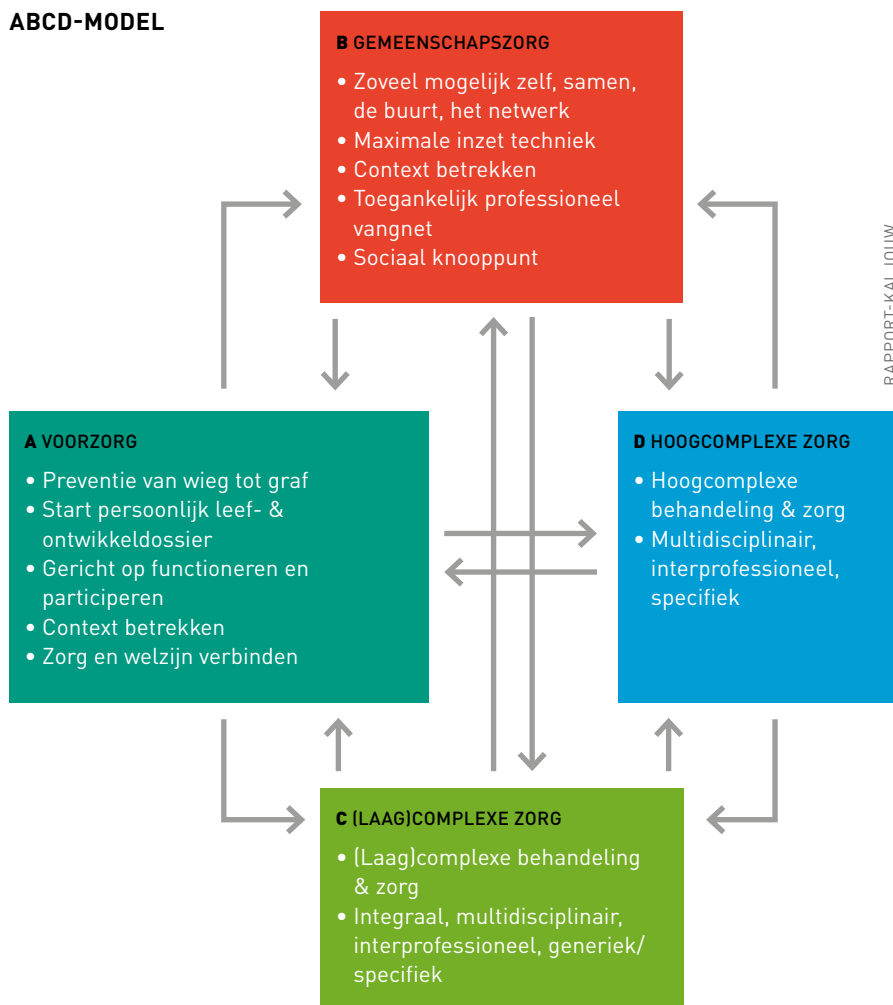


## Commissie-Kaljouw wil 'burger in eigen kracht zetten'

Utopisch, radicaal, slecht uitvoerbaar. Deze woorden vallen in reacties op het rapport-Kaljouw over de Nederlandse zorg na 2030. Dirk Ruwaard, lid van de commissie en hoogleraar gezondheidszorgonderzoek in Maastricht, pareert de kritiek. 'Deze ontwikkelingen vinden al plaats, we willen ze alleen versnellen.'

### ABCD-MODEL



De commissie-Kaljouw wil het systeem met eerste, tweede en derde lijn vervangen door persoonlijke zorgarrangementen binnen het ABCD-model. Eén arrangement kan verschillende 'lagen' van dit model bestrijken, afhankelijk van de behoefte aan professionele zorg.

**U**w opdracht was 'geef advies over een toekomstige beroepsstructuur en opleidingscontinuüm voor de gezondheidszorg in Nederland'. Het rapport is meer een globaal ideaalbeeld van de toekomstige zorg.

'We hebben meteen al in het veld aangegeven dat we niet met lijstjes komen van zoveel specialisten zus en zoveel zo. We willen een kentering bewerkstelligen in de manier waarop we als maatschappij denken over zorg. Zo hebben we afscheid genomen van de oude WHO-definitie uit 1948 waarbij iemand pas gezond wordt verklaard als hij fysiek, mentaal en sociaal helemaal niets mankeert. We denken dat de zorg van de toekomst zich moet richten op het zoveel mogelijk bevorderen en herstellen van zelfstandig functioneren in de eigen leefomgeving.'

*Het beeld dat u schetst is nogal losgezongen van de werkelijkheid.*

'Is dat zo? De commissie vindt van niet, omdat de ontwikkelingen die we beschrijven al plaatsvinden in de praktijk. De AWBZ is opgeheven, verzorgingshuizen gaan dicht, verpleeghuizen zijn alleen toegankelijk voor mensen met een hoge zorgzwaarte, zorg is verplaatst naar de gemeente en moet tevens minder geld kosten. Tegelijkertijd groeit het aantal ouderen met multimorbiditeit. Om dat allemaal op te vangen, is het nodig om de burger zoveel mogelijk in zijn eigen kracht te zetten.'

*Burgers die zelf gemeenschapszorg organiseren en de regie voeren; niet iedereen past toch in dat plaatje?*

'Dat is inderdaad een belangrijke kanttekening. We schrijven ook dat er altijd een vangnet moet zijn voor mensen die dat niet kunnen. Uitgangspunt is dat we de zorg zo efficiënt mogelijk inrichten. Mensen die eigen regie kunnen voeren, worden gestimuleerd dat ook te doen, zodat er meer tijd en geld overblijft voor mensen die het niet kunnen. Het zal best een kluif zijn om te bepalen wie het wel en niet kan, maar we denken dat het toch zo moet. Bij mensen zonder netwerk of

## We leggen veel nadruk op *shared decision making*

veerkracht, schaal je als het ware sneller op van voorzorg en gemeenschapszorg naar professionele zorg (zie *figuur, red.*). Je hebt dan een wat voller zorgarrangement nodig. Ter verduidelijking: een oudere met osteoporose die een heup breekt, heeft een ander zorgarrangement nodig dan een oudere met diabetes en retinopathie. Maar iemand met een groot netwerk die een heup breekt, heeft ook weer een ander zorgarrangement nodig dan iemand die een heup breekt en sociaal geïsoleerd is.'

***U focust sterk op de ouderen met multi-morbiditeit, alsof er straks helemaal geen jongere mensen met enkelvoudige medische problemen meer zijn.***

'Als een jonger iemand straks een concreet medisch probleem heeft, dan wordt die natuurlijk gewoon behandeld, net als nu. Maar we lopen wel aan tegen een steeds grijzer wordende bevolking met een toename van meervoudige medische problemen. We willen het maatschappelijk debat hierover verder stimuleren. Overigens zien we dit niet als een revolutie of big bang, maar als een evolutie met opgevoerde snelheid.

***Maar u wilt vooral generalisten opleiden en snijden in het aantal superspecialisten. Moet iemand met een complexe aandoening dan straks naar het buitenland?***

'Als het rapport dat uitstraalt, is het niet goed. Superspecialisten blijven gewoon nodig, anders ga je achterlopen bij de medische ontwikkelingen. Het gaat ons om de kwantiteit. We voorzien een groeiende behoefte aan generalisten die met een holistische blik naar de patiënt kijken en de verbinding leggen met de leefomgeving. Iemand met vijf aandoeningen moet straks niet meer vijf losse specialisten aan zijn lijf hebben, maar een zorgverlener met totaaloverzicht die op onderdelen

collega's erbij haalt. Een superspecialist kan ook deel uitmaken van het team. We zeggen dus niet: weg met de hightechgeneeskunde. Al wil ik daar wel één kanttekening bij maken: niet alles wat kan, draagt ook daadwerkelijk bij aan de vraag die de patiënt heeft. Daarom leggen we veel nadruk op *shared decision making*.'

***Hoe gaan de belangrijkste domeinen van arts en D – er straks uit zien?***

'We denken dat het uiteindelijk aan het veld is om, als dit rapport wordt omarmd, de organisatorische vertaalslag te maken. Maar wij denken aan multifunctionele centra in de wijk, waar maatschappelijke ondersteuning, welzijn, eerstelijnszorg én specialistische zorg dicht bij huis worden geboden. Daarnaast zullen er perifere ziekenhuizen zijn voor complexe specialistische zorg en topklinische dan wel academische centra voor de hoogcomplexere zorg.'

***Gezondheidsbevordering is belangrijk in uw rapport. Recente kabinetten hadden daar echter weinig mee op en geen geld voor over. Het Nationaal Programma Preventie (NPP) is een programma zonder budget of drukmiddelen.***

'Dat klopt. Ik ken de kritiek op liberale kabinetten die de verantwoordelijkheid voor gezond leven vooral bij de mensen zelf laten. Toch is het NPP een mooie beweging. Alle maatschappelijke sectoren, zoals wonen, onderwijs en werk worden betrokken, evenals private partijen zoals de industrie. Uit de evaluatie van het programma zal moeten blijken of het ook werkt.'

***Eind dit jaar komt uw commissie met een vervolgrapport over de zorgopleidingen. Wat kunnen we daarvan verwachten?***

'Ik schrok er best van dat er maar liefst 2400 beroepen zijn in de zorg. Als we meer multidisciplinaire samenwerking willen voor de vergrijzende populatie, kun je dan nog met zo'n versnipperd aanbod uit de voeten? En zo nee, wie heb je dan nodig vanuit het mbo, hbo en wo om de gewenste zorgarrangementen vorm te geven? Die vraag gaan we proberen te beantwoorden,

hopelijk met veel inbreng uit het veld. Verder zullen we onderzoeken wat het voor het zorgonderwijs betekent als je van aanbodgestuurde zorg wilt naar een systeem waarin zorgprofessional en patiënt samen beslissingen nemen. Er moet een verschuiving komen van "wij gaan voor u zorgen" naar "wij gaan u in uw eigen kracht zetten". En ook de behoefte aan meer multidisciplinaire samenwerking moeten we vertalen naar het onderwijs.' ■

### web

Het rapport en meer informatie over dit onderwerp vindt u op [medischcontact.nl](http://medischcontact.nl).

## ZORGBEROEPEN 2030 IN EEN NOTENDOP

De adviescommissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen (kortweg Zorgberoepen 2030) onder leiding van Marian Kaljouw kreeg in 2012 de opdracht een advies uit te brengen over een toekomstige beroepenstructuur en een opleidingscontinuüm voor de gezondheidszorg in Nederland. In haar op 10 april gepresenteerde rapport getiteld 'Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren', beschrijft de commissie hoe zorg en welzijn er na 2030 uit zouden moeten zien. Het huidige lijnsysteem is dan vervangen door zorgarrangementen binnen het ABCD-model (zie *figuur*). Het functioneren van mensen staat centraal, en zorgverlening is vraag- in plaats van aanbodgedreven. Zorgprofessionals zijn vooral generalist en bieden in multidisciplinaire teams 'zorgarrangementen' aan, toegesneden op behoeften van de patiënt. Deze is zelf lid van het zorgteam, voert zoveel mogelijk de regie en beheert zijn eigen 'leef- en ontwikkeldossier'. Ruimte voor superspecialisten is er in een aantal centra voor hoogcomplexere zorg.

Eind dit jaar presenteert de commissie een vervolgadvis over gewenste aanpassingen van het zorgonderwijs.