

Reflectie op advies: “Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren” 10 april

Pauline Meurs

Inleiding

Het is – dat zult u begrijpen – een meer dan hachelijke onderneming om een **kritische reflectie** te geven op een advies dat gebaseerd is op zoveel gesprekken, congressen, focusgroepen, debatten, studies, analyses en prognoses.

Bij de voorbereiding heb ik meerdere malen gedacht: waar ben ik aan begonnen? Aan het einde van een dergelijk mooi symposium, vlak voor de aanbidding van het rapport en dan ook nog op deze zonnige vrijdag middag een kritische noot kraken.

Met mijn reflectie wil ik bouwstenen aandragen voor het tweede deel van het advies: een voorstel voor het opleidingscontinuüm voor de gezondheidszorg in 2030.

Mijn reflectie bestaat uit drie delen:

3 waarschuwingen

3 complimenten

3 adviezen

Drie waarschuwingen

Waarschuwing 1 perspectief op gezondheid verengd tot ‘functioneren’

De commissie zegt aansluiting te hebben gevonden bij de definitie van gezondheid van Machteld Huber , in die definitie is gezondheid gericht op het vermogen van mensen om zich aan te passen en eigen regie te voeren. Huber geeft een uitvoerige analyse van de meervoudige dimensies die aan deze nieuwe benadering ten grondslag liggen, het vermogen tot aanpassen is context gebonden, de aard van de ziekte is een essentieel onderdeel van dat vermogen tot aanpassing en eigen regie. In dit advies wordt dit perspectief op gezondheid verengd tot ‘functioneren’. Daarmee wordt de gelaagdheid van de definitie van Huber plat geslagen.

Door het 'Functioneren' – een niet nader omschreven begrip – centraal te stellen gebeurt ook iets anders: functioneren wordt als maat voor alle gebieden van ons dagelijks leven ingezet. In dit advies is het leven zelf onderwerp geworden van zorgbeleid. 'Gewoon je ding doet', lekker leven is opeens voorzorg geworden. **Ongewild leidt deze benadering van de commissie tot een medicalisering van het dagelijks leven.** En dat kan natuurlijk niet de bedoeling zijn!

Functioneren is in dit advies ook een normatief begrip en soms bijna synoniem aan participatie: iedereen moet participeren. Er wordt zelfs gesproken van een paradigmashift. Maar dat nieuwe paradigma dreigt net zo dogmatisch te worden als het oude. De commissie zegt terecht dat de variëteit van de hulpvraag, de verscheidenheid van de contexten waar mensen deel van uit maken leidend moet zijn. Voor de een is juist respijtzorg belangrijk, voor een ander is juist direct inzetten op een uitgebreide behandeling - zonder aandacht voor eigen regie en zelfredzaamheid - de belangrijkste inzet voor het behoud of herstel van zijn of haar gezondheid. In de uitwerking gaat de commissie verdwijnt deze contextuele benadering teveel naar de achtergrond. Het advies gaat te veel uit van een maakbare wereld en dat zien we terug in het ABCD model, mijn tweede waarschuwing

Waarschuwing 2 de misleidende charme van het ABCD model

De commissie introduceert het ABCD model als haar visie op de zorg voor later. Eerlijk gezegd is het een organisatiemodel en niet een visie op zorg. Het ABCD model heeft de charme van de eenvoud maar roept veel vragen op.

Het model wringt met hoe de commissie wil dat er gewerkt wordt. Ik citeer: *De zorg wordt om de patiënt heen georganiseerd, de deskundigheden die nodig zijn worden er bij gehaald. Anders gezegd: patiënten en professionals huren elkaar in om de beste zorg te bieden. De zorg wordt om de zorgvrager heen georganiseerd in plaats van dat de zorgvrager door de zorg wordt geleid.*

Maar wat is dan nog de relevantie van het ABCD model? Het lijken de schotten te zijn van het huidige bekostigingssysteem, sterker nog er wordt nog een nieuw schot aan toegevoegd: tussen laag en hoog complexe zorg.

Het ABCD model is feitelijk een stepped care model : eerst dit dan dat, het zwaartepunt wordt bij de basis wordt gelegd, juist daar moet worden

voorkomen dat er wordt opgeschaald, zo stelt de commissie. Maar we weten uit heel veel onderzoek en praktijkervaringen dat de kern gelegen is in het op een *passend* moment op- en afschalen. En sterker nog dat we juist af moeten van het denken in stappen of fasen!

Een specifiek punt dat veel zorgen baart betreft de toegankelijkheid van zorg.

De zorggebieden C en D zijn toegankelijk voor iedereen stelt de commissie maar niet zonder meer. Hiermee wordt bedoeld dat mensen problemen die ze zelf of in hun netwerk kunnen oplossen dat ook doen. *De professionele gezondheidszorg is bedoeld voor functioneringsproblemen die mensen niet zelf kunnen oplossen.* Wordt hier de toegang op zorg toch van een opstap voorzien? Maar wie bepaalt of je zelf voldoende hebt gedaan? Vooral als het begrip functioneren zo onbepaald is? De commissie zegt hier niets over.

De verkenningen van de commissie over de inzet van zorgarrangementen en het samenstellen van teams zijn een betere operationalisering van haar visie, dan het ABCD model. De voorkeur voor en de nadruk op 'de-escaleren' verraadt ook een voorkeur voor één vorm van zorg, namelijk zorg dicht bij huis met zo min mogelijk professionals. En ook deze voorkeur is strijdig met wat de commissie zegt te beogen: variëteit, aandacht voor de persoon in zijn context en de aard van de aandoening of ziekte.

Waarschuwing 3 generalistische bekwaamheden: weer een nieuw begrip

De commissie stelt dat de zorgprofessionals van straks vooral generalist moeten zijn, met daarbovenop meer of minder specialistische bekwaamheden.

Ongemerkt gaat het advies uit van een perspectief op zorg dat zorg bij huis, met zo min mogelijk gespecialiseerde professionals. Specialistische zorg door specialisten moet zoveel mogelijk worden uitgesteld. MAAR kwaliteit van zorg heeft juist alles te maken met het kunnen inschatten wanneer je een andere collega moet inschakelen. En dat is echt iets anders dan de generalistische bekwaamheid die in dit advies centraal worden gesteld. Die generalistische bekwaamheden zijn onvoldoende precies en onderscheidend om een opleidingscontinuüm op te kunnen bouwen.

De vraag die beantwoord moet worden is hoe met behoud van kwaliteit – een goede mix van verschillende professionals gerealiseerd kan worden.

Over de voorwaarden voor een goede mix zegt de commissie niets. Evenmin geeft de commissie aan wat zij verstaat onder kwaliteit van zorg. Wanneer is een behandeling of begeleiding goed? Strikte eisen aan kwaliteit van zorg vormen de basis voor de beroepenstructuur en ook voor een opleidingscontinuüm.

Het is evident dat iets gedaan moet worden aan het aantal beroepen. Maar de vraag die moet worden beantwoord is: waar komt dat aantal vandaan? Het aantal beroepen heeft onder meer te maken met de arbeidsmarkt zelf, met het functioneren van HBO's en ROC's, met de functiewaardering in de zorg, en vooral ook met een meer culturele inbedding van specialisme ten opzichte van generalisme. Een analyse van deze mechanismen is nodig om te kunnen werken aan een opleidingscontinuüm. Hier ligt nog huiswerk voor de commissie.

Dan nu de beloofde complimenten.

Drie complimenten

Wat zijn de waardevolle en belangrijke onderdelen van dit advies? Veel is vanmiddag al genoemd. Ik noem mijn top 3

Compliment 1 Het centraal stellen van de zorgvraag en het redeneren vanuit de zorgbehoefte in 2030

Deze keuze levert belangrijke inzichten over de aard van de zorgvraag zoals de toenemende multi- morbiditeit, de rol van multidisciplinaire teams, het belang van de context van de patiënt. Ook biedt de commissie met haar nadruk op zelfredzaamheid van burgers aanknopingspunten voor een aanvullende opdracht voor zorgprofessionals

Compliment 2 Epidemiologie

De commissie heeft voor een meer epidemiologische benadering gekozen, en daarmee ook goed kunnen aangeven wat de verschillende soorten zorgvragen zijn nu en straks. Ik hoop dat vaker gebruik zal worden gemaakt van deze epidemiologische benadering, het is een goed voorbeeld voor de wijze waarop deze grote vraagstukken geanalyseerd kunnen worden en dicht bij concrete praktijken gebracht. Goed voorbeeld doet goed volgen, ik hoop dat de commissie met deze commissie trendsetter wordt.

Compliment 3 het leeft.

Een indrukwekkend proces met veel inbreng van uiteenlopende partijen op verschillende momenten en met een rijkdom aan werkvormen. Het advies komt vandaag naar buiten maar velen hebben het al over het ABCD model, over de clusters en de voorstellen die vandaag worden gepresenteerd. Kortom het advies leeft bij vele betrokkenen.

De commissie heeft een gevoelige snaar geraakt en dat is pure winst, en zeker een goede basis voor het volgende deel van het advies. Juist in dat deel moeten de echte noten worden gekraakt!

Drie adviezen

Ik sluit af met drie adviezen.

Advies 1 definitie van gezondheid, visie op zorg, eisen van kwaliteit

Ga terug naar de bron, de definitie van gezondheid van Huber in haar veelzijdige dimensies, zoals onderschreven door ZonMw en neem afscheid van het begrip functioneren. Ga door op jullie eigen visie die de context van de patiënt/cliënt centraal stelt en verbind die visie met een helder palet van kwaliteitseisen aan beroepsbeoefenaren.

Advies 2 kill your darlings!

Het ABCD model heeft gewerkt maar dreigt nu een hindernis te worden, neem er afscheid van en ga verder met de operationalisering van het werken in multidisciplinaire teams met verschillende disciplines en verantwoordelijkheidsdomeinen, voorkom daarbij het eenzijdig denken en organiseren in echelons. Niet de patiënt doorloopt het systeem, professionals voegen zich bij de patiënt in verschillende samenstellingen afhankelijk van de hulpvraag.

Pas op voor het verabsoluteren van de prognoses 2030 en het te serieus nemen van de profielen! Het zijn analytische hulpmiddelen en niet meer. De vraag naar zorg verandert continu en de voorspellingen over 2030 moeten meer als een mogelijk scenario worden benaderd dat als een vaststaand feit.

Advies 3 Opleidingscontinuüm

Verlaat de impliciete en soms expliciete keuze voor generalisten boven specialisten. Beiden zijn nodig en zijn elkaars voorwaarde. Kies op basis van kwaliteitscriteria voor een mix van specialisten en generalisten.

Sluit aan bij de succesvolle stappen die de laatste jaren zijn gezet in de modernisering van de medische en verpleegkundige opleidingen. Er is heel veel in dat proces geïnvesteerd en met succes, daar zijn internationaal erkende criteria in praktijk gebracht met expliciete aandacht voor competenties die door de commissie de generalistische bekwaamheden worden genoemd. Kortom pas op met weer nieuwe begrippen, bouw voort op de vernieuwing die al is ingezet. Daarin loopt Nederland voorop en daar mogen we trots op zijn. Professionals zijn trots op hun beroep, hou dat in ere.

Gebruik deze opdracht om werk te maken van het leven lang leren met gefaseerde en flexibele leertrajecten. Hierdoor kunnen professionals hun talenten optimaal ontplooiën en krijgen zij een ruimer carrière perspectief. Maak de bij- en nascholing minder vrijblijvend, het moet een krachtig instrument worden om het beroep continu aan te passen aan wat patiënten en cliënten nodig hebben, aan wat wetenschap en technologie mogelijk maken en aan wat we maatschappelijk aanvaardbaar vinden.

Ik sluit af

Marian

Je hebt opnieuw je visite kaartje afgegeven. Deze kritische reflectie was niet mogelijk geweest zonder dit rijke advies dat onder jou vleugels tot stand is gebracht. Jij verdient alle eer.