluik (zoals nu van de eerste naar de tweede lijn), maar een bewaker van het geheel dat gezond gehouden moet worden.

Tot slot

Uiteraard is de bovenstaande visie een beknopte samenvatting van het uitgebreidere document dat de werkgroep OCF 2.0 Zorg heeft afgeleverd. In vogelvlucht zijn een aantal kernpunten aangestipt, waarmee wij niet pretenderen volledig te zijn. Voor meer achtergronden, literatuur, internetbronnen en prikkelende ideeën verwijzen we naar het volledige document.

Er staat ons veel te wachten in de zorg. Wij hebben geprobeerd onze bijdrage te leveren en gaan daar in de toekomst zeker mee door.

Bouwt u mee aan een duurzame zorgsector en een gezonder Nederland?

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 eigenzinnige, 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.bertjanvandermeden.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