



ZELFBEWUSTZIJN, ZELFZORG EN LEIDERSCHAP OVER JEZELF IN DE CONTEXT VAN HET KADER PASSENDE ZORG

ABSTRACT

Is het kader passende zorg, welke de onderlegger is onder het Integraal Zorgakkoord echt inhoud gedreven? Of is het verpakt in een mooi jasje om de financiële opgave te beslechten? En kan je verwachten van mensen om zelfbewustzijn- en zelfzorgvermogen te vergroten en leiderschap over jezelf als het gaat over behoud van de gezondheidszorg?

Aletta Oosterhuis

3 februari 2023

Zelfbewustzijn, zelfzorg en leiderschap over jezelf in de context van het kader passende zorg

Aanleiding

Over de boeg van de inhoud trachten een verandering in het zorglandschap te bewerkstelligen en zorg te verminderen, zonder aan bestaande structuren en systemen in de gezondheidszorg te tornen.

Dat is de eerste primaire reactie op het kader passende zorg. Na verschillende gesprekken met mensen werkzaam in de gezondheidszorg over niets is wat het lijkt en over het kader passende zorg en samen beslissen, ben ik gaan nadenken over dit kader. In het licht van zelfbewustzijn, zelfzorg en leiderschap over jezelf. Hoe verhoudt zich dit tot passende zorg en samen beslissen? En kan dit echt een verandering in het zorglandschap bewerkstelligen?

Beschouwende inleiding

Het kader passende zorg, geschreven door het Zorginstituut Nederland in opdracht van Ministerie van Welzijn en Sport (2022b) wil richting geven aan de gezamenlijke beweging van passende zorg naar een toekomstbestendige gezondheidszorg.

In het kader wordt beschreven wat de overheid van iedereen verwacht. Er ligt geen duidelijke visie onder over wat gezondheidszorg zou moeten zijn en hoe dit georganiseerd en gefinancierd moet worden. Het wordt overgelaten aan de spelers in het gehele veld. Zoals staat beschreven in hoofdstuk 4 Activiteiten voor partijen. Vanuit het geïnstitutionaliseerde denken, bestaande structuren en systemen én huidige financiële kaders door de zorgverzekeraars zelf ingevuld wordt vanuit dit kader ingestoken.

Daar gaat weer heel wat over gepoldder worden. Dat is het adagium van het kader passende zorg volgens mij.

In dit kader wordt opnieuw de ruimte gegeven om te doen wat goed dunkt en het creëren van diversiteit aan initiatieven in het land, zonder eenheid in hoe de gezondheidszorg in Nederland eruit zou moeten zien, zodat de patiënt en de burgers weten wat ze mogen verwachten, zonder afhankelijk te zijn van het gebied waarin ze wonen.

Dat er iets moet gebeuren is duidelijk en als je het kader goed doorgrond dan is de opgave eigenlijk een financiële opgave. Weliswaar in een mooi jasje verpakt door te stellen dat er een congruente aanpak nodig is, een lerende beweging en ruimte voor de praktijk, én gericht op de individuele mens, duurzaamheid en houdbaarheid (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022b).

Daar kan niemand op tegen zijn, alleen als de huidige condities en systeemdenken gelijk blijven, zit er geen rek meer in het elastiek.

In dit kader wordt gepleit om binnen het huidige organisatie denken (de instituten/zorgorganisaties/maatschappelijke instanties) in netwerken te gaan participeren en samen te werken met andere sectoren. Over de eigen schaduw heen springen, deelbelangen zijn legitiem, maar moeten altijd worden gezien in relatie tot het grotere gedeelde belang volgens de beschreven activiteiten. Ook dat is niet nieuw, daar pleit de overheid al jaren voor en heeft daarvoor meerdere hoofdlijnenakkoorden afgesloten. Het komt mondjesmaat van de grond ook al zijn er ook goede voorbeelden te benoemen. Echte successen lijken niet geadopteerd te zijn als voorbeeld voor de beoogde verandering.

Het samenwerken is nog altijd te veel gebaseerd op bestuurlijk niveau. En daar gaat het knellen, want als de samenwerking in netwerken nog te veel afhangt van bestuurlijk niveau, zal het niet bestendig

worden in de dagelijkse realiteit. Ga de beroepsgroepen in de zorg zelf maar vragen wat nodig is en organiseer daarvan uit. Het effect zal verrassend en eenvoudig zijn.

In het kader behouden de zorgverzekeraars dezelfde opdracht waarin de huidige financiering van de gezondheidszorg blijft bestaan; het sturen op volume, aandoeningen/diagnoses en aantal verrichtingen. Daarnaast krijgen de zorgverzekeraars in het kader passende zorg een duidelijke rol toebedeeld om doelmatig in te kopen gekoppeld aan passende zorginitiatieven en innovatie. Terwijl het niet transparant is wat de inkoopcriteria zijn en welk resultaten het moet opleveren. Ook hier hangt het opnieuw af van de relatie én het vertrouwen tussen zorgverzekeraars en zorgorganisaties (lees bestuurders).

De waarde gedreven zorg die eveneens in het kader passende zorg wordt benoemd als een van de pijlers, zou een goede sturende richting kunnen geven. Michael Porter, grondlegger van Value Based Healthcare, waarde gedreven zorg, in het boek van A. Bakas, (2017 pag.75) geeft een duidelijke richting aan de verklaring van oplopende kosten. 'Door alle kosten te verwarren met hoeveel ze betaald krijgen, krijg je geen inzicht in de hoeveelheid kosten die de patiënt in een heel zorgtraject doorloopt. Wanneer je de kosten op afzonderlijke basis op basis van handelingen, ingrepen en aantal bezoeken aan de specialist rekent, zegt dat weinig. En dan moet je de kosten afzetten tegen de waarde voor de patiënt. Wat schiet de patiënt ermee op?'

Dit vraagt mijns inziens om de gehele gezondheidszorg zoals we die kennen drastisch te herorganiseren met als uitgangspunt, de zorgvraag start thuis, waar mensen wonen en leven, én waar het bestaan is van mensen. Dat is waar altijd de zorg start, of mensen nu zelfstandig wonen

of in een instelling. De verwijzing naar de tweede lijn start in de eerste lijn. En vragen voor informatie van mensen over gezondheid komt ook voornamelijk terecht in de eerste lijn (z.d.).

In Nederland wordt daar vooralsnog niet voor gekozen en het kader geeft richting aan passende zorg en samen beslissen door de lijn van de inhoud te kiezen, waarbij het een aardig beroep doet op de zorg om het biomedische model aan te vullen vanuit een breder perspectief dan alleen ziekte en zorg. Door toch de regie te behouden probeert de overheid vanuit een machinebureaucratie een professionele bureaucratie te vervlechten (Mintzberg, H., 2020).

Invloeden op het kader passende zorg

In de huidige situatie in de gezondheidszorg en in de maatschappij zijn een aantal grote indicatoren te benoemen die van invloed zijn op passende zorg;

1. De toename van patiënten die wachten op behandeling en het aantal chronisch zieken veelal met meerdere aandoeningen. En een toename van langdurige zorg, veelal mensen met een degeneratieve aandoeningen bij de ouder wordende mens en mensen met een psychiatrische aandoeningen die langer thuis moeten blijven wonen. Wachtlijsten lopen alleen maar op en de gevolgen zijn nauwelijks te overzien. Alleen de kennis dat hier meer zorg voor nodig is en de risico's van gezondheidsverval toenemen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022c; NZA, z.d.; Wachtlijsten zorgen voor nog meer over sterfte als er niet wordt ingegrepen, 2022).

2. De gevolgen van het sociale isolement van de afgelopen tweeëneenhalf jaar hebben mogelijk geleid tot veel mensen met psychische en sociale klachten. Er is een forse toename van doorverwijzingen

(42,6%) door de huisarts naar de GGZ (z.d.).

3. Inkrimping van beschikbare behandelplaatsen door de overheid en tekorten van beschikbare behandelaren en verpleegkundigen & verzorgenden (Ministerie van Financiën, 2021).

4. De ervaring leert dat mensen veel minder te besteden hebben door een inflatie van 7.6%. Consumentengoederen en -diensten zijn 9,6 procent duurder dan in 2022 (Centraal Bureau voor de Statistiek 2023). De dagelijkse realiteit laat zien dat de kosten voor levensonderhoud zo hoog zijn, dat de eigen bijdrage niet of nauwelijks kan worden opgebracht. Ze zullen wachten tot het laatste moment om toe te stappen naar een behandelaar met alle gevolgen van dien.

5. De overheid trekt fors minder structurele financiering uit in de eerste lijn, wat gevolgen heeft om juist in die eerste lijn zaken op te lossen (Klaassen, 2022). Het komt wel tegemoet met transitiegelden in de vorm van subsidies.

Het akkoord wat is afgesloten om de Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP) te realiseren krijgt zijn beslag in het Integraal Zorg Akkoord (IZA) (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022d). IZA richt zich op de lijn van JZOJP door middel van passende zorg en samen beslissen, waarbij de huisarts een onontbeerlijke rol speelt. Naar mijn idee zijn het juist de huisartsen én de wijkverpleging bij uitstek degene die de opdracht kunnen en moeten vervullen, maar de financiële kaders zijn leidend.

Passende zorg

Passende zorg is, zo is op de website van het Zorginstituut Nederland te lezen een aanpak om ervoor te zorgen dat iedereen ook in de toekomst goede zorg kan krijgen. Dat is zorg die werkt en waarbij patiënt en zorgverlener samen beslissen. Het gaat om

een ommezwaai in ons denken over zorg. Minder focus op ziekte en behandeling en meer inzet op gezondheid en wat iemand wel kan.

De voorbeelden die worden genoemd op de website van het Zorginstituut worden ter illustratie mooi beschreven, maar als je kijkt naar het kostenaspect van het kader is de vraag wat levert het op, zowel kwantitatief als in kostenbesparing in zijn algemeenheid (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2023). Dit gaat getoetst worden op vier verschillende indicatoren, de basisprincipes van het kader en kwalitatief wat levert het de patiënt op, wat heeft hij hieraan?

1. Passende zorg is zorg die werkt tegen een redelijke prijs.
2. Passende zorg betekent dat patiënt en zorgverlener samen beslissen.
3. Passende zorg wordt waar dat kan, zo dicht mogelijk bij de patiënt georganiseerd.
4. Passende zorg gaat niet alleen over ziekte, maar ook over gezondheid, zelfzorg en zelfredzaamheid.

Er wordt veel meer multidisciplinair overleg verwacht, meer tijd van de huisarts om energie te steken in de patiënt en zijn omgeving, de patiënt goed te leren kennen.

Naast dat het IZA lijkt een belofte, een missie is gedefinieerd, echter ontbreekt een gezamenlijk uitgangspunt en model van visie op ziekte en gezondheid. Juist met een gezamenlijk vertrekpunt kunnen indicatoren worden gedefinieerd waarmee rendement en kostenbesparing kunnen worden gemeten. Ook zonder duidelijk en goed te definiëren wie welke bevoegdheid, taak en verantwoordelijk heeft in het geheel zal leiden tot de verantwoordelijkheid toeschuiven aan de ander. Uiteindelijk is het doel van het kader passende zorg om de betaalbaarheid en behoud van de gezondheidszorg in Nederland te garanderen.

Wat betekent de rol van de patiënt in dit geheel? Wat kunnen zij zelf doen? Wat kan worden verwacht? In het rapport die door het Zorginstituut heeft laten uitvoeren over de huidige stand van zorg 2022 komt duidelijk naar voren dat mensen onvoldoende idee hebben wat de stand van zaken is in de huidige situatie van de gezondheidszorg. Wel geven respondenten aan dat de gezondheidszorg toegankelijk moet blijven. Al kalft de solidariteit af zoals we dit kennen wel af (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2022a).

Hier lijkt werk aan de winkel te zijn. Om een start te maken is samen beslissen een speerpunt uit het kader passende zorg.

Samen beslissen

Samen beslissen is geen nieuw fenomeen. Shared Decision Making (SDM) wordt wetenschappelijk al heel lang onderzocht en er is veel over bekend. Een onderzoek van Van Veenendaal et al., (2015) binnen de huisartsenzorg beschrijft procesmatig, met oog voor de realiteit van wat een patiënt doormaakt in een proces waarbij de patiënt te maken krijgt met een keuze t.g.v. ziekte, en op welke manier SDM in de praktijk kan worden ingezet. Ook de randvoorwaarden zijn beschreven en dat is een goede weergave van de realiteit. Kortom er is al veel over bekend.

Wat ik bijzonder vind is dat er zo'n nadruk op samen beslissen wordt gelegd. Je mag in de gezondheidszorg toch verwachten dat professionals op deze manier worden en zijn opgeleid? Is de grondhouding in de opleidingen van zorg- en medische professionals dan niet, dat advies gebaseerd is vanuit individuele klinische ervaringen en het beste wetenschappelijk bewijs (Sackett, 1996; Heneghan et al., 2006)? En wordt deze kennis dan nu niet al samen met de patiënt en diens ervaringen wordt gewogen? Om vervolgens te onderzoeken wat voor de patiënt van belang is voor zijn gezondheidsvraagstuk?

Dat vraagt niet alleen om bewuste en goed opgeleide professionals, juist ook om zelfbewuste patiënten, want niet alles wat een professional aangeeft is het juiste voor jou als patiënt. Het heeft ook alles te maken met de manier waarop mensen naar zorg kijken, zowel patiënten als professionals.

Het Biomedisch model versus het Biopsychosociaal model

Het biomedische model definieert gezondheid als afwezigheid van ziekte. Ziekte wordt veroorzaakt en kan worden opgeheven als iets wordt weggenomen door een medische ingreep, waarna genezing optreedt en de gezondheid terugkeert (changinglife.cl). Opvallend genoeg staat in het kader passende zorg het biomedische model genoemd met aanvulling om vanuit een breder perspectief te kijken. Betekent dat het biopsychosociaal model onvoldoende in beeld is?

Het biopsychosociaal model is een uitbreiding en een reactie op het biomedisch model voor ziekte en gezondheid. Een verstoring in welk gebied van het leven dan ook is van invloed op het fysieke, - (biologische), het psychologische, -(geest) en het sociale domein in het leven Changing Life - BE A LIFE CHANGER. (2022). Een van de belangrijkste factoren die van invloed is op alle domeinen is besteedbaar inkomen. Als dat er niet of nauwelijks is beïnvloed dat alle levensgebieden en worden mensen gedwongen om keuzes te maken die niet altijd ten goede komen aan wat ze nodig hebben in kader van gezondheid. Het gaat dan om overleven. Alles hangt met elkaar samen en ook daar probeert passende zorg een antwoordt op te vinden.

Volgens Wade & Halligan (2017) betekent werken vanuit het biopsychosociaal model het creëren van eenheid in de gezondheidszorg, werken en behandelen vanuit dezelfde optiek. En het sluit naadloos

aan op de visie op gezondheid van Machteld Huber uit 2011. Het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren (Positieve-gezondheid wat-is-het, z.d.). Dit sluit ook aan bij het uitgangspunt van passende zorg, de mensgerichte benadering

Mensgerichte benadering

Mensgericht is gericht op de mens; afgestemd op, rekening houdend met de behoeften van mensen (Ensie, 2017).

Door het kader passende zorg wordt beoogd door anders te kijken naar de mens en zorg op het verminderen van de gezondheidsachterstanden. Dat suggereert dat de normen en standaard in de gezondheidszorg worden bepaald door anderen. Zoals bijvoorbeeld de wetenschap die bijdraagt aan de vraag wat doelmatig en effectieve interventies zijn en die worden leidend voor de inkoop (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022b). Er wordt een gouden standaard ingezet, zonder de standaard te definiëren en daaraan wordt afgemeten hoe goede gezondheid eruit zou moeten zien.

Echter wie bepaald wat goede gezondheid is?

Het antwoord wordt gegeven in het kader. Passende zorg moet waarde toevoegen aan de gezondheid van mensen; het is zorg waarvan op basis van de stand van de wetenschap en praktijk aannemelijk is dat die op groepsniveau effectief en doelmatig is; en het geeft specifieke aandacht aan mensen met gezondheidsachterstanden.

Maar is een mensgerichte benadering niet ook gericht op de individuele situatie van de patiënt? Dat vraagt soms om beargumenteerd afwijken van de standaard die door de wetenschap is geformuleerd. Als alleen bewezen en effectieve interventies worden vergoed (Ministerie van

Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022b) wordt dat eendimensionaal ingestoken, vanuit financieringsaspect en niet vanuit mensgerichtheid. En wat is de mogelijkheid om beargumenteerd van de standaard af te wijken af, of is dit er niet meer? Zo lijkt het te staan beschreven.

Wat vraagt dit alles van de patiënt zelf? En van de burgers in Nederland die mogelijk ook eens met de zorg in aanraking komen? Het kader is in de context van de zorg geschreven, maar in feite geldt het voor iedereen.

In het kader staat benoemd dat eerst een vraag moet worden opgelost in het informele circuit alvorens de zorg in beeld komt. Ook hier is al jaren over gepolderd en tot op heden nog geen oplossing voor gevonden. Inzet van zorgdomotica en aanverwanten lijkt het ei van Columbus te worden, alleen is fysiek contact soms een must. Is het beroep dat op patiënten wordt gedaan wel een echt een zwaar appèl op de beschikbare mogelijkheden of blijkt de werkelijkheid weerbarstiger of kan het echt anders?

Om echt een appèl te doen op mensen vraagt het een andere manier van denken en verantwoordelijkheid over jezelf te nemen. Het vraagt om zelfbewustzijn, zelfzorg en het nemen van leiderschap over jezelf en je leven.

Het vraagt van behandelaren en verpleegkundigen & verzorgenden om los te laten en anders te leren omgaan met patiënten, vanuit vertrouwen en gelijkwaardigheid. Terugleggen van zelfzorgvermogen en bijbehorend gedrag bij patiënten zelf.

Zelfbewustzijn en leiderschap over jezelf

Datgene in onszelf wat we niet in ons bewustzijn laten doordringen, doemt in ons leven op als het noodlot. - Carl Gustav Jung Zwitsers psychiater 1875-1961

leder mens is zich bewust van hun bestaan en van wie ze denken te zijn. Het onbewuste is er niet, want je ziet het niet. Volgens Kessels (2008) is er een scheiding aangebracht tussen gevoel en ratio en volgens de oorspronkelijke geneeskunst zegt Plato. (z.d.). U moet niet proberen een deel te genezen zonder het geheel te behandelen. Met andere woorden genees eerst de ziel en maak geen scheiding tussen lichaam, ziel en geest. Hetgeen in de huidige geneeskunde wel het geval is leert de ervaring.

Het onbewuste moet je voelen en onder ogen willen en durven zien. Mensen zijn zich bewust van hun lichaam en nog te veel onbewust dat de geest een krachtig instrument is en dat de ziel de kennis heeft over het zelf (het onbewuste). Mensen hebben nog onvoldoende weet van het onbewuste om daar toegang tot te verkrijgen. 'Als we datgene in onszelf niet tot het bewuste laten doordringen dan wordt het wel aan ons getoond. Vaak is de angst die onderliggend is aan hetgeen we niet willen zien en juist dan verschijnt het Jungacademie Nederland - Carl Gustav Jung. (z.d.). Als de angst om ziek te worden onderliggend is en we negeren ons onderbewustzijn dan wordt het vaak bewaarheid, dat is ook een ervaring uit ruim 30 jaar werken in de zorg.

De kern van het werk van Jung betreft het "persoonlijk onderbewuste" en het "collectief onderbewuste". Er is een universele en gemeenschappelijke bron van culturele herinneringen, kennis en ervaringen. Volgens Jung hebben wij, via ons eigen onderbewuste, allemaal toegang tot deze "oer-bibliotheek", (Jungacademie Nederland - Carl Gustav Jung, z.d.)

Door de scheiding van ratio en emotie en te richten op het bestaan als lichaam en de geest wordt er een oplossing gezocht voor een gezondheidsvraagstuk buiten jezelf om een ziekte op te kunnen heffen of de zorg te krijgen die mensen zelf noodzakelijk achten

om het leven te kunnen voortzetten. Om hiernaar te durven kijken vraagt dus nogal wat van mensen zelf. Dit vraagt reflectie, je angsten te omarmen en durven te kijken naar de waarheidsvinding, over jezelf (Kessels, 2008).

Zelfbewustzijn is te omschrijven als balans tussen lichaam, geest en ziel. Innerlijke eenheid en eigen waarde. Het zelfbesef en het zelfvertrouwen om verantwoordelijkheid te nemen over jouw keuzes en de gevolgen daarvan.

Mensen hebben altijd een keuze hoe ze daarna handelen of zich gedragen. Je bent niet je verleden en je bent niet je ziekte. Je hebt een keuze om in die slachtofferrol te blijven zitten of je kiest ervoor om eruit te stappen en dat vergt en vraagt veel van mensen. En toch is dat echt wel waar we naar terug mogen gaan om bij te dragen aan behoud van de gezondheidszorg.

Je eigen keuzes maken op basis van wat voor jou als mens goed is en vertrouwen dat wat jou als patiënt wordt aangereikt klopt voor jou. Dat kan je alleen doen als je volledig en goed wordt geïnformeerd én er een vertrouwensrelatie is met behandelaren en verpleegkundigen & verzorgenden.

Echter mensen die geconfronteerd worden met ziekte, want laten we eerlijk zijn, vaak is er iets aan de hand en dan kom je in aanraking met de zorg. En dan zijn ze als patiënt de controle kwijt over het menselijk leven als geheel in perspectief van het biopsychosociaal functioneren. Op dat moment valt vaak het bestaan onder de voeten weg en wordt het 'lot' in de handen van een behandelaar of zorgprofessional gelegd. En doordat mensen oplossingsgericht zijn verwachten ze een oplossing voor hun probleem, van anderen.

Het ligt vaak gecompliceerd en niet zo eenvoudig als het lijkt. Zelfs al ben je zelfbewust en wil je leiderschap nemen over je eigen leven en de bijbehorende

verantwoordelijkheden, in de context heb je vaak te maken met meerdere mensen en situaties, die allemaal wat vinden, willen, verwachten en hopen. En als je leven op dat moment onder druk komt te staan en ook al weet je het zelf goed te verwoorden, dan nog heb je juist dan sterk leiderschap over jezelf nodig om te doen wat voor JOU het beste is en dat kan bereikt worden met samen beslissen.

Leiderschap over je leven

Leiderschap over je leven is onlosmakelijk verbonden met zelfbewustzijn. Leiderschap over je leven is het 'managen' van jezelf in jouw leven. Er is er maar één die dat kan!

Volgens de Boer en van Dam (2020) is leiderschap niets anders dan *'het lastigste persoon op aarde leiden: jezelf!'*

Leiderschap is een bewuste keuze, een keuze om verantwoordelijkheid te nemen over je eigen gedrag, je eigen gevoel, je eigen rol en je eigen ontwikkeling en je stevige ik ben en samen zorgdragen. Leiderschap nemen betekent werken aan een wereld die niet ten onder gaat, samen zorgdragen voor de zorg voor elkaar wat bijdraagt aan passende zorg. Wat daarvoor nodig is, is werken aan jezelf, jezelf leren kennen, je persoonlijkheid leren kennen en zelfinzicht ontwikkelen (Kessels, 2008). Dat is zelfzorg! Patiënt of niet, werkzaam in de gezondheidszorg of niet, dit nodigt opnieuw uit dat het geldt voor alle mensen in Nederland. En iedereen kan dit.

Zelfzorg

Zelfzorg is een concept wat in de jaren 60-70 is ontwikkeld door een verpleegkundige Dorothea Orem (BTSG, B., 2018) en het lijkt weggeleden uit ons dagelijks bestaan en uit het handelen van de zorg.

Over zelfzorg wordt gesproken als er iets gebeurt in het leven wat het evenwicht verstoort tussen lichaam, geest en omgeving dan wordt dat eerst door de

mens zelf opgelost, al dan niet met informele zorg,

Bij zelfzorg is het belangrijk om te kijken naar het zelfzorgvermogen. Het zelfzorgvermogen is de verbindende schakel tussen zelfzorg en zelfzorggedrag en dit heeft een directe relatie met zelfbewustzijn en leiderschap over je eigen leven. Het geeft aan dat je goed in staat bent om het vermogen tot zelfzorg (zelfzorgvermogen) kan inschatten en te definiëren wat voor jou een gezond bestaan betekent.

Er bestaan grote verschillen tussen mensen wat betreft de ontwikkeling van dit zelfzorgvermogen. In het kader passende zorg gaat het om mensen met een gezondheidsachterstand waarbij een aanspraak wordt gedaan op het vergroten van het zelfzorgvermogen.

Als mensen meer zelfbewust worden zal het zelfzorgvermogen toenemen. Ze zijn dan in staat om vanuit balans zichzelf te onderzoeken en naar wat zij zelf hebben te doen, want wanneer het zelfzorgvermogen en de zelfzorgbehoeften in evenwicht zijn, is sprake van een gezond bestaan. Dat is voor eenieder weggelegd. Verder op staat beschreven hoe mensen daarbij geholpen kunnen worden.

Als dit niet het geval is, is er in zorgtermen sprake van een zelfzorgtekort. Bij een zelfzorgtekort is men tijdelijk of blijvend, niet in staat voor zichzelf te zorgen. Door het zelfzorgvermogen en het ontstane zelfzorgtekort juist in te schatten kan er zorg op maat worden geboden.

Om iemands zelfzorgvermogen te bepalen is het stellen van een drietal vragen belangrijk: 'Wat kan iemand (lichamelijk, geestelijk, sociaal)'; 'Wat weet iemand (kennis, inzicht)' en 'Wat wil iemand (motivatie)'. Afhankelijk van het antwoord zal zorg een passend antwoord geven.

Het zal duidelijk zijn dat deze drie terreinen elkaar kunnen overlappen en dat een combinatie van factoren een rol kan spelen. Iemand kan iets niet, omdat hij niet weet hoe, of iemand wil iets niet omdat hij daar (geestelijk) niet meer toe in staat is. Uitgaande van deze zelfzorgtheorie betekent dit dat de zorgprofessional soms motiverend soms informierend en soms daadwerkelijk hulpverlenend, dat wil zeggen de zorg overnemend is (BTSG, B., 2018).

Het klinkt vrij simpel en dat is het ook. Terug naar de basis van het bestaan als mens, als zorgprofessional, als organisatie en als gezondheidszorg. In de huidige zorg en in het bestaan van mensen is eenvoud ver te zoeken.

Wat betekent zelfbewustzijn, zelfzorg en leiderschap in de context van het kader passende zorg

Mensen hoeven niet alles te weten door de kennis te hebben over hun gezondheidsvraagstuk. Daar hebben we behandelaars, specialisten en verpleging & verzorging voor. Het is wel belangrijk dat mensen inzicht hebben in wat belangrijk is voor zichzelf en wat het zelfzorgvermogen is, en wat de zorgbehoefte is die is ontstaan. Evenwicht tussen beide leidt weer tot een gezond bestaan. Mensen 'weten het' vaak wel, alleen ze gaan daaraan voorbij, veelal uit angst om te vertrouwen op de eigen innerlijke stem en het zelfbewustzijn. Gebruik maken van een sterke geest die het handelen versterkt en wat je leiderschap geeft over jezelf.

Dat vraagt sterk te zijn en soms tegen de huidige stroom in te gaan, omdat we niet meer zijn gewend het gevoel en de intuïtie (de ziel) leidend te laten zijn in de spreekkamer.

Dit vraagt om samen beslissen vanuit gelijkwaardigheid en vertrouwen in elkaar, want dat is de sleutel tot succes. Alleen vertrouwen komt te voet en gaat te paard en in het huidige systeem is daar geen

ruimte voor. Het is echter wel een noodzakelijke voorwaarde om samen te beslissen (van Veenendaal et al., 2015). Vertrouwen creëert een gelijkwaardige relatie, waarin zaken open besproken kunnen worden om zo tot afwegingen en keuzes te kunnen komen.

Dit vraagt echt iets van behandelaars en verpleegkundigen & verzorgenden omdat ook zij op een bepaalde manier verwachtingen hebben van patiënten. Ze moeten zorgen dat er volgens richtlijnen wordt gehandeld én binnen het financieel kader. Ook autoriteit door kennis en expertise krijgt een andere lading. Het betekent niet automatisch dat wat de behandelaars zeggen de enige weg is. Zij kunnen relevante informatie geven en werken volgens de principes van EBM en EBP (Sackett, 1996; Heneghan et al., 2006) en in de gesprekken wordt een afweging gemaakt (van Veenendaal et al., 2015). Alleen de patiënt kan laten wegen wat voor hem het belangrijkste is en als behandelaars, specialisten en verpleging & verzorging is het de taak om de patiënt in staat te stellen om de afwegingen en overwegingen te maken op basis van zijn zelfbewustzijn, zelfzorg(vermogen) en leiderschap over zichzelf.

Omgaan met zelfbewuste patiënten die leiderschap nemen over zichzelf is een uitdaging, het vergt anders denken en anders doen.

Discussie

Kan zelfbewustzijn en leiderschap nemen over jezelf wel in de huidige context waarin de overheid de maat van de gezondheid en de gezondheidszorg bepaald?

Ervaring heeft geleerd dat mensen die de regie en verantwoordelijkheid nemen over hun leven goed in staat zijn het leven vorm te geven zoals zij dat willen en nodig hebben, ongeacht leeftijd, regio of inkomen. Mits je ze de juiste vragen stelt en je intuïtie gebruikt en open het gesprek aan kan

gaan. Alleen in de huidige economische context zijn er grote risico's voor gezondheid ten gevolge van financiële problemen, welke in de praktijk van de huisarts als eerste zullen worden geopenbaard (Van der Veer & Jungmann, 2018). Geld is nodig om in je bestaan te kunnen voorzien en dat is de basis. We zullen dit in toenemende mate gaan zien, aangezien een op de vijf in Nederland een financieel risico loopt of heeft.

In het kader wordt uitgegaan van de autonome mens en de autonome mens bepaald zelf wat gezondheid betekent. Het is alleen een absolute uitdaging voor zelfbewuste mensen om anders te denken en zaken ter discussie te stellen, voor zichzelf. Dat is zeker geen gemeengoed in de gezondheidszorg. Het is de vraag of jij straks nog kan bepalen voor jezelf vanuit jouw zelfbewustzijn of zorg passend is of niet, want als het beleid van de overheid gedomineerd wordt door de wetenschap en daarmee de politieke besluitvorming beïnvloedt is dat wel een probleem (CAOP, 2022).

Dat wetenschap kan bijdragen aan de best mogelijke 'bewezen' interventies geeft mogelijk nieuwe informatie. De vraag is hoe in het kader passende zorg naar wetenschap wordt gekeken. Het lijkt nu vooral te gaan over de relatie met zorginkoop (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022b). Het lijkt erop dat bewezen interventies als een legitiem resultaat uit wetenschappelijk onderzoek gezien en als een vaststaand feit wordt aangenomen. Volgens Weber et al. (2016), zou wetenschappelijk onderzoek als kritische reflectie gezien moeten worden over een bepaalde activiteit. En daarbij heeft kritische reflectie altijd het vertrekpunt vanuit een visie op het doel van dit onderwerp van onderzoek. Verwetenschappelijking van de gezondheidszorg is niet per definitie winst. In een artikel van het CAOP (2022) laat het

zien dat de verwetenschappelijking van beleid het wantrouwen doet toenemen van de burgers. Dat is een oprecht groot risico voor het welslagen van de doelen en resultaten in het kader passende zorg. Als mensen zich niet meer herkennen gaan ze een andere kant op.

Wordt het niet eens tijd om terug te gaan naar de kern van het bestaan, als mens, als zorgprofessional, als organisatie en als overheid? Het bestaan gaat over zelfredzaamheid en als het gaat om het managen van gezondheid dan gaat het over zelfzorg en het zelfzorgvermogen. Dat beginnen te scheiden creëert al meer duidelijkheid.

En dan komen de zorgprofessionals en gezondheidsorganisaties in beeld. De overheid is verantwoordelijk voor bestaanszekerheid en de nodige basisvoorzieningen daarvoor teneinde de zelfredzaamheid te vergroten. De basisvoorzieningen in de gezondheidszorg gaan over zelfzorg. Zelfzorg draagt bij aan zelfredzaamheid.

Opmerkelijk is dat in 2008-2016 het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) heeft plaatsgevonden vanuit de acht academische centra in Nederland Nivel. (2017, 8 juni). Het NPO was bedoeld voor verbetering van zorg en ondersteuning van kwetsbare ouderen. In deze studies zijn goede resultaten behaald als het ging om samenwerken in netwerken, mensgericht werken en aandacht voor gezondheidsachterstanden. Samen met zorgprofessionals en mensen zelf is enorm veel informatie opgehaald en data gegenereerd. Weliswaar gericht op ouderen, maar is dat in Nederland ook niet de grootste groep waar over gesproken wordt? De vraag die blijft hangen is waarom wordt er niet geleerd van eerdere onderzoeken en programma's en gaan we opnieuw een kader oprichten passende zorg met een boven hangende dreiging van

het integraal zorgakkoord wat echt weer miljoenen gaat kosten?

Conclusie

In het kader passende zorg wordt te veel een beroep gedaan op de gezondheidszorg zelf en de verandering die de inhoud, lees zorgprofessionals moeten gaan bewerkstelligen. Het is duidelijk dat het kader een financiële opgave is. Uiteraard is het belangrijk dat mensen/ patiënten in Nederland zich anders gaan gedragen en zelfbewuster in het leven gaan staan. Zodat ze weten wat de mogelijkheden zijn in het zelfzorgvermogen om evenwicht in de eigen gezondheid te realiseren. Daarmee nemen ze leiderschap over zichzelf en houden ze de verantwoordelijkheid over zichzelf en de keuzes die zij maken.

Dat patiënten samen met een expert hierover spreken en afwegingen maken wat het beste is, is vanzelfsprekend. Dat zou in de opleidingen, bij- en nascholingen gemeengoed moeten zijn.

Het zou het kader passende zorg zeker helpen als hier meer op zou worden ingezet om zo haar doelen te realiseren. Mensen en patiënten laten meebewegen naar een andere mindset en focus ten einde de situatie in de gezondheidszorg te verbeteren is misschien wel het allerbelangrijkste en tegelijk ook een utopie in het huidige denken. Als, zoals in het kader wordt beschreven, zorgprofessionals veel meer ruimte om te leren en creëren krijgen, dan geeft het kader zeker invulling aan een verandering in het zorglandschap. En zoals gezegd het zal effectief en doeltreffend in eenvoud zijn, omdat zij begrijpen wat er nodig is in het bestaan van mensen en zij kennen de betekenis van mensgericht. En als dat gaat vorm krijgen dan draagt het bij aan werkplezier en het uitoefenen van het vak, zoals is bedoeld.

De vraag is of de beoogde verandering in het zorglandschap gaat slagen door het

kader passende zorg. Een professionele bureaucratie in zetten en op te tuigen binnen een bestaande machinebureaucratie is niet aannemelijk voor succes. En zo lang de belangen van ziekte in financieel opzicht nog zo groot zijn gaat ook met een intentie als het kader passende zorg het niet slagen. De rol van de zorgverzekeraars staat op intens gespannen voet met wat het kader wil bereiken op inhoud. Iedereen spint opnieuw garen bij een dergelijk kader, door allerlei projecten te financieren en door externen te laten uitvoeren en hen te laten vertellen wat er moet gebeuren. Echter de zorg zelf, daar waar het moet gebeuren en het het hardste nodig is, lopen opnieuw een groot risico op nakijken.

Het IZA hangt als een zwaard van Damocles boven het hoofd van de eerstelijnszorg en zal niet de rust brengen om vanuit het kader passende zorg te werken aan samen beslissen en JZOJP.

De politiek is echt aanzet om zelf leiderschap te nemen en het stelsel en de voorzieningen radicaal te wijzigen. Het is nu zo tegenstrijdig en onduidelijk dat het niet meer is uit te leggen aan de burger/patiënt. Mijn inziens is er echt al veel bekend en bewezen na alle jaren van het optrekken van financieringsschotten, experimenten en proeftuinen, en vooral wat de dagelijkse realiteit laat zien aan resultaten.

Wat nu noodzakelijk is, is om een heldere visie op gezondheidszorg en bijbehorende infrastructuur te schetsen, gezondheidszorg die ook werkelijk in alle facetten bij gaat dragen aan het **bestaan van de mens** en waar de overheid de verantwoordelijkheid voor heeft te nemen om bestaanszekerheid te garanderen. Graag vanuit de realiteit met mensen die werken met patiënten en begrijpen wat de mens nodig heeft, maar dat, dat zal wel een droomwens zijn.

Literatuurlijst

Bakas, A. (2017). *Ziel in de zorg*. Bakas Books bv.

BTSg, B. (2018, 23 november). *Zelfzorgtheorie van Dorothea Orem*. BTSg Beweging in Ouderenzorg. Geraadpleegd op 22 januari 2023, van <https://btsg.nl/zelfzorgtheorie-dorothea-orem/>

CAOP. (2022, 9 april). *Bouwen aan vertrouwen, verwetenschappelijking van beleid*. Geraadpleegd op 25 januari 2023, van <https://www.caop.nl/artikelen/2022/bouwen-aan-vertrouwen-verwetenschappelijking-van-beleid/>

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2023, 1 februari). Inflatie in januari 7,6 procent bij snelle raming. *Centraal Bureau voor de Statistiek*. Geraadpleegd op 2 februari 2023, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2023/05/inflatie-in-januari-7-6-procent-bij-snelle-raming>

Changing Life - BE A LIFE CHANGER. (2022, 4 augustus). *Gezondheid vanuit het biopsychosociaal model*. Changing Life. Geraadpleegd op 22 januari 2023, van <https://changinglife.nl/hq/methode/gezondheid-vanuit-het-biopsychosociaal-model/>

de Boer, J. A. M., & van Dam, A. G. E. (2020). *Opinie: Leiderschap is een keuze*. *Tijdschrift Voor Obstetrie En Gynecologie*, 133(2/20), 8–9.

Ensie. (2017). *mensgericht*. <https://www.ensie.nl/anw/mensgericht>

Heneghan, C. (2006). Haynes RB, Sackett DL, Guyatt GH, et al. *Clinical epidemiology: how to do clinical practice research*. 3rd edition. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2006. *Evidence-Based Medicine*, 11(4), 124–125. <https://doi.org/10.1136/ebm.11.4.124>

Jungacademie Nederland - Carl Gustav Jung. (z.d.). Geraadpleegd op 26 januari 2023, van <https://www.jungacademie.nl/Dieptetherapie/Carl-Gustav-Jung/>

Kessels, J. (2008). *Coaching: de ongemakkelijke waarheidsvinding over jezelf*. *Opleiding En Ontwikkeling*, 21, 24–27.

Klaassen, N. (2022, 15 augustus). *Zorgplan: minder geld erbij voor wijkverpleging en huisartsen*. *Het Parool*. Geraadpleegd op 2 februari 2023, van <https://www.parool.nl/nederland/zorgplan-minder-geld-erbij-voor-wijkverpleging-en-huisartsen~be241965/>

Ministerie van Financiën. (2021). 2.1 *Beleidsprioriteiten*. Ministerie van Financiën - Rijksoverheid. Geraadpleegd op 2 februari 2023, van <https://www.rijksfinancien.nl/memorie-van-toelichting/2021/OWB/XVI/onderdeel/634589>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022a, mei 17). *Onderzoeksrapport: Huidige zorg in Nederland 2022*. Rapport | Zorginstituut Nederland. Geraadpleegd op 24 januari 2023, van <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/publicaties/rapport/2022/01/27/onderzoek-huidige-zorg-in-nl-2022>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022b, augustus 23). *Kader Passende Zorg*. Rapport | Rijksoverheid.nl. Geraadpleegd op 22 januari 2023, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/06/28/kader-passende-zorg>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022c, september 29). *Aantal wachtenden in de langdurige zorg gestegen*. Nieuwsbericht | Nederlandse Zorgautoriteit. Geraadpleegd op 2 februari 2023, van <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2022/09/>

[29/aantal-wachtenden-in-de-langdurige-zorg-gestegen](#)

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022d, september 16). Integraal Zorgakkoord: "Samen werken aan gezonde zorg". Rapport | Rijksoverheid.nl. Geraadpleegd op 2 februari 2023, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2023, januari 24). Home - Zorginstituut Nederland. Geraadpleegd op 22 januari 2023, van <https://www.zorginstituutnederland.nl/>

Mintzberg, H. (2020). *Organisatiestructuren*, 2e herziene editie met MyLab NL. Pearson.

Nivel. (2017, 8 juni). Nationaal Programma Ouderenzorg waardevol | Geraadpleegd op 2 februari 2023, van <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/nationaal-programma-ouderenzorg-waardevol>

NZa: wachtlijsten in ziekenhuizen en GGZ zorgelijk — PW | Pharmaceutisch Weekblad. (z.d.). Geraadpleegd op 2 januari 2023, van <https://www.pw.nl/nieuws/2022/nza-wachtlijsten-in-ziekenhuizen-en-ggz-zorgelijk>

Plato. (z.d.). *U moet niet proberen een deel te genezen zonder het geheel te behandelen*. [Reactie op "Plato Grieks filosoof 427 v.C. - 347 v.C."]. <https://citaten.net/zoeken/zoeken.html>

Positieve-gezondheid wat-is-het. (z.d.). Institute for positive healthcare. Geraadpleegd op 24 januari 2023, van <https://www.iph.nl/positieve-gezondheid/wat-is-het/>

Sacket (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. (1996). *BMJ Clinical Research.*, 312(13 januari).

van Veenendaal, H., Voogdt-Pruis, H., & Raats, I. (2015). Samen beslissen is beter. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, 10(3), 90–95. <https://doi.org/10.1007/s12503-015-0046-3>

Wachtlijsten zorgen voor nog meer oversterfte als er niet wordt ingegrepen. (2022, 18 oktober). Geraadpleegd op 1 februari 2023, van <https://zorgkrant.nl/management-en-beleid/16192-wachtlijsten-zorgen-voor-nog-meer-oversterfte-als-er-niet-wordt-ingegrepen>

Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2017). The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clinical Rehabilitation*, 31(8), 995–1004. <https://doi.org/10.1177/0269215517709890>

Van der Veer, A., & Jungmann, N., (2018). Problematische schulden in de spreekkamer, over de doorwerking van geldzorgen op gezondheid., *Bijblijven.*, Volume 34, pages 199–206.

Weber, E., Leuridan, B., & Lefevre, M. (2016). *Wetenschap: wat, hoe en waarom?: Systematische inleiding tot de wetenschapsfilosofie*. Garant.

(z.d.). *Zorg bij de huisarts - aard en omvang* | Nivel. Geraadpleegd op 26 januari 2023, van <https://www.nivel.nl/nl/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn/cijfers-zorg-huisarts-huisartsenpost-paramedici/cijfers-zorg-huisartsen>

