

Welke veranderingsstrategie?

John Grin, UvA-AISSR

www.uva.nl/profiel/j.grin

[@jgrin1](#)

HET MODERNE ZORGSTEEM

De kernidee van de Moderniteit

- Moderniteit: kennisgedreven ontwikkelt geeft vooruitgang
- Twee dogma's
 - We kunnen de Waarheid kennen: eenduidige, universeel geldige, gegronde kennis
 - Op die basis van zulke kennis kunnen we de werkelijkheid beheersen

De moderne kosmopolis volgens Alexander Pope (1688-1744)

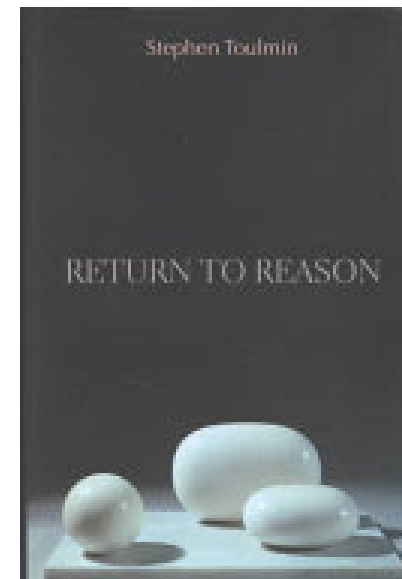


De natuur en haar wetten lagen verborgen in de nacht;
God zei: Er zij Newton – en het werd dag

Laat dwazen twisten over regeer-manieren
Het best is dat, wat 't beste kan bestieren;
Laat botte zeloten om geloofswijzen strijden
't Gelijk is aan hen die 't rechte leven leiden

Het moderne paradigma van de zorg

- Francis Bacon:
 - Van het genezen van ziekte en het bevorderen van gezondheid, naar
 - het genezen van ziekte en het bevorderen van gezondheid, en het verlengen van het leven
- Toulmin (2000):
 - Van medische wetenschap naar ‘toegepaste biologie’
 - Gezondheid en ziekte gelokaliseerd in een, (1) universeel, (2) lichaam dat (3) geïsoleerd kan worden beschouwd
 - ... beter maken / gezond houden / leven verlengen door (4) behandeling in (5) dysfunctionerend lichaam door (6) een opgeleide profesional
 - Later de GGZ spiegelbeeldig hetzelfde/



Het klassieke-moderne zorgsysteem...

- **Structuur:**
 - individuele praktijken en grote instituties
 - hoge graad van specialisatie
 - financiering via nationale, verplichte verzekering
 - aanbodgedreven opties en aanbodgerichte financiering
- **Cultuur:**
 - reductionistisch, evidence-based handelen
 - helen voornameer dan verzorgen
- **Praktijken:**
 - Bij voorkeur *alles* helen..
 - ... via specialistische, evidence-based interventies
 - (incl. protoprofessionalisering)

... zowel in 'cure' als in 'care'

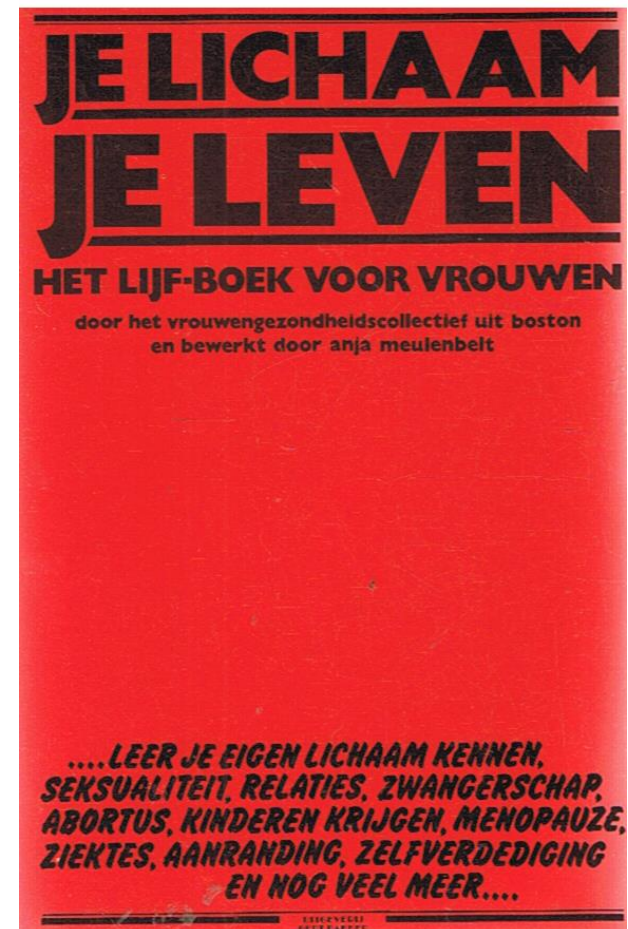
- Focus op specialisatie, reductionisme, aanbodgedrevenheid en behandelingsgerichtheid begon in cure....
- ... maar breidde zich uit naar 'care'
 - nieuwe specialismen (incl GGZ) steeds meer gericht op verbetering;
 - verzorging en verpleging geëmancipeerd: een echte professie met de professionals centraal
 - Kruiswerk: van gemeenschapsvoorziening naar abonnee-idee



DRUK OP HET SYSTEEM

Kritiek op bevoogding

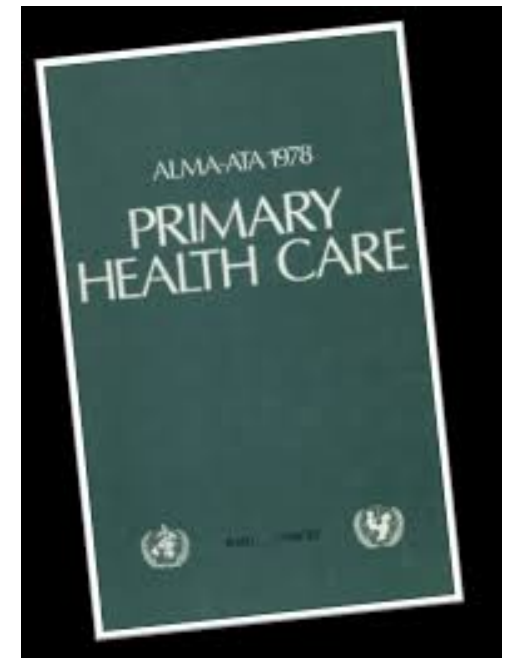
- Vanaf ca. 1970: kritiek op medicalisering en bevoogding
 - B.v Illich: medicalisering en iatrogenese
- Maatschappelijk protest, alternatieven
 - Anti-psihiatrie; Dennendal
 - Vrouwelijke patiënten emanciperen: Meulenbelt en VIDO, praatgroepen oncologie
 - Kritiek op farma-industrie: medicalisering & bijwerkingen
- Zelfreflectie binnen de zorg en regelgeving



WHO / Unicef (1978): Alma Ata Report

“Most conventional health care systems

- are becoming increasingly **complex and costly**
- and have **doubtful social relevance**.
- They have been distorted by the **dictates of medical technology**
- and by the **misguided efforts of a medical industry**
- providing **medical consumer goods** to society.
- Even some of the most affluent countries have come to realize the **disparity between the high care costs and low health benefits** of these systems.
- Obviously it is out of the question for the developing countries to continue importing them.
- ***Other approaches must be sought.***”



Zorgen over betaalbaarheid en toegankelijkheid

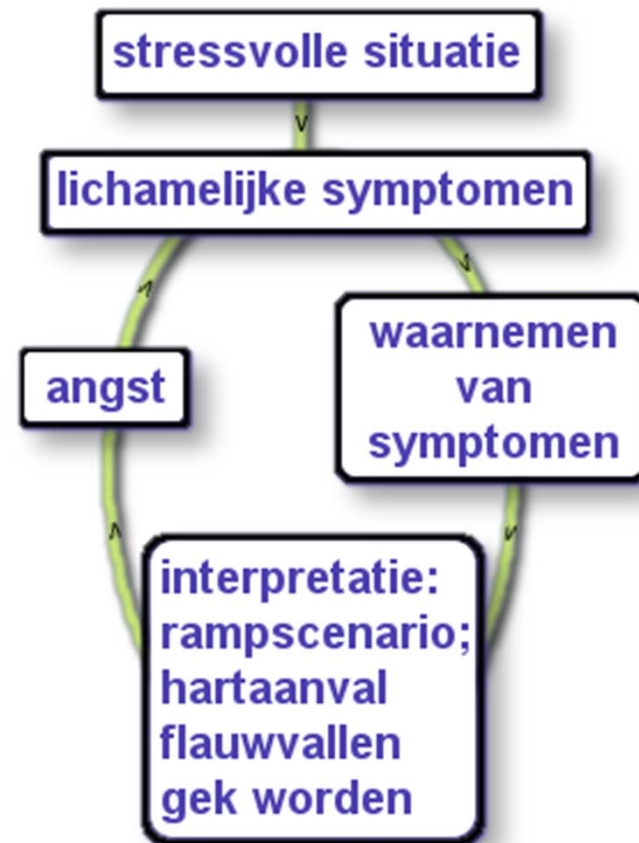
- Onbedoelde effecten: signalering enorme groei intramurale zorg (1966)
 - Wet op de ziekenhuisvoorzieningen (1971)
- Externe druk: globalisering > collectieve lasten geproblematiseerd
 - 1974: Structuurnota Gezondheidszorg
- Zorgkosten blijven stijgen: 5.5 [1970] > 8 % [1980]
- Exogene trend: neo-liberalisering: marktwerking en NPM
 - 1984: Nota *Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen*
 - Introductie marktwerking en andere managementtechnieken
 - *Keuzen in de zorg* (Dunning, Simons, Borst en verder)

Tenslotte: epidemiologische en demografische verschuivingen

- Demografische verschuiving
 - Succes van de modernisering (individualisering, betere zorg) => ontgroening en vergrijzing
 - Verhouding #mensen > 65 jaar en #mensen < 65 jaar zal in 2050 verdubbeld zijn in NL (43%); EU (55%) – vgl. US (35%) en Japan (70%)
- Epidemiologische verschuiving
 - Succes bestrijding infectieziekten + demografische verschuiving + toename stress in samenleving => chronische aandoeningen bepalen agenda en steeds meer ook kosten
 - Niet alleen in lichaam gelokaliseerd
 - Verbonden met leefomstandigheden, leefstijlen

Nieuwe vragen (1)

- Hoe omgaan met complexe aandoeningen?
 - Wat is effectief?
 - Hoe weten we dat?
 - Hoe begrijpen we dat?
 - Rol, verhoudingen patient / cliënt - professionals



Nieuwe vragen (2)

- Naast financiering nu ook personeel een probleem
 - Demografische verschuiving
 - Verminderde arbeidssatisfactie
 - Tonkens, 2008: overheidsregels + NPM
 - Verminderde ervaren kwaliteit



NAAR EEN NIEUW SYSTEEM?

Transitiedenken:

De consequenties van co-evolutie

- Dominante probleemdefinities, structuren (culturen) en praktijken co-evolueren
- Consequenties
 - Structuur ondersteunt bepaalde praktijken; andere juist niet
 - Fundamenteel andere probleemdefinitie => fundamenteel andere maatschappelijke praktijken => structuurveranderingen nodig
 - Geen structuur veranderingen => nieuwe praktijken lopen tegen barrières aan
 - ‘Hardnekkige problemen’

Conclusie uit voorafgaande

- Kosten hoger, effectiviteit en beleefde kwaliteit vallen tegen, want:
- Er is sprake van wezenlijk andere (definitie van) vraagstukken: een meer complexe set oorzaken
 - Andere kennis nodig
 - Andere verhoudingen client – zorgverleners
- Er is sprake van behoefte aan meer autonomie onder
 - verzorgden
 - zorgenden

De centrale kwestie anno nu

- Er ligt een wezenlijk ander vraagstuk, of eigenlijk: problematiek
 - Complexe aandoeningen, betaalbaarheid, kwaliteit, autonomie (2x), toegankelijkheid,
- Hoe, in hoeverre, veranderen structuur, cultuur en praktijken?
 - Discussie: hoe verder?



**SLEUTELDILEMMA:
CONTROLE EN GARANTIE VS. RUIMTE**

VNG (2013)

- Drie decentralisaties moesten
 - Dingen beter en overzichtelijker regelen voor burgers.
 - invulling gegeven aan de veranderende maatschappij: Van verzorgingsstaat naar participatiemaatschappij.
 - financiële problemen hoofd bieden
- Gemeenten onderschrijven de beweging om steeds meer taken van het sociaal domein onder bij de gemeenten
 - dichtst bij de burger
 - meer mogelijkheden om maatwerk te leveren en bureaucratie te voorkomen.
- Aangekondigde bezuinigingen bemoeilijken het behalen van de doelen wel.
 - De decentralisaties en bijbehorende transformaties vergen nu eenmaal tijd.
 - draagvlak voor de decentralisaties al bij voorbaat onder druk.

NLse Vereniging Rekenkamers en Rekenkamercommissies (2013)

- Onderzocht of de gemeente goed voorbereid is op de nieuwe taken
- Conclusies:
 - Niet altijd goed voorbereid op taken
 - Niet altijd risico's in beeld
 - Regierol niet helder

Gemeenten

- Voelen druk
 - Financiële krapte & risico's
 - Waarborgen zorg aan burgers & risico's falen
 - Nieuwe rol temidden van bestaande (vaak gemeente-overstijgende) spelers
- Sturing conform NPM, marktwerking was staande praktijk
- Van oudsher: aanbodgedreven financiering
- Dus een spanning:
 - prestatiegericht aanbesteden; tevoren budgetteren / verdelen: 'doen wat nodig is'
 - Spanningen rond kwaliteit, autonomie want (1) aanbieders gedisciplineerd en (2) rol vraagzijde onderbelicht

Sturing: wat er wel en wat er niet veranderd is

Wel veranderd

- Decentrale verantwoordelijkheid
- Opdracht
 - generiek > maatwerk
 - minder geld
- Erkenning eigen rol cliënten

Niet (altijd) veranderd

- Systeemregels
- Professionele rationaliteit
- Verwachtingen cliënten
- ... all 3 sterk aanbodgericht

‘Doen wat nodig is’ multi-interpretabel

Sub-optimaal mobiliseren/ondersteunen eigen rol

**BEPERKTE KENNIS, INZICHT IN COMPLEXE
PROBLEMEN, SCHUIVENDE VERHOUDINGEN**

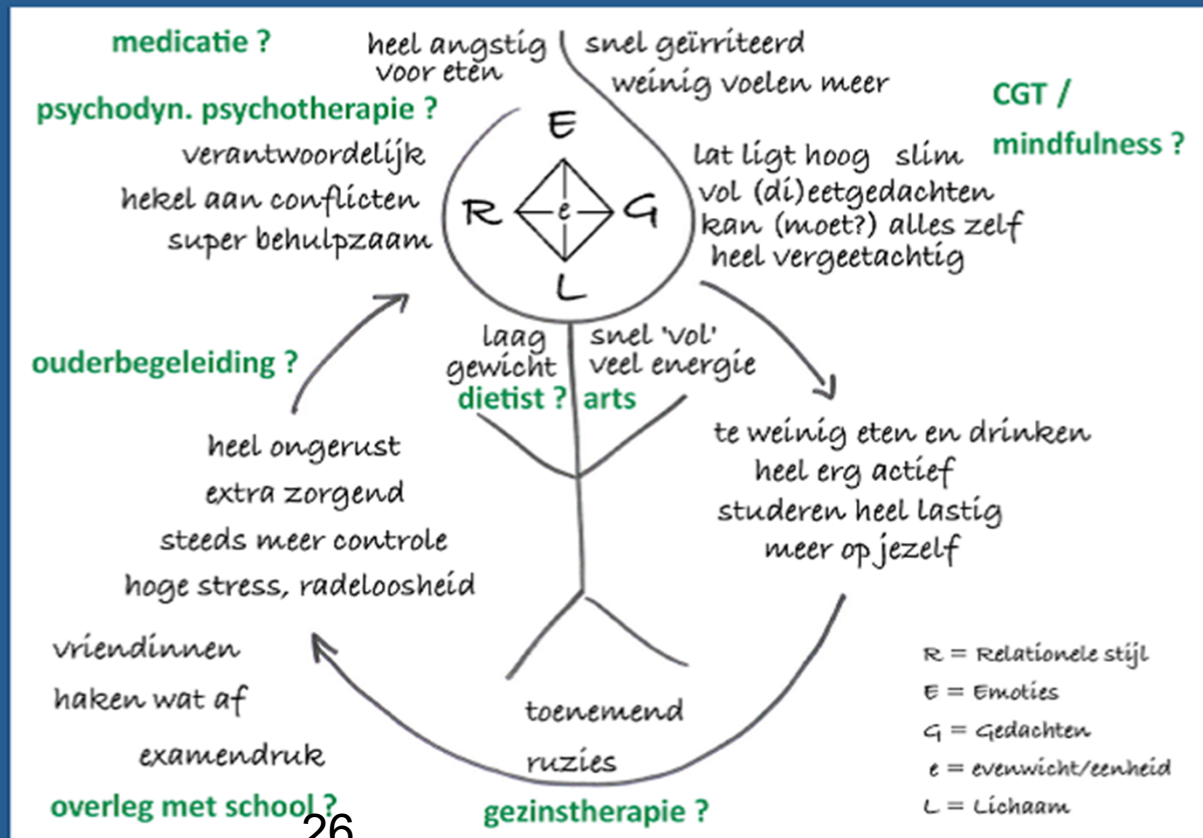
Movisie (2014)

- De stelselwijzigingen gericht op:
 - mensen sneller geholpen worden bij zorg- of ondersteuningsvragen;
 - mensen zorg en ondersteuning krijgen die zoveel mogelijk aansluit op hun persoonlijke (thuis)situatie, mogelijkheden en sociale netwerk;
 - mensen die anderen zorg of hulp (willen) bieden, daarvoor alle ruimte en steun krijgen;
 - de omvang en de kosten van de verzorgingsstaat beperkt worden.
- Dit vraagt onder meer om:
 - het anders organiseren van de toegang tot collectief gefinancierde zorg en ondersteuning;
 - meer samenhang in het aanbod van zorg, jeugdhulp en ondersteuning;
 - meer en betere samenwerking tussen professionals, vrijwilligers en mantelzorgers;
 - passende ondersteuning van mantelzorgers en zorgvrijwilligers;
 - aansluiten bij de talenten en mogelijkheden van mensen zonder evt. beperkingen uit het oog te verliezen;
 - meer zorg- en ondersteuningsdiensten, voorzieningen en hulpmiddelen die mensen in staat stellen thuis te blijven wonen;
 - meer ruimte en stimulans voor zorginitiatieven van particulieren.

Waar gaat het nu echt over?

[vb van George Westermann]

Anorexia Nervosa mogelijke interventies



Wat nodig?

- Movisie:
 - Dit alles vraagt om een grote cultuurverandering:
 - medewerkers van overheden en zorg- en welzijnsorganisaties
 - mensen die zorg nodig hebben en/of mantelzorg geven.
 - Het omvat de hele participatiesamenleving.
- Maar ook (-JG):
 - Andere kennis, inzicht
 - Andere beoordeling interventies
 - Doorbreken bestaande verwachtingen en verhoudingen - incl protoprofessionalisering

**EXTRAMURALISEREN EN EIGEN
VERANTWOORDELIJKHEID *VERSUS*
ONDERSTEUNDE AUTONOMIE EN VEILIG
VANGNET**

Langer thuis & zelfstandig- hoera?

- Ja, maar
 - wel samen
 - geen overbelaste mantelzorgers
 - professionele kennis in huis net zo belangrijk als zorg aan huis
 - regie bij cliënt en zorgende
 - verzekerd vangnet in plaats van ‘ thuis of intramuraal’

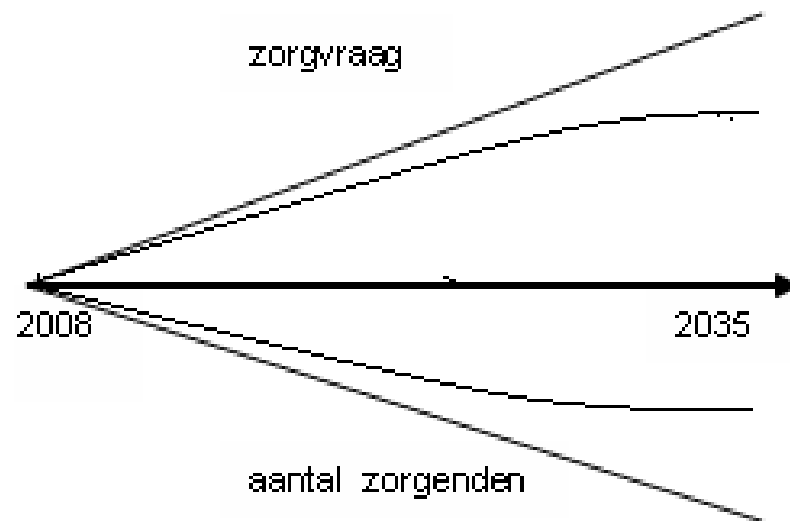
Naar een nieuw repertoire? Zorg op afstand, dichterbij

- Videoscherm als intermediair client - zorgprofessional / organisatie
- Waargenomen voordelen
 - Clienten
 - Beleeft autonomie
 - Meer vertrouwen langdurende zelfstandigheid
 - Wellicht minder zorgvraag
 - Meer gevoel van contact
 - Bij GGZ: oplossen bekende spanningen
 - Professionals
 - 'Ik heb me vaak terug!'
 - Meer gevoel van contact
 - Clienttevredenheid



ZoA als alternatief

- As client-professional centraal
 - Meer arbeidssatisfactie
 - Meer ruimte voor professionele logica (t.o.v. markt. Bureaucratische logica)
 - Meer autonomie
 - Weer 'echt zorgen'
 - Minder zorgvraag en meer beleefde kwaliteit
 - Meer agency
 - Beter contact
 - Meer maatwerk



Dus logica

- Als as client-professional centraal...
- dan op KT
 - meer kwaliteit voor zelfde geld, personele inzet
 - Hogere arbeidsproductiviteit
- Op LT
 - Meer kwaliteit met minder geld, personeel
 - Vermeden zorgvraag
 - Minder tussenmgt



EN DUS?

Wat anders?

- Strategie:
 - andere financiering, b.v. lumpsum?
 - andere verwachtingen bij cliënten?
 - Nieuwe kennis bij professionals?
 - Nieuwe evaluatie / beoordelingsmethoden van interventies
 - Van uniformiteit / gelijkheidsdenken naar diversiteit honoreren

Hoe anders?

- Mogelijk aansluiten bij:
 - trends
 - Behoeftte autonomie
 - Onvrede onder professionals
 - nieuwe praktijken:
 - Buurtzorg
 - Zorg-op-Afstand
 - Dementaal coach
 - ACT

Transitiedynamiek

