



Nederland en de zorg 2010 – 2050
Inleiding bij theoretisch kader lange termijnvisie

1. In het verleden de toekomst ontdekken

De hierna volgende visievorming van LOC, en het feit dat zij nu met dit document wil bijdragen aan een dialoog over de transitie van het systeem van (gezondheids)zorg, hierna aangeduid met 'zorg', is niet zonder aanleiding. Kijkend naar de geschiedenis van de twee oudste onder de sectoren die LOC bedient - verzorging/verpleging en geestelijke gezondheidszorg - blijkt dat deze door de eeuwen heen een ontwikkelingstraject hebben afgelegd met daarin vele veranderingen in visie op zorg en daaruit voortvloeiende manieren van werken. Die lijn van ontwikkeling doortrekkend blijkt een nieuwe fase zich logischerwijs en juist op dit moment aan te dienen. Hierna geven we een beknopte schets van zowel de ontwikkeling van de psychiatrie als de ouderenzorg. Daarbij wordt voor beide eerst de context beschreven van maatschappelijke ontwikkelingen waar zij onderdeel van waren en zijn, en vanuit welke tijdgeest die is ontstaan. Die geschiedkundige schets wordt vervolgens steeds geplaatst in de context van hoe de zorg in verschillende sectoren door de eeuwen heen werd ingericht en georganiseerd. We eindigen deze paragraaf met wat het beeld zoals hier weergegeven betekent voor de toekomst van de organisatie van de zorg.

De tweede paragraaf bestaat uit een theoretisch kader, dat op basis van actuele bevindingen uit onder andere de wetenschap, een visie geeft op de zorg zoals die zou moeten worden georganiseerd en ingebed in een drastisch veranderende Nederlandse samenleving.

1.1. Geschiedenis psychiatrie

Religie en charitas

In principe kan worden gesteld dat de zogeheten 'krankzinnigenzorg' (de term krankzinnig stamt uit de 17e eeuw) pas vanaf 1800 vorm kreeg. Dat wat we nu 'psychiatrische aandoeningen' noemen kwam uiteraard wel voor, maar voor hen die daaraan leden bestond er geen vorm van opvang. Velen maakten gewoon deel uit van de gemeenschap waarin zij woonden. Vormden zij echter te zeer een bedreiging voor hun omgeving, dan werden zij opgesloten in de zogeheten 'dolhuizen'. Het aantal dolhuizen was echter zeer beperkt (de oudste dolhuizen stammen uit 1442: Reinier van Arkel in den Bosch en 1461: Willem Arntszhuis in Utrecht). Pas na 1560 ontstonden er meer, maar nog steeds in beperkte mate. Daarom voorzagen ook de gasthuizen, die vanuit voornamelijk kerkelijke charitas waren opzet onder meer voor opvang van arme oude mannen en vrouwen, in opvang van mensen die te kampen hadden met geestesaandoeningen.

Vele 'dollen' verbleven dus in charitatieve instellingen. Er waren gewone gasthuizen, leproos - en pesthuizen, oude mannen - en oude vrouwenhuizen. De zorg voor verschillende soorten gasthuisbewoners verschilde destijds echter niet of nauwelijks. De instellingen verschafften onderdak, voeding, kleding en bewaring. Opvang en zorg waren tot een minimum beperkt. Bewoners kregen weinig te eten, kleding was schamel en zalen waren koud en vochtig en soms sterk vervuild.

Behandeling van geestesziekten was nog verre toekomst. Men richtte zich vooral op het in bedwang houden van 'dollen' vaak door langdurige opsluiting onder erbarmelijke omstandigheden of door vastketenen.

In de achttiende eeuw ontstonden er ook particuliere dolhuizen, die niet vanuit charitas maar vanuit de handelsgeest werden gedreven. Ze waren bedoeld voor de opvang van de beter gesitueerden en lagen veelal in natuurrijke, rustgevende omgevingen.

Perspectief

De wijze van denken over en behandelen van 'dollen' werd in deze periode voornamelijk ingegeven door onze traditioneel religieuze cultuur. In middeleeuwen werd 'krankzinnigheid' vooral gezien als Goddelijke straf of – nog erger – het bezeten zijn door satan. Het traditionele religieuze kader is tot in de 15e eeuw bepalend geweest voor hoe de samenleving zich opstelde ten opzichte van 'dollen'. Wie maatschappelijk geaccepteerd gedrag vertoonde was 'goed christelijk'. Wie daaraan niet voldeed werd in het dol- of gasthuis opgesloten of veroordeeld tot straffen zoals verbranding.

Hervormingen: wet en kennis

De grondgedachte dat 'krankzinnigen' zieken zijn en een geneeskundige behandeling moeten ondergaan doet aan het einde van de achttiende eeuw zijn intrede. De opzet daarbij zou moeten zijn iemand bij voldoende herstel weer terug te laten keren naar de maatschappij. Ook vatte de gedachte post dat alleen de medicus over kennis en ervaring beschikte om krankzinnigheid te genezen en daarmee was zijn positie als autoriteit verankerd.

Ook formele regelgeving is nu aan de orde. Bij koninklijk besluit van 1818, dat ook wel het 'menschlievend besluit' wordt genoemd, werd vastgelegd dat genezing van 'krankzinnigen' het doel zou moeten zijn van gestichten. In 1841 komt de eerste Krankzinnigenwet en het eerste krankzinnigenhuis (Santpoort). De wet gaf onder meer aan met welke middelen gestichten hervormd konden worden. Ook werd erin neergelegd dat een opname slechts kon plaatsvinden met de machtiging van een rechter, die zijn beslissing zou baseren op het oordeel van de medicus. 'Krankzinnigen' werden nu door medici onderzocht en inzicht in psychische aandoeningen nam daardoor toe. Van behandeling was echter nog geen sprake.

Perspectief

De wijze van denken over opvang en behandeling van 'krankzinnigen' wordt in deze periode ingegeven door het verlichtingsdenken. Kerk en staat worden gescheiden, zodat de staat via wet- en regelgeving invloed kan uitoefenen op de gewenste orde in een samenleving. De staat waakt over haar burgers vanuit de overtuiging dat het de staat is die weet wat goed is voor de burger. Het traditioneel religieuze perspectief maakt plaats voor de prille ontwikkeling van het objectieve wetenschappelijke onderzoek, waardoor onderzoek naar 'krankzinnigheid' vorm kan krijgen.

De individu centraal

Wet- en regelgeving zijn sinds de eerste Krankzinnigenwet van 1841 verder ontwikkeld. In 1971 is een wetsvoorstel Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen ingediend (Wet Bopz). Die moest de oude Krankzinnigenwet vervangen. Het zou 20 jaar duren voordat de wet in het Staatsblad verschijnt (1992), waarna die pas in 1994 in werking treedt. Dat duurde zo lang, vanwege de wettelijke regeling van zaken als dwangopname en dwangbehandeling. Over hoe dat te regelen liepen de meningen in de samenleving, en dus in het parlement, sterk uiteen. Eisen als 'stoornis', 'gevaar' en 'causaal verband tussen stoornis en gevaar' stonden ook in de Krankzinnigenwet. Het vereiste 'geen blijk geven van de nodige bereidheid' (wat ook wel het 'bereidheidscriterium' wordt genoemd), is in de Bopz in de plaats gekomen van het bezwaarcriterium. Nu moeten niet alleen zij die zich tegen opname verzetten, maar ook diegenen die geen blijk (kunnen) geven van instemming of verzet, met een Bopz-maatregel worden opgenomen.

Vooraf ten aanzien van de rechtsbescherming van de patiënt, is de Wet Bopz een verbetering ten opzichte van de Krankzinnigenwet. De Wet Bopz kent een regeling van de rechten van de patiënt tijdens het onvrijwillig verblijf. Zo moet er periodiek worden geëvalueerd (voor de eerste maal drie jaar na inwerkingtreding en vervolgens elke vijf jaar). In december 1996 maakte de evaluatiecommissie Bopz de resultaten van de eerste evaluatie bekend. Een kabinetsstandpunt verscheen in november 1997. In maart 2002 is de tweede evaluatie afgerond. In juni 2003 heeft de Algemene Rekenkamer een rapport uitgebracht over de werkbaarheid van de wet in de praktijk van de psychogeriatric en in mei 2004 heeft de Gezondheidsraad een advies uitgebracht, getiteld 'Noodgedwongen, Zorg voor niet-opgenomen acute psychiatrische patiënten'.

Binnen de kaders van de Wet Bopz zijn nieuwe instrumenten geïntroduceerd, zoals nieuwe vormen van rechterlijke machtigingen. Naast de voorlopige machtiging, de machtiging tot voortgezet verblijf en de rechterlijke machtiging op eigen verzoek, is sinds 2004 de wet uitgebreid met de mogelijkheid van een voorwaardelijke machtiging. Daarmee kan een patiënt gedwongen opname voorkomen door zich te houden aan bepaalde voorwaarden die zijn behandeling betreffen.

Ook is sinds 2004 de mogelijkheid tot het gebruik van dwangbehandeling na een gedwongen opname uitgebreid. Er hoeft nu geen sprake meer te zijn van 'ernstig gevaar', maar van 'gevaar'

binnen de instelling. Na alle evaluatierondes is een voorstel voor een geheel herziene wet nog steeds in de maak.

In de wetenschap stonden de ontwikkelingen evenmin stil. Sinds onderzoek naar en behandeling van psychische aandoeningen tot een formele wetenschappelijke discipline behoren, zijn er verschillende visies ontstaan op oorzaak en behandeling daarvan. Een beknopte weergave van die ontwikkeling:

Medische perspectief

In deze visie is een psychiatrische aandoening het gevolg van een afwijking in de structuur of het functioneren van het lichaam. De erfelijkheidsleer is op deze visie onder meer van invloed geweest.

Psychologisch perspectief

Het onvoldoende psychisch functioneren van de patiënt is in deze visie de oorzaak van de aandoening. Die kan vervolgens teruggevonden worden in verschillende verklaringen zoals weergegeven in bijvoorbeeld de psychodynamische theorie (ervaringen uit de vroege kindertijd, die van invloed zijn op het huidige psychisch functioneren), de leertheorie (gedrag dat is aangeleerd en dat leidt tot stoornissen, kan ook worden afgeleerd) en de cognitieve theorie (informatie opgeslagen in de psyche kan door bepaalde actuele gebeurtenissen opspelen en zo psychische problemen veroorzaken).

Sociologisch perspectief

Milieu (sociaal en economisch) en culturele achtergrond zijn van invloed op het psychisch functioneren en worden systematisch betrokken bij de behandeling van psychische aandoeningen. Het medische perspectief heeft onder meer geleid tot ontwikkeling en toediening van medicatie als behandelvorm. Het psychologische perspectief droeg eraan bij dat geschiedenis en het gedrag van de individu steeds nauwer werden betrokken bij nieuwe vormen van behandeling, waardoor er ook meer kennis daarover opgedaan kon worden. De medicalisering en de psychologisering leidden in de jaren '70 tot het ontstaan van de anti-psychiatrie. Gesteld werd dat het vooral ook de ziekmakende factoren van samenleving zélf waren, die tot psychiatrische aandoeningen leiden. Daarmee zag de sociale psychiatrie het licht. Er moest bij behandeling vooral aandacht zijn voor de cliënt in relatie tot zijn omgeving.

Nieuwe therapievormen dienden zich aan zoals de gezinstherapie of systeemtherapie. Ook de visie dat patiënten eigenlijk zoveel mogelijk 'gewoon' moeten kunnen deelnemen aan de samenleving ('vermaatschappelijking') doet zijn intrede. Gevolg daarvan is onder meer dat de laatste jaren de gedachte opgeld doet dat psychiatrische patiënten hun ervaring met 'ziek-zijn', behandeling en reïntegratie in zouden moeten c.q. kunnen zetten ten behoeve van de eigen zingeving en ter verbetering van de psychiatrische zorg ('ervaringsdeskundigheid').

Perspectief

De wijze van denken over opvang en behandeling van psychiatrische patiënten wordt in deze periode steeds meer ingegeven door de overtuiging dat de individu, zijn achtergrond en de omgeving waar die onderdeel van is alle belangrijk zijn voor gezond kunnen functioneren. Vrijheidsbeperking van de individu is, zeer in tegenstelling tot eerdere perioden, een thema waarover nu decennia gediscussieerd wordt in de samenleving en politieke arena. Wetten en regels moeten volgens de tijdgeest zowel recht doen aan de individu als ook het collectief dienen (zorginstelling/samenleving). Behandelvormen nemen toe en bestrijken zowel de sec medisch als psychologische als sociologische disciplines, waardoor steeds meer aspecten van mens-zijn idealiter worden geïncorporeerd. Ontwikkelingen volgen elkaar in hoog tempo op. De (psychiatrische) zorg wordt complexer en daarmee ook de vraagstukken waar verderop in deze paragraaf, over de toekomst van de zorg, wordt ingegaan.

1.2. Geschiedenis ouderenzorg

Charitas voor ouderdom in armoede

Net zoals in de psychiatrie het geval is, ligt de basis van de ouderenzorg in de charitas. Tot aan de jaren zestig van de vorige eeuw kent Nederland geen pensioenuitkering voor ouderen. Ouderen werkten gewoon door, totdat dat niet meer kon. Een groot gezin voorzag meestal in de 'oudedagsvoorziening', doordat kinderen hun ouders verzorgden. Oudere mannen en vrouwen die niet voor zichzelf konden zorgen, konden in de middeleeuwen onderdak vinden in zeer sober ingerichte gasthuizen. Daar werd ook voedsel en kleding verschaft. Voor met name vrouwen waren er ook de hofjes, waar zij onder toezicht woonden. Met de opkomst van de burgerij in de late middeleeuwen, zijn er ook gasthuizen door leken gesticht.

Tot aan de renaissance is de opvang met name in handen van de kerken. Tijdens de renaissance neemt de invloed van de kerk door hervormingen verder af. Veel (klooster)gasthuizen worden opgeheven of overgenomen door de burgerij. In deze tijd stond het gasthuis onder bestuur van regenten en regentessen, die van bewoners vaak deugdzaam gedrag verlangden zoals een regelmatige kerkgang. Bij overtreding van regels kon huisarrest worden opgelegd of de inwoning opgeheven. Er was voornamelijk sprake van opvang van ouderen en minder van zorg. Een actieve bijdrage in het doen van (huishoudelijke) klussen werd veelal gevraagd. Verpleging bij hulpbehoevendheid ontbrak. Bij ziekte werd vaak van mede-gasthuisbewoners verlangd dat zij de verzorging op zich namen.

Een stad had soms meerdere gasthuizen en er werd dan vaak onderscheid gemaakt tussen binnengasthuizen en buitengasthuizen. De laatste waren vooral voor 'krankzinnigen' en voor mensen met besmettelijke ziekten zoals de pest.

Perspectief

Ook in de ouderenzorg werd opvang voornamelijk ingegeven door onze traditioneel religieuze cultuur. De gasthuizen richtten zich vooral op het zielenheil van de ouderen. Het zijn met name kerkelijke fondsen, die zorgden voor de financiering van gasthuizen voor armlastige ouderen. Het systeem van de verzuiling vanuit kerkelijk regime vormt de basis van het systeem.

Welvaart voor iedereen

Thorbecke ontwierp een nieuwe armenwet (1851), die beoogde de verantwoordelijkheid voor armenzorg bij de staat te leggen. Daarmee zou een einde worden gemaakt aan de dominante positie van kerkelijke en particuliere instellingen. De armenwet die in 1854 daadwerkelijk tot stand kwam, maakte echter dat de armenzorg in principe in handen van kerkelijke en particuliere instellingen bleef. De wet bedong namelijk onder meer dat men alleen voor armenzorg in aanmerking kwam, zoals opvang in een gemeentelijk tehuis voor ouden van dagen, wanneer men onmogelijk in eigen onderdak kon voorzien. Veel hulp behoevende ouden van dagen bleven daardoor afhankelijk van kerkelijke liefdadigheid.

Pas na de Tweede Wereldoorlog gaat de overheid een actieve rol spelen op de diverse zorgterreinen. De invoering van de Algemene Ouderdomswet (AOW) in 1957, was één van de meest essentiële vernieuwingen. Ouderen hoefden niet meer tot in lengte van dagen door te werken en de noodzaak van grote gezinnen als verzekering voor de oude dag verdween.

Ouderen willen nu na hun 65-ste gaan genieten van hun welverdiende rust en daar hoort de intrek in het bejaardenhuis ook bij. Die worden dan ook in groten getale gebouwd. En hoewel gezond en vitaal, laten vele ouderen zich daar graag verzorgen in een veilige omgeving, waar zij tot aan hun dood hopen te kunnen blijven. Mocht de gezondheid het te zeer laten afweten dan komt evenwel het verpleeghuis in zicht. De intramurale bejaardenzorg is populair en wordt daardoor steeds duurder.

Perspectief

Met de opkomst van de industrialisering wordt 'welvaart voor iedereen' een belangrijk uitgangspunt bij de inrichting van de samenleving en daardoor in overheidsbeleid. Dat geldt ook voor het leven van ouderen. Zij moeten na een lang leven van hard werken, en actieve bijdrage aan de opbouw na de oorlog, kunnen rekenen op een in materieel opzicht goede oude dag. De

zorg wordt nu helemaal gefinancierd uit algemene middelen en is toegankelijk voor ouderen vanaf het moment dat zij 65 zijn. Ouder worden komt steeds meer in het teken te staan van materiële voldoening en genieten van 'de oude dag'. Ouderen die hun intrek namen in bejaardenhuizen waren bovendien van een generatie die vaak grote armoede en nauwelijks luxe had gekend. De zorg die zij in het bejaardenhuis ontvangen, ervaren zij veelal als luxe.

Veranderende individuele wensen

Aan de zorgeloze oude dag in het bejaardenhuis komt een einde als in de jaren '80 bezuinigingen volgen. De overheid heeft door haar grote invloed op de voorzieningen voor ouderen ook een beslissende stem bij de verdeling van de beschikbare middelen. Bejaardenhuizen worden steeds minder toegankelijk voor ouderen die de zorg niet echt nodig hebben. Tegelijkertijd is er onder ouderen een nieuwe trend in opkomst. Ouderen willen zélf het liefst zo lang mogelijk in hun eigen huis - of in elk geval zelfstandig - blijven wonen. Die ommekeer in individuele wensen van ouderen en de hoge kosten van de intramurale zorg, leiden tot nieuwe woonvormen en regelgeving. Het bejaardenhuis wordt het 'verzorgingshuis', want daar mag je als 'bejaarde' alleen nog in als een objectieve instantie bepaalt dat je zorg of een veilige omgeving nodig hebt.

Ook binnen de zorg wordt de individualisering, zoals die in de samenleving gaande is, langzaam een thema. De behoeften en wensen van de individuele cliënt moeten centraal komen te staan in plaats van de (on)mogelijkheden van de organisatie. Zorginstellingen werken, met wisselend succes, aan die steeds explicietere vraag om bij de cliënt passende zorg te verlenen. Opname in het verzorgingshuis wordt - net als dat bij verpleeghuizen altijd al het geval was - niet meer als een luxe, maar als een teruggang en beperking van de individuele vrijheid ervaren.

Perspectief

Nadat grote groepen mensen, onder wie ouderen, in relatieve welvaart leven verschuift de aandacht naar andere behoeften. Ouderen mogen niet alleen zonder meer opgenomen worden in een bejaardenhuis, ze willen ook niet meer. En als ze al moeten dan willen ze niet per definitie de zorg ontvangen zoals de zorginstelling die standaard biedt. De individualisering, zoals we die in de samenleving zien, heeft ook zijn invloed op hoe ouderen tegen zorg aankijken. Zij willen zelfstandig zijn en zorg ontvangen waar en wanneer die volgens hen nodig is. De organisatie van zorginstellingen lijkt bij die ontwikkeling achter te lopen en is veelal nog gericht op het standaard aanbod waar de vorige generatie, na een leven lang hard werken en nu comfort zoekend, tevreden mee was. De verwachting die cliënten nu hebben van de zorginstelling is complexer. Daarmee staat de zorg voor een opgave die vanuit de oude manieren van denken en werken niet opgelost kan worden. Over hoe dat mogelijk wel kan, gaat het slot van deze paragraaf over de toekomst van de zorg.

1.3. De organisatie van de zorg

Vanuit een historisch perspectief gezien, kan worden gesteld dat de meeste zorginstellingen in Nederland, of dat nu in de psychiatrie of de ouderenzorg is, zijn opgezet vanuit het organisatiemodel dat in de periode van de industrialisatie is ontstaan. Daarbij is de mens ondergeschikt aan het systeem van de organisatie. Het systeem is gericht op dat wat objectief meetbaar is zoals 'productie' en 'output'. Een mens ondergeschikt maken aan het systeem uit zich in de zorg in fenomenen als vaste tijden voor opstaan en naar bed geholpen worden, voor medicijnverstrekking, voor toiletrondes, het chronisch lange wachten op de medewerker die "zo komt" en in schrijnende situaties waar mensen onder dwang worden opgesloten, omdat de organisatie niet kan voorzien in voldoende personeel. De diepe inbedding in dit mechanisch ingerichte systeem, is de reden voor het feit dat veel zorginstellingen moeite hebben de omslag te maken naar een organisatie waar het systeem dienstbaar is aan de mens. Tegelijkertijd heeft de individualisering zich op alle fronten in de samenleving doorgezet en willen burgers dat er rekening wordt gehouden met de eigen behoeften en wensen. Het grootste deel van de zorg verkeert al lange tijd in een spagaat, die ook voor de buitenwereld meer en meer zichtbaar wordt. Hoe kan het anders?

1.4. De zorginstelling van de toekomst

De geschiedenis van de zorg laat zien dat we een logische weg hebben afgelegd om te komen tot de systemen in de zorg zoals we die nu kennen. Die zijn elk op hun eigen manier en in hun eigen tijd functioneel geweest en om uiteenlopende redenen van een zekere waarde. Al was het alleen maar omdat die onderdeel waren van een ontwikkeling naar verbetering. De steeds complexere problemen waar de sector nu al langere tijd mee te maken heeft, in combinatie met een toekomst die meer complexiteit met zich meebrengt en cliënten die veranderen als het gaat om hun behoeften en wensen, zijn signalen dat het systeem op zijn einde loopt. Er zijn radicaal nieuwe visies nodig om antwoord te kunnen geven op die toenemende complexiteit. Daar waar dat vruchtbaar is, blijven constructieve elementen van oude systemen werkzaam maar in een andere context. Dat wat niet meer werkt, hebben we achter te laten.

Basisuitgangspunten in zorgsysteem

Hoe zou die nieuwe visie op zorginstellingen eruit kunnen zien? En waar past 'het oude' daar eventueel binnen?

Een tweetal uitgangspunten zijn belangrijk om helder te krijgen wat de stand van zaken is en waartoe die zich ontwikkelen zal.

1. De huidige (zorg)systemen zijn allereerst gebaseerd op 'kwantitatief denken': de mens (cliënt) als hulpbehoevende is onderdeel van een systeem en past zich daaraan aan, zodat het systeem optimale productie en output kan leveren (mechanisch).
2. Het nieuwe systeem baseert zich op kwalitatief denken, waar kwantiteit een rechtmatige plaats heeft: de mens (cliënt) is een heel wezen en het systeem is dienstbaar aan zowel diens lichamelijke, psychische als sociale behoeften. Daarbij is er oog voor zowel de individu als voor zijn fysieke en sociale omgeving. Op die manier is de output – die deels ook zicht- en meetbaar is – gericht op kwaliteit van leven (zoals de cliënt dat in zijn beleving ervaart). De zorginstelling draagt zo bij aan kwaliteit van leven van de cliënt en daarmee aan het welzijn van de samenleving, waar de cliënt deel van uitmaakt (organisch en systemisch). Kwaliteit in zijn totaliteit wordt dan bepaald door zowel de mechanische aspecten van een systeem: product, output en meetbaar resultaat als het organische waarbij het proces (het hoe), de relatie en bezieling centraal staan. De volgorde waarin zal in het nieuwe systeem een andere zijn, dan in 'het oude' want gezondheidszorg wordt dan welzijnszorg in de breedste zin van het woord (zie ook de definities van de wereldgezondheidsorganisatie in hierna volgende paragraaf 'theoretisch kader').

Basisuitgangspunten in zorgorganisaties

Zorgorganisaties hebben te maken met verschillende dynamieken die bepalen hoe het eindresultaat van de geboden zorg eruit ziet, ervaren wordt en tot stand komt. Beknopt weergegeven zijn dat:

1. Persoonlijke inbreng en bijdrage aan de organisatie van individuele medewerkers (die de organisatie zijn) en de aandacht voor de motivatie van waaruit zij dat doen.
2. Samenwerkingsrelaties tussen medewerkers, de relaties tussen medewerkers en cliënten (en tussen cliënten).
3. Interne bedrijfsprocessen gericht op zorgactiviteiten die van optimale kwaliteit zijn.
4. Sociaal-maatschappelijke verantwoordelijkheid: de toegevoegde waarde voor de samenleving, die middelen voor de zorg beschikbaar stelt.

Deze verschillende krachten werken elkaar, in de systemen zoals we die kennen, vaak tegen. De interne bedrijfsprocessen kunnen bijvoorbeeld in de weg staan als het gaat om de tijd en aandacht die nodig is om medewerkers hun werk goed te kunnen laten doen. Medewerkers die geen tijd en aandacht (kunnen) besteden aan hun diepere drijfveren en daarmee manieren van werken, zijn minder bewust als het gaat om authentieke aandacht schenken aan cliënten. Cliënten die te weinig aandacht ervaren, beoordelen de zorg als minimaal. De toegevoegde waarde van de

zorgorganisatie staat daardoor ter discussie. Er gaat vervolgens nog meer aandacht naar bedrijfsprocessen met als doel de output te verbeteren etc.

In de zorginstelling van de toekomst is het mogelijk om die tegenstrijdig lijkende krachten te verenigen. Ze zullen zelfs noodzakelijk blijken te zijn, omdat ze elkaar versterken. Die versterking is nodig omdat alle partijen in een zorginstelling betrokken moeten zijn bij het bieden van optimale zorg. Het geheel, zowel cliënten, als zorginstelling als samenleving, vaart daar uiteindelijk wel bij. Om dat te kunnen realiseren is een nieuwe manier van denken en handelen onontbeerlijk. Het zal niet kunnen via slechts een aanpassing van de huidige systemen. 'Innovatieve' projecten in de zorg zijn vaak gericht op aanpassing van het huidige systeem door iets nieuws toe te voegen of in te bedden in het oude. Dat levert vaak een tijdelijke verbetering op of een verbetering die met name voor de medewerkers of de cliënten of het management beter is, maar niet voor het geheel van de organisatie noch voor de samenleving. De transitie die de zorg nu door te maken heeft, gaat over structureel en dus fundamenteel anders denken en werken, zodanig dat de zorg als geheel naar een hoger plan wordt getild.

In het hierna volgend theoretisch kader wordt uiteen gezet waar dat 'fundamenteel andere niveau van de zorg' naar verwijst. Hier wordt volstaan met de duiding dat het gaat om een transitie van 'een systeem gebaseerd op schaarste naar een systeem gebaseerd op potentie'.

In het oude zorgsysteem was uitgangspunt van denken en handelen de schaarste: hoe kunnen we met zo min mogelijk middelen de minimale zorg leveren die nodig is?

In het nieuwe systeem is uitgangspunt van denken en handelen: hoe maken we gebruik van potentie in mensen (medewerkers/cliënten) en systemen (bedrijfsprocessen/samenleving) om optimale zorg te leveren aan de cliënt en daarmee als zorgorganisatie bij te dragen aan de samenleving als geheel?

Om dat te kunnen doen zijn er in de zorg niet alleen managers nodig die systemen draaiende houden. Er zijn ook vooral leiders nodig die met de mensen die de organisatie zijn en hun menselijk kapitaal – daarbij ondersteund door bedrijfsprocessen gericht op gezonde output van hoge kwaliteit – continu willen zoeken naar 'optimale werkzaamheid' op alle fronten van een organisatie. Die optimale werkzaamheid staat in het teken van de cliënt die maximale zorg, behandeling, ondersteuning ontvangt. Zoveel als nodig is om zijn kwaliteiten, mogelijkheden en potentie via zijn eigen leven vorm te geven en van daaruit bij te dragen aan het geheel.

Dat betekent dat er in zo'n organisatie aandacht moet zijn voor:

- persoonlijke zingevingsprocessen (Wie ben ik? Wat is mijn potentie? Wat heb ik te bieden)
- samenwerkingsprocessen (Hoe werken wij samen? Wie zijn 'wij'?)
- dynamiek van bedrijfsprocessen (Wat is productiviteit? Wat is kwaliteit?)
- sociaal-maatschappelijke verantwoordelijkheid (Hoe dragen we bij aan maatschappelijk welzijn? Hoe dragen we bij aan welzijn van onze omgeving/het milieu?)

In al deze vragen zijn de organische en mechanische aspecten van zorgorganisaties geïntegreerd. Elk heeft een eigen plek en een eigen belang. Wat die plek en dat belang is, hangt af van de stand van zaken in een organisatie en van haar ontwikkeling. Geen van de verschillende aspecten voert echter steeds de boventoon. Organisaties waar de aandacht voor 'relatie' groot is, zullen wellicht ook aandacht moeten besteden aan goed functionerende bedrijfsprocessen. Organisaties waar de bedrijfsprocessen de gang van zaken bepalen, zullen de aandacht moeten verschuiven naar samenwerking en/of individuele ontplooiing van medewerkers. Er kan op talloze verschillende manieren vorm worden gegeven aan een systeem, waarin alle aspecten hun rechtmatige plek hebben. Het begint echter bij een eerlijke diagnose van 'de stand van zaken':

- zijn we vooral gericht op: output, product, diensten, de nadruk leggend op 'wat', op het objectieveerbare, meetbare?
- zijn we vooral gericht op: proces, de nadruk leggend op 'hoe', op verbinding en bezieling?

Zoals gezegd, het ene is niet beter dan het andere, maar het ene kan niet zonder het andere. Elke organisatie heeft voor zichzelf na te gaan waar die staat. En dat is meestal aan een kant van het

spectrum. Om daar structureel verandering in aan te brengen, is loslaten van het oude absoluut noodzakelijk om een geïntegreerd nieuw begin te creëren. Het oude dat zijn dienst heeft bewezen vindt daarin zijn plek. Niet andersom.

Het hier geschetste beeld van de geschiedenis en de toekomst van de zorg* - en de wijze waarop die is ingebed in de samenleving - wordt in de volgende paragraaf vervolgd met een theoretisch kader. Dat maakt duidelijk hoe deze meer praktische weergave, kan worden gezien vanuit een grotere samenlevingsvisie op gezondheid, welzijn en gezondheids-/welzijnszorg. Die visie kan zorgorganisaties in staat stellen om de komende jaren een daadwerkelijke omslag in denken en doen te maken.

* Met name voor het onderdeel 'De zorginstelling van de toekomst' is ook gebruik gemaakt van de lezing van prof. dr. em. J. van der Kerckhove: "De zorg voor ieders welzijn in de zorg", zoals gegeven tijdens studiedagen van LOC op 9 januari 2009. Van de Kerckhove leidt het bureau KernKracht, een initiatief dat gegroeid is binnen de universiteit van Leuven. Het is een netwerk van trainers en consultants van binnen en buiten de universiteit, die vanuit een specifieke visie kijken naar problemen en uitdagingen van mensen en organisaties.

2. Theoretisch kader Nederland en de zorg 2010 - 2050

Doel van dit theoretisch kader:

Als organisatie van en voor cliënten in de zorg participeert LOC actief in de transitie naar een duurzame* Nederlandse samenleving, waar duurzame zorg vanzelfsprekend is.

* Duurzaamheid zoals hier bedoeld gaat over de balans tussen economische, sociale en ecologische ontwikkeling

“Nederland is een welvarend, goed georganiseerd land. Toch ervaren mensen dagelijks problemen zoals files, schrijnende toestanden in de zorg en een slechte luchtkwaliteit. Daarnaast worden we regelmatig opgeschrikt door crisissen zoals veeziekten, wateroverlast en hoge olieprijsen.

Simpele oplossingen klinken aantrekkelijk en daadkrachtig, maar falen meestal. Meer asfalt trekt bijvoorbeeld meer verkeer aan en dat verergert luchtvervuiling. De NS is geprivatiseerd, maar reizigers blijven ontevreden. Er is 14 miljard euro extra in de zorg gestoken, maar de problemen blijven.

Systemen zoals ons vervoersysteem, energiesysteem of zorgsysteem zullen in hun geheel en structureel moeten veranderen om problemen op te lossen. Als slechts één onderdeel wordt aangepakt, dan zal dat tot problemen bij andere onderdelen leiden.

Zulke brede maatschappelijk veranderingen, oftewel transities, kunnen alleen in goede banen worden geleid met een nieuwe manier van kijken naar deze problemen en een nieuwe manier van handelen en beïnvloeden.”

Drift, Dutch Research Institute For Transition, onderdeel van de Erasmus Universiteit (prof. dr. ir. J. Rotmans, 2007).

Sinds enkele jaren richt LOC Zeggenschap in zorg zich op een integrale manier van werken en bijdragen aan de kwaliteit van zorg en dus de kwaliteit van de samenleving. In bovenstaande uitspraak wordt die integrale visie op het niveau van de samenleving verwoord. Wie integraal wil werken aan kwaliteit van gezondheidszorg, hierna aangeduid met ‘zorg’, wordt vroeg of laat met een aantal vraagstukken geconfronteerd die over de samenleving als geheel gaan. Als we in de zorg anders met cliënten willen omgaan, wat zegt dat dan over hoe we als samenleving met elkaar en dus met oudere of met psychiatrische cliënten omgaan? Moeten we systemen in onze samenleving anders inrichten, om andere resultaten te bereiken in de zorg? En als dat zo is, wat heeft LOC daarin dan te doen? Mede op basis van visies zoals de bovenstaande heeft LOC nagedacht over veranderingen die Nederland doormaakt en wat haar bijdrage daaraan is met name als het gaat om de toekomst van ons zorgsysteem.

Prangende vragen als: zullen we met verandering van het huidige zorgsysteem voldoende in staat zijn om problemen in de zorg op te lossen zowel nu als over tien, twintig, dertig jaar? Als het antwoord ‘nee’ is, wat betekent dat dan voor wat er anders moet? En hoe moet dat?

2.1. De blik naar buiten gericht

LOC is om een objectief beeld te krijgen van de stand van zaken in en de toekomst van de zorg en van de sector als onderdeel van de samenleving, te rade gegaan bij uiteenlopende bronnen. Die zijn gevonden in de sector zelf, maar vooral ook daarbuiten. Te denken valt aan de wetenschap en het bedrijfsleven. Reden is dat partijen die werkzaam zijn buiten het eigen domein vaak een verfrissende en verhelderende blik hebben op een sector als de zorg. Bovendien zijn de bevindingen van de wetenschap, als het gaat om hoe onze werkelijkheid in elkaar zit, in de afgelopen eeuw radicaal veranderd. Toch worden die ontdekkingen niet meegenomen in de ontwikkeling van beleid voor de zorg noch voor andere sectoren in de samenleving. Een organisatie als LOC, die zelf ingebed is in het veld van de zorgsector, doet er dan ook goed aan om ook vanuit andere dan de gebruikelijke perspectieven naar de zorg te kijken. De uiteenlopende bronnen waarvan expliciet gebruik is gemaakt voor deze visie zijn via de noten in de tekst terug te vinden in de bronnenlijst achterin dit document.

2.2. Definitie van het zorgsysteem

De definitie van het huidige zorgsysteem, zoals we die hier hanteren, is dat het systeem in zijn structuur en regelgeving 'productiegericht' is. Zorginstellingen worden afgerekend op het aantal zorgactiviteiten dat zij verlenen.

De steeds terugkerende problemen in de zorg zijn een signaal dat dit systeem kennelijk niet (meer) optimaal functioneert. Zorgkosten nemen toe. De kwaliteit van leven van cliënten is nog steeds geen vanzelfsprekendheid, ondanks alle instrumenten die daartoe een aanzet moeten geven. Het aantal mensen dat in de zorg wil werken neemt af. Dat zijn maar een paar van de vraagstukken waar we nu in de zorg mee te maken hebben. Als we die in verband brengen met de toekomst, dan wordt het alleen maar ingewikkelder. Zoals we dat nu voorzien krijgen we met een grotere vraag naar zorg te maken, terwijl de middelen niet navenant toenemen en er minder menskracht is om zorg te leveren. De taak waar de sector zich voor gesteld ziet wordt dus complexer ofwel uitdagender.

De vraag die LOC zich stelt is hoe de sector die uitdagingen aan kan gaan. De antwoorden daarop lijken te leiden tot de conclusie dat het zorgsysteem ingrijpend moet worden veranderd, zowel qua structuur als de cultuur waarbinnen die opereert. Reden daarvoor is dat het systeem in het leven is geroepen in een tijd waarin de Nederlandse samenleving een heel andere was dan de huidige. Onze visies op wat zorg is of moet zijn, zijn in de loop der tijd veranderd en zullen ook nu verder en diepgaand moeten veranderen (zie voorgaande paragraaf over de geschiedenis van de psychiatrische en ouderenzorg).

Dit theoretisch kader gaat in op hoe LOC op weg wil naar een nieuwe visie op zorg en het systeem dat die zorg nu en straks moet garanderen. Het kader geeft de gedachtevorming weer, op welke manier LOC daar uitwerking aan wil geven en met wie ze daartoe samenwerking wil zoeken.

2.3. Nederland in 2050

Nu is het vaak nogal gemakkelijk om een beeld te schetsen van de huidige situatie en dan vast te stellen dat die niet deugt. Lastiger is het antwoord te vinden op de vraag hoe het dan wel zou moeten. Om met die zoektocht een begin te maken, is een beeld van hoe het eruit zou kunnen gaan zien nuttig. Wat is duurzame zorg in het Nederland van 2050?

“Een duurzame gezondheidszorg zou kunnen betekenen een zorgstelsel dat financieel robuust is en economisch rendeert, dat toegankelijk is voor iedereen, de persoon die zorg nodig heeft staat centraal en niet de zorgverstrekker en waarbij het accent ligt op preventie in plaats van op beter maken van de patiënt. Dit vergt een denkomslag. Het vraagt ook om een andere rol en werkwijze van de betrokken partijen. In plaats van mensen te zien als passief, lijdend object, kunnen we mensen ook zien als actief en zelf verantwoordelijk voor hun eigen gezondheid, ook in het geval van ziekte. Mensen gaan zich anders organiseren rondom gezondheid en ziekte, overeenkomstig hun levensstijl, levens(loop)fase, beroepsgroep of type werk, cultuur of genetische aanleg. De medische structuur verandert: de positie van de huisarts wordt weer sterker als 'case-manager', met meer tijd voor periodieke controles en persoonlijke aandacht. Dit verlost artsen uit hun eenzame positie, want het relationele en menselijke en samenwerking wordt in hun werk weer belangrijker. Naast hun rol als deskundige behandelaars worden ze ook raadgevers in een meer bescheiden en feilbare rol.

De specialistische zorg wordt gestroomlijnd via interdisciplinaire zorgprogramma's (met integratie van voorzorg/voorbereidings- en nazorgtrajecten). En specialistische behandelingen worden korter durend en technisch geavanceerder maar beter ingebed in mensgerichte zorg¹.”

2.4. Uitgangspunten visie LOC

Nu kunnen we bij deze visie die gaat over mensgerichte zorg allerlei vragen stellen, en die zullen in dit theoretisch kader ook aan de orde komen. Er zijn echter twee uitgangspunten die worden genoemd, die belangrijk zijn als het gaat om hoe LOC tot de basis van dit theoretisch kader is gekomen. Dat zijn de uitgangspunten 'preventie' en 'eigen verantwoordelijkheid'. En dat laatste geldt voor alle partijen in de zorg, dus ook voor de cliënt. Waarover verderop in deze paragraaf meer. Omdat het hier nogal beladen termen betreft, die voor velerlei uitleg vatbaar zijn, hebben die context en nuancering nodig. In het kader van deze lange termijnvisie wordt met preventie het volgende bedoeld.

In een artikel in het Tijdschrift voor Verpleeghuiszorg² over dit thema gaf Yvonne van Gilse, als directeur van LOC, aan dat preventie voor het denken over de toekomst van de zorg maatgevend moet zijn. Zij stelde: "Volgens de Van Dale is preventief handelen 'bedoeld om erger te voorkomen'. In dit artikel wil ik graag een stap verder gaan. (...) Mensen moeten ondersteund worden om zoveel mogelijk het leven te kunnen leiden zoals ze dat willen en gewend zijn, en de dingen doen die ze, gelet op hun mogelijkheden en beperkingen, zelf belangrijk en zinvol vinden." Waarop zij vervolgens een integrale benadering van de zorg voor het voetlicht brengt.

Daarbij gaat het er onder meer om dat 'werkers in de zorg' aandacht hebben voor alle domeinen van het leven van cliënten, zowel hun lichamelijke als geestelijke gezondheid c.q. welbevinden en zowel de context waarin zij leven (hun sociale netwerk, hun woonomgeving) als de wijze waarop zij willen en kunnen participeren in de samenleving. Daarbij geeft zij ook aan dat van de cliënt mag worden verwacht dat deze, zoveel mogelijk, mede zorg draagt voor zijn eigen gezondheid. Daar immers heeft de zorg zelf nauwelijks invloed op, maar kan die wel voorlichten, stimuleren en begeleiden. Een integrale benadering van zorg is erop gericht om mensen zoveel mogelijk in staat te stellen om hun mogelijkheden, kwaliteiten en potentie uit te drukken in en via het leven dat zij leiden. Waarom dat niet alleen voor de cliënt maar ook voor de samenleving als geheel essentieel is, wordt later in dit kader nog uitgebreid aan de orde gesteld.

Wil die integrale benadering van zorg geven en ontvangen daadwerkelijk worden gerealiseerd, dan is echter een omkering in denken en werken nodig die het huidige systeem gericht op 'productie' niet toelaat. Immers het huidige systeem bestaat bij de gratie van ziekte en zorg, terwijl de invloed die gezondheidszorg heeft op de volksgezondheid in het algemeen niet zo groot is als wel wordt gedacht³.

Preventie, zoals hier gedefinieerd, is binnen het systeem van gezondheidszorg lang geen vanzelfsprekendheid. Dat heeft tot gevolg dat welke hervormingen het huidige systeem ook ondergaat, de basis ervan blijft 'genezen van ziekte en aanbieden van minimale zorg'. Koersen op 'preventie' - en daarbinnen plaats geven aan ziekte en zorg - is in dit systeem niet mogelijk. Immers het huidige vergoedingensysteem (Awbz, Zvw, maar ook persoonsvolgende financiering) is alleen gebaseerd op (na)zorg zonder ook aandacht te hebben voor voorzorg. Doel is vergoeden van kosten voor minimaal noodzakelijke behandeling en zorg. En dat uitgangspunt verenigt zich niet met de integrale benadering waar het willen realiseren van 'kwaliteit van leven', juist het maximaal benodigde in alle levensdomeinen het vertrekpunt is⁴. Anders gesteld is het huidige gezondheidszorgsysteem ingebed in een samenleving die aan de basis uitgaat van schaarste-denken. De oorsprong van die manier van denken is te vinden in basisangsten, die worden ingegeven door het feit dat we ons kwetsbaar voelen als het gaat om ziekte die ons kan overkomen en als het gaat om onze sterfelijkheid. Het zijn deze basisangsten die doorgaand een beroep doen op onze overlevingsdrang. Dat is gezond daar waar onze overleving werkelijk op het spel staat. In onze huidige samenleving, een van de rijkste op aarde, voert de angst voor schaarste en onzekerheid echter continu de boventoon in ons handelen. We zijn daardoor steeds en vooral gericht op het oplossen van problemen vanuit de drijfveer dat we ons daartegen moeten beschermen. Die houding blijkt echter ook het fundament te zijn van de vele problemen die we ervaren, omdat we alleen door het smalle perspectief van angst naar de problemen kunnen kijken. En die worden steeds complexer, terwijl we door onze eenzijdige manier van kijken steeds minder oplossingen lijken te hebben of het nu gaat om economische, ecologische, energie of sociale crises. Onze angst wordt zo dagelijks gevoed en dat maakt dat angst een cultuurpatroon wordt

met als gevolg dat we ons defensief opstellen en reactief gedragen⁵. Die mechanismen maken dat we alsmaar minder in staat zullen zijn om op nieuwe mogelijkheden en structurele oplossingen te komen. De steeds terugkerende problemen in de zorg zijn daar onder meer een signaal van.

2.5. Nieuw paradigma: alles is één systeem

Uit wetenschappelijke theorie en onderzoek - uitgevoerd binnen verschillende disciplines waaronder natuurkunde, biologie, psychologie en filosofie⁶ - blijkt dat de wereld zoals we die om ons heen waarnemen niet is wat die lijkt. Wij zien een gefragmenteerde werkelijkheid, waar de ecologische crisis los staat van de sociale crisis, die weer los staat van de energiecrisis, die niets te maken zou hebben met de voedselcrisis. We zien een werkelijkheid waar mensen onafhankelijk van elkaar hun weg gaan, zonder werkelijk invloed te hebben op elkaar (in de zorg uit zich dat bijvoorbeeld door de geringe aandacht die er is voor de relatie tussen cliënt en zorgverlener). Dat de werkelijkheid niet gefragmenteerd is, is met name door experimenten in de kwantummechanica en de systeemtheorie aangetoond. De werkelijkheid bestaat niet uit los van elkaar staande onderdelen (mensen en objecten) die geen invloed op elkaar hebben. Het fundament van onze werkelijkheid, zo tonen talloze experimenten aan, is één groot systeem dat gevormd wordt door alles in onze werkelijkheid (mensen en objecten). In dat ene systeem houdt alles verband met elkaar. Dat is zowel het geval op de grootste schaal die wij kennen, die van het universum, als op 'kleinere' schalen zoals onze planeet en daarbinnen onze samenlevingen, de organisaties waar we werkzaam zijn en de buurten en gezinnen waarin we leven⁷. Dat ene systeem, waar wij als individu deel van uitmaken en waar we aan bijdragen, wordt continu beïnvloed door de keuzes die we zowel collectief als individueel maken en die ons uiteindelijke handelen bepalen. Dat is dus een heel andere werkelijkheid dan die van de angstcultuur, waarin we nu alsmaar leven en die ons steeds zegt dat alles ons overkomt *omdat* we nergens invloed op hebben.

Het gevolg van deze vergaande ontdekkingen in de wetenschap, is dat we steeds beter toegang krijgen tot informatie die ons uitnodigt om onze werkelijkheid fundamenteel anders te gaan bekijken. En als we anders kunnen gaan kijken, dan kunnen we wellicht ook andere keuzes maken en dus anders gaan handelen, ook in de zorg.

LOC is van mening dat de manier waarop we een samenleving vorm geven – sociaal, economisch, ecologisch – gebaseerd moet zijn op de meest actuele kennis die we hebben over wat onze werkelijkheid is en hoe die in elkaar steekt en beïnvloed kan worden. De huidige samenleving - en daarmee het systeem van zorg zoals hierboven geschetst - is dat niet. Die is gebaseerd op fragmentatie in plaats van heelheid. Er wordt teveel gedacht vanuit angst, onzekerheid en schaarste in plaats van invloed, verantwoordelijkheid en overvloed. Burgers maken echter deel uit van een systeem waarin ofwel ziekte ofwel gezondheid wordt gestimuleerd. En afhankelijk van die primaire keuze richten we een systeem in dat zieken geneest ofwel minimaal zorg voor hen draagt. Of we richten een systeem in dat gezondheid bevordert en waar behandeling en verzorging van zieken met maximale middelen gepaard gaat. En op die manier wordt iedereen in staat gesteld om, vanuit de mogelijkheden die hij heeft, een bijdrage te blijven leveren aan het geheel.

Als kwaliteit van leven het werkelijke uitgangspunt is voor burgers, of zij nu afhankelijk zijn van zorg of niet, dan moet het angstparadigma worden verruild voor een nieuw paradigma. Eén dat stoelt op de meest actuele wetenschappelijke bevindingen. Waarin we erkennen dat de werkelijkheid die we ons wensen, via de keuzes die we maken en navenant handelen, gerealiseerd kan worden. Dat betekent dat we uitgaan van de potentie en mogelijkheden in en van burgers, hoe groot of klein die ook moge zijn. Zo ontstaat een samenleving die welbevinden van haar burgers daadwerkelijk voorop plaatst. De gevolgen voor de inrichting van systemen zoals die van de zorg zijn groot, en dat geldt eveneens voor de wijze waarop die gefinancierd moeten worden.

2.6. Duurzame samenleving

LOC pleit voor een duurzame samenleving wat betekent dat elke burger in staat wordt gesteld 'kwaliteit van leven' te realiseren, omdat die burger onderdeel is van een groter systeem en zijn welbevinden dus van directe invloed is op het welbevinden van het systeem. Zij gaat daarbij uit van de definitie van 'gezondheid' zoals de Wereldgezondheidsorganisatie die in 1948 vaststelde: "Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken."

En van de definitie die de WHO gaf voor wat dat betekent voor het verloop van een mensenleven: "Bij gezond ouder worden gaat het om een toestand van welbevinden (1), waarin het individu in staat is zijn of haar mogelijkheden te verwezenlijken, in staat is om te gaan met de normale druk van het leven, in staat is productief en vruchtbaar te werken (2), en in staat is een bijdrage te leveren aan zijn of haar omgeving (3)."

Bij 1. gaat het om het subjectieve welbevinden van de individu, bij 2. om het optimale individuele functioneren en bij 3. om het effectief functioneren en bijdragen aan de samenleving.

Al meer dan 30 jaar wordt in Nederland onderzoek gedaan naar wat bepaalt dat mensen vinden dat zij gelukkig zijn⁸. Een aantal criteria komen daaruit naar voren:

- de manier waarop mensen naar zichzelf kijken (zelfbeeld)
- de wijze waarop ze van betekenis zijn voor anderen
- perspectief hebben
- niet vasthouden aan (negatieve) ervaringen uit het verleden

Om te illustreren wat bovenstaande in de alledaagse werkelijkheid betekent, een sprekend voorbeeld uit de vele wetenschappelijke bevindingen.

In 1979 bracht een groep onderzoekers van de Harvard Universiteit, faculteit psychologie, een aantal mannen van 75 jaar en ouder een week onder in een landhuis dat was ingericht in de sfeer van de jaren 50. De mannen werd gevraagd om zich te gedragen zoals ze dat 20 jaar eerder ook deden. Gesprekken moesten gaan over gebeurtenissen zoals ze toen plaats hadden alsof ze nu plaats hebben. Elk detail in hun omgeving was afgestemd op het ervaren, voelen en gedragen zoals ze dat in de jaren 50 hadden gedaan. Ieder droeg een pasfoto met een beeltenis van zichzelf uit de jaren 50, zodat ook onderling een ander beeld van de ander kon ontstaan.

Doel van het onderzoeksteam was de context te veranderen, waarin de mannen zichzelf zagen. Onderzoeksvraag was nagaan of het verouderingsproces wordt beïnvloed door de manier waarop men zichzelf ziet.

Er werden door het onderzoeksteam gedurende de week allerlei metingen gedaan gericht op vaststelling van de biologische leeftijd van de mannen: lichamelijke kracht, lichaamshouding, waarnemingsvermogen, kenvermogen, korte termijn geheugen, gehoor-/gezichtsvermogen en smaak.

Na een week bleek dat de mannen, in vergelijking met de controlegroep die ook een week op vakantie was maar in de wereld van 1979 verbleef, er zowel qua geheugen als de beheersing van de motoriek van de handen op vooruit waren gegaan, ook waren zij actiever en zelfstandiger en gedroegen ze zich in het algemeen eerder als mannen van 55 dan van 75. De opmerkelijkste veranderingen echter hadden te maken met een verandering in het proces van veroudering, waarvan tot nu toe steeds was aangenomen dat dat onomkeerbaar is. Aan onpartijdige beoordelaars werd gevraagd om foto's van de mannen voor en na de vakantieweek te bestuderen.

Uitkomst is dat alle mannen er gemiddeld drie jaar jonger uit leken te zien dan hun biologische leeftijd. Het resultaat van slechts een week in een andere context te hebben verkeerd, wat een verschuiving in hun identificatie (beleefde werkelijkheid) en mogelijkheden teweeg bracht.

Uit metingen van vingers bleek dat die langer waren geworden, stramme gezichten waren soepeler geworden, de houding was rechter, spierkracht bleek toegenomen, evenals gehoor en gezichtsvermogen. En werd er tot dan toe steeds vanuit gegaan dat intelligentie bij volwassenen

een vaststaand gegeven is, bij de helft van de experimentele groep bleek een toename van intelligentie te hebben plaatsgevonden. Bij een kwart van de controlegroep was die achteruit gegaan⁹.

Dit voorbeeld illustreert hoe zeer de werkelijkheid zoals wij die waarnemen en zelf creëren van invloed is op ons welbevinden. Er zijn vele soortgelijke experimenten te vinden – ook in de context van ziekte en herstel - in wetenschappelijke literatuur. Ook is er diepgaand onderzoek gedaan naar het grote verschil in beleving van ouderdom en fysieke/geestelijke achteruitgang bij ouderen in culturen waar ouderdom als een stijgende levenslijn wordt gezien in plaats van een afnemende. De invloed van onze beleving van de werkelijkheid blijkt steeds zodanig groot te zijn, dat processen die we als onomkeerbaar achten - en waar we hele gezondheidszorgsystemen op hebben ingericht - feitelijk veel minder objectief en onveranderlijk zijn.

Dat leidt tot de conclusie dat in een samenleving waar angst het cultuurpatroon is, de aanname is dat burgers kwetsbaar zijn vanwege ziekte, veroudering en sterfelijkheid. Tegelijkertijd worden burgers daarmee mogelijk veroordeeld tot een korter leven en een marginaler bestaan, dan het geval zou zijn wanneer we ziekte, veroudering en sterfelijkheid anders zouden benaderen. Ziek-zijn (psychisch of lichamelijk) en ouder worden zoals we daar nu naar kijken, betekent dat we onherroepelijk terecht komen in een vicieuze cirkel. We gaan ons gedragen al naar gelang de verwachtingen en structuren in denken van een samenleving.

Wat zou er echter gebeuren wanneer we onze blik en visie 180 graden zouden draaien en vaststellen dat burgers naarmate zij ouder worden alleen maar *meer* toe te voegen hebben aan hun leven en dus aan het systeem van de samenleving?

En wat zou er gebeuren als we hen die ziek-zijn in staat stellen om zich te blijven ontplooien hoe en waar dat maar kan en gewenst is?

En wat betekent die visie voor de inrichting van een samenleving en dus ook van de zorg?

Dit is het uitgangspunt zoals LOC dat wil inbrengen in een brede maatschappelijke dialoog, die om te beginnen stelt dat het huidige systeem van (gezondheids)zorg aan zijn einde is. Een dialoog die zou kunnen beginnen met een visie op Nederland in 2050, waarmee ook dit document begon:

“De persoon die zorg nodig heeft staat centraal en niet de zorgverstreker. Het accent ligt op preventie in plaats van op beter maken van de patiënt. Dit vergt een denkomslag. Het vraagt ook om een andere rol en werkwijze van de betrokken partijen. In plaats van mensen te zien als passief, lijdend object, kunnen we mensen ook zien als actief en zelf verantwoordelijk voor hun eigen gezondheid, ook in het geval van ziekte. Mensen gaan zich anders organiseren rondom gezondheid en ziekte, overeenkomstig hun levensstijl, levens(loop)fase, beroepsgroep of type werk, cultuur of genetische aanleg.”

Tot zover de context van dit theoretisch kader. Van belang is om eveneens in te gaan op wat die context betekent voor de inbedding in het gezondheidszorgsysteem van de verschillende sectoren die LOC bedient. Het ligt niet in de bedoeling om vooruit te lopen op de brede maatschappelijke dialoog, waaraan LOC graag wil bijdragen. We geven geen voorschot op concrete invulling van beleidskaders, omdat die uit die dialoog moeten ontstaan. Wel willen we nagaan wat een ander paradigma, één die gestoeld is op het uitgangspunt van welbevinden, van levensvreugde – kortom van potentie in de mens – betekent naar hoe de functie en werkwijze van verschillende sectoren benaderd kan worden anders dan nu gebeurt.

2.7. Geestelijke gezondheidszorg als goed voorbeeld

Als het gaat om hoe een verandering van paradigma, zoals die hierboven is weergegeven, vorm zou kunnen krijgen in bijvoorbeeld de sectoren die LOC bedient, en naar we hopen in de samenleving als geheel, dan zijn ontwikkelingen zoals die plaatsvinden in het denken over geestelijke gezondheidszorg wellicht richtinggevend. Sinds een aantal jaren doet daar de positieve psychologie zijn intrede in alle domeinen van die sector.

STOOGG, de Stichting ter bevordering van wetenschappelijk Onderzoek en Onderwijs Geestelijke Gezondheidszorg Twente (waarin Mediant GGZ en Ribw samenwerken) organiseerde in 2007 samen met de universiteit Twente een symposium over positieve psychologie. In januari van dit

jaar organiseerde het Trimbos Instituut een kennisdag GGZ onder de titel: 'Het mentaal vermogen van Nederland'. Daar was veel aandacht – met name vanuit de wetenschap en de hulpverlening – voor de toepassing van deze nieuwe psychologische stroming.

De toenmalige president van de Amerikaanse psychologen vereniging, Martin Seligman, hield in 1998 een pleidooi voor een nieuwe psychologie: een psychologie gericht op gezondheid en capaciteiten, in plaats van een psychologie gericht op ziekte, stoornissen en tekorten. Seligman is cognitief psycholoog, die met name bekendheid geniet vanwege wetenschappelijk onderzoek naar 'aangeleerde hulpeloosheid' bij dieren en mensen¹⁰.

Eerste doel dat Seligman zich stelde was opbouw van kennis, via wetenschappelijk onderzoek, over het optimaal functioneren van mensen. Centrale onderzoeksvraag: onder welke omstandigheden floreren mensen en welke technieken helpen om het welbevinden van mensen te bevorderen?

De positieve psychologie maakt bij dat onderzoek gebruik van verschillende wetenschappelijke disciplines zoals de neurobiologie, traditionele psychologie, geneeskunde, pedagogiek, sociologie en streeft daarmee een interdisciplinaire benadering van onderzoek na, die we in Nederland in die vorm nog niet kennen.

In Nederland blijkt de positieve psychologie echter al wel te worden toegepast in bijvoorbeeld de begeleiding van mensen met lichte/matige psychische klachten, chronisch zieken, psychiatrische patiënten en ouderen. De resultaten daarvan zijn veelbelovend, zo blijkt uit presentaties van onderzoek en praktische toepassing tijdens de GGZ-Kennisdag¹¹. Meer onderzoek naar hoe het welbevinden van de mens gestimuleerd kan worden, onder meer via de positieve psychologie en zeker ook andere benaderingen, wat daarbij de eigen individuele verantwoordelijkheid is en die van de samenleving, is gewenst. LOC wil daaraan graag een bijdrage leveren vanuit de visie dat systemen in de zorg toe zijn aan vernieuwing gebaseerd op gefundeerde kennis. Dit theoretisch kader, en de activiteiten die LOC van daaruit onderneemt, dragen daar hopelijk toe bij.

2.8. De transitie: vorm, inhoud en vervolg

Als onze samenleving, en de systemen waaruit die is opgebouwd, is gebaseerd op het angstparadigma en we zijn nog maar nauwelijks begonnen te onderzoeken waar de mens toe in staat is als hij wordt gestimuleerd om vanuit zijn kracht, kwaliteit en potentie te leven, dan is het de vraag of het niet hoogste tijd wordt om onze aandacht daarop te gaan richten.

In de zorg betekent dat dat medewerkers en cliënten zichzelf en anderen anders zullen benaderen, als dit de visie is van waaruit we 'zorgen'. Gevolg is een systeem dat uitgaat van verbinding en relatie, van kwaliteit van leven, van welbevinden. Daarmee komt er ook een einde aan de beleving van de zorg als kostenpost, en wordt de toegevoegde waarde die de zorg voor de samenleving heeft zowel voor het welzijn van burgers, de zorgomgeving en daarmee voor de economie expliciet zichtbaar¹². In de paragraaf over de geschiedenis van de psychiatrie en ouderenzorg, is daar in de slotlinea in meer praktische zin meer aandacht aan besteed.

Voor het systeem van de zorg betekent dit dat het uitgaat van gezondheid en behoud daarvan in plaats van slechts bestrijden van ziekte en bieden van (langdurende) zorg. Daarbij moet uitdrukkelijk worden gesteld dat dit theoretisch kader niet beoogt 'de maakbare mens' of 'de maakbare samenleving' te propageren. Er zullen hoe dan ook mensen zijn voor wie het vanwege een psychische of lichamelijke aandoening niet mogelijk is om zelfstandig het eigen leven vorm te geven. Het is nu juist dat gegeven wat maakt dat we anders zullen moeten gaan denken over zorg, de inrichting en financiering daarvan. Mensen die het niet lukt om op eigen kracht hun leven vorm te geven, hebben als geen ander recht op maximale hulp en begeleiding. Op die manier kunnen zij optimaal - en niet minimaal - ondersteund worden bij wat zij nodig hebben. Daardoor wordt het naar omstandigheden optimaal - en niet minimaal – inrichten van het leven mogelijk. In een samenleving die haar burgers faciliteert om de eigen potentie maximaal te benutten en in te zetten voor zichzelf en het geheel, daarmee het welbevinden en dus de gezondheid van die burger zo veel mogelijk bevorderend, wordt het ook mogelijk om onderscheid te gaan maken tussen burgers die ook financieel zelf in hun gezondheid en welbevinden willen en kunnen investeren en burgers die dat niet kunnen.

Dan wordt het bekostigen uit gemeenschapsgeld van behandeling en zorg in een fundamenteel andere context geplaatst en draagt die bij aan het maximaal mogelijke in plaats van het minimaal haalbare. Daar moet een systeem voor behoud van gezondheid en stimuleren van welbevinden op ingericht zijn.

Het is vanuit deze visie dat LOC wil bijdragen aan de brede maatschappelijke dialoog over herinrichting van de Nederlandse samenleving. Die dialoog zal niet zonder slag of stoot gevoerd worden. Onze culturele geschiedenis laat echter zien dat het streven naar consensus (in de 20ste eeuw tot 'poldermodel' verheven), bij elke transitie werd voorafgegaan door discussie en gezonde polarisatie om zo te komen tot een nieuw gedragen toekomstperspectief dat op basis van het 'polderen' tot werkelijkheid kon worden gemaakt¹³. Ook nu is het tijd voor een transitie, het verruilen van oude perspectieven voor nieuwe, en die moet in de eerste decennia van deze eeuw plaatsvinden willen we adequaat antwoord geven op de prangende en complexe vraagstukken waar we vandaag al voor staan.

Utrecht, maart 2009

Bronnen

- ¹ Duurzaamheid van onderstroom naar draaggolf, 2007, prof. dr. ir. J. Rotmans
- ² Tijdschrift voor Verpleeghuiszorg, nr. 5/2008, drs. Y. van Gilse
- ³ Economie van de gezondheidszorg, 2009, prof. dr. F.T. Schut/ prof. dr. F.F.H. Rutten (red.)
- ⁴ Kwaliteitskader verantwoorde zorg, 2007
- ⁵ Zorg voor ieders welzijn in de zorg, 2008, prof. dr. em. J. van de Kerckhove
- ⁶ From certainty to uncertainty, the story of science and ideas in the 20th century, dr. F. David Peat
- ⁷ The systems view of the world, 2002, dr. E. Laszlo
- ⁸ Literatuurinformatie prof. dr. R. Veenhoven: <http://www2.eur.nl/fsw/research/veenhoven/>
- ⁹ Ageless body, timeless mind; the quantum alternative to growing old, 1993, D. Chopra MD
- ¹⁰ Literatuurinformatie M. Seligman Ph.D: <http://www.ppc.sas.upenn.edu/index.html>
- ¹¹ Overzicht van presentaties GGz-Kennisdag 2009 vanuit verschillende disciplines: <http://www.hetmentaalvermogenvannederland.nl/presentaties>
- ¹² Scherp aan de wind, toegevoegde waarde – positief denken in de GGz, 2009, J. Kruytzer
- ¹³ Koorddansers in de polder, 2005, P. Valk en G. Schikhof

LOC heeft voor dit theoretisch kader geprobeerd zoveel mogelijk bronnen te raadplegen die ook voor een niet-wetenschappelijk publiek leesbaar zijn. Daarin zijn vaak vele verwijzingen naar onderzoek en het secundaire wetenschappelijke verslag daarvan te vinden. Meer informatie is ook te verkrijgen bij LOC.