

De zorg van morgen: een waardevolle zorg

Lezing Pauline Meurs – RVS-conferentie 10 oktober 2016

1. Introductie

De aanleiding voor deze conferentie is drieledig:

- Ten eerste: *10 jaar* geleden is het zorgstelsel ingrijpend veranderd.
- Ten tweede: de laatste *5 jaar* hebben ook in het teken gestaan van een verdere decentralisatie van de langdurige zorg en de maatschappelijke ondersteuning.
- En ten derde : de *huidige* discussie over de verworvenheden van het Nederlandse zorgstelsel: gaat het goed, kan het beter, is het juist minder geworden?

Het Nederlands stelsel scoort hoog in de Euro Health Consumer index, maar roept onbehagen op bij burgers en professionals. Want, zo leert het SCP ons, het 'algemene' onbehagen dat leeft in de samenleving komt ook tot uitdrukking in de zorg. standaardisering, anonimisering en onzekerheid over de toekomst WORDEN aangeduid als bronnen van onbehagen.

Hoe kan een stelsel *én* goed beoordeeld worden *én* tegelijkertijd onbehagen oproepen? Het is een beladen vraag. Beladen omdat zorg nooit **gerelativeerd** wordt. Daarvoor zit het te dicht op de huid van mensen, letterlijk en figuurlijk. Maar zorg is naast een persoonlijke zorg:

- een maatschappelijke zorg,
- *én* een professionele zorg,
- *én* een politieke zorg

Als het er op aan komt hebben we allemaal ervaringen die ons persoonlijk *én* emotioneel raken, en tegelijkertijd is er behoefte aan distantie, aan rationele oplossingen, aan overzicht en inzicht. Ook vandaag willen we niet relativiseren.

Evenmin willen we **radicaliseren**. Van de RVS geen pleidooi voor grootse en meeslepende stelselwijzigingen. Dat is verleidelijk, zeker in verkiezingstijd. Maar ook een gewijzigd stelsel, biedt zelden een antwoord op de ingewikkelde vragen en problemen die nu in de praktijk van alledag worden ervaren.

Naar ons oordeel is het juist van belang om de komende jaren de aandacht te richten op fijnmazige veranderingen die de zorg in de ogen van degenen die er van afhankelijk zijn een beetje beter te maken. *Het klinkt als een bescheiden opdracht maar dat is het zeker niet.*

Laten we beginnen met het ontrafelen van *de schijnbare tegenstelling tussen het onbehagen en de goede scores.*

2. Scoren in rankings, onbehagen en afhankelijkheid

Bij het bekijken van de rankings valt op dat Nederland verschillend scoort in verschillende rankings. De enige pijl die hier op te trekken valt is dat de beoordeling afhankelijk is van de ranking en andersom dat de ranking afhankelijk is van de gekozen beoordeling. Per ranking zijn er specifieke zaken die gewaardeerd worden.

In een ranking kan een gebrek aan aandacht weggemiddeld worden met een goede infrastructuur. Gebrek aan aandacht, overmatige standaardisering, onzekerheid over toekomstige zorg... worden echter niet weggemiddeld in een zorgervaring, zij raken de kern van de zorg.

Zorg is bovenal een waarde geladen afhankelijkheidsrelatie.

Natuurlijk geldt de *afhankelijkheidsrelatie* misschien niet in alle gevallen even sterk. Mogelijk verheugt een hoogopgeleide econoom zich op het maken van een vergelijking tussen de aanbiedingen van de verschillende zorgverzekeraars. Maar als deze hoogopgeleide econoom op de IC ligt of dementerend is, en zodoende zorg nodig heeft, zal ook hij keuzevrijheid in een ander perspectief plaatsen.

3. Toevoegen van pluriformiteit

De opgave voor de komende jaren is: *ruimte maken voor de pluriformiteit aan waarden die zich in deze afhankelijkheidsrelatie tonen.*

Laat ik een voorbeeld geven: het mantra van 'zelfredzaamheid' en keuzevrijheid. Uit recent onderzoek komt naar voren dat het zorgverleners maar 1 op de 10 keer lukt om het sociale netwerk te mobiliseren. En dat is niet omdat mensen niet willen maar omdat het netwerk er gewoonweg niet is. Hiermee is niet gezegd dat 'zelfredzaamheid' en keuzevrijheid een slecht idee is. Maar zodra participatie en zelfredzaamheid een absolute norm worden, gaat de erkenning en waardering voor het gegeven dat iedereen in meer of mindere mate afhankelijk is van de ander, verloren.

Een ander voorbeeld. Gaat het in de ouderenzorg bijvoorbeeld om veiligheid en het beperken van risico's of de begeleiding van de laatste levensfase? Moeten kerstbomen die bijdragen aan kwaliteit van leven in de ban omdat een bewoner een poging had gedaan een kerstbal op te eten?

Zorg wordt in toenemende mate een **publiek-privaat-professioneel én privé** vraagstuk. De ontwikkeling van technologie zal dat alleen maar versterken. De dilemma's in de zorg zullen niet langer alleen dilemma's zijn over publieke of private organisatie van de zorg, maar ook over het organiseren van zorg waarin het 'privé' een plaats krijgt.

En dat is ongemakkelijk, immers nu is er een veilige scheidslijn: in het ziekenhuis gelden de regels en definities van het ziekenhuis, in de spreekkamer die van de beroepsbeoefenaar en thuis die van de familie en de eigen sociale context. Deze scheiding van sferen van verantwoordelijkheid is naar ons oordeel juist een van de bronnen van de ervaren anonimisering. De regels en definities van het ziekenhuis en van de beroepsgroep worden verder verfijnd en op elkaar gestapeld, met bijbehorende financieringsarrangementen. Denk bijvoorbeeld aan de steeds ingewikkelder geworden DBC-systematiek (DOT moet ik eigenlijk zeggen).

Uiteraard om te waarborgen dat de zorg betaalbaar, toegankelijk en van goede kwaliteit blijft. Maar als deze drie principes niet worden geschraagd door een bewuste erkenning dat zorg altijd de privé-sfeer raakt en dus ook de waarden en context van de persoon die van zorg afhankelijk is, dan wordt de zorg bloedeloos en raakt de sector verweesd.

4. Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

De principes toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid staan wat ons betreft niet ter discussie. Maar:

- a. Door pluriformiteit toe te voegen worden onderliggende waardendilemma's die bij elk van de drie principes in het geding zijn, zichtbaar. Pluriformiteit rekent zo af met de éénzijdige – en daarom ook reductionistische – wijze waarop elk van de drie principes vaak wordt ingevuld.
- b. Door pluriformiteit toe te voegen maken we duidelijk dat nooit een enkel principe leidend is. Ook de dominantie van betaalbaarheid stellen we ter discussie. Met pluriformiteit treedt het maken van afwegingen op de voorgrond. In concrete situaties moet gekeken worden hoe principes en onderliggende waarden zich tot elkaar verhouden.

Feitelijk willen we met de toevoeging van dit vierde principe een dam opwerpen tegen alles omvattende oplossingen die van bovenaf worden opgelegd en maken we de weg vrij voor een vorm van sturing die uitgaat van verschil, van verschillende opvattingen over wat het goede is, en die ruimte biedt voor het experimenteren met verschillende oplossingsstrategieën mits daarvan geleerd wordt.

Met de introductie van het vierde principe balanceren we welbewust op de grens publiek-privaat-privé en **professioneel**.

5. Kwaliteit: van de standaard naar de afweging

Toevoegen van pluriformiteit aan kwaliteit betekent dat verschillende opvattingen over kwaliteit naast elkaar kunnen worden gebruikt. Een enkelvoudige definitie van kwaliteit, met behulp van richtlijnen en protocollen voldoet dan niet meer. Er zijn verschillende genres van goede zorg.

Moeten die richtlijnen, indicatoren en protocollen dan allemaal overboord? Zeker niet, maar als het een dwingende maatstaf wordt waarop wordt getoetst en afgerekend, verdwijnen de verschillende betekenissen van kwaliteit.

Ruimte voor kwaliteit betekent ruimte voor afwegingen.

Zo bezien zijn de pogingen om zo precies mogelijk te bepalen wat een calamiteit is, een heilloze onderneming. Juist hier is het van het allergrootste belang dat de tijd wordt genomen om goed te onderzoeken wat er is gebeurd, dat er een weging van gebeurtenissen plaatsvindt, dat de context wordt meegenomen.

Ook de 'zwarte lijst' met verpleeghuizen is een voorbeeld van wat er gebeurt als één enkelvoudige opvatting van kwaliteit als norm wordt gebruikt en huizen langs die normen worden gerangschikt.

6. Toegankelijkheid: van gelijkheid naar het verkleinen van de verschillen

Toegankelijkheid kan gezien worden als het in- en uitsluiten van burgers van bepaalde vormen van zorg. Deze toegankelijkheid kent meerdere dimensies: fysiek, financieel, duidelijkheid van informatie, en bejegening. Nederland doet het volgens de eerder genoemde lijstjes goed op dit gebied.

Maar is deze toegankelijkheid voldoende? Hebben de kwetsbaren niet juist meer aandacht nodig? We plaatsen toegankelijkheid dan niet in het licht van beschikbaarheid, maar in het licht van solidariteit. De vraag is dan hoe het zorgstelsel ervoor kan zorgen dat de gezondheidsverschillen tussen sociaal-economische klassen kleiner worden.

Het herkennen van pluriformiteit vraagt dan om: outreachend werken, extra aandacht voor mensen die de taal niet goed machtig zijn, maar ook gespreide betalingen, coulance regelingen, ruimte bij zorgverleners om passende oplossingen te bieden. Kortom geen generieke maar specifieke maatregelen.

7. Betaalbaarheid: van macro-doelmatigheid naar solidariteit

In het beleid heeft het accent sterk gelegen op de macro betaalbaarheid van de zorg, gemotiveerd door de potentiële verdringing van andere publieke uitgaven. Terwijl de regering wijst op het recente beleidssucces op dit thema – een afvlakking van de uitgavengroei – maken burgers zich ongerust. In hun ogen is de betaalbaarheid verslechterd vanwege de gestegen eigen

bijdragen, waardoor sommigen afzien van zorg. Vooral lage inkomens worden hierdoor getroffen.
Betaalbaarheid is voor het beleid dus iets anders dan voor de burger.

Betaalbaarheid wordt nu vooral gedefinieerd op macro niveau in termen van collectieve lastendruk. Op micro niveau vertaalt dit zich in omzetplafonds, streng toezicht op rechtmatigheid, en blijft doelmatigheid (passendheid) onderbelicht.

Pluriformiteit betekent dat er ruimte komt voor gedifferentieerde arrangementen waarbij in meer directe vormen van solidariteit burgers keuzes kunnen maken voor verschillende vormen van financiering. Waarom zouden er niet verschillende solidaire gemeenschappen naast elkaar kunnen bestaan? We zien al verschillende voorbeelden in de praktijk van vandaag. Coöperaties van burgers die voor elkaar zorgen, vereniging van eigenaren die niet alleen het dak van hun wooncomplex onderhouden maar ook zorg leveren enz.....

Betaalbaarheid en pluriformiteit betekent het opnieuw doordenken van de verhouding tussen collectief en individu. Onder meer op het brede terrein van zorg, wonen, pensioen en sparen.

8. De komende jaren

Wat betekent de toevoeging van dit vierde principe van pluriformiteit voor de zorg? In de voorgaande analyse zijn de ingrediënten al gegeven:

- Een fundamentele erkenning van de afhankelijkheidsrelatie tussen zorgverleners en zorgvragers maar ook tussen burgers en overheden
- De noodzaak om meer ruimte in te bouwen voor onzekerheid en voor het wikken en wegen in plaats van het steeds verder willen standaardiseren
- Het erkennen van verschillen, ook waarden verschillen, én het aanpakken van ongewenste verschillen (zoals de SEGV)
- De eenzijdige aandacht voor macro doelmatigheid – en dus voor rechtmatigheid – verrijken en vooral vervangen door vormen van micro doelmatigheid en daarnaast het ondersteunen en uitbouwen van verschillende solidaire gemeenschappen.

Daar past een andere vorm van sturing bij. Een onderzoekende houding, de betrokkenheid van verschillende publieken en een verheldering van de kwesties die in het geding zijn. Dus geen pasklare antwoorden die door een principaal – de overheid, het management – worden opgelegd. Overigens ook niet door de verzekeraar, patiënt of de professional. Delen wordt belangrijker dan verdelen. Meer experimenterend en lerend dan controlerend en straffend, wel in openheid met gepaste verantwoording. De voorbeelden zijn er.

9. Tot slot

Pluriformiteit – de erkenning van verschil en van verschillende waardenoriëntaties – is het vierde noodzakelijke principe naast kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid. Geen makkelijk verhaal, wel noodzakelijk om een antwoord te kunnen geven op het onbehagen waarmee ik dit verhaal begon.

Betere zorg begint met een goed gesprek. Laten we dat vanmiddag ook doen.