

Manifest (herzien) 2016

In Nederland hebben we een zorgsector ontwikkeld om trots op te zijn. Er zijn goed opgeleide dokters en andere professionals, goed geoutilleerde ziekenhuizen, prima organisaties voor geestelijke gezondheidszorg, verpleging, verzorging en thuiszorg. Iedereen kan in de eigen omgeving terecht bij een huisarts, tandarts, fysiotherapeut, apotheek, psycholoog en nog veel meer. Voor onze publieke gezondheid zijn er GGD's. Zorg is geregeld voor jong en oud, arm en rijk, sterk en zwak, thuis of in instellingen. Veel instituten, bestuurders en brancheorganisaties werken er hard aan. En elke dag weer zetten heel veel professionals zich in voor de allerbeste zorg voor hun cliënten.

Toch zijn er ook zorgen over de duurzaamheid van de Nederlandse zorgsector. Een inventarisatie van **leder(in)** (zie <https://iederin.nl/>), op basis van vooral meldingen in de langdurige zorg (LVG, VG, CZ, LG), toont de volgende knelpunten:

- Gebrek aan **maatwerk** (algemene voorzieningen)
- Gebrek aan **integraliteit** in toegang en begeleiding
- Gebrek aan **aansluiting** zorg, onderwijs, arbeid
- Gebrek aan **expertise** wijkteams/wijkverpleging
- Lange **wacht- en doorlooptijden**
- Patiënten / cliënten worden **niet als partner** beschouwd
- Nieuwe groepen vallen tussen **wal & schip**
- Continuïteit en **kwaliteit** staan zeer sterk **onder druk**
- **Bureaucratie**, kastje-muur, rompslomp
- **Stapeling** leidt tot afzien / afhaken (kosten / eigen bijdragen)
- Soms onoverkomelijke **taalproblemen** bij onze anderstalige medeburgers

Vanuit de aanbodkant zijn er dramatische voorspellingen over de toenemende kosten, raken professionals gedemotiveerd door bureaucratie en 'afvinklijstjes', zijn er organisaties en bestuurders die eigenbelang laten prevaleren en dragen financiële prikkels voor instellingen en professionals niet altijd bij aan gezondheid. Veel partijen en instituten denken na over de toekomst van de zorg. De politiek, de SER, brancheorganisaties, de wetenschap. Zij omschrijven het centrale probleem veelal als een te grote stijging van kosten. Voorstellen voor oplossingsrichtingen gaan vooral over pakketomvang, andere financiering, decentralisatie, meer 'in de buurt', meer zelf betalen of het verlaten van het solidariteitsbeginsel. Oplossingen dus, die moeten werken via een andere inrichting van het systeem.

Het draait om meer dan structuren en systemen

In de praktijk blijken oplossingen maar uiterst moeizaam te realiseren. Binnen de zorg lijken we elkaar gevangen te houden in bestaande structuren en systemen. Dat houdt weer een aantal perverse financiële prikkels in stand die echte verandering blokkeren. Bovendien is er ons inziens nog wat anders aan de hand. Dat gaat over de manier waarop we als maatschappij kijken naar zorg en gezondheid.

In die benadering hebben enkele 'verlichtingsidealen' de overhand gekregen: decompositie en **specialisatie** (Newton), **strijd** en aanpassing (Darwin), **ratio** en hard bewijs (Descartes). Dit heeft geleid tot vooral 'zieke zorg' en heeft ons aanvankelijk heel veel gebracht. Maar inmiddels volstaat deze benadering niet meer; de menselijke maat dreigt uit beeld te raken. Wij denken dat het nodig is om de uitgangspunten aan te vullen met meer **holistisch** kijken, meer **samenwerking** en steeds de vraag: '**deugt het?**' (in plaats van 'klopt het?'). Naast systeemaanpassingen is ons inziens aandacht voor deze manier van kijken en handelen nodig voor duurzame zorg.

In 2014 brachten we ons eerste Manifest uit met daarin 'coördinaten van duurzame zorg'. Ons doel: met deze coördinaten de dialoog over duurzame zorg onder burgers, professionals, beleidsmakers, bestuurders en politici richting geven. Wij wilden, onder de noemer **Sustainable HealthCare Lab (SHCL)**, iets toevoegen aan de bestaande discussies, namelijk: een debat over duurzame principes in de zorg, los van bestaande structuren en belangen. Met als belangrijkste pijlers: de burger / patiënt ECHT centraal stellen en een kritisch re-design van de financieringsstromen. In 2014 wisten we niet precies hoe die verandering eruit moest zien, maar we hadden wel een idee van de richting, de coördinaten dus. Nu, nog geen drie jaar later, zien wij vele ontwikkelingen die passen bij die richting. Wij hebben onze coördinaten herijkt op basis van deze ontwikkelingen en op basis van de resultaten van onze SHCL bijeenkomsten in de afgelopen jaren.

Wij willen blijven bijdragen door de dialoog te organiseren en te faciliteren. Belangrijke input voor de dialoog komt van verschillende wetenschappelijke disciplines zoals geneeskunde, gezondheidswetenschappen, filosofie, economie, psychologie en technologie. Maar de ervaringen, visie en wensen van burgers en patiënten zijn minstens even belangrijk. Het gaat ons om een echte beweging voor duurzame verandering in denken en doen bij iedereen die ertoe doet. Dus bij patiënten, burgers, professionals, bestuurders, politici, de farmaceutische industrie, beleidsmakers, etc.

Duurzame Gezondheid door dynamisch aanpassen en eigen regie

We zijn als SHCL de afgelopen jaren bijzonder geïnspireerd door het begrip 'positieve gezondheid', geïntroduceerd door Machteld Huber. Gezondheid is in deze definitie niet meer '... een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden' (WHO definitie, 1948) en is dus niet louter het ontbreken van ziekte of gebrek. Onbedoeld stimuleert deze 'oude' definitie medicalisering van gezondheid en zorg. In Hubers definitie is gezondheid niet meer een statisch begrip, maar een dynamische situatie die voor iedereen binnen bereik ligt: '**Health as the ability to adapt and to self manage, in the face of social, physical and emotional challenges**'.

Het is niet wenselijk dat patiënten en gezondheidszorg op (bestrijden van) ziekte gefocust blijven, terwijl - ondanks ziekte - een kwalitatief hoogwaardig en zinvol leven mogelijk is. Deze nieuwe definitie van gezondheid ruimt een belangrijke plaats in voor vermogens als veerkracht (resilience) en het voeren van eigen regie. Patiënten ervaren dit als heel relevant (M. Huber, 2014).

Als we gezondheid zo gaan bezien, heeft dat verregaande consequenties voor de doelstellingen, de inrichting en de financiering van de gezondheidszorg. Wij hebben deze nieuwe benadering van gezondheid nadrukkelijk meegenomen bij onze herijking en verrijking van de tien SHCL-coördinaten voor duurzame zorg.

1. Van repareren naar equiperen

Uiteindelijk gaat het erom dat mensen zo goed mogelijk hun dagelijkse leven kunnen leiden en meedoen in de maatschappij, ook met een beperking. We hebben het dus over de eerdergenoemde 'positieve gezondheid'. Dit vraagt dat medische en andere professionals niet alleen 'fixer' zijn van medisch-technische problemen, maar ook goed luisteren naar wat hun cliënten eigenlijk vragen. Professionals stemmen hun handelen af op wat mensen zelf willen bereiken op de verschillende domeinen van gezondheid. Dit is een belangrijke tegenbeweging tegen de bijna automatisch aangeleerde reflexen van zorgprofessionals: artsen luisteren gemiddeld 18 seconden om vanuit hun diagnostische- en repareermodus conclusies te trekken.

Anno 2016 zien we equiperen bijvoorbeeld terug in De Gouden Oor Award voor de Zorg, een prijs voor effectief luisteren naar mensen die zorg gebruiken. Zoals de website zegt: "Wie zorg nodig heeft, wil niet alleen 'geholpen' worden, maar vooral gehoord. Juist in de zorgsector is luisteren van groot belang. Organisaties die zorgvuldig luisteren naar hun klanten leveren de beste, meest veilige en meest effectieve zorg."

Dat betekent ook beter luisteren naar een jonge man in een verpleeghuis met slikproblemen, die pertinent geen vloeibaar voedsel wil, hoewel vast voedsel medisch gezien een groot risico is. Anno 2016 gebeurt het dat de cliënt blijft volhouden, en gaan de professionals uiteindelijk mee in zijn wens, ondanks de behoorlijke risico's.

2. Demedicaliseren waar mogelijk

De laatste jaren is er een toenemende tendens om op 'gewone' levensproblemen een somatische of psychiatrische diagnose te plakken. Zorgvragers hebben soms zelf belang bij zo'n 'medisch etiket', want een medisch etiket helpt, verklaart en excuseert: in de klas, thuis, op het werk, in de gemeenschap en voor de persoon zelf. Hij /zij is ziek, dus ... Een diagnose ont-schuldigt, en kan een reden zijn voor financiële tegemoetkoming. Professionals kunnen de neiging hebben hierin mee te gaan, soms om hun cliënten te helpen, soms ook voor hun eigen positie. Een medisch etiket legitimeert hun handelen. Een niet zorgvuldig / zuiver medisch etiket brengt echter het risico van consumentisme met zich mee én vermindert het zicht op de eigen mogelijkheden om iets op te lossen. Eén miljoen Nederlanders slikken antidepressiva. Steeds meer kinderen in de klas hebben 'iets', steeds vaker ook met een financiële compensatie (het vroegere rugzakje). Medicaliseren dreigt op deze manier een businessmodel te worden.

Anno 2016 zien we het belang van demedicaliseren c.q. normaliseren bijvoorbeeld terug in de aandacht voor de tekorten van de DSM-5, het meest recente handboek voor de classificatie van psychiatrische symptomen. De kritiek komt o.a. van de bekende Amerikaanse psychiater Allen Frances, in eigen land van de hoogleraren Jim van Os en Trudy Dehue. Zij timmeren aan de weg met hun visie dat met de invoering van nieuwe classificaties binnen de DSM-5 voorheen gezonde burgers opeens blijken te lijden aan een (nieuwe) aandoening.

3. Niet alles moet wat kan: zoek een balans tussen vechten en accepteren

Soms is er spanning tussen technische mogelijkheden en kwaliteit van leven. Dat vraagt een goed gewogen en gedeelde besluitvorming over behandeling. Zorgvragers moeten geïnformeerd zijn over voor- én nadelen. Professional én zorgvrager moeten beseffen dat er een einde is aan de mogelijkheden en het gesprek kunnen en willen voeren over vechten versus accepteren. Er is altijd een serieus alternatief voor ingrijpende behandelingen. Als zorgvragers die behandelingen niet meer willen, zullen professionals hen niet wegsturen, maar meelopen op de andere route.

Anno 2016 zien we deze ontwikkelingen bijvoorbeeld terug in het rapport 'Niet alles wat kan, hoeft' van de KNMG-stuurgroep '[Passende zorg in de laatste levensfase](#)'.

4. Een menselijke relatie tussen zorgprofessional en zorgvrager

De relatie tussen professional en zorgvrager is niet alleen een zakelijke relatie tussen aanbieder en klant, maar bovenal een menselijke relatie. Het gaat ook om nabijheid, troosten en aanwezigheid, juist als het moeilijk wordt, als het niet lukt en er weinig of geen mogelijkheden meer zijn om de ziekte te keren. De waarde van een goede therapeutische relatie wordt in onze zorgsystemen ernstig onderschat. In de psychiatrie bijvoorbeeld is er doorslaggevend bewijs dat specifieke factoren in de behandeling aanmerkelijk belangrijker zijn dan de gehanteerde modellen of technieken.

Anno 2016 zien we de menselijke relatie bij initiatieven als '[Compassion for Care](#)'. En sinds 2014 vergoeden verzekeraars een langer gesprek bij iemand die terminaal ziek is. Maar uit een artikel van SKIPR (05-03-2015) blijkt dat dit in 2014 nog niet echt werkte: Artsen maken nauwelijks gebruik van het nieuwe 'intensief consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties'. Het 'kijk- en luisterconsult' werd in de eerste helft van 2014 een kleine 250 keer gedeclareerd in heel Nederland.

5. Leren leven met onzekerheid

Professionals en zorgvragers, maar ook burgers en beleidsmakers, moeten zich realiseren dat er geen garantie bestaat op gezondheid. Er is geen 100% zekerheid hoe een gezondheidssituatie zich zal ontwikkelen. Ongericht onderzoek, eindeloos screenen, behandelingen 'voor de zekerheid': baat het niet, dan schaadt het wel. Er zijn heel veel effectieve interventies. Maar vaak weten we niet precies wat er aan de hand is, wat kan helpen en wat het effect is bij een individu. We komen nooit alles te weten; daar moeten we mee leren leven.

Anno 2016 zien we dat deze bijna filosofische vraagstelling aan aandacht wint. Filosoof René Gude schreef er een boek over op het moment dat hij de diagnose kanker kreeg, en moest leven met een grote kans dat hij het niet zou redden. Hij bepleit filosofische training bij professionals en burgers rond deze vraagstelling: hoor je bij de 90% of bij de 10%? Niemand weet dat vooraf. Achteraf bleek Gude bij de 90 % te horen.

Er is anno 2016 meer kennis over klachten waar maar geen oorzaak voor gevonden wordt. We noemen dit SOLK: Somatisch Onbegrepen Lichamelijke Klachten. Nederland telt ongeveer één miljoen SOLK-patiënten. Dokters vinden communicatie met deze patiënten vaak lastig, patiënten voelen zich op hun beurt vaak onbegrepen. Ruim veertig procent van de poliklinische patiënten heeft lichamelijk onverklaarde klachten; het Erasmus MC ontwikkelde een toegesneden training voor zijn medisch specialisten.

6. Preventie geeft meer gezondheid tegen gelijke kosten

De zorg is nu sterk gericht op 'repareren'. Er is meer nadruk nodig op voorkómen aan de voorkant. Door meer en betere preventie worden mensen ouder én gezonder oud, en juist dat is de gezondheidsinvestering waard. Met positieve gezondheid als uitgangspunt kunnen mensen zelf regie voeren en initiatief nemen, en preventie op hun eigen manier vormgeven. Vanuit financieel oogpunt heeft preventie een slecht 'businessmodel': de kosten vallen op een andere plek dan de baten. Financiers zijn huiverig om te investeren, ze zien de baten niet terug. Dat heeft o.a. te maken met de inrichting van ons verzekeringsstelsel. Door invoering van de marktwerking, is het argument, hoppen klanten van de ene naar de andere verzekeraar waardoor investeren in een klant niet loont. Daarnaast valt en staat preventie bij gezond en verantwoordelijk gedrag van de burger zelf, en dat gedrag kun je niet afdwingen. Lastige dilemma's, zeker wanneer wij in Nederland het principe van de solidariteit in de zorg hoog willen houden.

Maar gelukkig groeien anno 2016 de sportscholen en laat ook de overheid zich niet onbetuigd. Denk aan '[Alles is gezondheid](#)', het Nationaal Programma Preventie waarin publieke en private partijen afspraken maken over gezamenlijke acties. Een beweging om te komen tot een gezonder en vitaler Nederland.

7. Denken en handelen vanuit één kader voor professionele én ervaren kwaliteit

Goed zijn en beter worden in zorg doen ertoe. Prestatie-indicatoren zijn echter niet het doel, maar een middel. We zien een overvloed aan toezichthouders, keurmerken, accreditaties, benchmarken, verantwoording etc. die veel tijd en geld kosten, professionals frustreren en het zicht op werkelijke kwaliteit belemmeren. Uiteindelijk gaat het om die kwaliteit, die technische, functionele en relationele elementen integreert.

Anno 2016 zien we dit bijvoorbeeld terug bij de beweging '[Het Roer Moet Om](#)' van huisartsen, bij de IGZ die minder indicatoren uitvraagt en meer aansluit bij bestaande registraties, en bij zorgverzekeraar VGZ die stopt met eigen normen opstellen, en zich conformeert aan de kwaliteitseisen van de artsen zelf.

8. Verbind de eilanden van specialisten en instellingen

Toenemende specialisatie maakt het steeds lastiger de gehele mens te zien. Maar er is ook de verregaande scheiding tussen lichaam en geest die ons parten speelt (zie SOLK). Er is sprake van orgaangericht, professiegericht en domeingericht handelen in de zorg. Professionals en burgers ervaren dergelijke scheidingen tussen aanbieders lang niet altijd als positief. Duurzame zorg vraagt om een integrale blik op wat er aan de hand is. Dus om samenwerking en verbinding, gericht op wat echt nodig is en helpt, en dat vooral vanuit het perspectief van de zorgvrager. Hierbij past denken in netwerken en niet in organisaties: stap over je eigen schaduw heen. Het gaat daarnaast om een balans tussen somatische, psychologische én contextuele / maatschappelijke factoren.

Anno 2016 zien we het verbinden van eilanden terug in vele samenwerkingsinitiatieven. Van Zeeuws-Vlaanderen tot Friesland, van Santé in Maastricht tot Vitaal Vechtdal. Van samenwerking rond specialistische oncologische zorg tot samenwerking rond dementie. Een interessant voorbeeld is 'Connecting U' als strategie van het UMC Utrecht. Niet de instelling en het onderzoek staan centraal, maar het ecosysteem en de patiëntvragen. Dat betekent actief investeren in de gemeenschap.

9. Burgers tonen (zelf)kritische participatie en sturen mede hun zorg

In de gezondheidszorg zijn er vaak veel kapiteins op één schip, het schip van de burger of patiënt zelf. Maar wie is er echt 'in charge'? De huisarts, de wijkverpleegkundige, de gemeente, het wijkteam, de zorgverzekeraar? Of uiteindelijk toch de burger zelf, zoals bepleit in de beweging rond positieve gezondheid? Het dilemma bij de 'roep om eigen regie' is dat die er om allerlei redenen tijdelijk of langdurig niet of niet volledig kan zijn. Bijvoorbeeld op de operatietafel, of bij een acute opname vanwege een ernstige psychische decompensatie. Er is altijd sprake van een glijdende schaal van eigen regie. Hierbij past 'Shared Decision Making', dat beoogt tussen zorgvrager en zorgaanbieder de mate van eigen regie bespreekbaar te maken en vast te stellen. Dat vraagt focus, tijd en energie van alle betrokken zorgverleners.

Voor de wijze waarop we beleid maken, betekent participatie van burgers eveneens een grote verandering. De patiënt / cliënt wordt startpunt van beleid, en niet het mikpunt. Ervaringskennis en -kunde krijgen naast professionele kennis en kunde een gelijkwaardige en structurele plaats in de ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van (zorg)beleid. Kwaliteit van zorg wordt ook en vooral kwaliteit vanuit cliënt perspectief.

Anno 2016 is [leder\(in\)](#) daadwerkelijk aan het experimenteren met individuele leef- / zorgplannen waar iemands leven, werken, normen en waarden, maar vooral ook wensen in beschreven staan, en startpunt zijn van een eventuele behandeling.

10. Naast rechten ook plichten binnen een community

Ons zorgsysteem vraagt om een herkenbare gemeenschap waarbinnen burgers solidair zijn met elkaars noden. Het gaat niet alleen om rechten van burgers (het recht op goede zorg als dat nodig is), maar ook om plichten. Dus: je best doen voor je eigen gezondheid, bedenken wat je zelf wilt, zorgen voor je omgeving, meebeslissen over onvermijdelijke keuzes in de zorg. Op dit moment ervaren burgers (financiering van) het zorgsysteem als een dure en anonieme bureaucratie. Dat roept het sentiment op dat 'ze' verantwoordelijk zijn, terwijl 'we' maar moeten betalen. Er moet meer ruimte komen voor tegenbewegingen in de vorm van coöperatieve en buurtgerichte initiatieven.

Anno 2016 zien we dit terug in bijvoorbeeld [Zorg Dichtbij](#), een samenwerking van zelfstandige zorgorganisaties die ieder een eigen specialisme hebben. Door hun krachten te bundelen, kunnen zij cliënten de best mogelijke zorg bieden én de zorg betaalbaar houden. [Texel Samen Beter](#) is een initiatief van burgers om zich meer in buurten te organiseren en zo meer invloed uit te oefenen op het zorgaanbod op Texel, nu en in de toekomst. Een mooi voorbeeld is ook [Zorgcoöperatie Austerlitz](#).

Voorwaarden

De weg naar meer duurzame zorg vraagt veranderingen van meerdere stakeholders. Wij onderscheiden vier belangrijke stakeholders en beschrijven onderstaand een aantal voorwaarden voor duurzame zorg bij elk van hen.

Voorwaarden voor burgers, wij allen dus:

- Laten ons informeren over wat (medisch) wel en niet mogelijk is
- Zijn alert op de begrijpelijkheid van informatie.
- Denken na over de mogelijkheden om, ondanks onze kwetsbaarheid en afhankelijkheid, eigen regie te voeren.
- Maken ons minder afhankelijk van professionals.
- Zijn proactief in onze leefwijze, en gezond in onze leefstijl.
- Zijn solidair met mensen die zorg nodig hebben.
- Zijn doordrongen van de impact die wij als individu hebben op onze directe en indirecte leefomgeving. Wij ontwikkelen dus een gezonde mate van burgerzin.
- Aanvaarden zo nodig een leven met beperkingen, dan wel het einde van ons leven. En zijn bereid daarover in gesprek te gaan.

Voorwaarden voor professionals:

- Zorgen voor verbeterde besluitvorming, sámen met de patiënt. Hoeven niet altijd meer in de lead te zijn: loslaten.
- Gaan breder kijken dan alleen naar een patiënt of een cliënt. In wat voor context leeft dit individu? Wat is de draagkracht van de naasten?
- Hebben zicht op, en zoeken verbinding met, ondersteuning buiten het eigen, vaak medische, domein.
- Ontwikkelen zelfkritisch vermogen: in hoeverre ben ik de spreekwoordelijke 'hamer', die in elk probleem een spijker ziet?
- Zijn belangstellend, stellen open vragen, luisteren goed: luisteren als kernkwaliteit.
- Nemen de benodigde (extra) tijd, onafhankelijk van mogelijkheden tot declaratie.
- Zijn bereid tot transparantie en reflectie: toetsbaar en leerbaar.
- Interpreteren de richtlijnen vanuit patiëntperspectief; durven onderbouwd tegen richtlijnen in te gaan.
- Stellen het eigenbelang ondergeschikt aan het belang van patiënt en burger.

Voorwaarden voor organisaties:

- Weten wat er speelt bij hun burgers, cliënten en medewerkers. Organiseren zich effectief op geleide hiervan. Werken in netwerken.
- Werken vanuit de doelen van de patiënt. Gaan het gesprek aan en leggen vast wat een patiënt wil, met name aan het einde van het leven: 'Advance Care Planning'.
- Zorgen voor een open communicatie tussen professionals. Streven een veilige en lerende cultuur na. Organiseren trainingen waar nodig.
- Alle zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties, de IGZ en de beroepsgroepen committeren zich aan één (beperkte!) set kwaliteitsindicatoren.
- Stellen de kwaliteit van bestaan van hun cliënten voorop, en hanteren niet een verdienmodel van méer verrichtingen en duurdere zorg. Zijn bereid te krimpen als dat vanuit het publieke belang wenselijk is.

Voorwaarden voor maatschappij / overheid:

- Geeft op alle beleidsterreinen invulling aan een inclusieve samenleving.
- Draagt zorg voor zorgstelsel, inclusief financiering, dat gesprekken en passende zorg, faciliteert, gericht is op door de burger gewenst resultaat, en stimuleert geen productie of ingrepen.
- Stimuleert inrichting van openbare ruimte en gebouwen die uitnodigt tot bewegen.
- Dwingt één set kwaliteitsindicatoren af.
- Stimuleert coöperatievorming op wijk- en buurniveau.
- Speelt een actieve rol op het gebied van farmacie en farmaceutisch onderzoek. Bijvoorbeeld bij heronderzoek van farmaceutische effecten bij bepaalde groepen.
- Zorgt al met al voor regelgeving die uitgaat van de menselijke maat en niet per se aanstuurt op interessante businessmodellen.

Noodzaak van maatschappelijke dialoog

Over de coördinaten is meer maatschappelijke dialoog nodig. De dilemma's in de zorg worden dan beter en breder bekend. Ook de politiek moet zich laten horen en kleur bekennen, o.a. over gezondheidswinst versus kosten en over grenzen aan de mogelijkheden. De dialoog moet ook gaan over bovengenoemde wezenlijke aanpassingen in opstelling en gedrag van alle stakeholders.

Financiering

De huidige prikkels in het systeem zijn gericht op productie, verrichtingen, veel doen en interventies in plaats van praten. Dat past bij een marktsysteem, maar zal de ontwikkeling van bovengenoemde coördinaten niet helpen. We moeten snel toe naar een systeem met financiering die gezond gedrag en eigen regie bevordert, participatie en community's ondersteunt, zinnige en zuinige zorg beloont en bijdraagt aan kwaliteit vanuit het perspectief van patiënten en burgers.

Labs en lef: populatiebeposting als stip op de horizon

Op veel plaatsen in het land zijn mensen aan de slag met het vormgeven van duurzame zorg. Overal ontstaan proeftuinen, coöperaties en samenwerkingsverbanden over de schotten heen. Bijna al die initiatieven hebben een vorm van populatiebeposting als stip op de horizon: we gaan meters maken als een netwerk de verantwoordelijkheid neemt om de beste en meest doelmatige zorg in te richten in een regio. Wij denken dat die initiatieven nog veel meer ruimte moeten krijgen: meer tijd om de knoppen om te zetten, minder risico's als een project een keer mislukt, opheffing van financiële, juridische en technische barrières. Wij dagen iedereen uit om lef te tonen, labs in te richten en aan de slag te gaan. En wij dagen de overheid uit om meer verregaande labs voor populatiebeposting mogelijk te maken. Het Sustainable HealthCare Lab wil daarvoor initiator, denktank en platform zijn.