

## Slotstatement - Geschreven na twee dagen van inspiratie en uitwisseling, 6 oktober 2022

---

Tijdens de Care Summit 2022 zien we een stapeling van crises in de wereld om ons heen. 'Hinken' zijn er te over: de tekorten lopen op en verhogen de morele stress die mensen en organisaties ervaren. Kunnen we nog wel de goede dingen (blijven) doen? We bevestigen de problemen die we zien en spreken de wens uit om 'stappen' te zetten. Maar wat maakt ons verlegen om echt te springen, om echt een doorbraak te realiseren? Wat is er nodig om 'de sprong' te maken? Allereerst nieuwe taal. Taal die houvast biedt in een wereld vol onzekerheden en die ruimte geeft om kwetsbaar te mogen zijn. Zodat we met passie én tempo kunnen werken aan betere zorg in een tijd van permanente transitie.

### Intenties

Met de intenties zit het wel goed, toch? We maken een beweging van zorg naar leven. Onze rol in het leven van mensen is - hoe groot of hoe klein ook - belangrijk, maar mag nooit op zichzelf staan. Zorgen begint bij hoe iemand zijn leven invulling wil geven. Zorgen begint dus bij wonen, werken, ontspannen, samen zijn. Daarbij hoort ook een gesprek over aanvaardbare risico's die bij het leven horen. Als we dit echt menen dan betekent het dat we over domeingrenzen en botsende belangen heen collectiviteit moeten creëren: we hebben een gezamenlijke opdracht om de leefopgave van deze en toekomstige generaties goed te kunnen dragen.

### Erkenning

Als dat onze intenties zijn, dan moeten we erkennen dat we er allemaal mogen zijn. Iedereen heeft een eigen rol, een eigen verhaal, eigen ervaringen. De diversiteit van personen én domeinen kan elkaar versterken, maar een gelijkwaardig samenspel tussen mensen en organisaties is er niet als vanzelf. Het vraagt tijd, ruimte én moed om goed naar elkaar te luisteren en elkaar steeds weer te ontmoeten. Het vraagt bovendien een omslag van contractueel naar relationeel denken en werken. Dat voedt en inspireert het leiderschap dat nodig is om onze gezamenlijke opdracht te realiseren.

### Competenties

In de kern gaat dit over 'transformatief leiderschap' op alle niveaus.

- Van professionals vragen we om te blijven leren én om dingen af te leren. In opleidingen en in nascholing is aansluiting bij technologische ontwikkelingen nodig. Zeker zo belangrijk is sociale innovatie: dat professionals zich leren bewegen in het netwerk met en om cliënten heen. Dat netwerk strekt zich verder uit dan alleen familie, maar beslaat in essentie de hele samenleving. Daarin het gelijkwaardige samenspel zoeken en onderhouden is een doorlopende professionele verantwoordelijkheid.
- Van bestuurders vragen we om in de wind te durven gaan staan en daarin elkaar ook ruggensteun te bieden. Net als dat je gaat staan voor medewerkers die op hun beurt in de wind gaan staan. Laten we voor elkaar instaan én voor elkaar durven opstaan. En laten daarin altijd in verbinding zijn met de ervaringen van de mensen met en voor wie we dit doen. Eén belangrijke voorwaarde hebben we deze dagen concreet gemaakt: we springen in de wetenschap dat we ook worden opgevangen.
- Van de overheid vragen we daarom de ruimte om te springen én dat we worden opgevangen als er gesprongen wordt. Ruimte die we graag terugzien in regels, financiële kaders en toezicht. Deze verwachting is overigens geen excuus om te wachten met springen...

### Samen springen

Ieder van ons springt op z'n eigen manier en eigen plek. We vertrouwen op ieders goede intenties, erkennen de moed die nodig is en blijven werken aan de competenties die horen bij transformatief leiderschap. En: we springen niet alleen, maar maken deel uit van hetzelfde orkest. We spelen een improvisatiestuk, waarvan de slotnoot nog ongewis is. Bij improviseren hoort goed luisteren, actief invallen en steeds weer ruimte geven aan verschillende stemmen. En als je de draad even kwijt bent of dreigt te raken, dan kun je terugvallen op een sterke basis:

1. De toonsoort: het leidende principe 'van zorg naar leven'
2. Eigen reflectie: niet 'doe ik het goed?', maar 'doe ik het goede?'
3. Je publiek: ben je nog in verbinding?

Doorbreken vanuit kwetsbaarheid doen we samen, anders klinkt het nergens naar.

Ter verdieping: verslag op hoofdlijnen van alle lezingen en gesprekken

Thema 1: Leiderschap in onzekerheid

Monique Kremer, hoogleraar Actief Burgerschap (Universiteit van Amsterdam)

We zien en merken dat het vertrouwen van burgers in instituties afneemt. Dat geldt voor de politiek, maar ook voor delen van de zorg. De mate van vertrouwen hangt nauw samen met opleidingsniveau en verschillen daarin nemen toe. Ongelijke toegang tot zorg speelt hierin mee, maar het is ook fundamenteel: als je geloof in dat instanties het goede voor je kunnen doen afbrokkelt, dan raakt dat alles in je leven. In de zorg krijgt de overheid steeds opnieuw gezicht. Het 'grondpersoneel' van de verzorgingsstaat is daarom cruciaal in het vertrouwen tussen overheid en burger. De oproep is duidelijk: de langdurige zorg heeft een belangrijke taak om het vertrouwen in de samenleving te herwinnen. En dat kan ook vanuit alle ervaring in het werken met en dichtbij mensen, vanuit relaties en vertrouwen.

Vertrouwen gaat over **intenties** (hebben ze het beste met me voor?), **erkenning** (voel ik me gezien en gehoord?) en **competenties** (kunnen ze het wel?). Om op deze drie aspecten 'het goede' te kunnen doen zijn twee zaken van wezenlijk belang: het overbruggen van sociale afstand en kiezen voor een relationele in plaats van een contractuele benadering.

- Een relationele benadering begint bij het leggen van verbinding, bij ontmoeting. Zorg is geen handeling, het is een relatie. Continuïteit is daarom een belangrijke voorwaarde: je bouwt iets op en van daaruit kom je in actie. Dit staat haaks op het contractdenken in de zorg.
- Sociale afstand is te overbruggen door iets extra's te doen. Je zet een stap naar de ander die jullie gemeenschappelijkheid actief benadrukt. Dit is een vorm van informaliseren: aansluiten bij de verhoudingen die iemand prettig vindt.

Dit blijkt uit onderzoek naar thuiszorg in superdiverse wijken en de manier waarop thuiszorgmedewerkers erin slagen om mensen met een migratieachtergrond goed te bereiken. Het onderzoek helpt ook bij de vraag, wie wat moet doen als we het vertrouwen in de zorg weer willen vergroten. Namelijk:

- Zorgprofessionals krijgen tijd om relaties op te bouwen. Dat levert niet alleen betere zorg op, maar creëert ook ruimte om vaker te zeggen 'nee, dit kan ik niet voor je doen'. Als dat gebeurt vanuit een goede relatie is dat een andere boodschap dan wanneer het een puur zakelijke, contractuele mededeling is.
- Zorgorganisaties hebben de missie om dit vertrouwen weer te vergroten en bieden ruggensteun aan medewerkers die wel net dat beetje extra's doen. Dit vraagt ook om een ruimere interpretatie van de maatschappelijke opdracht die een organisatie heeft. En het vraagt om goed ingebed zijn in de directe omgeving van de organisatie.
- Overheid en zorgverzekeraars kunnen bijdragen aan randvoorwaarde van continuïteit en ze kunnen ruimte in de regels creëren. Die flexibiliteit komt ten goede aan de mogelijkheden om in de praktijk sociale afstand te overbruggen en relaties aan te gaan.

## Illya Soffer, directeur leder(in)

Dat het cliëntperspectief van waarde is bij alles wat we doen in en rond de langdurige zorg, is een gegeven. Want bij de mens komt alles samen. Het stelsel blijft alleen houdbaar als we gaan investeren in de participatiemogelijkheden van alle Nederlanders, in het bijzonder in die van mensen die extra kwetsbaar zijn. Zij bevinden zich nu in een doolhof van wetten, schotten en financieringsstromen, die allemaal zijn ingericht op het bieden van tijdelijke, kortdurende zorg. Terwijl mensen met een beperking of chronische aandoening een ondersteuningsvraag hebben die decennia of zelfs een leven lang blijft, ook als die in de loop van de tijd verandert. Een vraag bovendien, die zich niet beperkt tot het zorgdomein maar levensbreed aan de orde is. Waarom lukt het maar zo moeizaam om een antwoord te geven op levenslange, levensbrede zorgvragen?

1. Met de beste bedoelingen verdwijnt de bedoeling uit beeld. Elke betrokken professional laat met de beste bedoelingen een eigen stukje professionele normativiteit los op de persoon die een vraag heeft. En er is vaak niemand die echt in de volle breedte vraagt: wie ben jij?
2. Onder het mom van 'persoonsgerichte zorg' zijn alle pijlen op de cliënt gericht (waarbij na elke afgevuurde pijl een factuur kan worden gestuurd). Maar de cliënt is een mens in een context, een mens die verandert en ontwikkelt en dat samen met anderen doet. Daar is weinig oog voor.
3. Je kunt alleen maar zorg en hulp krijgen die bedacht is. Zo sterk is ons zorgaanbod generationaliseerd. Het resultaat? *The survival of the fitting*. Zolang je niet in een hokje past met je vraag ben je nergens.
4. We staan niet in de file, wij *zijn* de file. We zijn dader en slachtoffer tegelijk van het systeem dat we haten. De morele buikpijn die we daarvan hebben zou onderwerp van ons gesprek moeten zijn.

Wanneer gaat het goed? Er zijn allerlei factoren die helpen, maar de rode draad daarin is dat er altijd **iemand** is die een doorbraak realiseert. Tegen de wind in. Hoe kan elk van ons vaker die ene persoon zijn? Dat vraagt om het leven en doorleven van de 'moed tot waarheid'. De waarheid is weerbarstig, dus vraagt ook van ons om weerbarstig te zijn; om te durven afwijken wanneer dat nodig is. Dat is een kwestie van laveren tussen conformeren en rebelleren (want je kunt niet altijd tegen alles ingaan én niet altijd in alles meegaan – vgl. Debra Meyerson, *Tempered Radicals*). Het is ook een kwestie van investeren in een cultuur waarin mensen worden beloond voor de keuze om af te wijken als de situatie daarom vraagt (een cultuur waarin je leert 'to do no harm' – vgl. Ira Chaleff, *Intelligent Disobedience*). Kortom: *when you're told do wrong, do right*.

## Bianca Buurman, voorzitter V&VN en hoogleraar acute ouderenzorg (Amsterdam UMC)

Grenzen van zorg zijn steeds vaker aan de orde. Dat voelen we dagelijks, op alle niveaus. Professionals ervaren hier morele stress van. Kan ik nog wel doen wat ik belangrijk vind in mijn vak? Kan ik nog wel de goede dingen doen voor mensen? Dit soort vragen verhoogt de druk, die toch al hoog is. Dat vraagt om meer aandacht voor hoe we professionals goed toerusten.

Welke rol zien we voor professionals weggelegd? We zagen eerder een beweging van de traditionele professional naar de gecontroleerde professional. Nu is een omslag nodig naar de organiserende professional, die zich kan bewegen in het netwerk van zorg. Een voorwaarde daarvoor is wel dat je ook je eigen vakmanschap kent en erkent. De mate van beroepsvorming onder de professionals in de langdurige zorg verschilt echter enorm. Naarmate het opleidingsniveau daalt vindt nieuwe kennis minder goed zijn weg in de praktijk, zijn beroepsgroepen minder goed georganiseerd en is sprake van een minder duidelijke positie/beroepsidentiteit. Dit correspondeert vaak met hoe opleidingsbudgetten in een organisatie worden besteed: het meeste geld gaat naar de kleinste, hoogst opgeleide groep. Daarmee houden we deze verschillen ook in stand. Zo wordt anders werken en anders kijken naar het eigen vak wel een uitdaging. Een mooie doorbraak op dit punt is het samen opleiden en innoveren door MBO- en HBO geschoolde professionals in de zorginnovatiecentra en academische leerplaatsen.

Anders kijken en werken zijn nodig om in veranderende tijden professioneel zorg en ondersteuning te kunnen blijven bieden. Investeren in nieuwe kennis en vaardigheden zou op alle niveaus aan de orde moeten zijn. Denk aan vaardigheden als: zelfmanagement, samenwerken met anderen in het netwerk (zowel collega's, niet-zorgprofessionals als familie en andere betrokkenen), omgaan met ethische dilemma's, organisatie van zorg, gebruik van technologie, het voorkomen van crisissituaties. Ook hier is de basis dat professionals relationeel kunnen werken (vgl. Monique Kremer) en dat ze kunnen aansluiten én afwijken wanneer nodig (vgl. Illya Soffer). Het is belangrijk dat mensen dit in hun opleiding leren en dat ze vervolgens ergens gaan werken waar deze vaardigheden ook tot hun recht komen én doorontwikkelen.

En laten we goed beseffen dat professionals onderling verschillen. Van presteerders, tot avonturiers tot zekerheidszoekers: mensen verschillen in karakter, leerstijl en werkvoorkeuren. Bovendien heeft iedereen iets anders nodig om bevolgen te blijven. Meer oog voor deze verschillen (en vertaling daarvan in werkgeverschap) draagt bij aan het behoud van (jonge) professionals.

## **Samir Toub, wethouder diversiteit, jeugd, zorg, maatschappelijke ondersteuning in Eindhoven**

Samen maken we beleid

- Laten we straat en staat principieel aan elkaar verbinden. Ervaringskennis is een groot goed en verdient het om altijd te worden ingezet. Nota's waarvoor niet is gesproken met de mensen waar ze over gaan? Die sturen we terug.

Samen geven we richting

- Je hebt lef nodig om los van KPI's en zekerheden te investeren in preventie. Maar daar zit wel de beweging naar voren die we te maken hebben. Dus laten we gewoon beginnen.

Samen dragen we de lasten

- De sleutel zit in het doorbreken van vicieuze cirkels in en tussen generaties. Dat doe je door alle ruimte te geven aan sociale steunsystemen én die ook te koesteren. Die systemen zijn de basis van waaruit kinderen en mensen zich ontwikkelen.

Samen maken we de verbinding

- Investeren in inclusie: je moet de samenleving altijd terugzien in de organisaties die haar vertegenwoordigen.
- Transparantie en eerlijkheid zijn de basis. Daarbij hoort ook durven zeggen dat niet iedereen altijd geholpen kan worden.
- Dilemma's delen: geen concurrentie tussen partijen (gemeente, zorgorganisaties etc.), maar in plaats daarvan samen met elkaar zoeken hoe het beter kan worden.

## **Saskia Baas, bestuurder van Philadelphia Zorg, in gesprek met Jet Bussemaker**

In de langdurige zorg zit een ander ritme dan in de andere zorg. Het gaat over mensen die leven, wonen, werken en daarbij (af en toe) ook een stukje zorg/behandeling krijgen. Dus niet beginnen bij zorg, maar bij wat iemand nodig heeft. Dat moeten we stutten en steunen, dat moeten we mogelijk maken. Van daaruit leidt ieder mens z'n eigen leven in z'n eigen omgeving. Dit is ons anker: daar waar we uiteindelijk voor zijn. Dus laten we hier steeds weer naar terugkeren.

Samenwerken en samen proberen wordt dan ook logisch. De gehandicaptenzorg heeft de neiging om zich nu te richten op de zorg voor de ouder wordende cliënt. De ouderenzorg doet dat al jaren. Kunnen we meer van elkaar leren en veel meer samen gaan doen? Als we op deze manier samen op weg gaan – niet wetende welke stappen we onderweg precies gaan zetten – dan komen we in elk geval in beweging. Want als we nu niet gaan lopen komen we er in geen geval.

We zien de wens tot professionaliseren enerzijds en de wens tot regelarmen maken anderzijds. Daarin zit een innerlijke tegenstelling omdat het tweede vaak toeneemt als het eerste wordt geambieerd. Wat voor leiderschap vraagt dit? Professionaliteit is het goede kunnen doen binnen jouw vakmanschap. Daarbij hoort: loslaten, erkennen waar je niet van bent en niet alles willen controleren wat anderen doen/bijdragen. Het begint ook bij het loslaten van de gedachte dat we gevangen zitten in 'het systeem'. De boodschap moet zijn: ga eropuit, pak je ruimte en als je onderuit gaat dan staan we er voor je.

Elke crisis heeft een gouden randje: een kans die onverwacht komt, een ervaring die eigenlijk positiever uitpakt dan verwacht (bijv. begeleiding op afstand: dat landt sneller en beter bij cliënten dan wij vooraf hadden verwacht). Idem voor personeelstekort. De inzet van mensen met afstand tot de arbeidsmarkt gaat ineens makkelijker en levert ook nog eens heel veel werkplezier en lagere werkdruk op. Of: het feit dat er zoveel uitstroom onder jonge zorgprofessionals is biedt ook een kans om na te denken over hoe we het werk inrichten en wat daar in deze tijd nog past.

## Avondprogramma: in gesprek met Conny Helder, Minister van Langdurige Zorg

Gezamenlijk leiderschap is nodig om het schip van zorg en welzijn op koers te houden in onzekere tijden. Dus klinkt de uitnodiging om vanuit een gezamenlijk toekomstbeeld concrete, kleine stappen te gaan zetten en om 'transformatief leiderschap' te tonen. Transformatief leiderschap maakt ruimte voor de mens in het systeem (cliënten, naasten, medewerkers, bestuurders) en de waarden waar we als mens voor staan. Kunnen we samen lef tonen om de huidige manier van organiseren los te laten en veel meer slimme combinaties te maken? Als wij de sprong vaker durven wagen, kan de overheid ons beter opvangen. Daarin delen we dilemma's over wat kan en haalbaar is. Het is wijs om die onderweg te delen, zodat we echt samen optrekken en met elkaar leren. Ook en juist als de belangen tegenstrijdig zijn. Het eerlijke gesprek daarover brengt ons alleen maar verder.

## Thema 2: Duurzame verbindingen met andere domeinen

### Francesco Veenstra, Rijksbouwmeester

We moeten veel verder vooruit kijken. Wat je nu bouwt gaat misschien wel 200 jaar mee. Dus vanuit wonen kun je heel veel beïnvloeden én belemmeren als je daarin niet ver genoeg vooruit denkt. Het vertrekpunt: we zijn in permanente transitie. Er zijn doorlopend maatschappelijke veranderingen in de leefomgeving die om een antwoord vragen. Denk aan het stikstofprobleem, het woningtekort, energiearmoede, de straat als dienst (bedrijven nemen de straat over), aardbevingsstress, de ondercapaciteit van het energienet, de ikke-ikke-ikke cultuur (individualisme dat reageert op de situatie in het hier en nu) etc. Het heeft daarom geen zin om alleen een oplossing te bedenken voor de problemen van vandaag. Het gaat over veel meer, het gaat om de lange termijn én om vormen die we vol kunnen houden. Want we zijn morgen niet klaar.

De opgaven in volkshuisvesting en in de zorg gaan daarbij hand in hand. Als we nu snel veel woningen bouwen, zijn dat dan ook woningen die straks passen bij de zorgvragen die er zijn? Vanuit welk leefconcept (waarin wonen en zorg samenkomen) werken we? Het is van belang dat we actief verband leggen tussen demografische trends en de manier waarop we bouwen, want anders ontstaat een fysieke leefomgeving waarin we niet goed voor elkaar kunnen zorgen. De toegankelijkheid van wonen en zorg zijn nauw aan elkaar gerelateerd. Hoe kunnen we dat concreet vertalen? Een aantal voorbeelden:

- Kamer waar zorg geleverd wordt is deel van een groter geheel, van een leefomgeving
- Healing environment (weg van zorg in contractuele en technische uitstraling)
- Veilig verblijven (voorbij het instellingsdenken)
- Zorg op maat (bijv. voor gezinnen waar ziek kind in is: kun je dan tijdelijk ergens anders wonen?)
- Divers wonen, al naar gelang zorgbehoefte
- Vitale buurten: zorg uit de organisaties als onderdeel van het (stads)leven

Het gaat om het samenspel tussen denken en handelen, tussen inzoomen en uitzoomen, tussen divergeren en convergeren. Zoektocht naar gedeeld perspectief is daarin wezenlijk, want een groter verhaal is nodig (het huidige verhaal is uitgewerkt). Ontwerpateliers kunnen daarbij helpen.

Daarbij gaat het er niet alleen om dat we het huidige beter doen, maar ook dat we onszelf de vraag stellen: doen we het juiste? We moeten tijd en ruimte creëren om los te komen van de waan van de dag om zo de echte opgaven voor de lange termijn in beeld te krijgen. Anders zijn we veel te druk met het uitvoeren van onze taak en verliezen we de reflectie op waarom en voor wie we dit aan het doen zijn.

## Ageeth Ouwehand, bestuurder van 's-Heeren Loo en raadslid van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving

Ook los van de urgentie en de omvang van de vraagstukken in de langdurige zorg willen we een doorbraak realiseren in het samenspel met naasten en vrijwilligers. Om gelijkwaardige partners in de zorg te worden hebben we nog een hele weg te gaan. Die weg begint bij het oprecht waarderen van wat naasten doen (en dat is veel meer dan even een klusje of wat gezelligheid). We moeten toewerken naar een team met en rondom de cliënt i.p.v. dat we allemaal aparte functies en rollen rondom de cliënt vervullen. Dat is best een lastig gesprek met beroepskrachten, want zij moeten zich ook serieus genomen voelen in hun vak en de opleiding die ze daarvoor hebben afgerond. Voor dat gesprek is veel aandacht nodig. Om een gelijkwaardig samenspel te realiseren is bovendien een maatschappelijke discussie nodig: hoe kijken we naar wie wat doen in de zorg voor elkaar?

Het positioneren en waarderen van het informele netwerk staat of valt bij hoe serieus we dit netwerk nemen. Laten we leren van de hospicezorg, waar die omslag al veel verder is en er zelfs plekken zijn waar vrijwilligers aan het roer staan en professionals aanvullend worden ingezet. Een mooi vertrekpunt is dat je niet alleen kijkt wat vrijwilligers komen brengen, maar ook kijkt naar wat ze graag willen halen uit het doen van vrijwilligerswerk.

Positioneren en waarderen zie je ook terug in de wijze van organiseren en de regels die worden gehanteerd. Concrete aanbevelingen uit het advies *Anders leven en zorgen* van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving zijn:

- Veranker het gelijkwaardige samenspel in je besturingsfilosofie en –inrichting.
- Train beroepskrachten voor het aangaan van het samenspel binnen teams en maak ruimte om het ongemak wat hierin ook ervaren wordt bespreekbaar te maken.
- Geef naasten en vrijwilligers als partners in zorg een sterke stem in de organisatie
- En richting de overheid: voer een basisvergoeding in voor mantelzorgers die professionele zorg vervangen; zorg voor een flexibele CAO met ruimte voor niet-zorgfuncties zonder scholing; stimuleer gebruik mantelzorgwoningen en schaf kostendelersnorm af.
- Vereenvoudig de regels die er zijn rondom taken van vrijwilligers. Laten we veel meer uitgaan van comfort, waarbij zorg faciliterend i.p.v. voorliggend is. Dit vraagt bijvoorbeeld ook om het herijken van de plek van medische zorg in het verpleeghuis.
- Leg alleen basiskwaliteit vast (à la kwaliteitskompas GHZ)
- Herijk de kwaliteitsstandaarden van beroepen, verminder professionele exclusiviteit m.b.t. taken. Anders ontmoedigt het organisaties om ook andere handen in te zetten en daar ook op te vertrouwen.
- Verruil controles op rechtmatigheid declaraties voor systeem gebaseerd op vertrouwen
- Stem de bekostiging af op het organiseren van een optimaal samenspel (concreet: financier indirecte tijd)

In deze ontwikkeling zitten een aantal maatschappelijke vraagstukken, die om debat vragen. Zoals de acceptatie van een kwantitatieve vermindering van kwaliteit van zorg of de spanning die zit in de vraag wat we in de toekomst nog van de zorg kunnen en mogen verwachten. Het gaat dan ook over de rol van zorg in de samenleving als geheel (en wat we daarin van elkaar mogen verwachten): het vraagstuk is breder dan alleen maar het samenspel met familie en vrijwilligers.

Investeren in een gelijkwaardig samenspel tussen formele en informele zorg begint als attitude vraagstuk waar je morgen mee kunt beginnen. Concreet: in de manier waarop je intakegesprekken doet en de vragen die je daar stelt (welke rol/betekenis wil je hebben in het leven van je kind, ook als het kind bij ons zorg krijgt?). Hoe koester je daarin de persoonlijke relatie en waak je ervoor dat die niet verdrongen wordt door de zorgrelatie? Of: hoe bereid je de ondersteuningsplan gesprekken voor (eerst alleen professionals en dan pas met netwerk? Waarom niet meteen samen?)

## Terugkoppeling: break-out sessies

- Geen groot plan naar de toekomst maken, maar gewoon nu beginnen. Onderweg veel met elkaar praten om wel steeds bij te kunnen stellen waar nodig. Dat geldt eigenlijk op organisatieniveau én op het niveau van individuele casuïstiek.
- We maken een beweging van het medisch model naar een sociaal model; een beweging van zorg als transactie naar zorg als relatie.
- Durven we het (maatschappelijke) gesprek te voeren over aanvaardbare risico's die bij het leven horen? Dat moet wel als we 'van zorg naar leven' gaan.
- De sprong die we maken is niet om een bijdrage te leveren aan zorg als doel op zich. We springen om een bijdrage te leveren aan het samen leven.
- Hoe migreer je van contractrelatie naar relationele benadering? In elk geval helpt het om dicht bij de werkelijkheid blijven. Iets als een lijstje met 'tien geboden' kan ook helpen. Bijvoorbeeld: blijven reflecteren op alle niveaus, om zo samen te zoeken naar wat goed is om te doen.
- Toezichhouders hebben ook een taak: bestuurders uitdagen, neem je wel risico's genoeg? Want als je helemaal in control bent, ga je misschien wel te langzaam...
- "Verboden woorden" voor de Care Summit van volgend jaar en de mogelijke alternatieven:
  - helpende begeleider
  - 'onze' cliënten / medewerkers mensen en collega's
  - vrijwillige inzet samenwerken met
  - hoog/laagopgeleid opgeleid voor wetenschap of praktijk
  - verbeteren naar leren, ontwikkelen en goed is goed genoeg
  - verpleeghuis hospices voor ouderen
  - zorg daar waar het leven aan de orde is, woord afschaffen, maar houden als het echt zorg is
  - care summit summit / community summit

## Thema 3: Collectief leren

### Rudi Westendorp, Hoogleraar Ouderengeneeskunde, Afdeling Publieke Gezondheid, Universiteit van Kopenhagen

De wijze *waarop* wij oud worden is volstrekt anders dan die van onze ouders en grootouders.

Het aantal jaren dat we in goed ervaren gezondheid leven stijgt; het aantal jaren zonder beperkingen ook. Het aantal jaar dat je geïndiceerde zorg krijgt blijft hetzelfde, maar schuift naar achteren in de levensloop. Preventie werkt daarin. De optelsom: mensen kunnen langer het leven leiden dat ze zelf willen. De 'ramp' die op ons afkomt moeten we niet groter voordoen dan 'ie is.

Kwaliteit van leven neemt niet per definitie af wanneer je ouder wordt. De kern van een gesprek over gezondheid en leven is dat je er in algemene termen niets over kunt bepalen: mensen gaan er zelf over. Hun ervaren gezondheid zegt iets over de setting waarin mensen oud worden en hoe ze daar mee omgaan. Wat leren we daarvan voor hoe we zorg organiseren? Niet door een formeel zorgaanbod te hebben dat functionele uitkomsten voor personen moet hebben, maar juist precies andersom: vanuit wensen en preferenties van personen een reactief zorgaanbod creëren.

Alle vergezichten zijn hetzelfde, maar we komen daarmee niet tot de kern. Dat is: we moeten op zoek naar de waarden en de normen van mensen zelf, in een dagelijkse situatie. En de cruciale vraag is: wordt in die ontmoeting het goede gesprek gevoerd? Worden daar – naar oordeel van de mensen die daarbij betrokken zijn – de goede dingen gedaan?

5 dingen die je kunt doen om mensen te helpen zichzelf te helpen (naar David Ellerman)

1. Hulp begint vanuit de situatie van de cliënt, niet vanaf een onbeschreven blad
2. Professionals zien de situatie door de ogen van de cliënt, niet door hun eigen ogen
3. Hulp wordt niet opgelegd, want dat schendt autonomie
4. Cliënten mogen hulp niet ervaren als een welwillende gave, omdat zo iets afhankelijkheid creëert
5. Cliënten zitten in de bestuurdersstoel, hét idee achter autonome zelfsturing

Van zorgen voor naar zorgen met (*reablement*)

- Wat cliënten zelf kunnen doen dat nemen wij hen niet uit handen
- Wat cliënten niet zelf kunnen dat moeten wij hen leren
- Wat er aan problemen overblijft, daarvoor vinden wij een oplossing.

Waarom doen we het niet? Voetangels en klemmen

- De richtlijnen zijn anders, de protocollering, de zorgpaden – en daarom nemen we over
- Wij zijn zelf dat proces, wij nemen over, we durven niet los te laten.

Kortom: het systeem is goed want het borgt kwaliteit, maar als het te veel wordt dan verstikt het ons. We zeggen van alles, we delen heel veel maar als we dan zondagmiddag of woensdagnacht aan het werk zijn: doen we daar dan de goede dingen? Het antwoord op die vraag begint bij het radicale principe dat mensen zelf bepalen wat kwaliteit van leven is. Verzandt dat dan niet in dat wie het luidst roept het meest te zeggen heeft? Dat is echt iets Nederlands en vergt een omslag in denken en doen. Je mag best iets zeggen/inbrengen, maar je moet daarna ook weer luisteren naar een ander. En dus altijd de check doen: heeft iedereen zijn zegje kunnen doen? Meerstemmigheid is een absolute voorwaarde voor de weg voorwaarts. Procedures waarlangs je dat doet moeten we dus heruitvinden. Dat is best een flinke opdracht voor bestaande organisatiestructuren.

## Mirella Minkman, voorzitter Raad van Bestuur bij Vilans

We zijn al een tijdje onderweg met de vragen en thema's die hier samen komen. Naast denkkracht is ook doekracht nodig. Welke kennis helpt daarbij? Weten we wat werkt en wat niet of niet meer? Kennis is talig, maar nog lastig te *vertalen*: het gaat om gedrag en lerend vermogen (i.p.v. in andere woorden praten over wat we willen gaan doen).

Om goed te bewegen in de huidige 'polycrisis' is morele wijsheid nodig. Dat soort wijsheid vraagt om verschillende kennisbronnen: wetenschap, professionele kennis en ervaringskennis. Van daaruit kun je komen tot besluitvorming op basis van onderliggende waarden. We moeten de kennisinfrastructuur die dit mogelijk maakt versterken en vergroten. En dat roept de vraag op: hoe kunnen we iedereen (inclusief burgers) beter toerusten om verschillende kennisbronnen te benutten?

Hoe maken we de sprong? Dat is een meervoudige opgave die je niet zomaar aftikt. Ingrediënten zijn in elk geval:

- Werk als caleidoscoop: interdisciplinair, interdepartementaal en leren om vanuit je eigen vak in interactie te zijn met anderen. Daarin moeten we leren om adaptief te zijn.
- Zorgproces in relatie tot technologie en data: kunnen we data vertalen tot digitale wijsheid in je broekzak (want data op zich is nog geen kennis)?
- Wie zorgt eigenlijk voor wie? De burger met zijn (zelf)zorgtaken moeten we toerusten met kennis en vaardigheden. Dat vraagt ook om debat: wat mag je nog van de zorg verwachten? Wat is waarde(n)vol?
- Andere *governance*: verantwoordelijkheden delen i.p.v. verdelen. Zeggenschap in netwerken. Verbinden beraad en daad (dus medezeggenschap in vele vormen, ook los van klassieke organisatiestructuren, en Bestuur/besturen). Er is verbinding tussen democratie en de *governance* van zorgorganisaties (interessant voorbeeld van vernieuwing in dezen: *wellbeing counties* in Finland)
- Rol van de wetenschap: kritische distantie houden, paradigma of narratologie? Dat laatste gaat meer over samen verhaal maken.

Ervaringskennis is belangrijk omdat een individueel verhaal enorm mobiliserend kan werken en aanspoort tot echt anders doen. Tegelijkertijd wil je ook meer geabstraheerde kennis over wat wel werkt en wat niet. Bij elke kennisbron moet je opnieuw duiden: van wie is deze kennis, in welke context is deze relevant, wat betekent dit en voor wie?



## Erik-Jan Vlieger, CEO Alii B.V.

Kennis is de basis van zorg. Maar hoe krijg je wetenschap bij het handelen van de dokter? Hoe pas je kennis toe ook zonder dat je alles zelf hoeft te doen? Hoe kunnen we sneller en meer leren? Een extra urgente vraag gezien de noodzaak om meer zorg met minder mensen te realiseren.

Meestal stroomt de kennis door van de specialist richting de meer generalistische beroepen. Tijd en ervaring maakt dat kennis verschuift en dat die op andere plekken tot executie wordt gebracht, uiteindelijk richting patiënten zelf (voor zover dat kan). Maar wat zijn hiervan de beperkingen? Het hangt af van wat iemand aankan, van intelligentie en discipline patiënten. Het moet nu gebeuren vanuit het brein van de patiënt, maar daarin is niet altijd voldoende capaciteit. Kun je dat ook automatiseren, zodat die afhankelijkheid kleiner wordt of zelfs helemaal verdwijnt?

Kennis is een algoritme. Alle medische kennis is digitaal te beschrijven. Richtlijnen worden nu in tekst vastgesteld (= impliciet algoritme). Daar kun je een expliciet algoritme van maken in een interactief, visueel model. Dat is helemaal niet moeilijk én is een oplossing voor het probleem dat we kennis niet beschikbaar stellen in een hanteerbare vorm. Kwaliteit is dat je op basis van heel veel variabelen van een patiënt de juiste keuze maakt. Dat kun je digitaliseren en daarin neem je dan patiëntkenmerken én patiëntvoorkeuren mee. Als we het slim organiseren kan het model ook nog eens geïntegreerd worden in het elektronische patiëntendossier en communiceer je van daaruit snel en makkelijk naar patiënten. En het levert een ander gesprek op: als je in het model de vraag 'wat wil de patiënt?' opneemt, dan móet je het gesprek daarover wel voeren.

Dit levert op dat je slimmer en gericht kunt verwijzen en ook dat je verschillende zorgprofessionals slimmer en gericht inzet. Bijvoorbeeld wanneer combinaties patiëntkenmerken vooraf bepalen door wie iemand wordt gezien, i.p.v. dat je altijd dezelfde triage route doorloopt. Dat levert letterlijk ruimte en capaciteit op omdat niet alle patiënten hetzelfde traject hoeven te doorlopen.

Als je ook in de langdurige zorg van elke cliënt wilt leren (en niet alleen van de paar cliënten die meedoen aan een onderzoek), dan is het noodzakelijk om de volgende zaken gestructureerd op te slaan:

- Cliënt kenmerken
- Cliënt voorkeuren
- Gesuggereerd en uitgevoerd beleid
- Uitkomst

Het werken met kennis via algoritmische modellen betekent ook dat je:

- Meer gaat klikken en minder gaat tikken
- Kennis moet zien als invulsjabloon. Dat kan ook, want de keuzes die je maakt zijn vaak op veel minder aspecten gebaseerd dan wat je allemaal opschrijft. Vrije tekst werkt veel minder goed om keuzes en afwegingen uit terug te halen.
- Minder administratieve lasten krijgt, omdat je alleen opschrijft wat je echt moet weten

Als je kennis gestructureerd organiseert, kun je er sneller van leren. Kortom: we maken een beweging van kennis uit de literatuur (waarvan brein de drager is), naar kennis uit de literatuur waarbij ook ECD's drager worden en van daaruit naar kennis vanuit data (gestructureerd benutten van alle informatie die we verzamelen).

---

*Slotstatement & verslag op hoofdlijnen zijn geschreven door Willemijn van der Zwaard, strategisch adviseur en projectleider bij Reinaerde.*