

VU Research Portal

Kwaliteit wordt niet meer wat het was!

Nies, H.L.G.R.

published in
Kwaliteit in zorg
2015

document version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Nies, H. L. G. R. (2015). Kwaliteit wordt niet meer wat het was! *Kwaliteit in zorg*, 2015(6), 10-12.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:
vuresearchportal.ub@vu.nl

Verpleeghuiszorg van de toekomst: kwaliteit en openheid

Dit voorjaar is het ministerie van VWS gestart met het programma 'Waardigheid en Trots, liefdevolle zorg voor onze ouderen'. Het is positief dat het ministerie met dit verbeterprogramma voor de verpleeghuiszorg expliciet de zorgorganisaties vraagt en de ruimte geeft om de best mogelijke kwaliteit van zorg te leveren. Hoe gaan we in 2020 om met begrippen als 'welbevinden' en 'kwaliteit van leven'? Op welke wijze geven we invulling aan kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg in 2020? Welke kernwoorden zijn dan ingebed in ons dagelijks handelen? Op deze vragen hoopt WelThuis een antwoord te formuleren middels het ontwikkelen van VerpleegThuis; kwalitatief verantwoorde verpleeghuiszorg thuis; in de eigen woonomgeving van de cliënt.

Annemieke Dalenberg en Vivian Broex

De tijdsgeest van nu vereist dat de verpleeghuiszorg de komende jaren in rap tempo verandert naar persoonsgerichte zorg die aansluit bij de wensen en behoeften van cliënten. Vanuit onze optiek dient er oog te zijn voor de individuele cliënt, die op zijn eigen manier in de maatschappij en in het leven staat; zijn eigen netwerk om zich heen heeft verzameld en eigen keuzes maakt; ook ten aanzien van zorg. Laat de verpleegkundige als vakvrouw aan de slag gaan. Zij staat dicht bij de cliënt, diens netwerk en aan haar dient de ruimte te worden geboden om individuele aandacht te geven. We gaan toe naar een open en flexibele organisatievorm waarbinnen de oudere en diens netwerk zélf de regie houden en zo lang mogelijk thuis blijven wonen, ook voor mensen met dementie. Het netwerk is daarbij essentieel.

De opgave

Wat zijn de cruciale vragen die we moeten beantwoorden? Op de eerste plaats natuurlijk of

het wel mogelijk is veel langer persoonsgerichte zorg bij mensen thuis te bieden, waardoor het moment van 'verhuizen' naar een verpleeghuis uitgesteld wordt of misschien zelfs wel afgesteld? En vervolgens: is de huidige verpleeghuiszorg voldoende deskundig en gespecialiseerd in intensieve, complexe zorg? Zijn we er voldoende klaar voor?

Het antwoord op de eerste vraag ligt voor onze voeten: de verpleeghuissector beschikt immers over alle 'bouwstenen' waarmee we momenteel een gesloten intramuraal systeem vormgeven, die ook in de thuissituatie effectief zouden kunnen zijn. Die bouwstenen bestaan uit verzorging & verpleging, alarmering, toezicht, dagactiviteiten, eten & drinken, het doen van de was, huishoudelijke hulp, familieparticipatie, netwerkorganisaties, enzovoort. Als we al die bouwstenen hebben en als het de wens van mensen is om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen, waarom bieden we dit integrale aanbod, samen mét het netwerk van de zorgafhankelijke cliënt, dan niet persoonsgericht in het 'eigen huis' aan? Op deze wijze kan mogelijk het 'veelal verdrietige moment' van verhuizen naar een verpleeghuis uitgesteld – en soms afgesteld – worden. WelThuis ziet VerpleegThuis als hét zorgconcept van de toekomst.

Maar ook de tweede vraag over deskundigheid en specialisatie is voor ons essentieel. Mensen worden ouder en de complexiteit van het ziekteproces neemt toe. Indien de ontwikkeling van VerpleegThuis een vlucht krijgt en het moment van verhuizen naar een verpleeghuis voor (gespecialiseerde) intensieve ouderenzorg wordt uitgesteld, dan zal de vereiste zorg binnen de verpleeghuizen uitsluitend complex en intensief zijn. De huidige verpleeghuizen moeten zich hierop voorbereiden. Nieuwe kennis, inzichten, vaardigheden en organisatievormen zijn nodig om voldoende voorbereid te zijn op



Vivian Broex (l) en Annemieke Dalenberg

het leveren van goede zorg aan mensen met een complex, intensieve zorgvraag. Nieuwe kennis, inzichten, vaardigheden en organisatievormen die gericht zijn op het verbeteren van de kwaliteit van leven voor specifieke doelgroepen voor wie verhuizen naar een verpleeghuis niét langer uit te stellen is. Denk bijvoorbeeld aan mensen met dementie in combinatie met ernstige gedragsproblemen, geriatrische revalidatie, Korsakov.

Transformatie

De opgave vraagt om een transformatie van het verpleeghuis. Zo zouden bijvoorbeeld de huidige, klassieke vormen van scholing en opleiding opnieuw tegen het licht gehouden kunnen worden. De opleidingen voor verzorgenden behoren aan te sluiten bij de verpleeghuissector 'nieuwe stijl' en in te zoomen op persoonsgerichte zorg; met aandacht en openheid en een nieuwe manier van verbinding met cliënt, diens netwerk en familie. De sector wordt weer aantrekkelijk voor diegene die oprechte belangstelling voor ouderen én een 'honger' naar inhoudelijke (nieuwe) kennis, complexe gezondheidsproblematiek heeft. En die de overtuiging heeft dat nieuwe manieren van verbinding met ouderen of hun netwerk mogelijk zijn.

De transformatie vraagt om een andere houding en gedrag en om voortdurende reflectie. We moeten tegelijkertijd met elkaar iets 'afle-

ren' en 'aanleren'. Dit geldt voor ouderen zelf, diens netwerk, de professional, de bestuurder en de toezichthouder. Het is een proces dat we met elkaar moeten vormgeven. In onze visie heeft dit te maken met het managen van verwachtingen en verantwoordelijkheden; welke

'Nieuwe vormen van zorg, zoals verpleeghuiszorg thuis, leiden onherroepelijk tot nieuwe dilemma's en vragen'

problemen horen bij het ziektebeeld, wanneer is de zorg 'goed' geregeld; welke verantwoordelijkheid heeft de cliënt / het netwerk zelf, wat betekent de toepassing van ICT en welke zorg en diensten vallen onder de verantwoordelijkheid van de zorgprofessional?

Nieuwe vormen van zorg, nieuwe dilemma's

De uitdaging is om lef te tonen en deze zoektocht gezamenlijk aan te gaan. De cliënt, diens netwerk en de zorgaanbieder kunnen hierin samen optrekken. Maar zorgaanbieders kunnen ook leren van elkaar, zoals ook nu in het vernieuwingsprogramma van Van Rijn wordt gestimuleerd. Nieuwe vormen van zorg leiden onherroepelijk tot nieuwe dilemma's en vragen om andere wet- en regelgeving. Toezicht en opvolging in de thussituatie leidt bijvoorbeeld tot

nieuwe vraagstukken. Binnen het experiment van WelThuis speelt expliciet de vraag welke geldende wet- en regelgeving van toepassing is. Is dat het kwaliteitskader van de Thuiszorg? De voedingsrichtlijnen voor kleinschalig wonen? De infectiepreventie richtlijnen voor de intramurale zorg? Grote wens van WelThuis is te komen tot een nieuw kwaliteitskader die de neiging tot het in detail beheersen van de zorg middels protocollen, regelgeving en het beperken van risico's, loslaat. Een normenkader dat uitgaat van een nieuwe werkelijkheid, waarin cliënt, diens netwerk en de zorgorganisatie gezamenlijk streven naar het bieden van zorg die aansluit bij de keuzes van de cliënt zelf. Veel ouderen hebben de wens om langer thuis te blijven wonen, ook als dat moeilijk gaat. Is het in feite niet aan de persoon zelf om hierin keuzes te maken? Om professioneel geïnformeerd te worden over mogelijke risico's en vervolgens een afweging te maken die past bij de persoon zelf? Wij willen transparant zijn over dilemma's en een gezamenlijke 'zoektocht' voor ouderen zelf, de verpleeghuissector, maar ook de Inspectie stimuleren.

Noblesse oblige

WelThuis zal zich in de toekomst richten op het bieden van VerpleegThuis; door samen met

het netwerk van mensen, ondersteuning te bieden in de vorm van persoonsgerichte zorg aan mensen met verpleegindicatie bij mensen thuis. Door het ondersteunen van de cliënt en diens netwerk kan een verhuizing zo lang mogelijk worden uitgesteld. Daar gaan we voor. Gespecialiseerde zorgcentra waar intensieve verpleeghuiszorg wordt geboden zijn echter niet weg te denken uit onze samenleving want tot het einde toe thuis verpleeghuiszorg ontvangen zal nooit voor iedereen mogelijk zijn. Wij willen ervoor zorgen dat ook degenen die hierop aangewezen zijn, daar de juiste zorg en ondersteuning ontvangen; zorg met 'open ramen'! Openheid: familie, netwerk en buurt zijn noodzakelijkerwijs actief betrokken bij het welzijn van de bewoners. De professional is dan degene die hoogwaardige, complexe persoonsgerichte zorg biedt en het netwerk rondom de cliënt, al dan niet met gebruik van nieuwe mogelijkheden op het gebied van domotica, ondersteunt. Of het nu thuis is of in het zorgcentrum voor gespecialiseerde intensieve ouderenzorg.

Informatie over de auteurs

Annemieke Dalenberg is adviseur kwaliteit en beleid en **Vivian Broex** is directeur van WelThuis.

Kwaliteit wordt niet meer wat het was!

Eén ding is duidelijk voor de zorg: kwaliteit wordt niet meer wat het was! Dat is niet omdat mensen kwaliteit en veiligheid niet meer belangrijk vinden, maar omdat kwaliteit en veiligheid een andere eigenaar krijgen. Nu zijn ze van de Inspectie, de zorgverzekeraar, de gemeente, het kwaliteitsinstituut, de brancheorganisaties, de beroepsorganisaties, de overheid; kortom van iedereen, behalve van de mensen om wie het gaat: de cliënten/patiënten en hun hulpverleners. Dat is raar. We zijn allemaal vóór eigen regie, zelfredzaamheid en participatie; behalve wanneer het gaat om de rekening voor de zorg betalen en om kwaliteit. Dan laten we allerlei instanties alles voor zorgvragers regelen en ontnemen we hen het eigenaarschap!

Henk Nies

Daarbij komt dat iedereen regelmoe is. Iedereen wil naar 'de bedoeling' van wet- en regelgeving, vindt dat kwaliteit van zorg en veiligheid dienend moeten zijn aan kwaliteit van leven, welbevinden, waardigheid of leefplezier (er komen snel allerlei inspirerende termen

bij). En men vindt dat veiligheid belangrijk is, maar dat je niet alle risico's kunt uitbannen en dat je soms een risico voor lief moet nemen ('no risk, no life'). We zien de traditionele kwaliteitsindicatoren uit de gratie raken en dat geloof in benchmarking afnemen. De tijd van de veelomvattende en gedetailleerde kwaliteitskaders is voorbij; de gehandicaptenzorg en de V&V-sector hebben de CQ-Index in de ban gedaan en werken aan alternatieve kaders (Coolen, 2015).

One size fits no one

Hoe komt dat? Allereerst zien we mensen steeds meer eigenaarschap nemen voor hun gezondheid en zorg, in weerwil van het hiervoor geschetste paternalisme voor geld en kwaliteit. Persoonsgebonden budgetten en nieuwe financieringsvormen als zorgobligaties helpen daarbij (ActiZ, 2015). Zorgcoöperaties en – sedert de forse ophoging van de eigen bijdrage – particuliere zorgvormen maken dat mensen voor hún geld ook de kwaliteit eisen die aan hún

maatstaven voldoet. Ook zijn nieuwe gezondheids- en zorgparadigma's aan het ontstaan, zoals 'positieve gezondheid' (Huber, 2014) en reddenen we veel minder vanuit ziekte en zorg, maar vanuit gezondheid en gedrag, om de voormalige RvZ nog maar eens te citeren (RVZ, 2010). Bovendien treedt er veel meer multi-problematiek op (De Klerk et al., 2012). Ons gezondheidszorgsysteem is ingericht op één oplossing voor één probleem, maar zo is de werkelijkheid niet. Problemen zijn vaak meervoudig en vragen om persoonsgerichte en daarmee unieke, meervoudige aanpakken, niet alleen vanuit de traditionele zorg (Vlek, Driessen & Hassink, 2013; WHO, 2015). Naast gezondheid gaat het voor veel mensen ook over werk, inkomen, onderwijs, zingeving, kortom, om vraagstukken op allerlei levensdomeinen. 'One size fits no one' is het nieuwe devies.

Eco-systeem

We zien ook nieuwe organisatie- en besturingsparadigma's ontstaan: de top down organisatie lijkt voorbij. De zorgsector ordent zich massaal in zelfsturende/-organiserende teams (Nandram en Koster, 2014) en multidisciplinaire samenwerkingsverbanden en teams die bestaan uit medewerkers van verschillende organisaties (Nies & Minkman, 2015). New Public Management is 'uit', coöperaties zijn 'in'. En tenslotte is onze visie op evidence aan het veranderen: bij ingewikkelde vraagstukken zegt een verhaal vaak meer dan een cijferreeks (Swinglehurst et al., 2015).

We zijn bezig met een omslag van een aanbodgestuurd, paternalistisch systeem, naar een vraaggestuurd eco-systeem (Idenburg & van Schaik, 2013; Scharmer & Kaufer, 2013). We weten niet goed hoe die omslag te maken en houden daarom in ons kwaliteitsdenken voorlopig maar vast aan een heleboel oude vertrouwde mechanismen en instrumenten. Ze hebben ons immers ook veel goeds gebracht en ze geven een gevoel van beheersbaarheid!

Dialoog

Het gaat er de komende jaren om hoe we kwaliteit en veiligheid bij uiterst complexe vraagstukken organiseren. Kwaliteit gaat over de relatie tussen prestatie en norm (Nies, van der Veen & Leichsenring, 2013). Om kwaliteit goed te krijgen, kun je iets aan 'prestaties' doen en iets aan 'normen'. Als het eigenaarschap van de cliënt doorzet en hij of zij het contract voor zorgverlening sluit, zal diens norm steeds belangrijker worden. Die norm is voor ieder mens anders: in dat opzicht is iedereen een uitzondering, of – beter – uitzonderlijk. Om die norm te



De zorgsector ordent zich massaal in zelfsturende teams

kennen en te relateren aan prestaties is dialoog nodig tussen aanbieder/hulpverlener en cliënt en diens naasten. Maar ook de prestaties zullen onderwerp van gesprek worden. Er zijn doorgaans meer goede antwoorden op één vraag; het is een kwestie van samen afwegingen maken over kwaliteit én veiligheid, en gedeelde risico's. Dat vergt wat anders van ons kwaliteitsinstrumentarium: we bouwen kwaliteitsbeleid niet meer op rond datgene wat te meten is, maar rond datgene wat betekenis heeft voor de betreffende persoon in de betreffende setting (Swinglehurst et al., 2015).

'Iedereen heeft gelijke rechten, niemand krijgt gelijke zorg'

Ook organisaties en teams zullen een dialoog aangaan, met cliënten en hun naasten, maatschappelijke partijen op lokaal niveau en een toezichhoudende instantie (maatschappelijke verantwoording zal in de collectieve sector nog wel blijven). De uitkomsten van die dialoog zullen plaatselijk en per organisatie verschillen. Dat weet een cliënt; sterker nog, daar kiest ie voor!

Verantwoord experimenteren

En de overheid, ziet hier vanaf een afstandje op toe. Dat doet ze vanuit haar wettelijke verantwoordelijkheid voor het gehele systeem dat kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid voor alle burgers moet garanderen. Het uitgangspunt is: iedereen heeft gelijke rechten, niemand krijgt gelijke zorg. Hoe dat moet? Ver-

antwoord experimenteren. De overheid biedt daar kaders voor, het veld (inclusief cliënten en hulpverleners) geeft er invulling aan.

Het grootste gevaar is dat we als reflex naar de overheid kijken als het om kwaliteit gaat; van dat paternalisme gaan we weg. We moeten zelf verantwoorde stappen nemen in de richting die aanbieders met cliënten kiezen. Dat is niet makkelijk, paternalisme wel. Kwaliteit wordt niet meer wat het was; kwaliteit wordt volwassen!

Literatuur

ActiZ (2015). *Clientvolgende bekostiging*. <http://www.actiz.nl/dossiers/directe-betaalrelatie.html>

Coolen, J. (2015). *Ouderen in zorghuizen: broze mensen én leefplezier*. Utrecht: ActiZ.

Huber, M. (2014). *Towards a new, dynamic concept of health: Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food*. Maastricht University (PhD thesis).

Idenburg, Ph.J., Schaik, van M.C.M. (2013). *Diagnose Zorginnovatie: over technologie en ondernemerschap*. Schiedam: Scriptum.

Klerk, M. de, Prins, M., Verhaak, P., Berg, G. van den (2012). *Mensen met meervoudige problemen en hun zorggebruik*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (Achtergrondstudie SCP, Nivel, Nji).

Nandram, S., & Koster, N. (2014). *Organizational innovation and integrated care: Lessons from buurtzorg*.

Journal of Integrated Care. Advance online publication. doi: 10.1108/JICA-06-2014-0024

Nies, H., Veen, R. van der, Leichsenring, K. (2013). Quality measurement and improvement in long-term care in Europe. In: *A Good Life in Old age* (pp. 223-245). Paris: OECD.

Nies, H., Minkman, M. (2015) *Eigenaarschap van het publieke belang in een participatiesamenleving*. Den Uyl, H., Zonneveld, T. (red.) *Governance en het Publiek Belang in de Zorg*. Amsterdam: Mediawerf (in druk).

RVZ (2010). *Zorg voor je gezondheid*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Scharmer, O. & Kaufer, K. (2013). *Leading from the Emerging Future: From Ego-System to Eco-System Economics*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.

Swinglehurst, D., Emmerich, N., Maybin, J., Quilligan, S. (2015). *Confronting the quality paradox: towards new characterisations of 'quality' in contemporary healthcare*. BMC Health Services Research, 15: 240-246.

Vlek, H., Driessen S., Hassink L. (2013) *White paper: Persoonsgerichte zorg*. Utrecht: Vilans.

World Health Organization. (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report*.

Informatie over de auteur

Henk Nies is lid Raad van Bestuur Vilans en bijzonder hoogleraar Organisatie en beleid van zorg, Zonnehuisleerstoel, Vrije Universiteit te Amsterdam.

LANGDURIGE ZORG DE KOMENDE 5 JAAR

Het komt aan op implementatie!

Hoe zal de langdurige zorg er in 2020 uitzien? Een prikkelende vraag... maar vijf jaar is ook weer niet zo ver weg in de toekomst... dus genezing van dementie, vliegende rollators of wijkverpleegrobots zijn niet heel waarschijnlijk in de komende periode.

Barbara van der Linden

Grote revoluties hoeven we dus niet te verwachten... ook niet in de organisatie van de zorg. Te meer omdat er in 2015 al grote transitie in gang zijn gezet door de invoering van de nieuwe Wet Langdurige Zorg en veranderingen in de Zorgverzekeringswet en de Wmo. De grootste aandacht zal de komende vijf jaar gaan naar het goed in de praktijk im-

plementeren van deze transitie. Over vijf jaar zullen we hopelijk wel zicht hebben op het succes ervan. Als alle partijen hun rol goed oppakken en samen investeren in implementatie kunnen de transitie in hun opzet slagen.

Doel van de transitie is om betere kwaliteit, meer betrokkenheid van burgers en houdbare financiering van de langdurige zorg te krijgen door decentralisatie van taken naar gemeenten en verzekeraars. De komende vijf jaar zullen zij drukdoende zijn met het goed inregelen en uitvoeren van die wetten.

Die periode is echt wel nodig om te veranderen, dat hebben we ook gezien bij de stelselherziening uit 2006: nu pas komen verzekeraars echt toe aan het inkopen op kwaliteit!

Gemeenten moeten zorg en ondersteuning inkopen en moeten de bepaling van zelfredzaamheid en indicatiestelling organiseren. Ze zullen moeten zorgen dat het sociale netwerk rondom de cliënt geactiveerd wordt en dat er daarbij ondersteuning is, als dat nodig is. Meer dan ooit zullen gemeenten eisen dat de zorg op basis van actuele kennis wordt uitgevoerd. Ze zien steeds meer de noodzaak van kennisontwikkeling voor de praktijk en vinden ook dat ze daarin moeten investeren.

Verzekeraars moeten inkopen op kwaliteit en doelmatigheid maar staan ook voor de taak de rapportagedruk voor instellingen en zorgverleners in te perken. Nu al zijn er veel klachten over de gevraagde administratie. De kunst zal zijn om ruimte en vertrouwen te geven terwijl verzekeraars toch zicht krijgen op de kwaliteit van de geleverde zorg. Mogelijk is de Belastingdienst een goed voorbeeld: burgers moeten zelf hun redelijk eenvoudige belastingformulier invullen en de overheid controleert steekproefsgewijs. Kwaliteit en doelmatigheid kunnen ook kostenbesparingen opleveren. Het zou mooi zijn als een deel daarvan terugvloeit om te investeren in de kennisontwikkeling en toepassing binnen de zorg in zogeheten *shared savings deals*. Zorgverleners merken de veranderingen in de uitvoering van hun werk. Verpleegkundigen en verzorgenden moeten steeds meer aan case management doen. Ze moeten zelfzorg stimuleren en informele zorg ondersteunen. Als er *bands on* zorg nodig is moet dat gecombineerd worden met een slimme inzet van technologieën (robots, monitoring, domotica). De zorg wordt complexer en vaker moet er samengewerkt worden met andere disciplines. Preventie en leefstijladvisering maken deel uit van het arsenaal. En dit alles terwijl er beter naar de cliënt en zijn naasten geluisterd moet worden en hun wensen als uitgangspunt moeten dienen. Om dit alles goed te doen zullen zorgverleners nieuwe vaardigheden moeten leren en moeten werken op basis van actuele kennis. De beroeps- en opleidingsprofielen 2020 voor verpleegkundigen en verzorgenden sturen hier nu al op aan.

Moet het veld dat nu allemaal zelf voor elkaar krijgen? De staatssecretaris heeft de wetten door de kamers gekregen. Trekt hij zich nu terug? Een recente brief aan de Tweede Kamer geeft enige geruststelling: de langdurige zorg mag ondersteuning van de overheid verwachten voor de benodigde professionalisering. Er gaat in de komende tijd extra geld naar opleidingen en bijscholingen van medewerkers in de zorg. Via ZonMw ondersteunt het ministerie het ontwikkelen en onderhouden van kennis-

pleinen en andere infrastructuur zoals implementatiedeskundigheid. Maar is dit genoeg? We weten dat veranderen lang duurt en actieve energie kost. Zeker in de langdurige zorg waar cliënten vaak willen houden wat ze hebben en de veelal laag opgeleide werkers niet erg kennisgedreven en veranderingsgezind zijn. Implementatie gaat niet vanzelf en kost tijd en gerichte, gezamenlijke actie. De Zorg voor Beter- en In voor Zorg-programma's uit 2004 tot 2015 laten zien dat dit werkt.

De komende vijf jaar zullen uitwijzen of de transities in de langdurige zorg succesvol zijn verlopen en of ze de opbrengsten geven waar ze voor bedoeld waren. Belangrijkste factor hierbij is waarschijnlijk de economische ontwikkeling en de bereidheid om te investeren in de implementatie van de transities. Als alles ge-

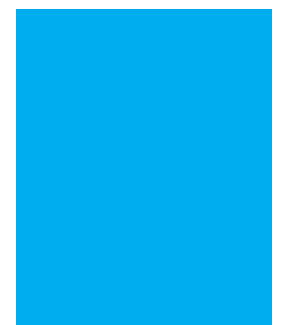
'Gevaar is dat er te weinig gedaan kan worden voor de mensen die minder zelfredzaam zijn''

paard moet gaan met bezuinigingen en krimp zal er te weinig capaciteit zijn om zorg te leveren en om in innovatie te investeren. Gevaar is dat er te weinig gedaan kan worden voor de mensen die minder zelfredzaam zijn, weinig familie of vrienden hebben of weinig eigen middelen. Ondanks goede bedoelingen blijft dan alleen verschaalde zorg over. Het zou mooi zijn als de gemeenten, verzekeraars, instellingen en beroepsorganisaties dit erkennen en samen met het ministerie investeren in implementatie. Het bij elkaar brengen van nu nog losstaande initiatieven en het gezamenlijk investeren in een gericht implementatieprogramma zou een positieve stimulans geven. Daarbinnen zouden het ontwerp van goede praktijken en het verspreiden ervan, het opleiden van mensen en het gericht verbeteren een plaats moeten krijgen. Als zo'n programma een *shared savings* opzet krijgt kan het zichzelf ook nog terugverdienen.

Implementatie gaat niet vanzelf. Laten we de komende vijf jaar gebruiken om het goed te krijgen!

Informatie over de auteur

Barbara van der Linden is stafmedewerker Implementatie bij ZonMw en redactielid van KiZ.



Barbara van der Linden