

IK WIL ER VOOR JE ZIJN!

Intreerede Yvonne van Zaalen, Lector Relationele Zorg



let's change
YOU. US. THE WORLD.

DE HAAGSE
HOGESCHOOL

IK WIL ER VOOR JE ZIJN!

Colofon

© 2023 De Haagse Hogeschool

De Haagse Hogeschool
Johanna Westerdijkplein 75
2521 EN Den Haag

www.dehaagsehogeschool.nl
www.dehaagsehogeschool.nl/onderzoek/lectoraten/relatieve-zorg

Auteur: Dr. Yvonne van Zaalen, lector Relatieve Zorg

Vormgeving: Dienst Onderwijs, Kennis & Communicatie

ISBN: 9789083249193
NUR: 883

Januari 2023

VOORWOORD



Geacht College van Bestuur van De Haagse Hogeschool, geachte faculteitsdirecteur, geachte collega-lectoren en -professoren, geachte opleidingsmanagers, geachte docenten en kenniskringleden, geachte studenten, geachte werkveldpartners, geachte toehoorders van binnen en van buiten de hogeschool, beste familie en vrienden en lieve Bertram, Desiree, Anouschka, Lloyd, Giorgio, Edwin, Martin en Lara en natuurlijk ook mijn geweldige kleinkinderen Lucio en Lise.

Sinds 1994 is mijn interesse in multidisciplinaire samenwerking in de gezondheidszorg en met name domein overstijgende samenwerking tussen zorg en welzijn altijd de rode draad geweest in mijn werken. Na mijn werk in mijn logopedische praktijk heb ik als logopediewetenschapper in 2003 de overstap gemaakt naar de Hogeschool. Ik kreeg de verantwoordelijkheid om het afstuderen van toen om te zetten in impactvol praktijkgericht onderzoek in het HBO. Daarnaast was ik medeoprichter van de commissie ethiek van onderzoek, verschillende kennisagenda's en de inrichting van multidisciplinair en interprofessioneel onderwijs binnen verschillende instituten. Vanuit mijn opgedane expertise in multidisciplinair en interprofessioneel samenwerken en communiceren heb ik binnen nationaal of Europees gesubsidieerde en niet-gesubsidieerde onderzoeksprojecten onderzoek gedaan hoe vanuit interprofessionele zorg de positieve gezondheid en maatschappelijke participatie van patiënten en hun naasten geoptimaliseerd kan worden, daar waar mogelijk ondersteund met technologie.

Ik heb in de afgelopen jaren een eigen consortium kunnen opbouwen met zowel universiteiten, andere hogescholen, technologiebedrijven, ontwerpers, (para)medische en welzijn professionals, gemeenten, belangenverenigingen, beleidsmakers en woon- en zorginstellingen. Ik ben sinds jaren lid van meerdere reviewcommissies bij ZonMw, een expertcommissie gezondheidszorg binnen de Tweede Kamer en de Logopediewetenschapsraad. Daarnaast ben ik actief als lid van de commissie sociaal binnen de gemeenteraad van 's-Hertogenbosch.

Als lector Relationale Zorg zie ik de mogelijkheid om direct en indirect impact te hebben op de maatschappelijke vraagstukken. In co creatie met eindgebruikers, studenten, docenten en stakeholders onderzoek doen naar de mogelijkheden die er zijn om binnen de kaders van doelmatigheid en voortschrijdende digitalisering mensgerichte, relationele zorg te verlenen, is daarbij altijd mijn focus. Bij dit alles natuurlijk rekening houdend met de voorwaarden voor succesvolle implementatie van digitale technologie, inclusiviteit en interprofessionele samenwerking.

Het lectoraat Relationale Zorg is gestart in het voorjaar van 2022. Tijdens deze rede start ik met het schetsen van de context waarbinnen Relationale Zorg zich afspeelt. Ik zal daarbij eerst inzoomen op de transformatie in de gezondheidszorg, de patiënt in al zijn kleuren en het samen beslissen. Daarna ga ik in op de betekenis en relevantie van Relationale Zorg binnen de huidige en toekomstige gezondheidszorg. Terwijl ik de onderzoekslijnen van het lectoraat toelicht, zal ik ook enkele projecten die we binnen het lectoraat uitvoeren kort toelichten. En natuurlijk stel ik u mijn team van docent-onderzoekers voor die met mij en de studenten van de opleidingen het onderzoek uitvoeren. Ik sta ook kort stil bij de noodzaak van relationele zorg binnen het curriculum van de opleiding van professionals binnen De Haagse Hogeschool. Ik poog vandaag niet volledig te zijn, maar een beeld te geven van de verkenning waar we als lectoraat mee zijn gestart en waar we ook de komende tijd mee verder zullen gaan.

Noot: De op deze manier opgemaakte woorden zijn tijdens de rede zelf niet letterlijk uitgesproken. Het betreft steeds een weergave, aanvulling op en/of onderbouwing van de rede tekst. Waar ik in mijn rede de term patiënt gebruik, worden ook de cliënt en de burger verstaan.

Yvonne van Zaaen

Lector Relationale Zorg, De Haagse Hogeschool

Januari 2023

Waarom Purple Rain-paars?

Bij binnenkomst in deze aula herkende u misschien de muziek van *Purple Rain* (van Prince Rogers Nelson). Paars combineert de stabiliteit van blauw en de energie van rood. Paars is geassocieerd met royalty. Het symboliseert macht, adel, luxe en ambitie. Ook wordt het geassocieerd met wijsheid, waardigheid, onafhankelijkheid, creativiteit, mysterie en magie. Volgens Suprevo (2022) staat de kleur paars voor het vertrouwen op je eigen gevoel! Ze beweren zelfs dat deze kleur helpt je te verbinden met je intuïtie, en je creatieve inspiratie geeft. De paarse kleur zou verbonden zijn aan spiritualiteit, meditatie en stilte. Dit komt bijvoorbeeld terug in de regenboogvlag waarin de kleur paars voor 'spirit' staat.

Lisa Coleman vertelde *People magazine* dat de titel van het nummer *Purple Rain* (1984) 'een nieuw begin' betekent. Paars, de lucht bij dageraad; regen, de reinigende factor. Coleman verbond de titel *Purple Rain* aan de artistieke vernieuwing die Prince had, door met anderen te leren werken aan het gelijknamige album. Prince begon alleen met het componeren van liedjes, maar stond open voor andere muzikanten om met hem samen te werken. *Purple Rain* was het eerste nummer dat Prince, vanuit interprofessionele samenwerking, met de leden van zijn band schreef.

De muziek van *Purple Rain* kenmerkt voor mij de periode waarin ik mijn ouderlijk huis verliet, mijn logopedie-opleiding startte en mijn grote liefde Bertram ontmoette. De periode waarin ik mijn eigen waarden en normen leerde kennen, en geconfronteerd werd met de perspectieven van zoveel verschillende mensen. In de afgelopen veertig jaar was de muziek van *Purple Rain* er altijd bij voor mij belangrijke – soms hele trieste-levensgebeurtenissen. De muziek van Prince én de kleur paars geven mij kracht. Ik voel me vereerd en ik ben dankbaar dat alle leden van mijn team vandaag iets paars dragen. Jullie weten hoeveel het voor mij betekent!

Paars representeert voor mij het liefhebben en respecteren van de mens/patiënt/cliënt/burger/collega/professional en mezelf in alle kleuren. Het is mijn diepste wens dat de paarse regen van liefde en wederzijds respect ons zal helpen waardevolle relaties te onderhouden met elkaar.

Ter inleiding

De zorg moet weer van ons allemaal worden

Op de eerste plaats dank dat ik gevraagd ben een bijdrage te leveren aan het symposium waarbij Yvonne van Zaalen haar lectorale rede zal uitspreken. En nog wel met 15 minuten spreektijd. Voor een lid van de Tweede Kamer is dat luxueus!



Controle is goed maar vertrouwen is beter

De titel van het lectoraat is *Relationele Zorg*. Relationele zorg is erop gericht dat de patiënt en de zorgprofessional elkaar aandacht geven, afstemmen en moeite doen om elkaar goed te begrijpen. Vanuit een waardevolle relatie kan persoonsgerichte zorg bijdragen aan het herstelproces en goede zorg.

Dus de patiënt vragen wat deze nodig heeft in plaats van voor de patiënt beslissen of denken. Dat betekent bijvoorbeeld dat de zorgverlener er vertrouwen in moet hebben dat de patiënt hem of haar niet overvraagt. Maar ook vertrouwen van de patiënt in de expertise van de zorgverlener. Dus niet bij het intakegesprek aangeven dat je hebt gegoogeld en wel al weet wat de diagnose is en dan agressief eisen stellen. Dat maakt de zorgprofessional tot het afvinken van lijstjes.

Maar er is nog een derde invalshoek met betrekking tot vertrouwen. En dat is vertrouwen van beiden in technologie. Om de zorg *beschikbaar, bereikbaar & betaalbaar* te houden zullen we gebruik moeten maken van technologische innovaties.

Nu werkt 1 op de 6 mensen in de zorg. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid stelt in haar rapport *Kiezen voor houdbare zorg* dat het 1 op de 4 mensen wordt als we niets doen. En we weten met z'n allen: dat kan gewoon niet. Want we hebben ook mensen nodig voor de private en publieke dienstverlening, in het onderwijs, het onderhoud van gebouwen en infrastructuur, in de industrie, etc. En we hebben de plicht dat ook volgende generaties nog goede zorg krijgen en niet alleen worden opgezadeld met een torenhoge schuld.

Actiepunten

We zullen het moeten doen met de mensen en in hoge mate met de middelen die we nu hebben terwijl de vergrijzing en dus het beroep op zorg nog verder zal toenemen. Daarom moeten we actie ondernemen:

- Het eerste is halveren van de administratieve lasten. Nu wordt 30-40% van de arbeidstijd besteed aan administratie. De oorzaak? Gegevens zijn moeilijk beschikbaar omdat systemen niet op elkaar aansluiten. Informatie die tig keer wordt ingeklopt omdat er geen automatische koppelingen zijn. Wetgeving die niet op elkaar aansluit zoals Wgbo, AVG, Wabvpz. Instellingen die landelijke richtlijnen weer omzetten in eigen richtlijnen etc.

Niemand wordt zorgprofessional om administratie te gaan doen. Halveren betekent: verbetering van de kwaliteit van de zorg voor patiënten en cliënten, vergroten van het werkplezier voor zorgprofessionals en verlagen van de kosten.

- Het tweede is de-medicaliseren. Gezondheid wordt niet alleen bepaald doordat we goed kunnen pleisters plakken en repareren. <https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/armoede-schulden-en-gezondheid/relatie-armoede-en-gezondheid>

Andere factoren zijn nog bepalender voor sociale gezondheidsverschillen: bestaanszekerheid, woonomgeving, sociale netwerk.

Iemand van wie de relatie uitgaat heeft een schouder nodig om uit te huilen en een troostende arm om hem heen maar hoort niet thuis in de GGZ. We moeten omzien naar elkaar: *nabuuerschap* zoals ze dat in Twente noemen.

In de jeugdzorg zien we dezelfde zorgelijke ontwikkeling: 1 op de 7 kinderen heeft jeugdzorg en heeft een etiket.

We zijn vergeten dat rechten ook plichten met zich meebrengen. Artikel 22 van de Grondwet zegt inderdaad dat de overheid maatregelen treft ter bevordering van de Volksgezondheid. Maar zoals in de toelichting bij de Grondwet in eenvoudig Nederlands duidelijk staat: je moet zelf proberen gezond te blijven. Dat betekent meer focus op zelfzorg en preventie.

We hebben nu een zorgstelsel dat gebaseerd is op solidariteit tussen mensen. Een zeer groot goed. Die solidariteit kunnen we alleen behouden als iedereen ook verantwoordelijkheid neemt voor eigen gedrag.

Recentelijk las ik een artikel over Utrecht <https://utrecht.nieuws.nl/zorg/83639/meeste-utrechtters-gezond-mentale-gezondheid-jongeren-en-leefstijl-onder-druk/> Ik citeer: *Een op de drie jongvolwassenen vindt het normaal om thuis drugs te gebruiken. 18% van de jongvolwassenen heeft in de afgelopen vier weken harddrugs gebruikt. 30% van de 15- en 16-jarigen heeft de afgelopen vier weken alcohol gedronken. In 2019 was dit 25%. De meerderheid van deze 15- en 16-jarigen drinkt dan vijf of meer glazen alcohol op een dag.*

- Het derde actiepunt is meer inzetten op evidence based en in ieder geval stoppen met zorg waarvan bewezen is dat ze niet effectief is. Laatst (10 november 2022) stond in *Skipr* het artikel: *Arts houdt lang vast aan zinloze behandeling rugpijn*. Onderzoeker Pieter Coenen:

We bieden in Nederland nog lange tijd zorg die helemaal niet evidence-based is. Als wetenschappelijk al bewezen is dat een therapie niet werkt, duurt het nog 17 jaar of langer voordat 85% van de artsen afziet van die behandeling. We verspillen daarmee schaarse middelen en doen met bepaalde therapieën bij rugklachten zelfs meer kwaad dan goed. Zodra duidelijk is dat een behandeling geen effect heeft, moeten we er gewoon mee stoppen.

Het vierde actiepunt brengt ons bij vandaag: de inzet van technologie zoals EHealth. In opdracht van FME heeft GUPTA een onderzoek gedaan: met inzet van bestaande technologie zijn er 100.000 banen minder nodig in de zorg.

Weerstand zorgprofessional & gebruiker

De vraag is natuurlijk: waarom gebeurt dat niet. Waarom wordt technologie vaak zo moeilijk geaccepteerd? Terecht stelt uw Kenniscentrum Health Innovation op zijn website: *Om een verandering in gang te kunnen zetten, moet je oog houden voor de mens achter het vraagstuk.*

<https://www.dehaagsehogeschool.nl/onderzoek/kenniscentra/details/kenniscentrum-health-innovation>

Een nieuwe technologie vraagt ook om een andere werkwijze en werkprocessen. En maakt dus de relatie anders tussen zorgprofessionals onderling maar ook tussen de professional en de patiënt/cliënt. Beiden kunnen daar moeite mee hebben. Maar cultuur en gedrag zijn moeilijker te veranderen dan structuur en techniek en ondervinden vaak weerstand.

M.i. zijn er de volgende oorzaken waardoor zorgprofessionals vaak weerstand voelen tegen innovaties:

- De eerste oorzaak is angst. Angst om je baan te verliezen door de invoering van de nieuwe techniek. Neem het ontstaan van het woord sabotage dat afstamt van het Franse woord *sabot*: klomp. Vlaamse arbeiders/werkenden in Luik zouden tijdens een staking, die in Wallonië uitbrak en bekendstaat als de 'jacquerie van 1886', productiemachines hebben stilgelegd door een klomp tussen de raderen van de machine te steken.

<https://historiek.net/sabotage/15299/>

Of angst vanwege financiële belangen. Monitoren met een app betekent dat een regelmatig bezoek aan de specialist vaak niet meer nodig is.

Of angst om dom of niet-competent over te komen omdat je niet de eerste keer de uitleg begrijpt. Jaren geleden belde ik mijn man op zijn werk met een vraag over plakken speciaal en tabellen met formules in Excel. Ik hoor hem nog zeggen: *dat heb ik je al twee keer eerder uitgelegd... En mijn reactie: dat klopt maar als ik iets eens per half jaar doe, beklijft dat niet.* En dan kan ik nog goed lezen. Van mijn man kon ik de reactie makkelijk hebben maar van een collega is dat moeilijker te incasseren.

Maar bedenk dat er in Nederland nog altijd ca 250.000 mensen analfabeet zijn. En dat er meer dan 2 miljoen mensen laaggeletterd zijn. Instructies op papier zijn een ramp voor hen. Dus komt men met 'argumenten' waarom iets niet werkt: nadelen worden bedacht, redenen worden aangegeven waarom het in hun specifieke situatie niet werkt, er is geen tijd voor implementatie etc.

- De tweede oorzaak is algemeen menselijk ook al ben je van goede wil: het is gewoon moeilijk ingesleten patronen aan te passen. De goede voornemens met betrekking tot sporten, gezond eten etc. bij het begin van een nieuw jaar zijn daarvan een goed voorbeeld. Zoals een roker ooit zei: *Het is niet moeilijk te stoppen met roken; ik heb dat al twintig keer gedaan...*
- Er oog voor hebben en deze punten bespreekbaar maken helpt bij het aanpakken van deze twee oorzaken. Zoals ruimte geven aan ouderen want ja die hebben meer ervaring maar soms een extra uitleg nodig om een nieuwe techniek goed toe te passen. Angst wegnemen door te laten zien dat er werk genoeg blijft ook met nieuwe technologie zoals zorgrobots.

Maar de derde oorzaak is al moeilijker want betreft de gehele zorgsector: de vrijwilligheid en vrijblijvendheid om als organisatie te beslissen of je iets gaat doen. Daarmee moeten we echt stoppen. Dat geldt voor zorg die bewezen niet-effectief is. Maar dat geldt ook voor het toepassen van innovaties. Opschaling moet afgedwongen kunnen worden. Dat kan bijvoorbeeld doordat we stoppen met vergoeden in het basispakket. En nieuwe technologie betekent ook dat je anders moet gaan werken. Als je een slimme luier gebruikt moet je stoppen telkens te controleren want dan betaal je én de dure luier én de arbeidskosten en heeft de professional geen tijd voor andere zorg. En als we innovaties overal inzetten, is het ook makkelijker te accepteren.

Daarnaast hebben we de kant van de gebruiker: de patiënt/cliënt in dit geval.

En ja die heeft soms ook moeite met technologie. Want veel ouderen zijn eenzaam. En dan is het fijner dat de wijkverpleging langskomt dan dat je met een brilletje van een tientje zelf je ogen druppelt na een staaroperatie. Of dat je zelf met een hulpmiddel je steunkousen aantrekt in plaats van een aardige zorgverlener. Anderzijds geeft het zelf doen je ook meer vrijheid. Je hoeft niet te wachten. En eenzaamheid moeten we op een andere manier aanpakken: door omzien naar elkaar en nabuurschap. Niet door te medicaliseren en er zorg van te maken.

We moeten mijns inziens meer de voordelen van nieuwe technologie en innovaties laten zien. Vaak zijn die evident.

Voordelen innovaties laten zien

Corona heeft een boost gegeven aan anders werken. Niet alleen met het zuurstof thuis programma in plaats van een bed in het ziekenhuis. Ook het digitale consult: tijdens mijn werkbezoek bij *Pantein* ziekenhuis in Boxmeer bleek dat 30% van de consulten intussen via de iPad gaan. Mensen zijn ontspannener op de bank met hun partner dan aan het bureau van de arts en hebben dus een beter gesprek. Ander voorbeeld van een psychiater die bemoezorg geeft: Hij vertelde: wij waren zelf de grootste tegenstanders. Maar nu blijkt dat vier keer 15 minuten overleg met de iPad waarbij ik iemand in zijn omgeving zie en ook zie of het vuilnis opstapelt betere zorg geeft dan eens per veertien dagen een uur in mijn kantoor. Mensen zagen de voordelen van de andere werkwijze en vinden het leuk.

Maar het sociale aspect is dus mega belangrijk. Het is de uitdaging te laten zien dat nieuwe technologie niet bedreigend is. We moeten eerlijk zijn over de voordelen en ja soms misschien ook de nadelen. Dan is het belangrijk het WAAROM toe te lichten.

Veel succes Yvonne met deze boeiende opdracht!

Tot slot: Uiteraard, Yvonne, heb ik voor jou een aardigheidje meegebracht vanwege deze bijzondere gebeurtenis.

's-Gravenhage, 13-01-2023

Drs. J.A.M.J. van den Berg

Lid Tweede Kamer voor het CDA

Woordvoerder medische zorg, GGZ, corona en Koninkrijksrelaties



INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	3
Ter inleiding	5
Inhoudsopgave	9
1 Transformatie in de gezondheidszorg	10
1.1 Groeiende zorgvraag	11
1.2 Zorgkosten onhoudbaar	13
1.3 Personeelstekort in de zorg	14
1.4 Visie op gezondheid verandert	17
1.5 Gevolgen voor de zorg van de patiënt	18
1.6 Maatschappelijke omslag	18
1.6.1 Aanpak achtergronden psychische kwetsbaarheden	18
1.6.2 Meer aandacht voor preventie, meer bewegen en (goede) voeding	19
1.6.3 Vertrouwen	19
1.6.4 Verschuiving van zelfmanagement naar samenmanagement	21
1.6.5 Zorg en welzijn moeten mantelzorgers ondersteunen om informele zorg te leveren	22
1.6.6 Ouderen worden meer en meer zelf mantelzorger	23
1.6.7 De zorg wordt meer digitaal	24
1.6.8 Gezondheidsverschillen dreigen groter te worden	26
2 Wat voor patiënt of professional ben jij?	27
2.1 Laaggeletterdheid neemt toe	28
2.2 Gezondheidsvaardigheden zijn essentieel om gelukkig te zijn	30
2.3 Laag niveau van digitale vaardigheden	31
2.4 Patiënt- en zorgprofessional-tevredenheid	31
2.5 De patiënt en diens sociaal netwerk	32
2.6 Maatschappelijke participatie	35
3 Samen beslissen	37
3.1 Samen beslissen vanuit de professional bekeken	38
3.2 Samen beslissen vanuit de patiënt bekeken	41
3.3 Samen beslissen met mensen met lage gezondheidsvaardigheden	42
3.4 Samen beslissen binnen zorg en welzijn	45
4 Relationele zorg	47
4.1 Definitie Relationele Zorg	47
4.2 Relationele Zorgprofessional	48
4.3 Werkcultuur en Relationele Zorg	49
4.4 Relationele Zorg en communicatie	51
4.4.1 Discipline-gebonden communicatie	51
4.4.2 Communicatie binnen culturele contexten	52
4.5 Relationeel kompas	53
4.6 Relationele zorg versus of naast digitale zorg?	54
5 De kenniskring en onderzoeken van het lectoraat	56
5.1 Onderzoekslijn 1. Afstemmen op de patiënt/cliënt van de toekomst	61
5.2 Onderzoekslijn 2. Zorgprofessionals van de toekomst (blijvend) opleiden	62
5.3 Onderzoekslijn 3. Relationele zorg ondersteund met technologie	63
Duurzame samenwerkingspartners van het lectoraat Relationele Zorg	64
Samenvatting	67
Referenties	70

1 TRANSFORMATIE IN DE GEZONDHEIDSZORG

De groeiende zorgvraag, onhoudbare hoge zorgkosten, lange wachtlijsten en een groeiend personeelstekort maken samen dat we in Nederland, maar ook in steeds meer andere Europese landen in een zorginfarct terecht gekomen zijn. De kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in Nederland staan onder grote druk. Maar wat is eigenlijk een zorginfarct? Een zorginfarct betekent, dat onderdelen van de zorg en het welzijn voor burgers verdwijnen en de beschikbaarheid van de zorg die overblijft achteruitgaat. Straks kan niet iedereen meer op de zorg rekenen die men wil of nodig denkt te hebben. Waar we gewend zijn geraakt om zorg te krijgen op het moment dat wij dat willen, zal dat niet langer meer zo zijn. Er is simpelweg niemand meer die de zorg kan leveren. Waar we gewend zijn om een band te hebben met onze zorgprofessional, zal het opbouwen van een relatie tussen zorgprofessional en patiënt vanaf heden anders ingevuld moeten worden. Dit betekent tegelijkertijd dat het recht op zorg dat burgers/mensen hebben, niet meer of slechts deels valt op te eisen. Om zorg beschikbaar en bemensbaar te houden voor hen die de zorg dringend nodig hebben, zijn drastische maatregelen nodig. Essentiële en zinnige zorg zullen beschikbaar (moeten) blijven voor iedereen. Het zorginfarct vraagt om dringende en noodzakelijke veranderingen, zowel in het handelen en denken van professionals, als bij de burgers.

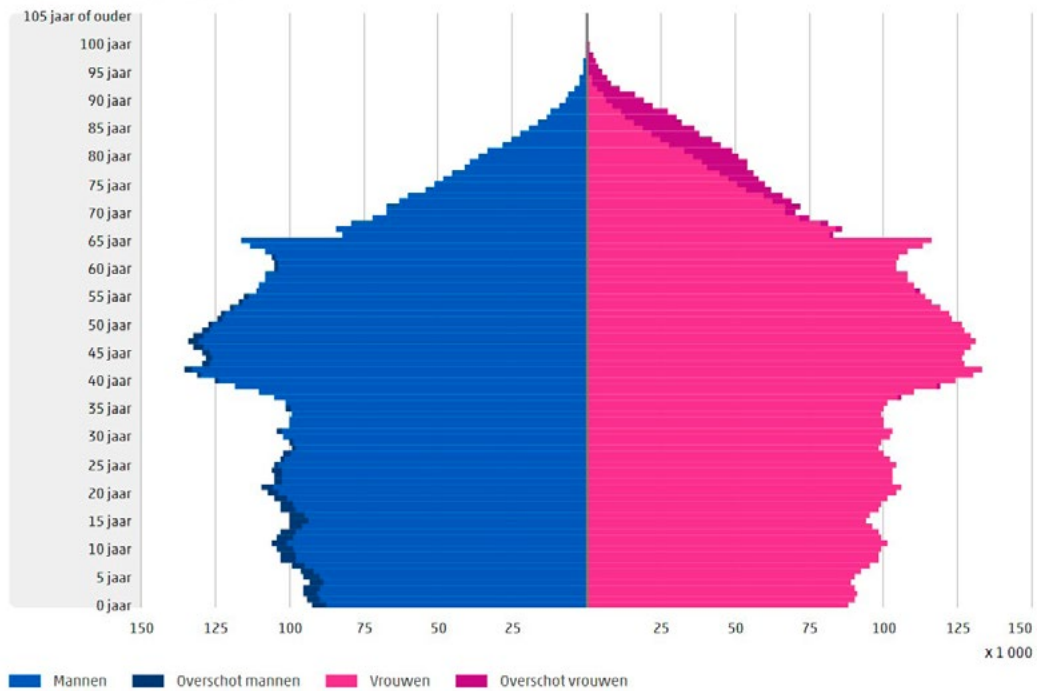
Later kom ik daarop terug als ik in ga op het thema Passende Zorg. Hoe is het mogelijk dat zorg-koploper Nederland in een zorginfarct terecht is gekomen? En wat is de plek van relationele zorg binnen al deze veranderingen? Is het wel mogelijk om af te stemmen op de ander, als er nauwelijks tijd is om zorg te geven?



1.1 Groeiende zorgvraag

Leeftijdsopbouw Nederland 2012

Totaal: 16 730 000 inwoners



Leeftijdsopbouw Nederland 2034 (prognose)

Totaal: 18 927 000 inwoners



Levensverwachting

De levensverwachting is voor mannen sinds 1970 en voor vrouwen sinds 2002 sterk gestegen. De levensverwachting was in de periode 1950-1975 vrijwel constant. Daarna steeg de levensverwachting voor mannen sterk, vooral in de periode 2002-2010 en voor vrouwen in de periode 2002-2014. Zo is de levensverwachting bij geboorte voor mannen in de periode 1950-2021 met 9,3 jaar toegenomen, van 70,3 tot 79,7 jaar. De levensverwachting voor vrouwen is in de periode 1950-2021 met 10,3 jaar toegenomen, van 72,6 tot 83,0 jaar. De stijging van de levensverwachting in de periode 2002-2014 hangt samen met de daling van de gestandaardiseerde sterfte in die periode. De sterfte daalde bij vrijwel alle leeftijdsgroepen. De daling in de sterfte in die periode wordt voor een groot deel veroorzaakt doordat de sterfte als gevolg van een hart- of vaatziekte is gedaald.

Op 1 januari 2016 telde Nederland 3,1 miljoen 65-plussers, ruim 1 miljoen meer dan twintig jaar eerder. In 2034 zullen er waarschijnlijk 18.927.000 Nederlanders zijn, met naar schatting 4,5 miljoen 65-plussers.

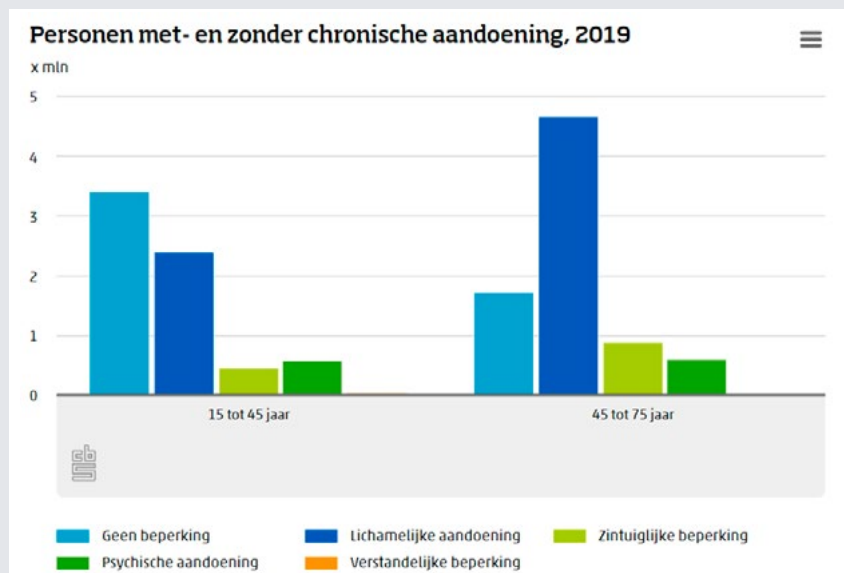
Bron: CBS (2022)

Dubbele vergrijzing is het verschijnsel dat niet alleen de groep ouderen een relatief groter aandeel vormt van de Nederlandse samenleving (o.a. als gevolg van de babyboom na de Tweede Wereldoorlog), maar dat tegelijkertijd de gemiddelde leeftijd van de bevolking steeds hoger komt te liggen. Tegelijkertijd zijn er naar verhouding minder werkenden beschikbaar (grijze druk) en telt Nederland veel personen met een beperking (zie figuur). Ouderen en chronisch zieken hebben relatief meer zorg nodig dan jongeren. Dus hoe meer oudere mensen er zijn, hoe meer zorg nodig is.

In Nederland wonen veel mensen met een chronische aandoening, die meer of minder beperkt zijn in hun dagelijks functioneren (zie kader).

Chronische aandoeningen

Mensen worden steeds ouder en doen dat in relatieve gezondheid. CBS stelt dat eind 2019 van de 15- tot 45-jarigen 47% en van de 45- tot 75-jarigen 74% een chronische aandoening heeft. Dat zijn 8 miljoen mensen. Van de vier groepen aandoeningen die worden onderscheiden (lichamelijk, zintuiglijk, psychisch en verstandelijk), komt de lichamelijke aandoening het meest voor.



Bedenk je wel dat mensen meerdere aandoeningen kunnen hebben en zo in meerdere groepen meetellen.

Leefstijlinterventie, eHealth, therapeutische interventie, hulpmiddelen of medicatie kunnen een persoon met een chronische aandoening ondersteunen in het omgaan met de beperkingen of problemen die de chronische aandoening geven. Personen met een chronische aandoening hechten sterk aan continuïteit van hun behandelaar. Continuïteit die door het tekort aan zorgprofessionals in gedrang lijkt te komen.

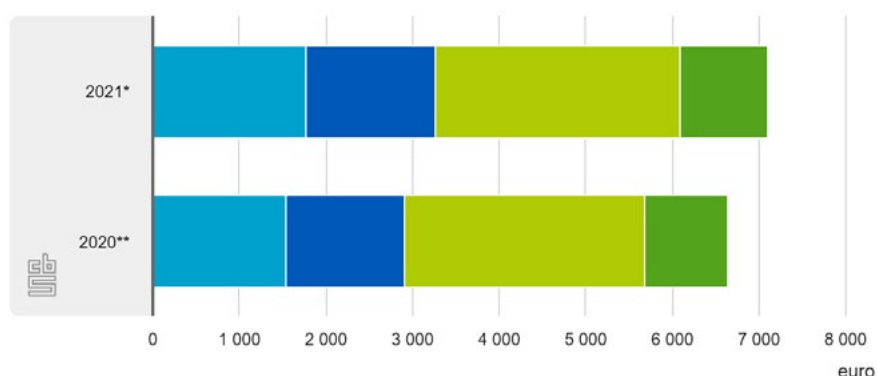
Sinds 2016, het jaar waarin Nederland het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap (IVRPH) ondertekende, monitort het CBS de maatschappelijke participatie van mensen met een chronische aandoening in opdracht van het College voor de rechten van de Mens. Daaruit blijkt dat mensen met een chronische en/of langdurige psychische aandoening - logischerwijze – minder uren per week werken dan mensen zonder zo'n diagnose. Dat verschil neemt alleen maar toe naarmate de leeftijd toeneemt. Afhankelijk van de leeftijd en de aandoening halveert het aantal arbeidsuren tot ongeveer de helft van het aantal arbeidsuren van iemand zonder aandoening.

Voortschrijdende medisch technische mogelijkheden zorgen ervoor dat de overlevingskans na vroeggeboorte of ernstige ziekten sterk is toegenomen. Er zijn kostbare behandelmethoden ontwikkeld voor voorheen moeilijk of onbehandelbare ziekten en de apparatuur voor medische diagnostiek is sterk doorontwikkeld. Door al deze ontwikkelingen zijn het zorgaanbod en de zorgvraag beide ook toegenomen.

1.2 Zorgkosten onhoudbaar

Ieder jaar neemt het aantal mensen dat leeft met kanker met 2 procent toe, waardoor in 2040 de kosten voor oncologische zorg gestegen zullen zijn tot bijna 14 procent van het totale zorgbudget in Nederland. Maar ook andere redenen voor kostenstijging zijn bekend. Kinderen die zeer vroeggeboren of extreem vroeg geboren zijn hebben tegenwoordig een grotere overlevingskans dan vroeger, maar ook een veel grotere kans op gezondheidsproblemen en/of behoefte aan langdurige zorg. Hoe vroeger de geboorte, hoe groter de kans op gezondheidsproblemen, zowel op jonge als op latere leeftijd. Meer zorg betekent logischerwijs ook meer zorgkosten. De vijf grootste sectoren zijn verantwoordelijk voor 86 procent van de totale zorgkosten medisch-specialistische zorg, farmaceutische zorg, huisartsenzorg, verpleging en verzorging en de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Nu gaat namelijk al 13% van het nationale inkomen naar de zorg. Maar dat is niet de enige reden waarom de zorgkosten in Nederland zo gestegen zijn. In totaal werd in 2021 per persoon gemiddeld 7116 euro uitgegeven aan zorg. Vooral door de extra uitgaven vanwege de coronacrisis zijn de overheidsuitgaven aan zorg en welzijn per persoon gestegen met 16 procent. In 2021 is bijna 125 miljard euro uitgegeven aan zorg en welzijn, inclusief kinderopvang. Dat is 8,8 miljard euro meer dan in 2020. Een groot deel van deze stijging komt door de kosten voor het testen op en het vaccineren tegen COVID-19. Dit meldt het CBS op basis van nieuwe, voorlopige cijfers. De kosten van de gezondheidszorg zijn niet alleen gestegen door de Coronacrisis. De kosten stijgen enorm, vooral door de komst van nieuwe, dure geneesmiddelen, voor bijvoorbeeld oncologische behandelingen en de kostenstijging voor de langdurige zorg thuis. Tegelijkertijd is er gelukkig ook een opvallende positieve ontwikkeling in de kostendaling voor geneesmiddelen voor thuisgebruik. De dubbele vergrijzing en de ontwikkeling van persoonsgerichte diagnostiek en behandeling spelen weer een rol in de stijging van de kosten (ZIN, 2022). Is dat dan een belemmering voor relationele zorg?

Financieringsvormen zorg en welzijn



- Overheid
- Wet langdurige zorg
- Zorgverzekeringswet
- Aanv.verz., eigen betalingen, bedrijven, buitenland

* voorlopige cijfers

** nader voorlopige cijfers

Naast de al eerdergenoemde stijging in aantallen chronisch zieken, stijgt daarnaast ook de overlevingskans bij ernstige aandoeningen.

En iedereen betaalt via de zorgpremies en de belastingen mee aan de stijgende zorgkosten!

1.3 Personeelstekort in de zorg

In alle domeinen van de gezondheidszorg is sprake van een structureel hoge werkdruk, een torenhoog ziekteverzuim, openstaande vacatures die record na record breken, wachtlijsten die (steeds) lang(er) worden. Regels en administratie die vooral tijd kosten, zonder dat men de toegevoegde waarde (altijd) ziet. En werkgevers die geen geld hebben om de arbeidsvoorwaarden te verbeteren. Corona heeft op al deze factoren nog eens een extra negatieve invloed gehad. En nu moeten we met steeds minder zorgverleners steeds meer zorg leveren. De zorg is op de huidige manier niet langer houdbaar. Het kan niet anders dan dat de gezondheidszorg in Nederland op een andere manier geleverd en georganiseerd moet worden. De duurdere zorg binnen de 2^e lijn wordt waar mogelijk verplaatst naar de 1^e lijn; 1^e lijn zorg die door mantelzorgers geleverd kan worden verplaatst naar de 0^e lijn.



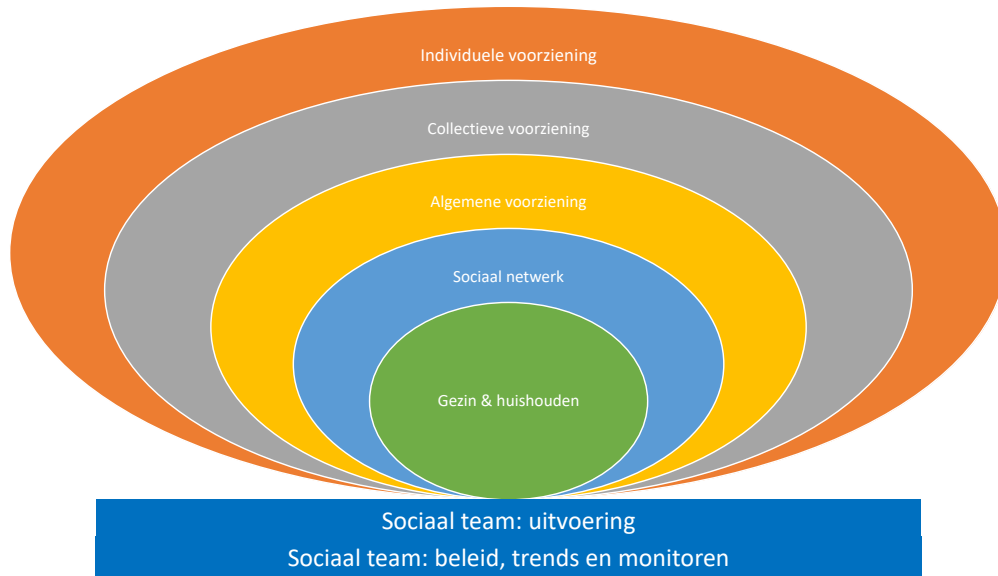
Bron: <https://hoezitdegezondheidszorginelkaar.jouwweb.nl>

Binnen de gezondheidszorg werken professionals binnen verschillende lijnen (de 3^e lijn staat niet op dit plaatje). Zorgverleners in de 0^e lijn werken bij de GGD of zijn preventiemedewerkers. Tussen de 0^e en de 1^e lijn in heeft de gemeente een rol binnen de publieke gezondheidszorg, waarin men de volksgezondheid bevordert en werkt aan gelijke kansen op gezondheid, door collectieve interventies gericht op gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en ziektepreventie.

De eerste lijn zorg kun je als patiënt vaak rechtstreeks bezoeken, je moet wel zelf om de zorg vragen. De paramedische, wijkverpleegkundige, huisartsenzorg, welzijnswerkers en apotheker vallen binnen de 1^e lijn zorg. De 1½^e lijn zorg is een opvang voor mensen die te goed zijn voor het ziekenhuis en nog te zwak zijn om zelfstandig thuis te wonen (denk bijvoorbeeld aan een kraamhotel). Je kunt bij een zorgwerker in de 2^e lijn terecht op verwijzing van een arts uit de 1^e lijn. De 2^e lijn-artsen werken vaak in een ziekenhuis, verpleeghuis of revalidatiecentrum. De 3^e lijn-zorg wordt gegeven door medisch specialisten binnen een academisch ziekenhuis of specialistische verwijscentra.

Binnen (het) welzijn werken onder andere begeleiders speciale doelgroepen, sociaal cultureel werkers en pedagogen. Het sociaal domein is groot en kent vele actoren. Het regenboogmodel geeft een weergave van het beleid, de trends en de monitoringslagen binnen het sociaal domein.

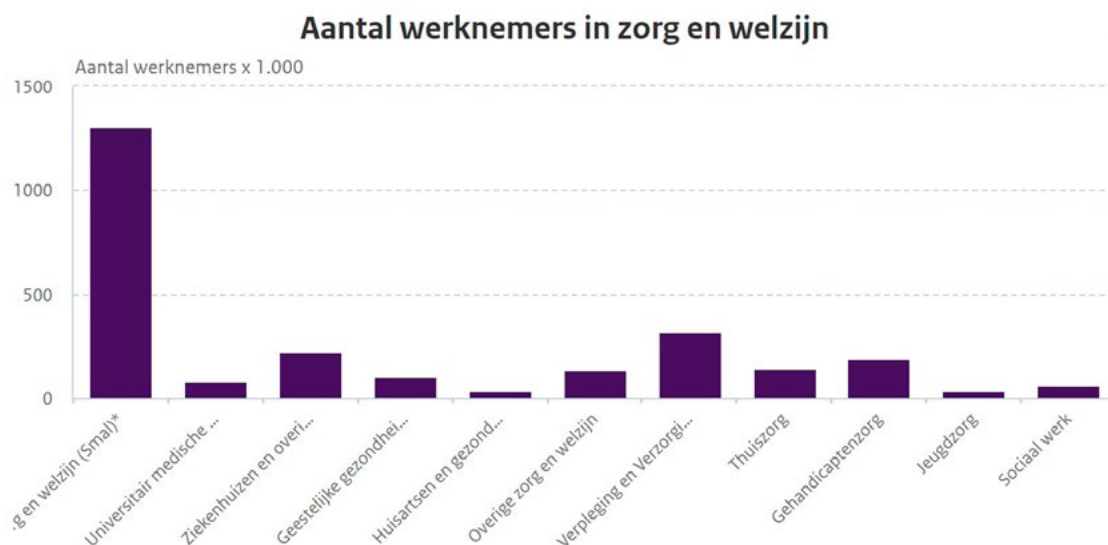
Vereenvoudigde weergave Regenboogmodel



Zie "Meedoen naar vermogen" gevisualiseerd binnen het Regenboogmodel voor een overzicht van de verschillende voorzieningen

De nota 'Meedoen naar vermogen' formuleert de volgende visie: Het is aan mensen zelf (en hun omgeving) om iedereen op een gezonde wijze te laten meedoen, jong en oud, gezin of alleenstaande (groen). Het sociaal netwerk kan ondersteuning geven (geel). Waar dat echt niet lukt, zal de gemeente aanvullende acties ondernemen en het vanuit algemene voorzieningen mogelijk alsnog proberen mogelijk te maken; de overheid regelt een algemene vorm van dienstverlening: collectieve voorziening (oranje) personen kunnen daar een beroep op doen tijdens "het keukentafelgesprek"; mocht dat nog onvoldoende zijn dan kan er vanuit een sociaal team in overleg met een casemanager een beroep gedaan worden op individuele voorzieningen.

In totaal werken 1.302.700 mensen in zorg en welzijn. Onderstaand figuur geeft het aantal werknemers x 1.000 weer in de verschillende sectoren van zorg en welzijn.



Bron: Werkgelegenheid in de sector zorg en welzijn | De Staat van Volksgezondheid en Zorg (staatvenz.nl)

Hoe groot is het zorgtekort nou precies? De Sociaal Economische Raad (SER) voorspelde dat er de komende 20 jaar maar liefst 700.000 extra zorgprofessionals nodig zijn. Om het wat concreter te maken: in 2020 werkte een op de zes à zeven Nederlanders in de zorg. Bij een gelijkblijvende organisatie en invulling van de gezondheidszorg moet dit in 2040 een op de vier zijn (in deze berekeningen is overigens nog geen rekening gehouden met de gevolgen van de coronacrisis). Arbeidsmarktprognoses laten zien dat het tekort oploopt van 48.600 werknemers in 2022 tot 135.000 werknemers in 2031. Met name in de ouderen- en ziekenhuiszorg worden grote tekorten verwacht. In deze twee branches zijn straks 98.000 werknemers te weinig.

Naast de eerder genoemde vergrijzing en het toenemende aantal mensen met aandoeningen die minder arbeidsuren kunnen maken, zijn er een aantal andere oorzaken van het personeelstekort in de zorg aan te wijzen (zeker niet uitputtend):

- **Er is sprake van een grote uitstroom**

In 2022 starten er 153.380 nieuwe professionals in zorg en welzijn, maar in datzelfde jaar stoppen ook 139.870 personen met hun waardevolle werk binnen de gezondheidszorg (Staat van Volksgezondheid en zorg, 2022). Dit komt onder andere door de **hoge werkdruk** en de grote druk die er door de verschillende crisissen ligt op de gezinnen. Door het tekort aan zorgpersoneel komt er veel werk te liggen op de schouders van de huidige zorgprofessionals. Deze hoge werkdruk kan leiden tot **ziekteverzuim**, een andere oorzaak van het personeelstekort in de zorg. Op deze manier stromen zorgprofessionals (tijdelijk) uit, waardoor het tekort in de zorg nog verder oploopt.

- **Er is sprake van een stijgende gemiddelde leeftijd van de professionals**

De gemiddelde leeftijd van de werkzame beroepsbevolking is de afgelopen decennia sterk gestegen. En waar eerder een vergelijkbare verdeling over de werkbare leeftijd gezien werd, wordt voorspeld dat er rond 2034 een flinke dip te zien zal zijn in de leeftijdscategorie tussen de 35 en 50 jaar (zie figuur); de leeftijdsgroep waarin vaak de ervaren collegae gevonden worden.

- **Er is sprake van te hoge administratieve last**

Zorgverleners besteden te veel tijd aan administratie. Die tijd wordt dan niet besteed aan de patiënt. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft samen met de zorgsector het programma [Ont]Regel de Zorg opgesteld met als doel dat zorgverleners minder regeldruk ervaren. Door het schrappen van onnodige regels zou er minder werkdruk en meer werkplezier ontstaan. Zorgprofessionals merken nog te weinig van deze ontregeling. Kijkend naar de voorgestelde oplossingen valt op dat de nadruk ligt bij oplossingen binnen de tweedelijnszorg. Ontregeling binnen de eerstelijnszorg of rond het Persoonlijk Gezondheid Budget lijkt – weliswaar onterecht – bij het ministerie een aanzienlijk lagere prioriteit te hebben.

- **Er is sprake van een disbalans tussen inkomen en werkuren**

Medici, verpleegkundigen en paramedici moeten voldoen aan jaarlijkse of meer jaarlijkse kwaliteitstoetsen, maar het behandeltraject is al jaren onvoldoende meegegroeid met de stijgende praktijkkosten.

- **Er is sprake van een toenemende diversiteit van betrokken professionals bij één patiënt**

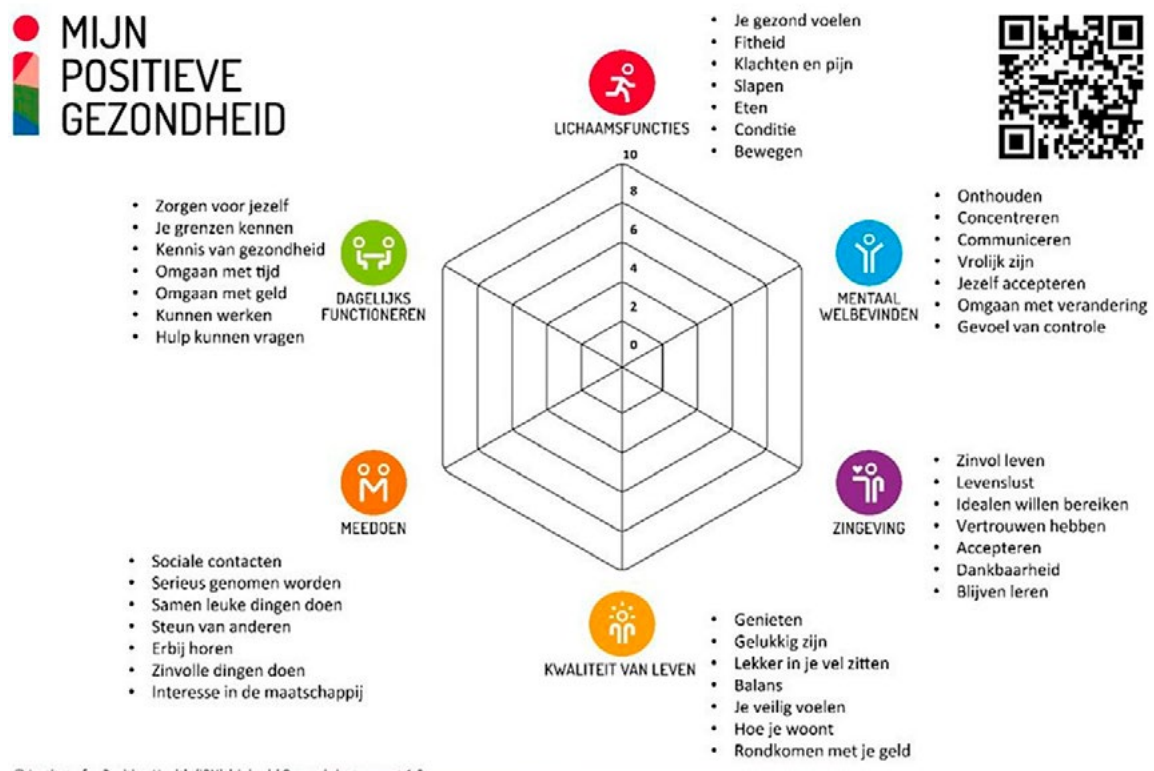
Ouderen en mensen met chronische ziekten hebben te maken met een groot scala aan professionals: een huisarts, vaak ook een praktijkondersteuner, een of meerdere medisch specialisten, mensen van de wijkverpleegkunde of de thuiszorg, een apotheker, fysiotherapeut, diëtist, mantelzorgers, Wmo-ambtenaren en mogelijk ook nog welzijnswerkers. Niet gek, dat men soms vergeet wie er bij hun binnenkomt of wat ze komen doen, toch? Zoveel professionals betrokken bij een persoon vraagt om een andere inrichting van zorg. Dit vraagt om interprofessioneel samenwerken als de standaard. Met name om onzinnige, overlappende/conflicterende zorg te voorkomen.

1.4 Visie op gezondheid verandert

Transformatie in de zorg is niet alleen nodig vanwege personeelstekort of vanwege te hoge zorgkosten. Ook de visie op ziekte en gezondheid is veranderd in de maatschappij. De WHO definieerde in 1948 gezondheid als 'een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en niet slechts het ontbreken van ziekte of gebrek' (Huber, Sabotic & Angevare, 2016). Het ultieme levensdoel is *volledig* welbevinden. Dit doel lijkt echter onbereikbaar, zeker voor personen met een aangeboren beperking of chronische ziekte. Bovendien kan deze definitie onbedoeld de medicalisering van de zorg stimuleren (Huber, Bakker, Dijk, Prins & Wiegant, 2012). Belangrijker nog volgens Huber is dat de definitie van de WHO voorbijgaat aan belangrijke thema's als 'veerkracht'.

De mens is één geheel met vier verschillende facetten: lichamelijke, psychologische, sociale, en spirituele. Deze facetten zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden en beïnvloeden elkaar wederzijds. In 2009 organiseerde ZonMw op initiatief van Huber de conferentie 'Wat is gezondheid?' met 38 internationale deskundigen. Zij stelden een nieuwe definitie van gezondheid voor, vanuit het holistische mensbeeld. Deze relationele en dynamische omschrijving biedt een alternatief voor de statische definitie van de WHO en past binnen het denken over kwaliteit van bestaan.

Zorg en welzijn zijn nauw met elkaar verbonden. Er zijn overeenkomsten en verschillen, maar vaak kunnen ze niet zonder elkaar. Waar zorg het handelen van een patiënt nog vaak overneemt, ondersteunt welzijn de patiënt in het (her)vinden, stimuleren en versterken van zijn eigen kracht. Zorg gaat uit van een beperking in functioneren of participeren, welzijn van de eigen kracht. Kijkend naar de mens mogen we denken over de impact van ziekte of levensgebeurtenissen op alle levensdomeinen, die zowel zorg en welzijns-elementen betreffen. Op basis van uitgebreid onderzoek is Huber (2012) uitgekomen op zes dimensies van positieve gezondheid. Het centrum voor Positieve Gezondheid beschrijft deze zes pijlers van Positieve Gezondheid: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren. Per pijler beschrijft men de elementen van de verschillende pijlers (zie figuur).



In deze intreerede verwijs ik met het woord (gezondheid)zorg naar alle zorg en ondersteuning die door professionals op bovenstaande pijlers gegeven wordt. Indien de zorg gegeven wordt door vrienden, familie of andere personen uit het sociale netwerk, gebruik ik de termen informele zorg of mantelzorg.

1.5 Gevolgen voor de zorg van de patiënt

Wat betekent dit voorgaande nu voor de patiënten die zorg nodig hebben of daar zelfs afhankelijk van zijn:

- **Zorg is niet zo snel en niet zo vaak beschikbaar**
Mensen moeten leren dat er wachttijden bestaan voordat men met niet-dringende zorgvragen geholpen wordt. Dit geldt ook meer en meer voor wel dringende zorgvragen. Patiënten kunnen niet altijd zorg ontvangen op de plaats en het moment waarop zij zelf ervaren dat zorg nodig is.
- **Zorg wordt steeds meer digitaal**
Digitale hulpmiddelen veranderen de manier van zorgverlening, de manier van communiceren en de verhouding tussen zorgvrager en zorgverlener op een drastische manier. Huisartsen zullen meer en meer optreden als een hybride huisartsenpraktijk en gaan verwijzen naar websites zoals www.thuisarts.nl, of naar eHealth platforms om chronische ziekten te monitoren, of naar een online psycholoog als Mindler.
- **Zorg vindt langer thuis plaats (al dan niet in de informele sfeer)**
Ouderen zullen langer zelfstandig thuis wonen door de inzet van passende digitale oplossingen. Voor kleine zaken die niet digitaal op te lossen zijn, zullen zij afhankelijk zijn van informele of mantelzorg.
- **Zorg wordt minder persoonlijk**
Er is minder tijd voor een praatje of voor emotionele steun. Dit is lastig voor patiënten en zorgprofessionals die juist ook deze zorg willen ontvangen of verlenen.
- **Zorg wordt duurder**
Dit kent het risico van zorgongelijkheid: mensen die het kunnen betalen krijgen relatief meer, makkelijker of snellere zorg (via commerciële aanbieders) dan anderen.
- **Zorg wordt gericht op leefstijl**
Discussies over bijv. rokers die meer moeten betalen als ze longproblemen krijgen enz. zullen meer en meer ontstaan; solidariteit van het stelsel komt meer en meer onder druk te staan.

De gevolgen van het zorginfarct zijn groot. We moeten ons wel afvragen hoe we binnen de transformatie in de zorg de mens achter de patiënt blijven zien en komen tot een positief partnerschap? Hoog tijd om het te hebben over de oplossingen en mogelijkheden die het zorginfarct ook biedt.

1.6 Maatschappelijke omslag

Er is verandering nodig als we de toekomstbestendigheid van de zorg willen waarborgen. We moeten met zijn allen ingewikkelde, maar noodzakelijke keuzes maken. Zorgprofessionals, beleidsmakers en bestuurders pleiten voor een maatschappelijke omslag in de omgang met zowel lichamelijke als psychische kwetsbaarheden. Sleutelwoorden hierbij zijn preventie en doelbewuste versterking van de fysieke en mentale gezondheid. In een artikel in de NRC van 26 november 2022 werd NZa-voorzitter Marian Kaljouw geciteerd. Zij gaf aan dat de zorg in haar ogen voor een omwenteling staat die groter is dan de afschaffing van de ziekenfondsen. 'Het is een totale omslag in denken. We zullen tegen mensen moeten zeggen: wat je zelf kunt, zul je zelf moeten doen.' En het is tijd om kritische vragen te stellen over het aanbieden van beschikbare zorg. Moet zorg die beschikbaar is, altijd aan iedereen gegeven worden? Medici en paramedici mogen zich – misschien wel vaker dan tot nu toe – afvragen of bij het aangaan van interventies een balans is tussen de investering, de opbrengsten en de bijeffecten.

1.6.1 Aanpak achtergronden psychische kwetsbaarheden

Voor een groeiende groep mensen wordt de (mentale) druk te hoog. Steeds meer mensen hebben moeite om aan de verwachtingen te voldoen. Tegelijkertijd willen we af van het medicaliseren (het met medicijnen of therapie aanpakken) van levensproblemen. Dit moet gepaard gaan met het aanpakken van achterliggende maatschappelijke oorzaken van psychische kwetsbaarheden, zoals armoede, eenzaamheid, slechte huisvesting en onveilige wijken. In het verlengde hiervan moet er ook aandacht komen voor kwesties als afnemende sociale cohesie, de snelheid en complexiteit van leven, sterke individualisering en de nadruk op zelfredzaamheid (Poel, 2022). Milde psychische klachten worden bij voorkeur door de persoon zelf middels eHealth aangepakt, zodat zorgprofessionals beschikbaar blijven voor ernstige gevallen.

1.6.2 Meer aandacht voor preventie, meer bewegen en (goede) voeding

Het doel van preventie is te zorgen dat mensen gezond blijven door hun gezondheid te bevorderen en te beschermen. Ook heeft preventie tot doel ziekten en complicaties van ziekten te voorkomen of in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen. Preventieve maatregelen worden op verschillende locaties uitgevoerd, vooral in de zorg, op school, in de wijk en op de werkplek. Bij een integrale benadering richten preventiemaatregelen zich zowel op het gedrag van de personen als op de fysieke omgeving (Loket gezond leven, 2022). Gezondheid is een breed begrip, zoals wel blijkt uit de eerder gegeven definitie. Het gaat om het fysieke, mentale en maatschappelijke welzijn van mensen. Een gezonde leefstijl zal onderdeel uitmaken van ons dagelijks leven. Ondersteuning daarbij komt allereerst vanuit het publieke of sociale domein. Om de gezondheid en zelfredzaamheid van inwoners te bevorderen bereiken we meer door een gezamenlijke aanpak vanuit het gemeentelijk- en zorgdomein gericht op leefstijlinterventies, vroegsignalering en wijkgerichte samenwerking.

1.6.3 Vertrouwen

Vertrouwen in de behandelaar, vertrouwen in de interventie, vertrouwen in het stoppen van een interventie en vertrouwen in de gebruikte technologie zijn nodig voor een succesvolle ondersteuning en behandeling. Het publiek vertrouwen in de gezondheidszorg in Nederland is groot. Mensen in Nederland hebben het meeste vertrouwen in huisartsen, specialisten en verpleegkundigen. Dit blijkt uit de nieuwe cijfers van de 'Barometer Vertrouwen in de Gezondheidszorg' van het Nivel (2021). In Nederland is er een groot vertrouwen in de mogelijkheden van de gezondheidszorg. En direct daaruit volgend is er ook een groot vertrouwen in de zorgprofessionals.



Ik durf het aan en vertrouw er op dat jij er voor mij zult zijn.

Vertrouwen is zo belangrijk dat we ons moeten afvragen of het vertrouwen in het zorgsysteem, de zorgtechnologie en de zorgprofessional binnen de digitale zorg voldoende groot zal blijven.

De Trust-equation van Maister e.a. (2000) – ooit ontwikkeld voor het zakenleven - zette mij tot nadenken over het belang en de verdere invulling van vertrouwen binnen de (digitale-passende en essentiële) gezondheidszorg. Maier zette het in een formule (zie figuur). Als je er langer over nadenkt zie je er elementen van evidence-based-practise in terug. De Trust-equation richt zich vooral op de rol van de professional. Vertrouwen bouw je op met je woorden (geloofwaardigheid), uit je gedrag (betrouwbaarheid), uit je emoties en in hoeverre je in staat bent de ander op zijn gemak te stellen (de intimiteit) (Maister e.a. 2000). Deze drie worden allen sterk beïnvloedt door de mate waarin de ander (patiënt of zorgprofessional) ervaart dat je het beste met hem voor hebt. Het gaat om de ander en niet om jezelf. Dat vraagt van jou als professional dat je een relatie durft aan te gaan met de ander binnen de zorg die je biedt.

Trust Equation
Uit The Trusted Advisor – Maister, Green & Galford, 2000

Trust = **C**redibility + **R**eliability + **I**ntimacy

Self-orientation

worthiness

Handwritten annotations:

- Woorden:** ik vertrouw je meer, als hetgeen je zegt waar is. (points to Credibility)
- Daden:** ik vertrouw je meer, als je doet wat je me belooft. (points to Reliability)
- Emotie:** ik voel me voldoende op m'n gemak om me open te stellen. (points to Intimacy)
- Betrouwbaarheid:** de mate waarin ik je vertrouw. (points to Trust)
- Beweegredenen:** ik vertrouw je meer, als je laat zien dat je het beste met me voor hebt. (points to Self-orientation)

Bron afbeelding: JochemKoole.nl

Een korte toelichting:

- **Woorden:** ik vertrouw je meer als hetgeen je zegt waar is. Geloofwaardigheid (credibility) gaat om professionaliteit, om expertise, maar ook om hoe je die expertise uit, hoe je laat zien dat je die expertise hebt. Door op een professionele manier te spreken of bijvoorbeeld diploma's op te hangen, of door een witte jas aan te doen. Het gaat om geloofwaardigheid, maar ook om eerlijkheid.
- **Daden:** ik vertrouw je meer, als je doet wat me is beloofd. Betrouwbaarheid (reliability) wordt in grote mate bepaald door de frequentie welke je in contact bent met een patiënt. Hier gaat het om actie, het koppelt woorden aan daden. Ervaart de patiënt dat gebeurt wat is afgesproken.
- **Emotie:** ik voel me voldoende op mijn gemak om mij open te stellen. Bij het opbouwen van intimiteit gaat het soms mis, sommige professionals kunnen of willen zelfs niet (te veel) emotioneel betrokken zijn bij hun patiënt. Hier ben je als professional ook kwetsbaar, je stelt je kwetsbaar op naar de ander. Door dit te doen werk je aan de onderlinge verbinding en het onderling begrip.
- **Beweegredenen:** ik vertrouw je meer als ik meer dat je het beste met me voor hebt. Op zichzelf gerichtheid geeft de grootste bron van wantrouwen. Het gaat om meer dan hebzucht, ook om bijv. de wil om intelligent over te komen. Het gaat om een preoccupatie met de eigen agenda, niet bezig zijn met afstemming op de patiënt, maar met hoe jezelf overkomt.

In de film "Wat voor patiënt ben jij?" reageren de burgers uit Den Haag op de stelling: "Mijn dokter begrijpt mij" bijna unaniem met: "JA". De uitdrukking van de sprekers op straat liet daarbij een gevoel van vertrouwen zien. Vertrouwen in de behandelaar wordt als cruciaal ervaren.

'Als de zorgprofessional voldoende vraagt en ik voldoende vertel, begrijpen wij elkaar.' Maar is dat wel zo? Kan een (zorg)professional echt begrijpen wat het voor een ander betekent om de hele dag pijn te voelen, beperkt te zijn in het lichamelijk functioneren, zorgen te hebben? Ik denk het niet, maar je kunt het wel proberen, door blijvend vragen te stellen. Juist door blijvend aandacht te houden voor wat de persoon in het leven overkomt, maakt dat je een relatie vanuit vertrouwen opbouwt.

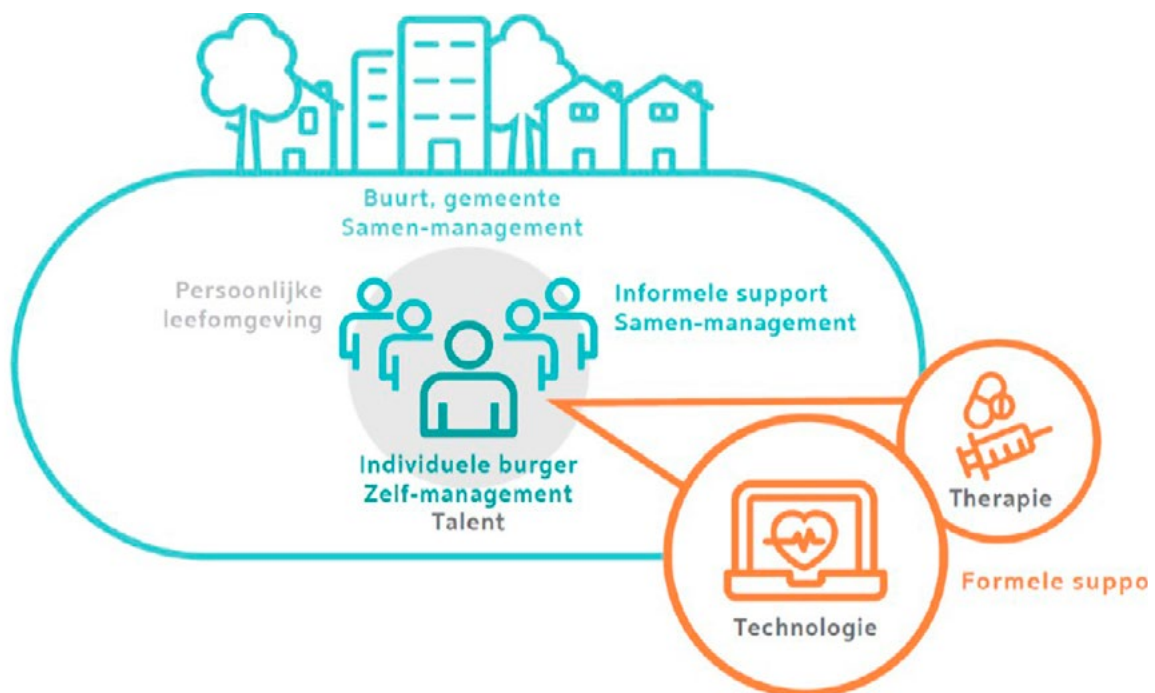
Een naar Nederland verhuisde Poolse arts zei mij eens dat het hem was opgevallen dat wij het in de Nederlandse gezondheidszorg zo vaak hebben over emotie: gevoelens en gedachten. Hij herkende dat niet vanuit zijn werk in zijn geboorteland. Dat heeft mij aan het denken gezet. Is het echt zo belangrijk dat de zorgprofessional mij begrijpt en met mij meevoelt? Of is het misschien van groter belang dat ik mezelf als patiënt goed begrijp? En heb ik er voldoende aan als de ander er voor me is, naar me luistert en met me meedenkt? En dat ik erop vertrouw dat de hulpverlener een professional is, die het beste met mij voor heeft en er werkelijk voor mij is als het echt nodig is? Als ik later spreek over het relationeel kompas en over de essentie van relationele zorg kom ik terug op het vertrouwen dat essentieel is om tot een goede relatie te komen tussen mensen.

1.6.4 Verschuiving van zelfmanagement naar samenmanagement

Meer en meer worden mensen erkend als personen die in staat zijn zelf de kwaliteit van hun leven te kunnen bepalen. Het concept van positieve gezondheid, heeft bijgedragen aan een integrale invulling van zelfmanagement: met een open blik naar jezelf en de ander kijken in alle facetten die ertoe doen in het leven. De persoon doet dit niet alleen, maar samen met zijn sociaal netwerk en samen met personen uit zijn leefomgeving en de overheid (zie ook Regenboogmodel): samenmanagement dus. Problemen die een negatieve invloed hebben op meerdere personen kunnen binnen fieldlabs in de buurt of gemeente worden bestudeert. Zo ontstaat preventie en zorg die vooral aansluiten op de diverse talenten van burgers en waarbij de informele en formele support nauw samenwerken, al dan niet met behulp van low tech, high impact technologie en zo nodig therapie (Health Holland, 2021).

In fieldlabs wordt samengewerkt door burgers, overheid, kennisinstellingen en bedrijven van zowel binnen en buiten de traditionele gezondheidssector, zorgverzekeraar(s) en professionals. Fieldlabs zijn prima broedplaatsen om Bron: Health Holland met de mensen die het betreft innovaties te ontwikkelen en uit te proberen. De oprichting van fieldlabs is essentieel voor de transformatie in de zorg stelt Health Holland: *"Het biedt een plek waarin gezamenlijk geëxperimenteerd wordt met geïntegreerde sociale en technologische innovaties"*. Zij vervolgt met: *"Dat gebeurt in verschillende reële leefomgevingen: in steden en op het platteland, met alternatieve publiek-private samenwerkingsvormen."*

Maar kunnen het ook plekken worden waarin bewoners van een wijk elkaar kunnen ondersteunen en informeel support kunnen geven? Zijn wijkgebouwen dan ook fieldlabs van de toekomst? En misschien nog wel belangrijker: zijn mensen bereid er voor een ander te zijn? Ook als dat geen familie is?



Visualisatie van de verschuiving van zelfmanagement naar samen-management, van zorg intramuraal naar preventie en zorg extramuraal in de leefomgeving van burgers, naar analogie van *De Juiste Zorg op de Juiste Plek*. Preventie en zorg die vooral aansluiten op de diverse talenten van burgers en waarbij de informele en formele support nauw samenwerken, al dan niet met behulp van *low tech, high impact* technologie en zo nodig therapie.

1.6.5 Zorg en welzijn moeten mantelzorgers ondersteunen om informele zorg te leveren

Demografische en sociale trends, waaronder de vergrijzing, de kleinere gemiddelde gezinsgrootte, de grotere geografische en sociale mobiliteit en veranderende genderrollen, deels als gevolg van meer vrouwen die buitenshuis werken, vormen de vraag naar informele zorg (Albertini e.a., 2007; Erickson, 2002; Stajduhar e.a., 2010). Mantelzorg is het verlenen van meestal onbetaalde zorg aan een familielid of vriend met een chronische ziekte, handicap of andere langdurige gezondheids- en zorgbehoeften (Revenson e.a., 2016). Mantelzorg is cruciaal voor de duurzaamheid van gezondheids- en sociale zorgsystemen wereldwijd. Met de vergrijzing van de bevolking en een toenemende prevalentie van acute en chronische gezondheidsproblemen, groeit de behoefte aan informele zorg, waardoor het belangrijk is om te begrijpen:

- Wat individuen motiveert om te zorgen en te blijven zorgen Zarzycki (2022),
- Hoe we het welzijn van zorgvragers kunnen behouden (bijv. Feeney & Collins, 2003; Quinn e.a., 2012) evenals voor;
- Welke beoordelings- en zorgplanningsprocessen nodig zijn om mantelzorgrelaties te ondersteunen.
- Welke ondersteuning mantelzorgers nodig hebben om blijvend te functioneren.

Dit inzicht heeft ook implicaties voor de bredere samenleving - het verbeteren van positieve mantelzorgmotivaties, zonder aannames te doen over de bereidheid om te zorgen, wordt steeds belangrijker gezien de vergrijzende demografie, maatschappelijke verwachtingen van gemeenschapsgerichte, familiale zorgverlening en de potentiële kosten voor de samenleving van alternatieve zorg en ondersteuningsregelingen. Het is belangrijk om te begrijpen welke factoren de beslissing om voor iemand te zorgen motiveren en in stand houden. Zarzycki e.a. (2022) deden een systematische review en meta-analyse om dit beter te begrijpen. Daaruit blijkt dat belangrijke factoren die van invloed zijn op de motivatie en bereidheid van zorgverleners om zorg te verlenen, onder meer de volgende zijn:

- (1) bredere contextuele en temporele aspecten van mantelzorg
 - (a) geografische nabijheid;
 - (b) de situatie van de mantelzorger zelf;
 - (c) familie structuur; en
 - (d) de afhankelijkheid van de zorgontvanger die overtuigingen, verwachtingen, ervaringen en daarmee motivatie van de mantelzorger kunnen wijzigen;
- (2) interpersoonlijke relaties, familierelaties of relaties binnen de bredere gemeenschap, waarbij met name de nadruk wordt gelegd op wederkerigheid, verplichting en familiewaarden;
- (3) individuele kenmerken, ziektepercepties, coping mechanismen en reacties die zorgverleners in staat stelden hun rol te vervullen en/of voort te zetten Zarzycki e.a. (2022).

1.6.6 Ouderen worden meer en meer zelf mantelzorg

Waar je vroeger na je pensioen mocht gaan genieten van je oude dag", zullen mensen die met pensioen gaan steeds vaker en steeds langer actief blijven participeren in de maatschappij. Gezond ouder worden, wordt wel omschreven als een actieve leefstijl, gezonde voeding, veel bewegen, maatschappelijk en sociaal betrokken blijven en dat alles zonder stress. Het klinkt natuurlijk veelbelovend, maar is het wel zo reëel? Immers, mensen ontwikkelen door veroudering steeds meer lichamelijke ongemakken. En we leven in een individualistische samenleving waarin we minder geneigd zijn om informele zorg te geven aan mensen binnen ons sociale netwerk, laat staan via vrijwilligerswerk (in de wijk) buiten ons sociale netwerk.



Mantelzorg belangrijke pijler in de zorg: nu en in de toekomst

De komende decennia zal de vergrijzing in Nederland verder voortschrijden. Ons land telt in 2019 ongeveer 1,4 miljoen 75-plussers, en ruim 1,2 miljoen van hen wonen zelfstandig. Steeds meer ouderen bereiken een hoge leeftijd en blijven zelfstandig wonen. Hoewel dit veelal overeenkomt met de wens van ouderen om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen, is het ook steeds vaker noodzakelijk vanwege de stapsgewijze beperking van de toegang tot verzorgings- en verpleeghuizen. Nu steeds meer ouderen tot op hoge leeftijd zelfstandig een eigen huishouden (moeten) blijven voeren, neemt het belang van mantelzorg toe.

Bron: SCP: Toekomstverkenning mantelzorg aan ouderen in 2040.

Ouderen zijn meer op elkaar aangewezen, aangezien hun kinderen minder vaak in de buurt wonen. Tussen 2018 en 2040 zal het aandeel van mantelzorggevers dat uit 75-plussers bestaat regionaal tussen de 5 en 11 procentpunten omhooggaan. De toenemende behoefte aan mantelzorgers speelt ook in de Agglomeratie 's-Gravenhage: hier treedt bijna een verdubbeling van het aandeel 75-plussers op, waardoor het aantal 75-plussers dat onderling mantelzorg geeft terechtkomt op rond 15%. Kortom: overall komt het geven van mantelzorg in de toekomst meer op de schouders van de ouderen zelf terecht. Maar kunnen zij dit aan? Welke rol heeft zorg en welzijn naar deze ouderen?

Overigens trekt het kabinet € 280 miljoen uit voor het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor ouderen (WOZO). Het doel van de ondersteuning is te stimuleren dat ouderen: langer thuis kunnen wonen; langer zelfredzaam blijven; en daarbij meer gebruik kunnen maken van technische innovaties. Maar hoe ziet de overgang eruit als de mantelzorg zelf te hulpbehoevend wordt, op wie kan de mantelzorg dan rekenen? Wanneer 'mag' je straks naar de formele zorg? Of: Wanneer is de mogelijkheid voor informele zorg in de omgeving van de oudere zodanig 'beperkt' genoeg dat toegang tot die formele zorg geëigend is?

1.6.7 De zorg wordt meer digitaal



Op 28 juni 2022 heeft het Zorginstituut Nederland het Kader Passende zorg gepubliceerd, als basis voor wat er in de zorg moet gebeuren. Hierin worden vier principes (vet) en daaruit voortkomende normen beschreven. Passende zorg:

- **Is waardegedreven** en moet waarde toevoegen, met uitgangspunten 'autonomie', 'in verbinding staan met anderen' en 'betekenisvol bijdragen'. Zorg moet bijdragen aan het goede leven van de cliënt. Passende zorg is daarom zorg waarvan op basis van de stand van de wetenschap en praktijk aannemelijk is dat die (op groepsniveau) effectief en doelmatig is
- **Komt samen met en gezamenlijk rondom de cliënt tot stand:** zorg moet passen bij de persoonlijke situatie, behoeften en wensen van de cliënt. Gezamenlijke besluitvorming is essentieel. Hierin worden ook passende antwoorden van buiten de zorg besproken.
- **Vindt plaats op de juiste plek.** Passende zorg begint bij zelfzorg en informele zorg, pas als dit niet kan, sluit formele zorg aan. Passende zorg vindt zo dichtbij mogelijk plaats met in acht nemen van kwaliteitseisen of doelmatige inzet van schaars personeel. **Passende zorg vindt digitaal plaats als het kan en fysiek als het moet.** Dit vergt digitale en technologische innovaties om zorg mensgericht, houdbaar en duurzaam te maken.
- **Gaat over gezondheid in plaats van over ziekte.** Het gaat dus niet alleen over biomedische aspecten van gezondheid, maar ook over andere levenssterreinen. Passende zorg is niet alleen een individueel zorgantwoord op gezondheidsvragen, maar verhoudt zich ook tot het collectief versterken van veerkracht en het voorkomen van gezondheidsvragen.

(Tekst uit kader Passende Zorg is integraal overgenomen uit: ZIN Kader passende zorg (2022).

In het Integraal Zorgakkoord (IZA), zijn de ambities beschreven hoe de zorg in de toekomst goed, toegankelijk en betaalbaar gehouden kan worden. Om aan deze ambities te voldoen wordt ingezet op Passende zorg. Passende zorg is waarde gedreven, komt samen met en rondom de patiënt tot stand, vindt plaats op de juiste plek en gaat over gezondheid in plaats van ziekte. Voor de paramedische zorg, welke veelal is gericht op het functioneren van de patiënt en vaak dichtbij huis plaatsvindt, zijn er veel kansen om bij te dragen aan de transformatie richting Passende Zorg. In het IZA wordt nadrukkelijk gesproken over het beperken van de face-to-face zorg en het inzetten op digitale zorg. Voordat ik verder inga op passende zorg, eerst de begrippen rond digitale zorg even toegelicht.

Het is lastig om over techniek in de gezondheidszorg in het algemeen te spreken omdat er zoveel verschillende soorten technische hulpmiddelen zijn; van simpel tot ingewikkeld, van specifiek gericht op een discipline tot algemeen, zonder veel consequenties tot verstrekkend, enz. Voordat ik dieper in ga op het opbouwen van een relatie tussen patiënt, zorgprofessional en product binnen digitale zorg sta ik daarom eerst stil bij enkele begrippen die veel en ook door elkaar heen gebruikt worden als het gaat om technologie in de zorg.

Concept	Toelichting
E-health, m-health & Digitale zorg	Een slimme app die helpt de conditie te verbeteren, een online afspraak bij de huisarts of digitale hulpmiddelen waardoor mensen langer thuis kunnen wonen. Dit zijn allemaal voorbeelden van e-health of m-health. De overheid stimuleert de zorgsector om meer digitale zorg toe te passen.
Toezichthoudende domotica	Technologie die wordt ingezet met als doel het bewaken en beveiligen van patiënten. Denk bijvoorbeeld aan deuren met een sensor die automatisch dichtvallen of opengaan; uitluistersystemen om te controleren of alles goed gaat.
Zorgdomotica	Zorgdomotica is de inzet van technische hulpmiddelen in een huiselijke omgeving. Deze hulpmiddelen hebben als doel het vergroten van de veiligheid en zelfredzaamheid van cliënten.
Ondersteunende technologische hulpmiddelen	Technologie die individueel of door een groep te gebruiken is, zonder tussenkomst van een zorgprofessional om dagelijks handelen en participatie mogelijk te maken.
Telemonitoring / Telemedicine	"het gebruik van technologie om zorg op een afstand te faciliteren en te ondersteunen"
Interactive telehealth of connected technology	telecommunicatiesystemen om zorg te leveren over een afstand, zoals e-consult, online behandeling, of dossierinzage op afstand.

Het veelbesproken Gupta-rapport (2019) stelde dat de bestaande medische technologie de potentie heeft om 110.000 zorgmedewerkers vrij te spelen als deze goed wordt ingezet. Dit zou meer zijn dan het in 2031 verwachte personeelstekort in de ziekenhuiszorg én ouderenzorg gecombineerd. Medische technologie heeft in de ziekenhuiszorg én de ouderenzorg volgens het rapport van Gupta veel potentie. Denk aan Telehealth, Artificial Intelligence, medische apparatuur, apps, digitalisering en tal van andere oplossingen. Daarmee claimen zij aan te tonen dat medische technologie van groot belang is bij de aanpak van personeelstekort in de zorg. En hoewel de vraag onbeantwoord blijft of bestaande technologie inderdaad het personeelstekort kan oplossen, is het overduidelijk dat de inzet van technologie nodig en van grote waarde is. Dat alle belanghebbenden de urgentie van betere inzet van medische technologie gaan inzien. Zo alleen, kan meer zorg geleverd worden met minder mensen (ICThealth, 2022). Robotisering en kunstmatige intelligentie in de zorg is niet meer weg te denken. Robots zullen nooit de mens kunnen vervangen, maar wel handelingen overnemen. Je kunt onder andere de volgende ontwikkelingen verwachten:

- Preventief behandelen: op basis van historische gebeurtenissen, aangevulde realtime data of DNA worden mensen nog voordat ze echt ziek zijn behandeld of worden alleen die mensen behandeld van wie een aanzienlijk herstel mag worden verwacht.
- Robotisering: zorgrobots zullen steeds vaker worden ingezet voor zowel operatieve als interactieve taken
- Decentrale zorg: de zorginstelling wordt een kenniscentrum of fieldlab waarin ondersteunend technologisch materiaal en kennis aanwezig is
- Digitale zorg op afstand: patiënten kunnen direct contact hebben met chatbots via hun smartphone en krijgen op die manier ook advies of informatie;
- Digital Twins geven op basis van data bijvoorbeeld informatie over jouw ziekteproces in vergelijking tot anderen met vergelijkbare kenmerken.
- Remote patiënt monitoring en management: professionals kunnen de patiënt op afstand volgen en zijn dagelijks handelen monitoren of eventueel de medicatie/behandeling aanpassen.
- Virtual Reality zal ingezet worden om de patiënt voor te bereiden op een ingreep of gebruikt worden om de patiënt tijdens een ingreep te informeren en te kalmeren.
- Etc.....

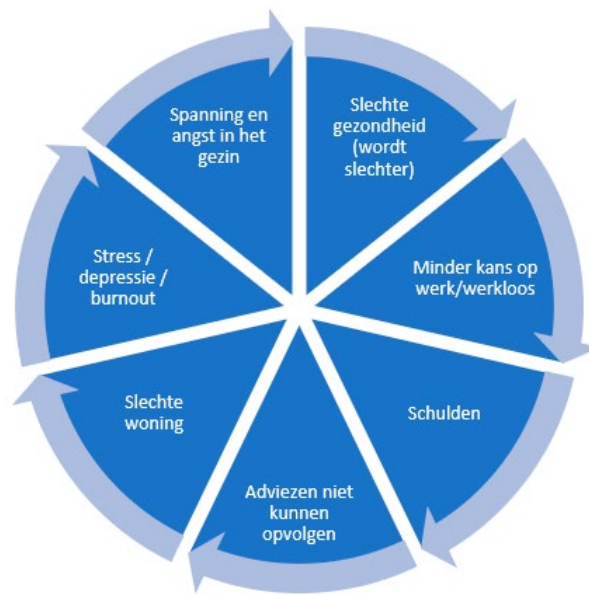
Bovenstaande roept een heleboel vragen op. Ik noem twee voor ons lectoraat belangrijke vragen: Hoe kan accurate matching tussen behoeften van de gebruiker en ondersteunende technologische hulpmiddelen bewerkstelligd worden? En, hoe kan de technologie aangepast worden aan het niveau van geletterdheid, digitale vaardigheid en/of gezondheidsvaardigheden.

1.6.8 Gezondheidsverschillen dreigen groter te worden

Goed bereikbare zorg vermindert gezondheidsverschillen. Maar niet iedereen is even zelfredzaam. Mensen met een lagere sociaaleconomische status mijden zorg eerder als de afstand tot de huisarts of het ziekenhuis groter is.

De Wetenschappelijk Raad voor Regeringsbeleid (Broeders e.a.2018) stelt voor om het preventiebeleid een nieuwe impuls te geven door niet langer de gezondheidsverschillen centraal te stellen maar het gezondheidspotentieel. Hoe kan zoveel mogelijk gezondheidswinst worden behaald, en hoe kan tegelijkertijd gezondheidsverlies zoveel mogelijk worden voorkomen. De WRR noemt de volgende prioriteiten:

- nadruk op aanpak in het begin van de levensloop (van de periode vlak voor de zwangerschap tot en met het 18de levensjaar);
- extra aandacht voor degenen met de grootste gezondheidsachterstand (zoals mensen met een lage sociaaleconomische status);
- keuze voor drie bekende speerpunten die de oorzaak zijn van een groot deel van de ziektelast in Nederland: roken, overgewicht en een ongezond eet en beweegpatroon, en problematisch alcoholgebruik.
- verkenning van psychische gezondheid als nieuwe en urgente prioriteit. Stemmings- en angststoornissen gaan gepaard met een grote ziektelast, komen vaker voor bij mensen met een lagere sociaaleconomische status en worden in toenemende mate bij jongeren gesignaleerd (Broeders e.a. 2018).



In de centrale missie van de Kennis- en Innovatieagenda voor de topsector Life Sciences & Health staat bijvoorbeeld dat 'in 2040 [...] de gezondheidsverschillen tussen de laagste en hoogste sociaaleconomische groepen met 30% [zijn] afgenomen'. Hoe meer men zich geconfronteerd ziet met een opeenstapeling van problemen, die elkaar ook nog eens beïnvloeden, hoe minder het vermogen om ze zelf te verhelpen, en hoe groter het effect op de gezondheid (WRR, 2017) zal zijn.

In tegenstelling tot de individualistische aanpak is op lokaal niveau al langer oog voor een bredere aanpak van gezondheidsverschillen, waarbij verbinding wordt gezocht met bijvoorbeeld welzijn, wonen, leefomgeving en onderwijs (Landelijke nota gezondheidsbeleid 2020 – 2024) die door het ministerie van VWS samen met gemeenten is vormgegeven en vraagt om een domein-overstijgende agenda met een stevige focus op kennisontwikkeling voor. Daarbij aansluitend bij het concept van Positieve Gezondheid en extra aandacht voor de leefomgeving van de burgers.

Samengevat staan de toegankelijkheid, de bereikbaarheid en de betaalbaarheid van de gezondheidszorg in Nederland onder grote druk. Hierdoor staat persoonlijke mensgerichte zorg onder druk. Wordt de patiënt nog wel echt als mens gezien? Wordt de patiënt echt gehoord en betrokken bij de gezamenlijke besluitvorming? Wordt de zorgprofessional gelimiteerd tot online coach?

2 WAT VOOR PATIËNT OF PROFESSIONAL BEN JIJ?

Hiervoor heb ik aangegeven voor welke uitdagingen de zorg, de patiënt en de burger staat. Het meer inzetten op digitale zorg, passende zorg en mantelzorg is natuurlijk een mooi streven, maar is dat haalbaar? Hiervoor is het goed om te kijken naar factoren die hier een belangrijke rol in spelen, waaronder persoonskenmerken van de patiënt en de professional. Denk hier bijvoorbeeld aan het niveau van geletterdheid, van gezondheidsvaardigheden en van digitale vaardigheden, het sociaal netwerk van de persoon en de tevredenheid. Ook is het belangrijk om na te denken over wat de patiënt en de behandelaar nu eigenlijk tevreden doet zijn over een behandeling.

De mens in al zijn kleuren

Zowel patiënten als zorgprofessionals hebben verschillende leeftijden, soms andere (beroeps) perspectieven, andere levensgebeurtenissen doorgemaakt, andere culturele achtergronden, verschillen en overeenkomsten in sociaaleconomische status, ras, gender enzovoort. Met de term 'de mens in al zijn kleuren' verwijst ik naar de diversiteit binnen de mensen die elkaar ontmoeten binnen de zorg.

Afstemmen op een ander is lastig. Bij voorgestelde interventies of acties is het van grote waarde om te weten hoe deze kunnen worden ingezet en afgestemd op alle patiënten. Zeker als je bedenkt dat de ander een andere professionele of culturele achtergrond heeft, uit een andere leeftijdsgroep of uit een ander sociaal milieu komt. En als de ander daarnaast ook een lager niveau van geletterdheid, digitale- en/of gezondheidsvaardigheden heeft, vraagt dit om nog nauwere afstemming met de ander. *Het is de missie van ons lectoraat om Relatieve zorg mogelijk te maken binnen de diversiteit van mensen en een diversiteit aan sociale netwerken.*



Afstemmen is kern van Relatieve Zorg

Iedereen
telt mee

Iedereen
doet mee

Iedereen
draagt bij

Iedereen
leert

"Uit wat voor cultuur kom jij?". Dit is een vraag die ik al vaak heb gehoord. Bijzonder genoeg wordt deze vraag vaak alleen gesteld aan mensen die qua uiterlijk of kleding doen vermoeden dat men geboren is in een ander land dan de vragensteller. Binnen De Haagse Hogeschool zijn 26.000 studenten van bijna 120 nationaliteiten elke dag volop bezig. Hoewel de nationaliteit van een persoon soms richting geeft aan bepaalde waarden en normen, zegt het vaak weinig tot niets over hoe de persoon in het leven staat. En hoe deze naar gezondheid kijkt, of naar mantelzorg. De identiteit van iemand wordt vooral gevormd door het sociaal netwerk waarbinnen men leeft en dat hangt (soms) wel samen met iemands nationaliteit. Als we willen weten hoe iemand in het leven staat, gebruiken we onze 'mensenkennis' en moeten we tijd doormaken met de ander, vragen stellen, observeren, etc. Ieder mens is immers uniek en om goed af te stemmen op die grote diversiteit aan mensen is een open onbevooroordeelde houding het startpunt.

Diversiteit is ook binnen onze onderzoeksdoelgroep erg belangrijk. We streven ernaar waar mogelijk altijd een representatieve onderzoeksgroep te gebruiken. Tegelijkertijd is *gelijkwaardigheid* een basisvoorwaarde bij het doen van onderzoek. Alleen vanuit gelijkwaardigheid krijg je een betekenisvolle inbreng van deelnemers. Binnen ons lectoraat zorgen we er daarom voor dat materialen en procedures voor iedereen toegankelijk en begrijpelijk zijn. Het lectoraat stelt zich verder ten doel om een praktijkgetrouwe weergave van culturele achtergrond, laaggeletterden, personen met lage gezondheidsvaardigheden en personen met of zonder lichamelijke

of mentale beperking binnen al onze onderzoeksprojecten te hebben. Wij zullen daarom toewerken naar een duurzame samenwerking en een gezamenlijke onderzoekagenda met organisaties, zoals de gemeente Den Haag, ROC Mondriaan, MensAchterdePatiënt, Voorall, Mamarosa en Pharos.

2.1 Laaggeletterdheid neemt toe

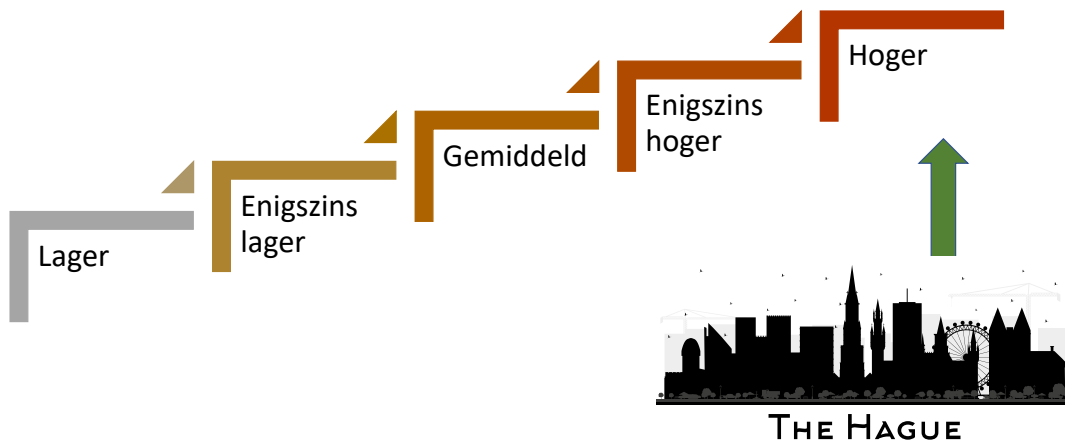


Lezen, schrijven, rekenen en digitale zelfredzaamheid zijn basisvaardigheden. Iedereen heeft deze nodig om zich persoonlijk te ontwikkelen en om mee te doen in de Nederlandse samenleving en op de arbeidsmarkt (Stichting Lezen & Schrijven, 2022). In Nederland zijn er meer dan 2,5 miljoen mensen die moeite hebben met lezen en schrijven. Laaggeletterd betekent dat je de taal of talen die je spreekt slecht beheerst. Deze groep mensen heeft bijvoorbeeld moeite met lezen, schrijven en/of rekenen. Laaggeletterdheid openbaart zich in de ontwikkeling naar volwassenheid, maar laaggeletterdheid kan zich ook pas op latere leeftijd uiten, zoals bijvoorbeeld bij mensen met Niet-Aangeboren Hersenletsel of afasie. In sommige gevallen zijn mensen ook in hun moedertaal laaggeletterd of ongeletterd (Pharos, 2022). Er is een verschil tussen laaggeletterdheid en analfabetisme. Mensen die

analfabeet zijn, hebben nauwelijks of nooit geleerd om te lezen of schrijven. Laaggeletterden hebben moeite met lezen schrijven en rekenen.

Twee derde van de laaggeletterden bestaat uit mensen met een Nederlandse achtergrond, een derde van deze groep is hier niet geboren. Laaggeletterdheid komt voor in alle lagen van de bevolking en op alle leeftijden en zorgt voor allerlei problemen in het dagelijkse leven, zoals bij het boodschappen doen, bij een bezoek aan de dokter of bij het vinden van werk. Het zorgt ook vaak voor schaamte en regelmatig verbergen zij dit voor anderen. Alleen de indeling in NT1 (laaggeletterden die Nederlands als moedertaal hebben) en NT2 (laaggeletterden voor wie Nederlands de tweede taal is) biedt in de praktijk vaak onvoldoende houvast.

Laaggeletterdheid in de gemeente Den Haag



De laaggeletterdheid in de gemeente Den Haag ligt in 2012 met 24% van het aantal 16-65-jarigen ruim hoger dan landelijk van 11,9% (CINOP e.a., 2016). Het gaat om circa 81.700-86.500 laaggeletterden. Landelijk wordt er voor het inzichtelijk maken van regionale verschillen tussen gemeenten onderscheid gemaakt in een vijftal klassen: lager, enigszins lager, gemiddeld, enigszins hoger en hoger. De laaggeletterdheid van de gemeente Den Haag kan op basis van deze indeling getypeerd worden als 'hoger'. De gemeente Den Haag ambieert een doorontwikkeling van beleid en wijkgericht aanbod voor laaggeletterde inwoners, en wil meer laaggeletterde inwoners bereiken. Hiervoor is het belangrijk om in beeld te krijgen wie dit zijn en wat hen beweegt.

Binnen De Haagse Hogeschool doen we onderzoek *met maatschappelijke impact*, dit betekent dat studenten tijdens hun opleiding in teams samen met docenten, onderzoekers en professionals werken aan de urgente opgaven van de stad en regio van de onderwijsinstelling. Daarom heeft het lectoraat extra aandacht voor de vele laaggeletterden en mensen met lage gezondheidsvaardigheden in de gemeente. Mogelijk kunnen de op iteratieve wijze ontwikkelde persona's van Wildenbos en Hendriksen (2021) de context van laaggeletterden een bredere blik op de doelgroep laaggeletterden geven en biedt dit een handzaam instrument voor verder onderzoek binnen ons lectoraat.



Laaggeletterden zijn vaak mensen met een laag opleidingsniveau, ouderen en migranten. Zij vinden het lastig om informatie over ziekte en gezondheid, welzijn en welbevinden, onderwijs en opvoeding te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van beslissingen voor zichzelf of voor anderen, bijvoorbeeld hun kinderen. In Nederland gaat het om ongeveer 2,5 miljoen mensen. Voor een groot deel behoren zij ook tot de groep mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden (Pharos, 2022, zie figuur). Zij hebben vaker chronische ziekten en psychische problemen. Het is daarom belangrijk om laaggeletterdheid te herkennen en om op een begrijpelijke manier te communiceren. En kunnen professionals zich voldoende en passend aanpassen aan personen die laaggeletterd zijn? Welke risico's heeft de digitale zorg voor personen die laaggeletterd zijn en welke oplossingen zijn daarvoor?

2.2 Gezondheidsvaardigheden zijn essentieel om gelukkig te zijn

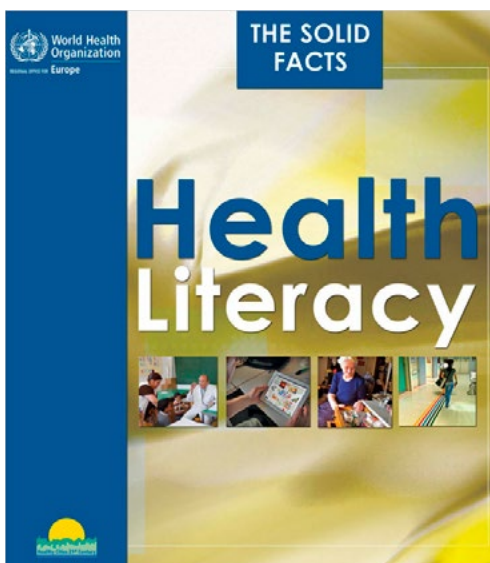
Gezondheidsvaardigheden zijn "de vaardigheden van mensen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheids-gerelateerde beslissingen" (Sørensen, 2012). De mate waarin iemand gezondheidsvaardig is, wordt zowel bepaald door persoonskenmerken, als eigenschappen van het zorgsysteem. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden maken meer gebruik van zorg en hebben meer moeite om hier hun weg in te vinden. Daarnaast vinden ze het moeilijker om een actieve gesprekspartner te zijn in een consult met een zorgverlener en vinden ze het lastiger om verschillende behandelmogelijkheden te beoordelen. Ook zijn ze minder goed in staat om thuis zelf om te gaan met gezondheid en ziekte, hebben ze over het algemeen slechtere gezondheidsuitkomsten en overlijden ze eerder (Willems e.a., 2022). Opleidingsniveau, ervaren gezondheid, sociaaleconomische status, kennis, vaardigheden, vertrouwen in eigen kunnen, cultuur en sociale omgeving zijn voorbeelden van individuele factoren die van invloed zijn op de mate waarin iemand gezondheidsvaardig is.

Er worden drie verschillende niveaus van gezondheidsvaardigheden onderscheiden:

- a) **het functionele niveau:** de lees-, schrijf-, en rekenvaardigheden;
- b) **het interactieve of communicatieve niveau:** het vermogen om informatie te verkrijgen, deze toe te passen in de eigen situatie en om te zetten in gedrag; het vermogen om je wensen, zorgen of klachten te uiten; het vermogen om formulieren of uitnodigingsbrieven te begrijpen of online formulieren in te vullen. Dat vraagt digitale vaardigheden, begrijpend lezen, vragen (durven) stellen aan een zorgverlener, sociale steun mobiliseren bij vrienden en familie;
- c) **het kritische niveau:** juist interpreteren van gezondheidsinformatie, vooruitdenken over langetermijneffecten van gezondheid gerelateerd gedrag, prioriteiten stellen, samen met je zorgverlener of ondersteuner beslissingen kunnen nemen, zelfvertrouwen te hebben in het eigen kunnen en je weg te vinden in het (preventieve) zorg- en welzijnslandschap.

Aan de kant van het zorgsysteem zijn de toegankelijkheid en organisatie van de zorg, de wijze waarop informatie wordt aangeboden en waarop er gecommuniceerd wordt door zorgverleners van invloed in hoeverre mensen voldoende gezondheidsvaardig zijn. Naarmate de zorg ingewikkelder en onoverzichtelijker is, stelt dit hogere eisen aan iemands gezondheidsvaardigheden. Een groot deel van de informatie over gezondheid is niet toegankelijk genoeg voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Dit kan een grote invloed hebben op hun gezondheid. Lage gezondheidsvaardigheden zijn gelinkt aan een minder gezonde leefstijl. Dat komt o.a. omdat leefstijladviezen moeilijk in de praktijk om te zetten zijn of niet goed begrepen worden.

Daarnaast stappen mensen met lage gezondheidsvaardigheden minder snel in het zorgsysteem: ze komen bijvoorbeeld later in hun zwangerschap onder controle; kanker wordt bij hen later ontdekt en ze worden minder vaak adequaat behandeld voor diabetes. Dit alles heeft een impact op de gezondheidsstatus van mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Mensen met lage gezondheidsvaardigheden lijden vaker aan chronische aandoeningen zoals astma, COPD, diabetes en depressie.



WHO (2013) rapport over gezondheidsvaardigheden

Waar het percentage mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden in Europa schommelt tussen 25% tot 72% (dataverzameling november 2019 – juni 2021) zit Nederland aan de ondergrens hiervan (in 2021 25% volgens Willems e.a., 2022). Hierbij moet wel de kanttekening geplaatst worden dat deze Europese cijfers met een variant van de in Nederland gebruikte vragenlijst gemeten worden, waardoor de cijfers niet helemaal vergelijkbaar zijn (Willems e.a., 2022). En hoewel we het in Nederland mogelijk dan 'beter doen' dan in andere landen, het betekent alsnog dat 1 op de 4 mensen een laag niveau van gezondheidsvaardigheden heeft. Gezondheidsvaardigheden worden wereldwijd gezien als één van de belangrijkste determinanten van gezondheid en sociaaleconomische gezondheidsverschillen (WHO, 2013).

Personen met sterke gezondheidsvaardigheden zijn vaak goed in staat om informatie over hun gezondheid te vinden, keuzes te maken en via eHealth zelfstandig te interveniëren zonder tussenkomst van een professional. Dat is waardevol, maar heeft ook het risico in zich dat mensen door onwetendheid te lang wachten om professionele ondersteuning te krijgen.

Professionals overschatten vaak de gezondheidsvaardigheden en het niveau van geletterdheid van hun patiënten (van Zaaen e.a., 2018). Zij gebruiken vaak vaktermen en complexe begrippen. Ook checken ze niet altijd actief of hun patiënt de informatie ook écht begrepen heeft (Heijmans e.a., 2016). Later ga ik dieper in op het samen beslissen met mensen met lage gezondheidsvaardigheden.

2.3 Laag niveau van digitale vaardigheden

Digitale vaardigheden zijn vaardigheden die nodig zijn om te kunnen lezen, schrijven en rekenen op digitale apparaten, maar ook om informatie op te zoeken, of om met digitale systemen om te gaan, zoals bijvoorbeeld digitale dossiers of het online een afspraak kunnen plannen met een professional. Nederland behoort tot de Europese landen met het grootste aandeel inwoners dat vaardig is in internet-, computer- en softwaregebruik, zogenoemde digitale vaardigheden. Bijna 80 procent van de 16- tot 75-jarige Nederlanders had in 2021 digitale basisvaardigheden of meer dan digitale basisvaardigheden, tegen 54 procent gemiddeld in de Europese Unie. Dit blijkt uit het onderzoek 'ICT-gebruik van huishoudens en personen' van het CBS en Eurostat. Digitale vaardigheden worden bepaald aan de hand van het aantal activiteiten op vijf gebieden: informatie en digitale geletterdheid, online communicatie, computers en online diensten, privacybescherming en softwaregebruik. Iemand heeft digitale basisvaardigheden als hij/zij ten minste één activiteit doet op de gebieden informatie en communicatie en één of twee op de andere gebieden (CBS, 2022).

Goede digitale vaardigheden betekenen overigens niet direct dat de gezondheid van mensen baat heeft bij de zoekacties online. Een risico van sociale media die gezondheidsinformatie geven is er namelijk ook. In een kritische reflectie nuanceerden Iglesias-Puzas e.a. (2021) de invloed van sociale media kanalen, door te stellen dat: digitale sociale netwerken zoals Facebook, Pinterest, Twitter, en Reddit gezondheidsinformatie delen die door professionals gezien worden als kwalitatief onacceptabel. Misschien wordt het tijd om keurmerken uit te delen of waarschuwingen voor die informatie die bewezen onjuist is? Welke rol het ministerie van VWS hierin kan spelen weet ik niet, maar het is goed om hier met elkaar over te denken, lijkt me.

2.4 Patiënt- en zorgprofessional-tevredenheid

Kwaliteit van bestaan en werkgeluk liggen misschien wel dicht bij elkaar dan we in eerste instantie denken. Om verdere uitstroom van zorgprofessionals te voorkomen is het van belang om zowel de professional- als de patiënttevredenheid hoog te houden. Binnen de nieuwe tijd van passende zorg blijft het bieden van essentiële zorg voorwaardelijk. Tevredenheid wordt gecreëerd door de relatie tussen professionals en tussen professionals en de patiënt te verdiepen en/of te verbeteren. Maar hoe meet je of iemand tevreden is over de geboden zorg of ondersteuning? En wat betekent dit voor de tevredenheid van de professional?

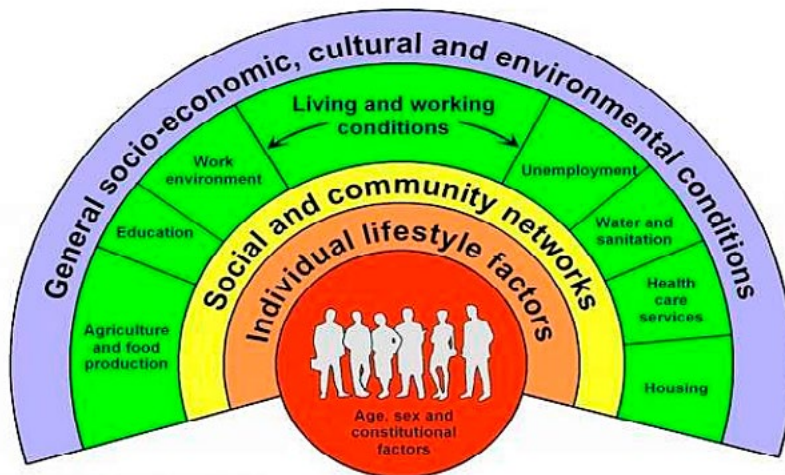
"Om als professional professioneel goed en gelukkig te kunnen blijven functioneren, moet aan drie basisbehoeften zijn voldaan: een gevoel van autonomie, een gevoel van verbondenheid met anderen, je gewaardeerd weten en beseffen onderdeel uit te maken van een groter geheel dat jou steunt en waarin jij jezelf steun verleent. En als laatste vertrouwen op je eigen competenties, je vakmanschap" (Koster, 2018, p.83). De professionele performance van zorgprofessionals kent drie pijlers: streven naar excellentie, handelen vanuit medemenselijkheid en afleggen van rekenschap. Voor alle drie de pijlers moeten de professionals voldoende ruimte ervaren. Gelukkige werknemers zijn gezonder, hebben lagere absentie, zijn heel gemotiveerd om succesvol te zijn, zijn creatiever, hebben een betere relatie met directe collega's en er is minder kans dat ze een organisatie zullen verlaten. Werkgeluk ervaar je als je plezier hebt in je werk, je je eigen talenten kunt benutten en laten groeien en het gevoel hebt bij te kunnen dragen aan een hoger doel. Zorgprofessionals zijn voor hun werkgeluk op zoek naar een compassievolle verbinding met hun collegae zorgprofessionals en hun patiënten. Patiënttevredenheid is één van de belangrijkste motoren achter het behoud van zorgprofessionals binnen de gezondheidszorg.

Goede patiëntervaringen in de relatie met de zorgprofessional gaan vaak samen met:

- zorgprofessionals die subtiel en krachtig zijn, zonder heel aanwezig te zijn.
- zorgprofessionals die heel goed op de hoogte zijn van alles wat er in het zorgproces gebeurt (geen tegenstrijdige uitspraken) en onderling vanuit verbondenheid samenwerken.
- zorgprofessionals die in staat zijn om elke patiënt het gevoel te geven van 'ik wil hier niet zijn, maar als ik hier toch ben, wil ik dat jij degene bent die voor mij zorgt/mij behandelt/die er voor me is'.
- zorgvuldig en binnen de context passend taalgebruik; patiënten zijn heel kwetsbaar, dus alles wat de professional zegt (vakjargon) komt primair binnen. 'We hebben bij u kanker geconstateerd' zal bij veel mensen tot een schokreactie leiden, iets wat misschien niet nodig is bij een goedaardig gezwel.

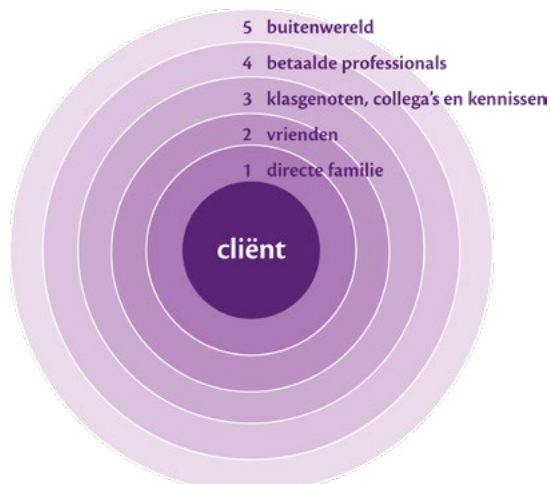
2.5 De patiënt en diens sociaal netwerk

Gedragsverandering is lastig. Het sociaal netwerk van een persoon kan zowel faciliterend als belemmerend zijn voor het herstel na ziekte of bij gedragsverandering. "De mens is een sociaal dier, hij is niet gemaakt om alleen te leven", aldus Aristoteles (384 BC-322 BC). Een passend sociaal netwerk is van belang als we spreken over duurzame inzetbaarheid, eenzaamheid of als mensen nadenken over de toekomst. Het regeringsbeleid zet sterk in op het inzetten van het sociaal netwerk bij het verbeteren en in stand houden van de kwaliteit van leven. Dit roept de vraag op, of mensen inderdaad kunnen 'bouwen' op hun sociaal netwerk.



Figuur: Regenboogmodel (Dahlgren & Whitehead, 1991).

In het Regenboogmodel (Dahlgren & Whitehead, 1991) staan om de individuele factoren bogen met factoren die te beïnvloeden zijn, namelijk individuele leefstijl (oranje), sociale omgeving (geel), leef- en werkomstandigheden (groen) en de maatschappelijke context (paars). De bogen hangen met elkaar samen, de verschillende determinanten van gezondheid interacteren met elkaar. Leefstijl is bijvoorbeeld ingebed in sociale normen en netwerken, die weer samenhangen met de sociaaleconomische en culturele omgeving.

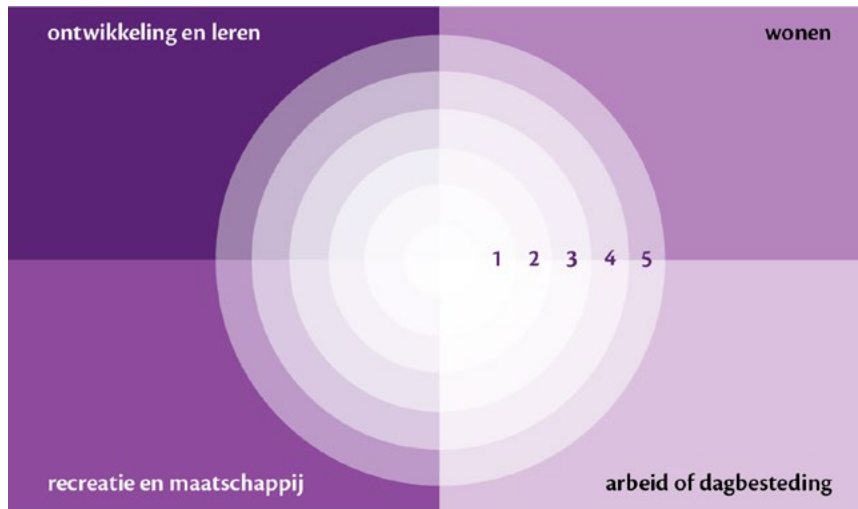


Je sociaal netwerk is iets dat je opbouwt gedurende je leven. Familieleden en gezinsleden staan dicht bij je. Vrienden en kennissen staan vaak iets verder af, en verdwijnen soms ook uit je sociale netwerk na bijvoorbeeld een verhuizing van woonplaats of het vertrek naar een andere werkgever. Ook professionals die je ontmoet in je leven horen tot je sociaal netwerk. Om een goed beeld te krijgen van het sociale netwerk van een cliënt kan gebruikgemaakt worden van de Social Network Inventory (SNI; Blackstone & Hunt Berg, 2003). Zij onderscheiden vijf cirkels van sociale partners (zie figuur). De SNI wordt internationaal al veelvuldig gebruikt bij het bepalen van doelen en in persoonsgerichte planning van de zorg.

Bron: van Zaaen e.a. (2018)

Er kan immers bepaald worden wat de hulpvraag en ondersteuningsbehoefte is in de specifieke situatie van die specifieke cliënt: de patiënt staat centraal in zijn netwerk.

Blackstone en Hunt Berg leggen bij de SNI de nadruk op het kiezen en adequaat toepassen van de best passende ondersteuning en de daarbij behorende aanpassingen in de omgeving van de patiënt. Het gaat hier om de fysieke, materiële en sociale omgeving. De SNI is een aanpassing van de ecologische benadering van Bronfenbrenner. De SNI gaat ervan uit dat sociale netwerkpartners (of de afwezigheid daarvan) in de verschillende sociale omgevingen van de cliënt onderdeel (kunnen) zijn van zowel het probleem als van de oplossing van diens gezondheidsprobleem.



Van Balkom e.a. (2018) hebben een aanpassing aan het SNI-model voorgesteld (zie figuur). Hierin worden vier levensdomeinen onderscheiden waarin de patiënt participeert of kan participeren. Het eerste levensdomein is de leef- en woonomgeving waar de patiënt thuis is. Daarnaast wordt er ook gekeken naar de ontwikkelings- en leeromgeving (bijvoorbeeld kinderdagcentra, medische kleuterdagverblijven, revalidatiecentra en school), alle omgevingen waar de cliënt betaald of onbetaald werkt en/of dagactiviteiten verricht (de werkomgeving of omgeving voor dagbesteding) en vrije tijd en maatschappelijke participatie. Binnen het laatste levensdomein vallen alle situaties waar de patiënt deelneemt aan recreatieve, politieke, sociale en religieuze activiteiten.

Zicht hebben op het sociale netwerk van de patiënt biedt zicht op de mogelijkheden voor informele zorg. Per sociale netwerkpartner kan met de patiënt besproken worden welke rol deze persoon kan en wil spelen in de informele zorg.

Casus: Kracht van het sociaal netwerk binnen de verslavingszorg; Bron: Saey (2015)

Binnen de verslavingszorg heeft onderzoek aangetoond dat professionele hulpverlening vooral zijn waarde heeft voor personen die te ver gevorderd zijn in de verslaving, waardoor ze niet meer op eigen kracht of met behulp van zelfhulpgroepen kunnen herstellen. Zelfhulpgroepen of communities bieden een sociaal vangnet van lotgenoten opgebouwd rond de herstellende persoon. Personen in herstel kunnen steun ontfangen aan lotgenoten, omdat ze hen hoop, coping-strategieën en een rolmodel verschaffen. Anderzijds blijven zelfhulpgroepen personen in herstel confronteren met het verleden door de verhalen van nieuwkomers. Zo worden ze herinnerd aan de negatieve consequenties van alcoholgebruik, wat in veel gevallen de initiële motivatie tot herstel vormt (Saey, 2015). Op deze manier wordt hun motivatie tot herstel telkens opnieuw versterkt.

Maar wat weten we al over de inzet van het sociale netwerk in de zorg? Hier een aantal feiten op een rij.

Waverijn en Heijmans (NIVEL, 2015) stellen:

- Een kwart van de mensen met een chronische ziekte of beperking weet niet bij wie zij in hun sociale netwerk terecht kunnen voor zorg en ondersteuning.
- Eén op de vijf geeft aan zich bezwaard te voelen om hulp te vragen.
- 15% geeft aan dat de mensen in hun sociale netwerk zelf al te zwaar belast zijn om die zorg of ondersteuning te bieden.
- Vooral mensen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen of meerdere aandoeningen ervaren deze knelpunten.

Nivel (2007) deed onderzoek onder personen met een verstandelijke beperking en concludeerde dat:

- Mensen met een verstandelijke beperking naast familieleden vaak alleen sociaal contact hebben met andere mensen met een verstandelijke beperking en professionals en daarmee niet terug kunnen vallen op informele zorg buiten hun directe familie om.

Vriendschappen



Stichting het gehandicapte kind (2022):

- Een op de vijf kinderen met een handicap heeft geen vriendjes!
- Slechts iets meer dan een derde van de kinderen met een handicap heeft een vriendje in de buurt.
- Slechts een derde van de kinderen heeft minstens 1x per week een speelafspraak.
- Frame-running en Frame-schaatsen, Samen naar schoolklassen en aangepaste speeltuinen zijn nodig om kinderen met een handicap wel mee te kunnen laten doen met sociale sportactiviteiten, zodat ook zij hun sociale netwerk verder kunnen opbouwen.
- De communicatieve ontwikkeling van het merendeel van de kinderen met het Syndroom van Down wordt beperkt door een gebrek aan leeftijdgenoten of vrienden binnen hun sociaal netwerk (Deckers et al, 2016).

Sociaal Cultureel Planbureau (2016) schrijft over ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen:

- De meeste bewoners krijgen regelmatig bezoek – vaak gezinsleden-, maar gaan zelf zelden of nooit op bezoek.
- Ongeveer twee derde van de oudere verpleeg- en verzorgingshuisbewoners krijgt minstens eenmaal per week bezoek. Dat betekent direct ook dat 1/3e niet wekelijks bezoek krijgt en voor hun sociale contacten zijn aangewezen op medebewoners en professionals.
- Een op de zeven bewoners krijgt zelden of nooit bezoek.

Laranjo et al (2015) concludeerden naar aanleiding van hun systematisch review dat

- Interventies die gebaseerd zijn op sociale netwerk interventies een positieve bijdrage lijken te kunnen hebben aan gezondheid gerelateerde gedragsverandering. Een voorbeeld van zo'n sociaal netwerkinterventie is het toewijzen van een netwerkcoach die mensen ondersteunt die in een isolement dreigen te raken, bij het opbouwen van hun sociale netwerk.

2.6 Maatschappelijke participatie

Maatschappelijke participatie is het met succes (naar het oordeel van de omgeving) en naar tevredenheid (naar eigen oordeel) vervullen van maatschappelijke rollen. Wanneer iemand niet goed mee kan doen in de maatschappij, is er een participatieprobleem. Participatieproblemen zijn problemen op gebieden als huisvesting, werk, dagbesteding, vrije tijd, leren, sociale relaties, financiën en zingeving (Korevaar e.a., 2022). De maatschappelijke participatie van mensen met participatieproblemen wordt maatschappelijk ondersteund en gelegitimeerd door:

- a) de Universele verklaring van de rechten van de mens, door het kunnen functioneren op maatschappelijke gebieden tot recht te verklaren.
- b) het concept van de inclusieve samenleving dat stelt dat mensen met een beperking of kwetsbaarheden maatschappelijk erbij horen en participeren. Het op 14 juli 2016 in werking getreden VN-verdrag handicap in Nederland heeft als grondbeginselen toegankelijkheid, persoonlijke autonomie en volledige participatie. Belangrijke rechten om uit te lichten zijn het recht op toegankelijke communicatie op welke wijze dan ook (bijvoorbeeld bij patiënten die niet (meer) goed kunnen spreken) en recht op toegankelijke informatie
- c) 'Zelfmanagement naar herstel'-beweging; het proces van ontdekken en gebruiken van het eigen verhaal, de eigen kracht en de eigen mogelijkheden. Het is een uniek zeer persoonlijk proces waarin iemands opvattingen, waarden, gevoelens, doelen en rollen veranderen.

Het VN-Verdrag voor rechten van personen met een handicap stelt dat mensen met een beperking het recht hebben om zelf beslissingen te nemen over hun eigen leven. Maar desondanks is hun maatschappelijke positie de afgelopen jaren verslechterd. Bijna een kwart van de mensen met een handicap leeft in armoede, zij zijn tweemaal zo vaak werkloos en de druk op mantelzorgers neemt alleen maar toe: 60% van de ouders van een kind met een handicap krijgt een burn out (Handicap.nl, 2022). Dat betekent natuurlijk veel voor het kunnen inzetten op informele zorg. Participatieondersteuning is maatwerk voor het overwinnen van een participatieprobleem. Alle professionals kunnen leren om een participatieondersteuner te worden. Wil je in je gemeente werken aan integrale participatiebevordering? Dan is het Participatiewiel van Movisie een handig hulpmiddel!

**“ Het Participatiewiel biedt inzicht in de verbinding
tussen het beschikbare aanbod en de participatiedoelen
van mensen zelf en laat de samenhang zien in activiteiten en wettelijke kaders.
Door vanuit het perspectief van het individu te kijken, krijg je in beeld waar samenwerking nodig
en gewenst is. In het model zijn alle leefgebieden,
zoals gezondheid, sociale contacten, (betaald) werk en
dagbesteding, meegenomen ”**
(Movisie, 2018).

Het Participatiewiel kan op drie niveaus worden gebruikt: beleid en visievorming door de gemeente, als instrument voor organisatie-analyse op instellingsniveau en het niveau van de professional-cliënt. Het participatiewiel is echter helaas ontwikkeld zonder daarin ook aandacht te hebben voor preventieve gezondheid. Toevoeging van een groene schijf: voor jezelf zorgen is een aanrader en valt ook binnen de regelgeving.

Voor participatieondersteuners is gerichtheid op de mogelijkheden en wensen belangrijker dan een focus op het verminderen van problemen (Korevaar e.a., 2022). Dat vraagt een andere mindset. We kunnen mensen verplegen, coachen, behandelen, adviseren en begeleiden, maar we kunnen mensen niet doen participeren. Participeren is iets wat mensen zelf doen, iets wat ze zelf moeten willen doen. Daarom zijn hun eigen wensen en doelen cruciaal. Anderen, onder wie professionals of sociale netwerkpartners kunnen deze niet overnemen. Zij kunnen niet namens iemand participeren.

Om mensen met participatieproblemen te ondersteunen bij het (gaan) vervullen van maatschappelijke rollen zal Astrid Stichting binnen het lectoraat onderzoek doen naar de inzet van het sociaal netwerk bij het meer bewegen van psoriasis patiënten.

Reflecterend op wat ik in hoofdstuk 1 en 2 besproken heb en denkend over wat ik in de komende hoofdstukken ga bespreken, kom ik tot een aantal uitspraken:

- Persoonsgerichte zorg is een manier om zorg op maat te bieden aan mensen met een gezondheidsvraag.
- De kern van persoonsgerichte zorg is dat je als zorgverlener niet de klacht of aandoening centraal stelt, maar de persoon in zijn geheel. Persoonsgerichte zorg gaat uit van de persoon binnen zijn context.
- Participatieproblemen van een persoon worden bij voorkeur gezien in het licht van de wensen en motivatie van de patiënt, met zicht op zijn eigen kracht, maar ook de (draag)kracht in het sociale netwerk.
- Essentiele en zinnige zorg zullen beschikbaar (moeten) blijven voor iedereen.
- Passende zorg is zorg die effectief en efficiënt werkt tegen een redelijke prijs. Passende zorg betekent dat patiënt en zorgverlener samen beslissen. Passende zorg wordt waar dat kan, zo dicht mogelijk bij de patiënt georganiseerd. Passende zorg gaat niet alleen over ziekte, maar ook over gezondheid en zelfredzaamheid.
- Ook binnen geprotocolleerde zorg mag ruimte zijn voor maatwerk: van geprotocolleerde zorg naar persoonsgerichte zorg passende zorg.
- Binnen passende zorg heeft interprofessioneel samenwerken de potentie om met minder professionals, tegen lagere kosten en ondersteund door technologie hogere kwaliteit van zorg te leveren.
- Er is daarbij steeds meer aandacht hoe een zorgverlener een vertrouwensband met de patiënt en met de collega zorgprofessionals kan opbouwen. Daarbij gaat het om goede communicatie, zoals het geven van heldere feedback, het stellen van verhelderende vragen en aandacht voor het nauwer samenwerken met andere professionals." Daarbij gaat het niet om 'wat kan ik voor jou doen?', maar om 'wie kan ik voor jou zijn?'

Het brengt me tot de vraag: is persoonsgerichte passende zorg vergelijkbaar met Relationale Zorg? En wat is de rol van samen beslissen daarbij?

3 SAMEN BESLISSEN

Patient centered care, *client centered care* en *shared decision-making* zijn drie benamingen voor benaderingen die hetzelfde betekenen of nauw met elkaar verbonden zijn. In de Nederlandse praktijk wordt vaak gesproken over 'samen beslissen'. In januari 2020 is een aangescherpte wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) verschenen waarin samen beslissen als voorwaarde is vastgelegd. "Samen Beslissen is geen eenmalige actie, maar een proces. Het is een proces waarin zorgprofessional en patiënt samen bespreken welke behandeling of zorg het beste bij de patiënt past of wat op dit moment niet passend is bij de situatie van de patiënt]. Hierbij worden alle opties, voor- en nadelen, voorkeuren en omstandigheden van de patiënt meegenomen" (FMS e.a., 2022).

Samen beslissen is een essentieel onderdeel van Relationale Zorg. Volgens de WGBO (Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst) is het de plicht van de professional om samen te beslissen. Dit geldt ook voor het bieden van de optie om af te zien van een (medische) interventie en om samen de voorkeuren van de patiënt te onderzoeken (Ubbink e.a., 2021). Ondanks deze verplichting wordt nog altijd gezien dat in Nederlandse richtlijnen er nog weinig aandacht is voor het samen beslissen (Van der Weijden e.a., 2022) zeker daar waar het om interprofessionele zorg gaat waarbij beslissingen tussen de patiënt, diens sociale netwerk en meerdere professionals uit verschillende disciplines en werkvelden moeten worden gemaakt (van Zaalén e.a., 2023).

Samen beslissen kan alleen resultaat opleveren als de communicatie tussen de patiënt, een mogelijk betrokken partner uit het sociale netwerk en de verschillende professionals effectief en efficiënt verloopt (van Zaalén e.a., 2023). Ineffectieve communicatie zorgt er – naast eerder genoemde lage niveaus van geletterdheid- of gezondheidsvaardigheden - vaak voor dat de cliënt minder actief participeert in het proces van besluitvorming (Cameron e.a., 2008; van Zaalén e.a., 2020), wat direct in verband staat met verminderde gezondheidsuitkomsten, een verhoogde kans op fouten in zowel diagnose als behandeling (Jensen e.a., 2015), een lagere kwaliteit van zorg en minder tevredenheid bij de cliënt met betrekking tot de geleverde ondersteuning (Hemsley & Balandin, 2014).

De Federatie Medisch Specialisten heeft in haar visiedocument Medisch Specialisten 2025 een handreiking ontwikkeld met acht competenties voor samen beslissen (2017), welke zij in hun handreiking verder hebben uitgeschreven in criteria aangevuld met tools die hiervoor gebruikt kunnen worden. De acht competenties:

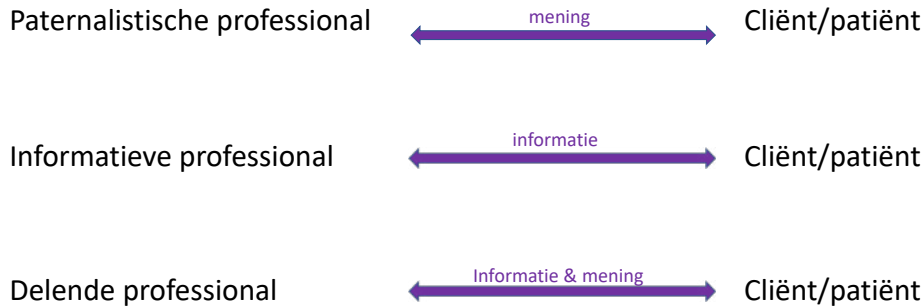
1. De professional onderkent dat 'samen beslissen' leidt tot hogere kwaliteit van zorg.- De professional begeleidt het proces van 'samen beslissen';
2. De professional beschikt over gesprekstechnieken en vaardigheden om het proces van 'samen beslissen' te faciliteren;
3. De professional houdt rekening met de context van de cliënt;
4. De professional ondersteunt en moedigt de patiënt actief aan te participeren in het proces van 'samen beslissen' (empowerment)
5. De professional draagt zorg voor begrijpelijke kennisoverdracht en informatie-uitwisseling en maakt gebruik van tools die 'samen beslissen' ondersteunen
6. De professional is een betrouwbare en professionele gesprekspartner
7. De professional onderkent het belang van samenwerking en communicatie met andere zorgprofessionals en (sociale) actoren uit het netwerk van de cliënt en weet wanneer deze te betrekken.

In deze criteria is ook het interprofessioneel samenwerken terug te zien. Bijvoorbeeld aansluitend bij rollen en verantwoordelijkheden: De professional "herkent het moment waarop de grenzen van de eigen kennis en vaardigheden om de patiënt inhoudelijk en procesmatig te ondersteunen zijn bereikt en weet wanneer welke andere professionals ingeschakeld moeten worden" (FMS, p. 9). Deze competenties zijn natuurlijk niet alleen van belang voor medisch specialisten, maar moeten aanwezig zijn bij alle professionals die werken in zorg en welzijn. Het samen beslissen is onderdeel van alle drie de onderzoekslijnen van het lectoraat Relationale Zorg.

Het motto van samen beslissen is 'Zonder mij geen beslissing over mij'. Communicatie met een patiënt, zeker binnen de gezondheidszorg, wordt echter nog altijd vaak vanuit het perspectief van de professional ingestoken en soms gekenmerkt door een paternalistische communicatiestijl. Bij een paternalistische communicatiestijl stelt de professional de patiënt directief een behandeling voor. Cliënten voelen zich hierdoor meestal niet gehoord en buitengesloten van het beslisproces, zeker als besluiten in een team worden genomen waar een sterke hiërarchie heerst.

3.1 Samen beslissen vanuit de professional bekeken

Drie professionele communicatiestijlen (Stewart, 2018)



Een belangrijke voorwaarde voor samen beslissen is de bereidwilligheid van de betrokken professionals om de visie en de keuzes van de cliënt mee te wegen. Deze kan alleen een goede keuze maken als deze goed geïnformeerd is en gevraagd is om zijn mening. Waarbij rekening gehouden wordt met de achtergrond en context van de patiënt, cultuur sensitive zorg, dus. Niet iedere patiënt zit te wachten op de delende professional. Sommige culturen verwachten juist een paternalistische professional. Wanneer ik communiceren binnen hoge en lage context culturen toelicht, ga ik hier nog iets dieper op. Maar het blijft dus altijd afstemmen! Afstemmen op de ander is de kern van relationele zorg. Stewart (2018) onderscheidt drie communicatiestijlen, waarvan alleen die van de 'delende professional' aansluit bij samen beslissen (zie figuur). Om samen te kunnen beslissen, is het de taak van de professional om actief de waarden, gedachten en ideeën van de cliënt te bespreken en gezamenlijk de handelingsalternatieven af te wegen (van Zaalén e.a., 2018).

Artsen en andere zorgprofessionals werken vaak op basis van bestaande richtlijnen, ontwikkeld op basis van evidence based medicine. Richtlijnen waarvan de zorgprofessional beredeneerd mag en kan afwijken. Onder een diagnose kan immers een grote variëteit aan problemen schuilgaan die op een eigen manier een impact hebben op de participatiemogelijkheden van de patiënt, bij mensen met sterk verschillende levensgeschiedenissen, kwetsbaarheden, overlevingsstrategieën, kwaliteiten, mogelijkheden en voorkeuren (Kruijff, 2018). En wat op groepsniveau de beste behandeling is, hoeft dit op individueel niveau niet te zijn. Zorgprofessionals moeten goed luisteren naar patiënten, maar dat is niet genoeg voor holistische afgestemde besluitvorming. Artsen zouden moeten doorvragen: "Waar houdt u van?, Wat vindt u belangrijk? Wat zijn uw doelen na de behandeling en is dat haalbaar?, Wat vindt uw gezin ervan?" De nieuwsgierigheid naar het diepste wezen van de patiënt is vereist om behandeling op maat te kunnen geven (Kruijff, 2018).

"In de emotionele periode waarin ongeneeslijk zieke patiënten verkeren kunnen zij en hun naasten vaak niet goed overzien wat de toekomst hen bij de verschillende behandelvormen allemaal gaat brengen (Kruijff, 2018, p.47). Dat vraagt om een proces van beslissen en niet om het samen beslissen binnen een gesprek te laten gebeuren. Artsen bespreken de therapieën met de bijkomende complicaties tegenwoordig wel, maar vergeten vaak te vermelden dat ouderen zelfs na een operatie zonder complicaties vaak minder goed functioneren, aan kwaliteit van leven inleveren en meestal hun zelfstandigheid kwijtraken" (Kruijff, 2018, p.47). Soms denkt de zorgprofessional dat de nadelen de patiënt duidelijk gemaakt zijn, omdat de patiënt instemmend knikt op de vraag: "Is het helemaal duidelijk?". Het knikje hoeft dan niet een antwoord te zijn op de gestelde vraag, maar kan ook een uiting zijn van " ik ben er nog en luister naar u". Samen beslissen gebeurt met inbreng van evidentie. Helaas is het zo dat van veel medische, verpleegkundige of paramedische interventies het effect en/of de werkzame bestanddelen nog niet bekend zijn. Is de keuze voor de interventie die matig positief effect toont, dan dus beter dan te kiezen voor de interventies waar die evidentie nog onvoldoende bekend is? (Elwyn e.a., 2022).

Om werkelijk persoonsgerichte zorg op maat aan te kunnen bieden, waarbij de patiënt op holistische wijze centraal staat, is het van belang dat niet alleen behoud van leven, de inrichting van het leven, maar ook het einde ervan een plaats heeft in de gesprekken met zorgprofessionals. De zorgprofessional loopt rond in een speelveld met aan de ene kant patiënt en familie, hopen op een oplossing, *"en aan de andere kant de overheid, die de zorgrekening probeert te drukken zonder haar vingers te branden aan ethische kwesties. De dokter/zorgprofessional staat onder grote druk"* (Kruijff, 2018, p.45). Het is belangrijk dat artsen doorvragen naar de motivatie van het besluit van de patiënt, de informatie waarop het gebaseerd is en eventuele angsten die een rol spelen. *"Daarbij moeten zij zich voldoende rekenschap geven van hun eigen authenticiteit en ervoor waken dat die geen dominante rol gaat spelen"* (Smulders, 2018, p. 97).

Bij samen beslissen staat de dialoog en informatie-uitwisseling tussen patiënt en zorgprofessional(s) centraal. Het bespreken van wensen, voorkeuren en verwachtingen zijn belangrijke factoren (Kruijff, 2018). De meeste beslissingen zijn afhankelijk van persoonlijke of sociale voorkeur, daarom is een gesprek hierover zo belangrijk. Als er bij een persoon meerdere problemen of beperkingen spelen is een interprofessioneel overleg de manier om via samen beslissen tot passende, geprioriteerde doel- en interventiebepaling te komen (Van Zaalen e.a. 2020). Ieder teamlid, ook de patiënt en de voor hem belangrijke mensen uit zijn sociale netwerk, heeft eigen specialistische kennis en ervaringen die relevant zijn voor de specifieke situatie en die kunnen bijdragen aan het nemen van onderbouwde beslissingen (Kreps, 2016). Maar hoe kom je tot een onderbouwde beslissing waarbij al deze kennis en perspectieven zijn afgewogen en waarin alles is geïntegreerd?



Samen beslissen

Ik geef de voorkeur aan de vier stappen voor gezamenlijke besluitvorming van Stiggelbout, Pieterse en De Haes (2015). In Van Zaalen et al. (2020) zijn de stappen aangevuld vanuit het interprofessionele perspectief. Daarbij hebben wij informatie geïntegreerd uit het project 'Zorgverlener en cliënt leren delen' van het AMC.

1. **De professional deelt de patiënt en/of zijn collega's mee dat er een beslissing genomen moet worden en dat ieders mening belangrijk is en besproken zal worden.** De professional benadrukt dat het doel van het gesprek is dat er een keuze gemaakt wordt (het creëren van keuzebewustzijn).
2. **De professional geeft uitleg over de verschillende opties en mogelijkheden en bespreekt per optie de voor- en nadelen.** Hij laat hierbij ruimte voor eventuele aanvullingen van de andere aanwezigen. Ieder kan immers vanuit zijn perspectief voor- en nadelen zien, zeker daar waar gedacht wordt vanuit participatie en invloed op het dagelijks functioneren van de patiënt. De voor- en nadelen worden zo goed mogelijk onderbouwd met zoveel mogelijk wetenschappelijk bewijs.
3. **De professional en de patiënt bespreken de voorkeuren van de patiënt, gekoppeld aan normen en waarden, en de professional ondersteunt de patiënt bij het afwegen van opties.** Zo kan iedereen aangeven wat voor hem belangrijk is. Het is ook hier weer van belang om de voor- en nadelen te relateren aan de individuele situatie van de patiënt; aan zijn sociale-, thuis- en werksituatie.
Houd er rekening mee dat bij patiënten of professionals met een andere culturele achtergrond andere normen en waarden een rol kunnen spelen. Dit heeft invloed op voorkeuren, maar ook op de rol in het beslisproces en wat verwacht wordt van de communicatiestijl van de professional. De professional dient zich hier bewust van te zijn. Het is dan ook goed om te vragen naar de verwachtingen van de patiënt ten aanzien van zijn en ieders rol in het beslisproces.
4. **De professional en de patiënt bespreken de wens en mogelijkheden van de patiënt om een weloverwogen besluit te nemen.** Ze nemen daarna samen de beslissing of stellen deze uit, zodat bijvoorbeeld de zorgvrager nog kan nadenken of het gesprek kan nabespreken met familie en vrienden. Tevens wordt gesproken over een follow-up op de afspraak en de beslissing. Voor sommige cliënten, denk bijvoorbeeld aan ouderen of mensen met een andere culturele achtergrond, voelt het mogelijk ongemakkelijk om mee te beslissen. Ze gaan er wellicht van uit dat de professional degene met verstand van zaken is en dat de keuze van hem zal komen. Het is daarom van belang uit te leggen dat de professional inderdaad verstand van zaken heeft, maar dat het ook nodig is te weten wat voor de cliënt zelf belangrijk is. Het kan zijn dat de cliënt ervoor kiest om na het bespreken van de voorkeuren de beslissing aan de professional over te laten. Ook dat is samen beslissen, indien de cliënt dit actief aangeeft.

Samen beslissen is een blijvende uitdaging en zeker in een interprofessionele context. Het delen van kennis en ervaringen tijdens een beslisgesprek garandeert namelijk nog niet dat de teamleden daarna ook zullen blijven samenwerken (Kreps, 2016). Ieder teamlid zal zijn eigen persoonlijke interpretatie van de situatie maken op basis van de informatie van de anderen en hierna een eigen prioritering maken met betrekking tot de stappen in het zorg- en ondersteuningsproces (van Zaalen e.a., 2020). Dit maakt dat professionals moeten kunnen omgaan met perspectieven van zowel de cliënt zelf, diens sociale netwerk als andere professionals en dat ze hun eigen perspectief hierop moeten aanpassen. Pas als door communicatie een gezamenlijk perspectief bereikt is met overeenstemming over de prioritering van adviezen, kunnen we écht spreken van samen beslissen in de interprofessionele context (van Zaalen e.a., 2018). Een team motiveren en uitdagen om juist conflicterende ideeën en perspectieven te bespreken (inclusief die van de cliënt en zijn sociale netwerk) en deze om te vormen tot één perspectief, zal de zorg of ondersteuning van de patiënt ten goede komen.

3.2 Samen beslissen vanuit de patiënt bekeken

Eerder sprak ik over het belang van vertrouwen tussen de professional en de patiënt. Binnen het proces van samen beslissen moet zowel de patiënt, als de personen uit het sociaal systeem, ervaren dat men het beste met hem/hen voor heeft. Een ander belangrijk aspect van samen beslissen is dat de cliënt écht begrijpt waar het om gaat en wat een beslissing voor hem en zijn persoonlijke situatie zal betekenen. Met de terugvraagmethode, soms ook wel de terugvertelmethode genoemd, kan de professional nagaan of de informatie goed is overgekomen en of de patiënt kan verwoorden wat een bepaalde keuze voor de behandeling of het dagelijks functioneren zou kunnen betekenen. Weet de cliënt alle voor- en nadelen van de verschillende opties? Weet de patiënt wat voorafgaand, tijdens of na een behandeling gevraagd wordt? Of hoe het sociale netwerk onderdeel kan zijn, daar waar informele zorg betrokken is? De professional kan dit doen door de cliënt te vragen om in eigen woorden te vertellen wat er zojuist is besproken. De professional kan hierna indien nodig bijstellen of een aanvulling geven. Het is belangrijk dat de cliënt niet het gevoel krijgt dat hij gecontroleerd wordt, dus de professional betreft de vraag zo veel mogelijk op zichzelf: "Ik wil graag weten of ik het goed heb uitgelegd. Wat gaat u thuis vertellen (of doen)?" Hier kunnen ook de drie goede vragen gesteld worden.

“De drie goede vragen”

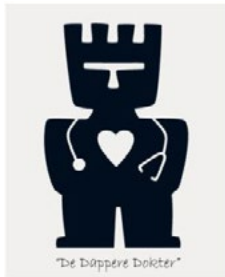


Bron: Patiënten – 3 goede vragen

- 1: Zet op een rij welke mogelijkheden er zijn. Dat zijn er altijd minstens twee, want even afwachten is ook een mogelijkheid.
- 2: Bespreek per mogelijke behandeling de herstelperiode, risico's, gevolgen en bijwerkingen.
- 3: De persoonlijke situatie is belangrijk voor de keuze. Hoe is de thuissituatie, wat is het beroep, hoe oud is de persoon, wat zijn de wensen en de doelen? Voor een zorgprofessional is het belangrijk om dit te weten. Zodat hij/zij het (para-) medische advies hierop kan aanpassen.

Bij het samen beslissen spelen vertrouwen in de gezondheidszorg en de zorgprofessional een grote rol. Men verwacht of gaat er zelfs vanuit dat men mag verwachten dat een gezondheidsprobleem – op korte termijn – wordt opgelost. Verwachtingen van patiënten worden sterk bepaald door enerzijds hun ervaringen en anderzijds door de verwachtingen van hun familie en community. Niet altijd zijn die verwachtingen reëel of passend binnen de huidige gezondheidszorg. Patiënten verwachten niet dat zij op een – lange – wachttijd komen te staan nadat ze eindelijk hebben durven vragen om ondersteuning of behandeling. *“Wachten op (niet-acute) zorg is normaal en in principe ook niet zorgelijk. Zolang het niet leidt tot gezondheidsschade of onnodig lang werkverzuim”*, zegt de rijksoverheid hierover (Rijksoverheid, 2022). Een begrijpelijke reactie vanuit een overheid, maar toch zijn we in Nederland lang anders gewend. Wachttijden en niet behandelen leiden nog vaak tot ontevredenheid. Er is een duidelijke interactie tussen verwachtingen van personen, families of gemeenschappen met ervaringen van waardigheid, respect, privacy, aandacht, toegang tot netwerken, kwaliteit van faciliteiten, keuze van de verstreker en vertrouwen worden door binnen een zorgcontext bestaande uit dienstverleners, managers en beleidsmakers. En dat alles gebeurt binnen historische, politieke, culturele, sociale en economische contexten.

Verwachtingsmanagement en patiënttevredenheid gaan hand in hand. Mirzoev en Kane (2017) hebben een framework ontwikkeld gebaseerd op het framework van de WHO (2000) waarin ze de interactie tussen de ervaringen, verwachtingen en reacties vanuit het zorgsysteem binnen de historische, politieke, culturele en economische context in relatie tot elkaar beschouwen.



De dappere dokters-beweging maakt zich sterk voor optimale passende zorg: "Wanneer mensen in Nederland geconfronteerd worden met een ziekte of beperking hebben zij sterk de neiging om te gaan vechten. Ze willen alles doen om de ziekte te overwinnen. En dit wordt door de personen in hun sociaal netwerk ook vaak aangemoedigd. Er kan natuurlijk ook heel veel. Om optimale in plaats van maximale zorg te leveren zijn zorgprofessionals nodig die met de patiënt, met elkaar over de lijnen van de zorg heen, en met zorgverzekeraars en beleidsmakers in gesprek gaan over welke behandeling nu écht iets toevoegt aan het leven van de patiënt. Optimaal passende zorg draait om de gunstigste zorg voor de patiënt waarbij de persoon van de patiënt belangrijker is dan de ziekte. "Deze dokters hebben aandacht voor de betrokkenheid en eigen verantwoordelijkheid van de patiënt bij de besluitvorming over de behandeling, maar schuiven hun professionele verantwoordelijkheid daarmee niet van zich af" (Dappere Dokters, 2022). Dappere dokters zorgen voor een intensieve samenwerking tussen huisarts, specialist en andere zorgverleners om te komen tot optimale zorg. Hierdoor komen keuzevrijheid voor de patiënt en kwaliteit van zorg samen, zich uitend in patiëntgerichtheid, effectiviteit, veiligheid én doelmatigheid" (Dappere dokters, 2022) en raken zij ook de essentie van interprofessionele zorg. Inzetten van zorg die leidt tot het behoud van participatie of het herstel daarvan, als dat kan in een passende balans tussen inspanning en kwaliteit van leven. Ik raad iedereen aan om zowel de discussie die deze groep aanzwengelt, als de beweging rond interprofessioneel samenwerken in de 1^e lijn zorg te volgen.

Binnen ons lectoraat zijn wij ons er terdege van bewust dat een slechte patiëntervaring hoge en vaak langdurig impact heeft op de patiënt en diens sociaal netwerk en zeker op het succes van de zorg en de mate waarin een participatieprobleem wordt aangepakt. De relatie met een zorgprofessional kan heel snel verloren gaan of vertroebeld raken door een verkeerde opmerking (die jaren later nog herinnerd wordt). En in het samen tot een besluit komen spelen verschillen in perspectieven en levenservaring, maar zeker ook het (onvoldoende) inzicht in de mogelijke inpassing van gedragsverandering binnen het dagelijks leven een essentiële rol. Dit alles wordt nog meer gecompliceerd door de verschillen in professionele benadering en de effecten daarvan op de patiënt. Het lectoraat stelt zich als doel om bij te dragen aan kennis over hoe zorgprofessionals om kunnen gaan met verschillen in perspectieven, levenservaringen en de context van de patiënt, zodat gezamenlijk met de patiënt en diens sociale netwerk passende zorg kan worden geleverd.

3.3 Samen beslissen met mensen met lage gezondheidsvaardigheden

Lage gezondheidsvaardigheden – met een sterke relatie naar geletterdheidsvaardigheden – worden als één van de grootste potentiële risico's gezien voor het goed samen kunnen beslissen. De door Paros gepubliceerde checklist voor lage geletterdheid en lage gezondheidsvaardigheden geeft een duidelijk overzicht van de signalen (zie figuur). Waar gedeelde besluitvorming al complex genoeg is, is dat helemaal zo als de cliënt beperkte gezondheidsvaardigheden heeft (Willems e.a., 2022). Oosterveld e.a. (2019) stelden in hun onderzoek vast dat onder mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden nauwelijks ervaring is met samen beslissen. Zij concluderen dat het merendeel van de deelnemers aan hun focusgroepen vaak geen idee heeft dat er iets te kiezen valt over een behandeling en dat ze zelf een rol kunnen spelen in het keuzeprocess. Ze stemmen simpelweg in met het voorgestelde plan. De informatie over behandelmogelijkheden en het advies van zorgverleners in het proces van (samen) beslissen wordt door mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden als te beknopt en te moeilijk ervaren, waardoor ze al gauw geneigd zijn om in te stemmen ('het zal wel, best') (Oosterveld e.a. 2019)

“ Aan de kant van de organisatie van zorg en de zorgverlener is te weinig tijd voor een gesprek over een behandeling een belemmerende factoren voor samen beslissen. Een opvallende barrière aan de kant van de patiënt is dat veel patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden bang of onzeker zijn om mee te beslissen – bang om de zorgverlener te irriteren of een verkeerde keuze te maken. Dat mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden minder deelnemen aan het proces van samen beslissen leidt er toe dat ze vaker achteraf onzeker zijn of spijt hebben van de genomen beslissing. ”

Oosterveld e.a., 2019.

Dat bepaalde groepen mensen moeite hebben informatie te vinden, te begrijpen en toe te passen heeft niet alleen te maken met hun tekort aan bepaalde vaardigheden. Veel informatie, zowel mondeling als schriftelijk, die professionals en professionele organisaties met hen delen, is complex en verpakt in taal die niet makkelijk toegankelijk is voor hen. Zorgprofessionals gebruiken vaak vaktermen en complexe begrippen en checken niet actief of hun cliënt de informatie ook écht begrepen heeft (Heijmans e.a., 2016). Zorgprofessionals gaan er ongemerkt vanuit dat mondelinge communicatie de beste manier is om te communiceren. Voor een groep met mensen is dat niet zo.

Het vereenvoudigen van informatie is noodzakelijk - eigenlijk voor alle patiënten, niet alleen voor hen met lage geletterdheids- of gezondheidsvaardigheden-, maar niet voldoende voor actieve participatie van de cliënt en diens sociale netwerk in het beslissingsproces. Muscat e.a. (2020) beschrijven wat er nodig is om succesvol deel te nemen aan gedeelde besluitvorming. Cliënten of hun partners binnen het sociale netwerk hebben vaardigheden nodig in het effectief communiceren, en het verkrijgen, begrijpen en delen van informatie met zowel professionals als met betrokkenen uit hun sociale netwerk. Cliënten hebben daarnaast cognitieve en sociale vaardigheden nodig om hun eigen waarden, voorkeuren en eerdere ervaringen te kunnen delen. En tevens om gegeven informatie door de professionals te kunnen evalueren en op hun eigen situatie toe te passen en te toetsen op hun eigen waarden en voorkeuren (van Zaal e.a., 2023).

Van belang voor samen beslissen is dus het zicht hebben op de gezondheidsvaardigheden van de cliënt. Heeft de cliënt alle informatie wel echt begrepen én kan het een link leggen naar de eigen situatie, eigen waarden, eigen voorkeuren? En samen beslissen stelt ook eisen aan de professional.

Voor professionals is het belangrijk dat zij zich bewust zijn van laaggeletterdheid en het hebben van beperkte gezondheidsvaardigheden en dat zij de uitingen hiervan herkennen, zodat zij hun communicatie beter af kunnen stemmen op de communicatieve mogelijkheden die mensen wel hebben. Professionals overschatten vaak de gezondheidsvaardigheden en het niveau van geletterdheid van hun cliënten. Ook ligt het gevaar op de loer dat een passieve rol in proces van samen beslissen geïnterpreteerd wordt als desinteresse en niet samen willen beslissen. Hier kunnen juist lage gezondheidsvaardigheden aan ten grondslag liggen (Murugesu e.a., 2018). Het herkennen van mensen met lage gezondheidsvaardigheden is dan ook van belang. Veel gesignaleerde uitdagingen waar professionals mee te maken kunnen krijgen bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden en/of laaggeletterdheid zijn volgens Murugesu e.a. (2018):

- Het niet of te laat op een afspraak komen.
- Het niet of te laat een afspraak maken.
- Het niet adequaat kunnen invullen van (medische) formulieren.
- Klachten niet goed kunnen verwoorden bij het maken van een afspraak.
- Onvoldoende voorbereid op een afspraak komen.
- Zich niet tot de juiste zorgverlener wenden.

In hun rapport 'Beter omgaan met beperkte gezondheidsvaardigheden in de curatieve zorg' geven Murugesu e.a. (2018) verschillende tips en tools om met cliënten met beperkte gezondheidsvaardigheden om te gaan. Pharos (2022) heeft een checklist ontwikkeld voor het herkennen van laaggeletterdheid en lage gezondheidsvaardigheden.

Checklist HERKENNEN laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden

SIGNALLEN van laaggeletterdheid

De patiënt:

- Vermijdt duidelijk lees- en schrijfsituaties.
- Leest niet mee bij uitleg van een folder of tekst op een scherm.
- Is ongemakkelijk bij de vraag iets op te schrijven of te lezen.
- Gebruikt of begrijpt het nummerapparaat niet.
- Heeft meerdere papieren maar weet niet wat wat is.
- Is ongemakkelijk (of reageert boos) als er teveel vragen gesteld worden.
- Is vaak te vroeg of te laat met herhaalrecept aanvragen.
- Komt te laat of op de verkeerde dag.
- Gebruikt of begrijpt het nummerapparaat niet.

SIGNALLEN van beperkte gezondheidsvaardigheden

De patiënt:

- Heeft moeite met het vertellen van een chronologisch verhaal.
- Stelt geen vragen of stelt niet ter zake doende vragen.
- Antwoordt niet adequaat.
- Lijkt afwezig of ongeïnteresseerd.
- Heeft geen of beperkte kennis van het functioneren van het eigen lichaam.
- Vult digitale vragenlijsten niet in.
- Gebruikt het digitale patiëntenportaal niet.
- Belt altijd voor het maken van een afspraak of komt langs; maakt geen gebruik van de mogelijkheid om online een afspraak te maken.
- Laat de afspraak maken door iemand anders.
- Heeft geen baat bij de adviezen (omdat ze niet opgevolgd worden of niet juist uitgevoerd worden).

SIGNALLEN bij medicijngebruik

De patiënt:

- Leest niet mee bij uitleg van een etiket.
- Is vaak te vroeg of te laat met herhaalrecept aanvragen.
- Belt (vaak) op met vragen over medicijn.
- Heeft geen baat bij de medicatie (als gevolg van (onbewuste) therapie-ontrouw)
- Neemt medicatie niet goed in.

UITSPRAKEN en SMOEZEN VAN PATIËNTEN

- 'Er zat geen bijsluiter bij.'
- 'Sorry, ik ben mijn bril vergeten.'
- 'Dat formulier vul ik thuis wel in.'
- 'Kunt u het voor me invullen, ik schrijf zo onleesbaar.'
- 'Ik dacht dat de afspraak morgen was.'
- 'Ik kan niet lezen, omdat ik woordblind ben.'
- 'Ik heb geen tijd om dit formulier nu in te vullen, ik heb haast.'
- 'Nee, ik lees nooit, de televisie geeft informatie genoeg.'
- 'Mijn buurvrouw zei dat...'

NAVRAGEN

Als u vermoedt dat een patiënt moeite heeft met lezen en schrijven of denkt dat een patiënt moeite heeft met het begrijpen en toepassen van medische informatie, vraag dat dan.

Zorg voor een vertrouwde sfeer, normaliseer en vraag op respectvolle manier;

- Veel mensen hebben moeite met het lezen van folders van het ziekenhuis, hoe is dat voor u?
- Veel mensen hebben moeite met het invullen van (digitale) vragenlijsten van het ziekenhuis, hoe is dat voor u?
- Helpt iemand u wel eens met het invullen van vragenlijsten of het lezen van brieven?

Vraag ook naar het aantal jaren school dat iemand heeft gevolgd.

Schrijf in het dossier van de patiënt dat deze meer tijd nodig heeft voor het verwerken van informatie. Doe dit alleen als de patiënt hier toestemming voor geeft.

3.4 Samen beslissen binnen zorg en welzijn

Het komt steeds vaker voor dat bij de zorgverlening aan en de behandeling en ondersteuning van een cliënt meerdere professionals vanuit verschillende domeinen betrokken zijn. Een goede samenwerking tussen deze professionals is daarbij van groot belang, maar roept ook nieuwe vragen en problemen op. Een duidelijke taak- en verantwoordelijkheidsverdeling zijn hierbij essentieel. Ook is het noodzakelijk dat de zorgverleners met elkaar communiceren en hun werkzaamheden, informatie en keuzes onderling afstemmen. Dit zijn belangrijke randvoorwaarden voor het bieden van verantwoorde (KNMG e.a., 2010) en passende zorg. De organisatie van de samenwerking tussen zorgprofessionals is in veel gemeenten georganiseerd op lokaal niveau of in het proces van organisatie, zoals blijkt uit het voorbeeld hierna. Lokale zorg op één lijn meldt: 'De deelnemers aan de stichting Alphen op één lijn willen de onderlinge samenwerking zo organiseren dat op lokaal niveau een "organisatie" ontstaat die de positie van de eerste lijn versterkt door op te treden als gesprekspartner voor de gemeente, zorgverzekeraars en andere stakeholders. Daarnaast heeft Alphen op één lijn als taak om facilitaire zaken te regelen en zorgprofessionals te ontzorgen' (Van Katwijk & Beereboom, 2016).

Casus Dennis

Dennis, een 42-jarige inwoner van Moerwijk, bezoekt de huisarts voor de zesde keer deze maand. De huisarts heeft vanwege de frequente bezoeken voorgesteld om uitgebreider met hem te spreken en plant een lang consult in. Tijdens dit dubbele consult blijken de pijnklachten op zijn borst die Dennis noemt niet op zichzelf te staan. Dennis heeft jaren in een snackbar gewerkt, maar is een paar maanden geleden ontslagen vanwege een langer bestaande drugsverslaving. Na zijn ontslag kan hij de huur en andere vaste lasten nog nauwelijks betalen. Door betaling van meerdere verkeersboetes, heeft hij zijn zorgverzekering niet op tijd betaald. Hij kan nu ook geen beroep doen op therapeutische ondersteuning. Hij zwerft op straat, om de tijd te doden. De laatste tijd heeft hij sterke pijn op het midden van zijn borst, ter hoogte van zijn middenrif. Dennis en de huisarts besluiten gezamenlijk Sociaal Contract Moerwijk in te schakelen.

Het doel van Sociaal Contract Moerwijk is om zorg en hulpverlening in de wijk op een meer passende manier te organiseren én financieren. Sociaal Contract Moerwijk organiseert een interprofessioneel overleg om samen met Dennis een holistisch ondersteuningsplan te schrijven. Het overleg staat gepland over tien dagen. Dennis, de expert over zijn eigen leven en levensvisie, is aanwezig bij het overleg om daar zijn doelen en levensvisie toe te lichten.

In dit voorbeeld blijkt dat op macroniveau (de zorg in Nederland), mesoniveau (de wijk) en microniveau (het individu) taakverdeling en samenwerking nodig zijn om de individuele cliënt Dennis te begeleiden en ondersteunen in zijn streven naar welzijn (materiële en immateriële tevredenheid) en welbevinden. Door naast zijn gezondheid het verbeteren van zijn financiële positie neemt het welzijn van Dennis toe, wat weer een positief gevolg heeft op zijn gezondheid. Echter, voor zijn welbevinden (de mate waarin hij zich lichamelijk, geestelijk en sociaal goed voelt) is ook het hebben en onderhouden van sociale contacten van groot belang. Daarom worden naast zorgprofessionals, een maatschappelijk werker en ambtenaren van de afdeling sociale zekerheid van de gemeente ook welzijnswerkers betrokken bij het opstellen van het ondersteuningsplan van Dennis.

Het bieden van zorg en welzijn gebeurt op dit moment door veel bevlogen professionals van wie de taken strikt zijn afgebakend. Dit geldt ook voor en voornamelijk vanwege afzonderlijke financieringsstromen. De zorg wordt deels bekostigd door zorgverzekeraars en deels door de Rijksoverheid en gemeente. De welzijnstaken zijn voor rekening van de gemeente. GGDH vindt dat juist het medisch en sociaal domein elkaar moeten vinden. Zeker omdat er een nauwe relatie bestaat tussen gezondheid en armoede. Dát is passende zorg, waar zorg en welzijn hand in hand gaan en participatie het gezamenlijke uitgangspunt is.

Het Lectoraat Relationele zorg heeft zich dan ook ten doel gesteld om proactief de samenwerking te zoeken met actoren binnen het welzijnsdomein, zodat onze studenten en onderzoekers door de domeinen heen kunnen samenwerken en samen met patiënten kunnen leren wat 'samen beslissen' echt betekent en kan bijdragen aan passende zorg. De eerste stappen hierin zijn al gezet met de samenwerking rond het promotievoorstel van Tina van Wouw dat zich richt op samen beslissen binnen interprofessionele samenwerking in de jeugdzorg. Binnen het lectoraatsonderzoek zullen de volgende vragen rond samen beslissen prioriteit hebben:

- a) Hoe stem je als professional binnen het proces van samen beslissen af, op de patiënt in al zijn kleuren?
- b) Welke 'training' hebben patiënten en hun sociaal netwerk nodig om zich aan te passen aan de transformaties binnen de zorg?

4 RELATIONELE ZORG

Binnen passende zorg beslissen professionals in nauwe afstemming met de patiënt welke zorg nodig is en of, wanneer en hoe deze kan worden geboden voordat een behandeltraject wordt gestart. Waar het "samen beslissen"-gesprek voornamelijk aan het begin van de behandeling wordt gevoerd, sterft de professional binnen relationele zorg gedurende het hele proces van behandelen af met de patiënt en de collega-zorgprofessionals om goede zorg te leveren.

Iedereen wil voor zichzelf en voor degene die hij liefheeft goede zorg. Zorg die aansluit bij de persoonlijke behoefte van de patiënt of de behoefte van de personen uit het sociale netwerk van de patiënt. Zorg waarin de patiënt en de zorgprofessional elkaar aandacht geven, afstemmen en moeite doen om elkaar goed te begrijpen. Vanuit een waardevolle relatie kan deze zogenaamde persoonsgerichte zorg bijdragen aan het herstelproces. De relatie tussen zorgverleners en patiënten is – mede door de toegenomen protocollering, werkdruk en grote uitstroom vanuit de zorg – de laatste dertig jaar een belangrijk onderwerp geworden binnen de gezondheidszorg (Dang e.a., 2017; Haddad, 2017; Choi & Lee, 2020). De hoge werkdruk, de toegenomen inzet van technologie en de protocollering hebben ertoe geleid dat 'het gesprek' met de patiënt in het gedrang zijn gekomen.

(Sadler e.a. 2019) stelde binnen haar onderzoek naar de relatie binnen de verslaafdenzorg dat zorggebruikers, *in tegenstelling tot zorgverleners*, sterk hechten waarde aan relationele aspecten van geïntegreerde zorg. Patiënten benoemden dat ook in onze film "Wat voor patiënt ben jij?" (Lectoraat Relationele Zorg, 2022). Maar klopt dat statement van Sadler over de zorgprofessionals wel? Hechten zorgprofessionals minder aan de relationele aspecten van de zorg? Of zijn de relationele aspecten van de zorg door de hoge werkdruk in het gedrang gekomen? En is de uitstroom vanuit de zorg niet mede veroorzaakt door het ontbreken van die behandelaar-patiënt relatie? Of ontbreekt het onderzoekers zoals Sadler vooral aan methoden die systematische beoordeling van de patiënt-professional-relatie mogelijk maken?

4.1 Definitie Relationele Zorg

Relationele Zorg kan worden gedefinieerd als: *"dat de zorgverlener of helper zich open en geduldig inspannt om tot een goed begrip te komen van de hulpzoeker, belangstellend, welwillend: wie is dit, waar draait diens leven om, wat staat er voor hem of haar op het spel, uit welke situatie wil hij of zij vandaan en wat blijkt aantrekkelijk, de moeite waard?" "Het begrip dat zo ontstaat wordt maatgevend voor wat de professional gaat doen en welke interventies hij uit zijn welgevulde professionele rugzak haalt. Niet één keer aan het begin, maar gedurende het gehele proces van begeleiden: telkens weer de ander zien en telkens weer bijdraaien en afstemmen zodat het past (www.zorgwelzijn.nl).*

Lotta Bakker heeft een kunstwerk gemaakt in een serie van beelden 'I am here now'. Ik ben in het nu. In dit beeld genoemd 'I am here now Atlas' zien we een variatie op beelden van Atlas.

Atlas is een figuur uit de Griekse mythologie en staat vooral bekend als de drager van het hemelgewelf. Atlas neemt de last van anderen op zich.

En dat is precies wat zorgprofessionals en mantelzorgers ook doen. Dat is geen probleem als de drager nog voldoende energie en (draag)kracht heeft, maar als de drager niet meer kan dragen zullen beiden vallen.

Ik herken in dit beeld van van het belang van er voor de ander willen zijn, binnen de Relationele Zorg.

Het beeld "I am here Atlas" bracht mij bij de vraag: heeft iemand altijd volledige ondersteuning nodig of kan deze persoon ook nog veel zelf? En welk deel kunnen partners uit het sociale netwerk dragen, dus welke dragende kracht is er vanuit informele zorg? Hebben wij binnen de gezondheidszorg van de laatste eeuw de patiënt misschien teveel zijn zelfmanagement ontnomen? Vanuit de gedachte dat de zorgprofessional het allemaal heel goed wist. En wat is het dan fijn dat er nu steeds meer gerekend en gebouwd wordt op het eigen verandervermogen van de patiënt. Zelfmanagement waarbij de zorgverlener meer optreedt als adviseur of coach.

Om een ander jouw last te laten dragen is er vertrouwen nodig en wederzijdse afstemming, zeker daar waar het een (in eerste instantie onbekende) professional betreft. Het lectoraat Relationale Zorg wil zorgprofessionals, patiënten en mantelzorgers middelen geven om mensen na te laten denken over de vorm, inhoud en duur van de ondersteuning. Passende ondersteuning bieden aan degene die het nodig heeft, op een passende manier, door iemand die de ondersteuning kan geven, waar mogelijk ondersteund met technologie.

4.2 Relationale Zorgprofessional

Er is een noodzaak aan professionals met oog voor zowel het functioneren als het participeren van de cliënt én alle betrokkenen in het sociale systeem van de cliënt. Dit vraagt om specifieke talenten bij professionals. Het vraagt om de kwaliteiten van anderen te (h)erkennen en te begrijpen hoe deze kwaliteiten ingezet kunnen worden voor de best passende zorg en ondersteuning van de cliënt. Ontegengesteld is het van belang dat de professional leert functioneren in een team; het gaat dan om écht samenwerken op een respectvolle manier voor alle betrokkenen, met oog voor elkaars normen en waarden en verschillende rollen en verantwoordelijkheden. In het rapport "Anders kijken, anders leren, anders doen: domeinoverstijgend leren en opleiden in zorg en welzijn in het digitale tijdperk" (Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen samen met het Zorginstituut Nederland, 2016) wordt een dringend beroep gedaan op het ontwikkelen van competenties op het gebied van interdisciplinair (over de disciplines heen) en interprofessioneel (met de patiënt als expert over zijn eigen casus) samenwerken. Een goede zorgprofessional is immers degene die oog heeft voor de behoeften van de patiënt, een luisterend oor heeft, en die behoedzaam omgaat met jouw lichaam en geest (Pool & Goossens, 2014/2015, p. 40) en tegelijkertijd ook heeft voor het eigen welzijn en het welzijn van de collega's waarmee gewerkt wordt.

Compassievolle relaties vormen de kern van het menselijk welzijn. Door relaties leren en groeien mensen. Relaties zijn belangrijk voor het behoud van een gevoel van: vertrouwen, veiligheid en zekerheid, erbij horen, doel en betekenis in het leven, continuïteit, en prestatie. Dit zijn kernprincipes van Relationale Zorg. Relationale Zorg is een voortdurend proces van het opbouwen van iemands vermogen een andere persoon te ondersteunen in hun groei en welzijn. Binnen Relationale Zorg worden 'betekenisvolle' relaties gekoesterd. Verandering in relaties wordt bewerkstelligd wanneer dat nodig is.

Binnen Relationale Zorg heeft een zorgprofessional aandacht voor zichzelf, voor anderen en voor de onderlinge relatie. Een Relationale Zorgprofessional is geïnteresseerd in anderen, toont empathie en nieuwsgierigheid en is alert op de mogelijke gevolgen van de gevoelens en acties op anderen en de onderlinge relatie. Een Relationale Zorgprofessional reflecteert op de eigen rol in relaties en is eerlijk en open in het contact met anderen op een respectvolle en medelevende manier. Jezelf kwetsbaar opstellen wordt door de Relationale Zorgprofessional gezien als mogelijkheid om te komen tot potentiële groei ('fouten maken moet'). Zij respecteren de zelfredzaamheid en het zelfmanagement van anderen en verwijderen waar mogelijk barrières, die zelfexpressie en sterke compassievolle relaties in de weg staan.

4.3 Werkcultuur en Relationale Zorg

De context waarbinnen zorg verleend wordt, is vergelijkbaar en op onderdelen anders voor zorgprofessionals met verschillende achtergronden. De zorgcontext wordt beïnvloed door factoren op politiek en systeemniveau (zie figuur). De werkcultuur, de veiligheid en kwaliteitsnormen en bijvoorbeeld ook het geven en ontvangen van feedback hebben invloed op de context waarin de zorg gegeven wordt. Als de fysieke en/of psychosociale en relationele aspecten van zorg vanuit vertrouwen met elkaar worden geïntegreerd is het opbouwen van een relatie mogelijk.

Het gaat nu te ver om het hele conceptuele kader van zorgsystemen toe te lichten, daarop licht ik enkele nog niet eerder benoemd facetten hier toe. De werkcultuur en de frequentie, vorm en duur van het contact met de patiënt verschilt sterk tussen de verschillende professionele disciplines in de zorg. Ik geef een aantal voorbeelden. Paramedische professionals, zoals diëtisten en huidtherapeuten, zien hun patiënten vaak wekelijks of maandelijks, of soms dagelijks tijdens sessies van een half uur. In de intensieve periode van het ziekte- of herstelproces is er voldoende tijd om naast de professionele relatie ook een persoonlijke relatie met de patiënt op te bouwen.

Chirurgen zien hun patiënten 'uitgebreid' tijdens een intake, welke voornamelijk is gericht op biomedische diagnostiek en eventuele behandeling via medicatie of operatie. Na een interventie is het contact over het algemeen beperkt en verloopt dit vaak via de verpleegkundige. Een patiënt heeft in het ziekenhuis, binnen een revalidatiecentrum of in de thuiszorg vaak dagelijks contact met een verpleegkundige, maar dat zijn niet altijd dezelfde personen. De afwisseling tussen de verschillende verpleegkundigen vraagt om een waterdichte onderlinge afstemming, zodat richting de patiënt en diens sociaal netwerk continuïteit in zorgcommunicatie, zorgrelatie en organisatie gegarandeerd wordt.

In het discussiepanel met de professionals vandaag werd nadrukkelijk besproken dat het opbouwen van een relatie met de zorgvrager van essentieel belang is voor de tevredenheid van zowel de patiënt als het team van zorgprofessionals. De vraag dringt zich op of je wel kunt spreken van een relatie als de zorgprofessional die de zorg levert in persoon regelmatig verandert. Wordt de relatie vooral beïnvloedt door de continuïteit van de persoon van de zorgverlener of van het zorgproces/? Naar de relatie tussen zorgverlener continuïteit en patiënt- en professional tevredenheid en vertrouwen wordt de laatste jaren veel onderzoek gedaan.

Zo schreven Parchman en Burge al in 2004: *'de duur van de relatie en communicatie voorspelde de kennis over de patiënt bij de zorgprofessional, verzamelde kennis voorspelde vertrouwen en vertrouwen voorspelde de behoefte aan preventieve zorg'*. Relationale continuïteit wordt gewaardeerd door patiënten (Palmer, 2018), internationale organisaties (World Health Organization, 2018), huisartsen (Parchman en Burge, 2004) en paramedici (Haggerty e.a., 2003).

Continuïteit van de zorggever leidt tot lagere kosten en beter resultaat

In situaties waarin continuïteit is van de (groep van) zorgprofessional(s) die de persoon behandelen blijkt dat de patiënttevredenheid toeneemt, er minder onnodig gebruik gemaakt wordt van zorg, medicatievoorschriften beter worden opgevolgd en ongewenst medicijngebruik met 21-32% afnam, 4-10% minder opnames op de eerste hulp en 4-6% minder ziekenhuisopnames (de laatsten leiden tot aanzienlijk lagere zorgkosten) waren. Dit effect werd gezien bij chronisch zieke patiënten (Health Quality Ontario (2013), zwangeren en jonge moeders (O'Rourke e.a., 2022), apothekers (McPharm & Lee, 2021), patiënten met astma of COPD (Lytsy et al, 2022), binnen de ouderenzorg (Dyer e.a., 2022) en binnen de zorg rond kinderen met complexe gezondheidsbehoeften (LeGrow et al, 2022) binnen zowel de 0^e, 1^e als 2^e lijnszorg. Patiënten en hun zorgverleners hebben bij continuïteit van zorgprofessional tijd en mogelijkheid om een relatie met elkaar op te bouwen op basis van vertrouwen en een door patiënten sterk gewaardeerd hoog kwaliteitsniveau van communicatie.



Raamwerk voor essentiële verpleegkundige zorg, Feo (2016)

Het eerder gepresenteerde framework is uitgewerkt voor essentiële zorg (zie figuur) een concept dat binnen de verpleegkunde sinds enkele jaren steeds belangrijker is geworden. Relationele Zorg is nauw gecorreleerd met essentiële zorg. Onder essentiële zorg wordt verstaan: 'Activiteiten van verpleegkundigen en verzorgenden met een focus op de essentiële behoeften van de persoon gericht op het fysieke en psychosociale welbevinden. Aan deze behoeften wordt tegemoet gekomen door het ontwikkelen van een positieve relatie en vertrouwensband met de patiënt en zijn of haar naasten.' (vrij vertaald naar Feo e.a. 2016). Essentiële zorg behoort tot de kerntaken van onder andere verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en verzorgenden en is door ZONMw gedefinieerd als: het voorkomen van ziekte door preventie; het verrichten van activiteiten gericht op herstel of gezondheid; en het ondersteunen bij het omgaan met de gevolgen van ziekte of handicap en het bijdragen aan autonomie van de cliënt/patiënt.

Essentiële zorg geldt van de acute zorg, langdurige zorg, geestelijke gezondheidzorg en gehandicaptenzorg tot palliatieve zorg – en in alle levensfasen – van pasgeborene tot de oudste oudere. Essentiële zorg draagt bij aan het fysiek, psychisch en sociaal welbevinden door het ontwikkelen van een positieve relatie en vertrouwensband met de patiënt en zijn of haar naasten.

4.4 Relationele Zorg en communicatie

De termen communicatie en relatie, hoewel niet synoniem, zijn zo verstrengd dat het moeilijk is om over het ene te praten zonder het andere aan te nemen. Binnen wetenschappelijk onderzoek van communicatie wordt de term communicatie steevast gezien als een relationele toestand, dat wil zeggen als een "patroon van interconnecties". Binnen onderzoek van persoonlijke relaties wordt communicatie gezien als het middel waarmee mensen relaties opbouwen en onderhouden, samen met een reeks vaardigheden of vaardigheidstekorten die bijdragen aan relatieaanpassing (Sillars e.a., 2018). Communicatie is het centrale proces dat vorm geeft aan relaties. Communicatie binnen de ene discipline en de ene cultuur kunnen sterk in vorm en inhoud verschillen van die van andere disciplines en culturen. Door af te stemmen op elkaar zijn de mensen eigenlijk samen bezig om de betekenis te geven (=reflexiviteit). De luisteraar krijgt een idee over wie de ander is, welke normen en waarden de ander heeft, welke persoonlijke en professionele achtergrond de ander heeft en wat de gedachten zijn over het onderwerp dat besproken wordt. Communicatie via gesproken, geschreven, formele gebaren- of lichaamstaal wordt aangevuld met ondersteunde communicatie, beelden, perspectieven, normen en waarden die voor iedereen anders kunnen zijn. Voor onze zorgprofessionals betekent dit vanuit authenticiteit continu afstemmen met de patient of collega zorgprofessional, diens communicatieve mogelijkheden en diens gezondheidsvaardigheden.



Communicatie in relaties kan zeer complex zijn, eerder sprake we al over de verschillende perspectieven, waarden en normen. Communicatie vraagt om afstemming tussen de mensen op vele fronten, zoals taalgebruik, kleding, non-verbale communicatie, snelheid en ga zo maar door. Miscommunicatie licht op de loer, zeker als men er te snel vanuit gaat de ander wel te begrijpen.

Interprofessionele communicatie is het communiceren met patiënten, families, sociale netwerken en meerdere professionals in zorg en aanpalende domeinen op een afgestemde en verantwoordelijke manier die een teamproces ondersteunt dat toewerkt naar de promotie en het behoud van gezondheid en naar de preventie en behandeling van ziekten (van Zaaen e.a., 2020). Wederzijds vertrouwen en respect zijn essentiële elementen van interprofessionele communicatie. Een basis van wederzijds begrip vereist onderhandeling en een non-hiërarchische aanpak (Van Zaaen e.a., 2018).

Helaas lijkt het zo te zijn dat mensen de complexiteit van communiceren vaak onderschatten. Hoe kan iets wat we dagelijks en overal doen nu zo moeilijk zijn? Ook wordt de oorzaak van een communicatieprobleem vaak te snel en misschien ook wel onterecht bij de luisteraar gelegd: "Als hij mij niet heeft begrepen, dan heeft hij waarschijnlijk niet goed opgelet. Ik heb het heel goed uitgelegd."

4.4.1 Discipline-gebonden communicatie

Bij mensen met complexe problematiek zijn er vaak meerdere professionals die zich bezighouden met de zorg voor deze cliënt. Samenwerking en elkaars perspectief begrijpen is essentieel, maar elke beroepsgroep heeft zo een eigen manier om het verhaal van de cliënt te vertellen. Leden van verschillende beroepsgroepen vertellen hun verhaal van de patiënt, gevat in de narratieve structuur van hun eigen discipline. Deze verschillende verhalen, verteld in verschillende talen, kunnen van toegevoegde waarde zijn voor het realiseren van een meer persoonsgerichte zorg, begeleiding of ondersteuning. Het omarmen van ware meerstemmigheid door een team is de sleutel voor de totstandbrenging van een geïntegreerde communicatie gericht op doeltreffende samenwerking (van Zaaen et al, 2018). Dit gaat niet altijd goed. In een onderzoek uit 2018 (Amudha e.a.) werd geconcludeerd dat artsen en verpleegkundigen frustratie melden over hun onderling communiceren omdat de informatie vanuit hun perspectief te weinig samenhangend is.

Het onderzoek maakte duidelijk dat artsen het belangrijk vinden om andere informatie te delen dan verpleegkundigen. Het professioneel perspectief beïnvloedt vaak ook welke vragen de verschillende disciplines elkaar en de patiënt stellen. Of dat aan patiënten - voor hun gevoel - vaak door meerdere disciplines dezelfde vraag wordt gesteld, omdat de overdracht niet effectief is. Dit kan dan voelen als niet continue zorg, waardoor vertrouwen en relatie opbouwen beïnvloed worden. Waar de verschillende communicatiestijlen binnen een team mogelijk leidt tot verdiepende inzichten, zien we dat dit in de afstemming met de patiënt tot onduidelijkheid en inconsistentie kan leiden.

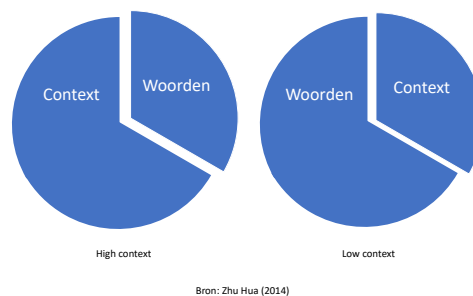
Wat is nodig in het werkveld om een effectief, efficiënt en compassievol multidisciplinair of interprofessioneel samenwerkend en communicerend team op te zetten en te onderhouden? En hoe kun je afstemmen op jouw collegae in al hun kleuren (culturele achtergronden, perspectieven, contexten, communicatiestijlen, beroepsperspectieven, karakters, etc.)?

4.4.2 Communicatie binnen culturele contexten

Relaties bestaan binnen grotere, complexe, dynamische webs van verbindingen en worden beïnvloed door sociale, culturele en omgevingscontexten. *Culturelementen worden door leden van een samenleving via communicatie gemaakt, geleerd en onderhouden. Ze bepalen tot op zekere hoogte het wereldbeeld, het mensbeeld en de wijze waarop mensen zich gedragen en in het leven staan, hoe ze zich voelen en hoe ze de dingen om hen heen waarnemen* (van Zaalen et al, 2020, p.31). Hoewel persoonlijkheidskarakteristieken, communicatiestijlen, attitudes en beeldvorming in sterke mate afhankelijk zijn van de cultuur, communiceren ook mensen uit dezelfde cultuur niet precies hetzelfde. In de communicatie met anderen is het van wezenlijk belang kennis te nemen van cultuurverschillen en deze waar nodig te overbruggen.

Een **hoge context cultuur** is relationeel, collectivistisch, intuïtief en beschouwend. De groep gaat boven het individu en de cultuur en taal zijn gericht op intermenselijke relaties. Hoge context culturen vind je in Azië, Zuid-Europa, Midden-Oosten, Latijns-Amerika, Afrika en in de landen rondom de Middellandse Zee. Het zijn meesters in het overbrengen van informatie zonder veel of relevante woorden te gebruiken. In een hoge context cultuur worden berichten indirect en impliciet gecommuniceerd. Berichten worden niet alleen op basis van de woorden geïnterpreteerd, maar ook op basis van de toon, stem, het gebaar, de stilte of de impliciete betekenis, evenals de context of de situatie. De ontvanger zal vaak veel achtergrondinformatie zoals de situatie, andere berichten en de culturele normen gebruiken om de boodschap te begrijpen. In deze culturen gaat men ervan uit dat misinterpretatie vrijwel onmogelijk is. Meestal zijn dit ook groepsculturen en een half woord is al voldoende om elkaar te begrijpen.

Als je iets vraagt aan iemand uit een hoge context cultuur, zal je geen duidelijk antwoord krijgen. Je moet zoeken naar de onderliggende betekenis. Ook kan 'ja' zowel 'ja' als 'nee' betekenen. In een **lage context cultuur** daarentegen wordt direct en expliciet gecommuniceerd. Lage context culturen vind je met name in de Angelsaksische en Scandinavische culturen: zoals Nederland, Duitsland, Oostenrijk, België, de Scandinavische landen, het Verenigd Koninkrijk, de Verenigde Staten, Engelssprekende Canadezen, Australië en Nieuw-Zeeland. Alles wordt zo expliciet mogelijk verwoord om misinterpretatie te voorkomen. Alle informatie die nodig is om een bericht te kunnen begrijpen, wordt opgenomen in het bericht zelf. Woorden, gesproken, gebaard of geschreven, zijn belangrijk. Veel informatie wordt schriftelijk vastgelegd, geformaliseerd en breed toegankelijk gemaakt. Beslissingen en activiteiten zijn gericht op resultaten.



Exploring intercultural communication

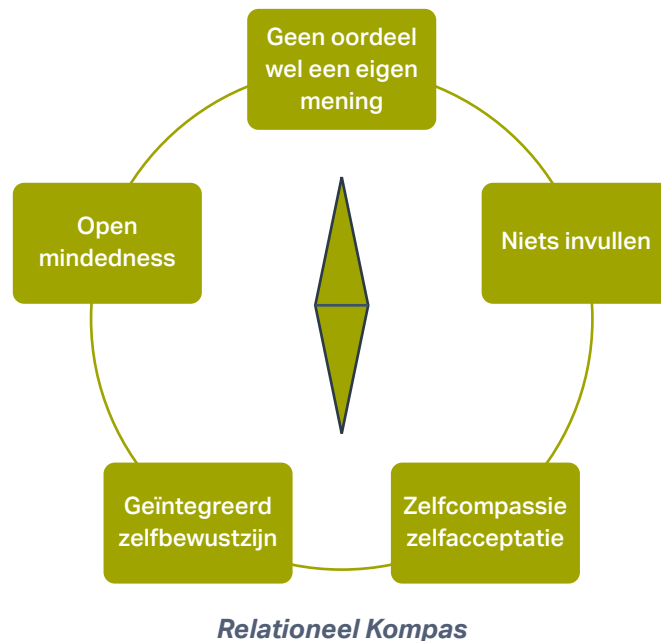
Achtergrondinformatie die belangrijk is om iets efficiënt te bespreken, nemen significante proporties aan. Denk hierbij aan: agenda's, notulen, contracten enzovoorts. Binnen lage context culturen ligt de nadruk binnen de communicatie op de inhoud: eerlijke antwoorden, er is een voorkeur voor schriftelijke communicatie, mondelinge afspraken zijn niet bindend en er is weinig aandacht voor non-verbale communicatie. Door alles expliciet en duidelijk te benoemen vertrouwt men er op dat misinterpretatie niet mogelijk is. Het begrijpen van boodschappen in lage context culturen vraagt om voldoende taalvaardigheid, zowel wat betreft gesproken als geschreven taal. Het is daarom goed denkbaar dat mensen uit een hoge context cultuur met beperkte taalvaardigheid in het Nederlands extra problemen ervaren in de communicatie.

Naast de communicatieve en relationele contexten zijn er natuurlijk vele andere culturele aspecten waar we als zorgprofessionals op de juiste manier op willen afstemmen. Denk aan zaken als religie, geaardheid, sociaal economische status, geletterdheid, lichamelijke gezondheid en niveau van gezondheidsvaardigheden, etc. Het voert nu te ver om hier op dit moment verder op in te gaan.

4.5 Relationeel kompas

Multiperspectiviteit en diversiteit staan binnen het lectoraat Relationele Zorg centraal. Een belangrijke taak van onderwijs is om studenten te leren omgaan met diversiteit: de diversiteit aan mensen die op de wereld rondloopt, maar ook de diversiteit aan perspectieven om naar de dingen te kijken, over de wereld na te denken. Onderwijs draait om het aanbieden van verschillende lenzen, en over het op kennis gebaseerd, rationeel leren nadenken over zaken waar mensen veel te snel een stereotiepe, impulsieve mening over opbouwen (VLOR, 2014). Onderzoek binnen onderwijs gaat over verdieping, over het leren kijken door andere ogen.

Het lectoraat Relationele Zorg stelt zich ten doel om haar onderzoekers, studenten en docenten van de betrokken opleidingen en minoren te ondersteunen in het ontwikkelen van een relationeel kompas. Zorgprofessionals met een sterk relationeel kompas hebben geen oordeel, maar wel een onderbouwde mening (evidence informed). Oordelen gaat vaak over het gedrag van een ander en je mening is een waarde of norm vanuit jezelf. Zorgprofessionals met een sterk relationeel kompas zijn in staat om hun mening op een passende manier te uiten. Zij vullen niets in en hebben een open mind voor ideeën en perspectieven van de ander. Zorgprofessionals met een sterk relationeel kompas hebben een geïntegreerd zelfbewustzijn in combinatie met een hoge mate van zelfcompassie en zelfacceptatie. Relationele zorgprofessionals zullen vaak de **delende communicatiestijl** gebruiken. Op welke manier kun je zorgprofessionals opleiden die de patiënt en diens sociaal netwerk centraal zetten in de zorg, terwijl zij als zorgprofessionals tegelijkertijd gebonden zijn aan protocollen, werkwijzen, formulieren, registraties en vaak last hebben van tijds- en werkdruk?



Het lectoraat Relationele Zorg zet zich in om de persoonsgerichte zorg te bevorderen. Om persoonsgerichte zorg te kunnen leveren zijn zowel de relatie van de zorgprofessional met de patiënt en diens sociaal netwerk, als de relatie van de zorgprofessional met andere zorg -en welzijnsprofessionals onderwerp van ontwikkeling. Het lectoraat wil onderzoeken hoe de zorgverlener kan luisteren en afstemmen met de patiënt/collega en diens sociale netwerk om goed te begrijpen welke ondersteuning passend is. En hoe zorgverleners in opleiding hun eigen kracht en talent weten te herkennen.

Zorgprofessionals komen in contact met veel verschillende patiënten, elk met een eigen verhaal en achtergrond. Wat is dat verhaal, en wat daaruit is relevant voor mijn rol als professional en voor keuzes in het zorgproces? Wat past – op dit moment - het beste bij deze patiënt? Hoe kom ik erachter wat deze patiënt nodig heeft? Op welke manier wil en kan ik een relatie aangaan met deze patiënt? Op deze praktijkvragen van zorgprofessionals zal het lectoraat Relationele Zorg zich focussen. Om de fundamentele betekenis van het relationele in de zorg beter te kunnen begrijpen en breder op de agenda te kunnen zetten, werkt het lectoraat samen met een scala aan docenten, onderzoekers, zorgprofessionals, zorginstellingen, kennisinstellingen, patiëntenorganisaties, ontwerpers en bedrijven, met een natuurlijke verbinding van het lectoraat met het onderwijs.

4.6 Relationele zorg versus of naast digitale zorg?

Waarom is het belangrijk om na te denken over vertrouwen, digitale zorg en relationele zorg? Ik zal een aantal redenen noemen en kort toelichten.

- **Vraagt vertrouwen erom in dezelfde fysieke ruimte te zijn?**

Een van de redenen om na te denken over de relatie tussen digitale en relationele zorg is, omdat vertrouwen van patiënten in zorgverleners belangrijk is: patiënt-zorgprofessional-relaties die onvoldoende gebaseerd zijn op vertrouwen blijken tot lagere niveaus van zorgvraag, lager gebruik van preventieve voorzieningen en lager aantal chirurgische behandeling te leiden. Ik benoemde dit eerder al. En er wordt door vele mensen beweerd dat je geen vertrouwensband kunt opbouwen met een ander zonder elkaar live te 'ontmoeten'. In de Corona-periode waarin veel mensen thuiswerkten hebben we mogen ontdekken dat je wel degelijk professionele en persoonlijke relaties op kunt bouwen, zonder fysiek in dezelfde ruimte te zijn.

- **Technologie kan efficiëntere zorg leveren.** Efficiëntere zorg kan betere zorg betekenen, bijvoorbeeld het vergroten van de autonomie van patiënten of het uitstellen van hun institutionalisering. Het implementeren van nieuwe technologie zou relaties tussen zorgprofessionals met patiënten kunnen versterken (Shea, 2008) en ook het werk van zorgprofessionals verlichten. Tegelijkertijd wordt in de literatuur gesproken over digitalisering welke de ontwikkeling van vertrouwensrelaties kan remmen, omdat ze de stijl van communicatie tussen patiënten en zorgverleners veranderen (Shea, 2008) naar meer zakelijke communicatie. Technologie-gemedieerde interactie is geneigd om meer "zakelijk" georiënteerd te zijn en verwaarloost vaak "smalltalk". Een informeel gesprek dat deel uitmaakt van face-to-face interactie kan worden geëlimineerd omdat het de tijd is om op te treden. Hoewel smalltalk niet klinisch is of onmiddellijk relevant voor patiëntenzorgkwesties, is het uiterst waardevol voor de ontwikkeling van vertrouwen (Maister e.a., 2021) en het opbouwen en onderhouden van een interpersoonlijke relatie.

- **Financiering gekoppeld aan digitalen praktijken.** Beslissingen over de financiering van de gezondheidszorg door verzekeringen en andere betalingsregelingen voor ziektekostenverzekeringen worden in toenemende mate gekoppeld aan de invoering van elektronische en digitale praktijken. (Zhu, 2021).

- **Oudere personen hechten groot belang aan menselijke interactie.** Hun verlangen naar sociale interacties met anderen uitten en de voorkeur geven aan menselijke interactie boven elektronische monitoring. Dat zag je ook in de film: **Wat voor patiënt ben jij?** De oudere volwassenen geloven dat technologie warmte en menselijke aanraking mist (Shea, 2008). Mensen kunnen vertrouwd raken met of wennen aan technologie. Warm en koud, rationeel en affectief, medisch en sociaal, technologisch en sociaal zijn geen tegenstellingen, maar zijn op verschillende manieren op elkaar afgestemd in verschillende praktijken (Pols & Moser, 2009). Er bestaan in de literatuur ook meerdere voorbeelden van affectieve relaties tussen mensen en technologie (bijv. de Aibo-hond) (Pols & Moser, 2009). Veel mensen, met name degenen die in gezinsgerichte culturen leven, hechten veel waarde aan familiezorgrelaties en stellen vragen over hoe Artificial Intelligence technologieën die verschillende aspecten van mantelzorgwerk vervangen en toch faciliteren, de gezinsdynamiek kunnen beïnvloeden (Ho, 2020).

- **Ontmoeting in dezelfde fysieke ruimte maakt observatie beter mogelijk.** Face-to-face interactie en fysieke aanwezigheid stellen zorgverleners in staat om patiënten te observeren, die op hun beurt relaties smeden met die professionals, niet alleen tijdens verbale en non-verbale communicatie, maar ook door het ervaren van zorg (Nakrem et al (2018)). Face-to-face interactie kan ook online gebeuren, maar mist wel de non-verbale informatie van de rest van het lichaam. Onlineoverleg tussen professionals werkt vaak tijdseffectiever hebben we allemaal mogen ervaren bij het thuiswerken. Maar het de ander ontmoeten leidt tot diepere verbinding en relatie met de collegae.

- **Professionele attitude betreffende inzet technologie.** De introductie van nieuwe technologie binnen de thussituatie vereist de persoonlijke rechtvaardiging en redenering van zorgprofessionals voor een dergelijke actie, omdat hun meningen en goedkeuring van invloed zijn op het feit of ze digitale medische mogelijkheden verwelkomen of niet. Recent onderzoek van Mannheim e.a. (2021) suggereert dat negatieve en ageist attitudes (discriminatie op basis van leeftijd) van professionals in de gezondheidszorg mogelijk van invloed kunnen zijn op hoe oudere volwassenen worden bekeken in relatie tot digitale technologie en bijgevolg van invloed zijn op het daadwerkelijke gebruik en de acceptatie van op technologie gebaseerde behandeling.

- **Effectieve telehealth moedigt patientparticipatie aan.** Telehealth lijkt de onafhankelijkheid en het welzijn van patiënten te ondersteunen. Telehealth biedt patiënten belangrijke voordelen, zoals een betere toegang tot verpleegkundige zorg, meer communicatie met professionals en nauwlettender toezicht (McLean e.a. 2013). Telehealth vraagt wel om aanpassing in de organisatie van het werk, traditioneel gebaseerd op vooraf vastgestelde interventieplannen, die moeten worden aangepast om te reageren op de behoeften en waarschuwingen van individuele patiënten. Telehealth-diensten kunnen face-to-face bezoeken vervangen door videoconferenties of telefoongesprekken, waardoor patiënten thuis kunnen blijven als ze ziek zijn. Telehealth-verpleegkundigen kunnen ook informatie ontvangen over de vitale functies van de patiënt, zoals bloeddruk of hartslag, die patiënten thuis zelf meten.
Effectieve telehealth-zorgprofessionals moedigen patiëntenparticipatie aan omdat patiënten de mogelijkheid waarderen om hun zorgen, vragen en meningen te uiten. Door bewustzijn van het feit dat de camera wordt ingeschakeld, heeft men de neiging om een gevoel van "show-time" te creëren.
- **Artificial Intelligence maakt monitoren dagelijks handelen mogelijk.** Terwijl AI-technologieën gegevens verzamelen, opslaan en verwerken om voorspellingen en / of aanbevelingen te doen, zijn er vragen over hoe oudere volwassenen en hun families persoonlijke en privacyoverwegingen kunnen afwegen tegen winst in onafhankelijk leven, fysieke veiligheid en gemak (Ho, 2020). Hoewel AI-technologieën in theorie vroegdetectie van achteruitgang zouden kunnen vergemakkelijken en tijdige interventie mogelijk zouden kunnen maken, blijkt uit een systematische review die sensormonitoring bestudeert als een methode om het dagelijks functioneren voor oudere volwassenen die zelfstandig thuis wonen te meten en te ondersteunen, dat er momenteel slechts beperkt bewijs is van een dergelijke effectiviteit vanwege een gebrek aan hoge methodologische kwaliteit in relevante studies, en dat de meeste van deze technologieën zich nog in een vroeg stadium van ontwikkeling of verfijning bevinden (Ho, 2020). Het lectoraat Relationele Zorg ziet in de samenwerking met het lectoraat Data science van De Haagse Hogeschool kansen om data in te zetten om vanuit menselijk perspectief besluitvorming, management, governance en beleid te ondersteunen.
- **Technologie went binnen het onderwijs en het sociaal netwerk.** Zorgprofessionals moeten worden opgeleid om open te staan voor en ontvankelijk te zijn voor het complexe, dynamische, multivocale, onstabiele en opkomende karakter van technologie binnen de zorg, in plaats van sociaal-technisch opererende functionarissen te worden met een communicatieve topping." (Timmerman & Baart, 2022). Naast het opleiden van de professionals is het betrekken van het sociaal netwerk van groot belang. De risicopercepties en risicotolerantie van patiënten kunnen verschillen van die van hun familie en professionele zorgverleners. Op individueel en gezinsniveau moeten we overwegen hoe mensen nut, de aanvaardbaarheid en de betrouwbaarheid van AI-technologieën voor gezondheidsmonitoring voor dagelijkse zorg kunnen ontdekken.

CONCLUDEREND

Technologie mag geen vervanging zijn voor de zorg, maar moet in plaats daarvan de rol van een helper of medewerker spelen. Technologie kan beginnen met het aanpakken van het tekort aan verpleegkundigen en andere menselijke gezondheidsbronnen. Zorgprofessionals zouden de tijd die door technologie wordt bespaard kunnen investeren in het bieden van uitgebreidere zorg om patiënten hun fysieke, psychologische, sociale en spirituele welzijn te behouden en te ondersteunen. Kansen te over. Aan ons om deze op een goede manier te benutten en te onderzoeken.

5 DE KENNISKRING EN ONDERZOEKEN VAN HET LECTORAAT

Bovenstaande brengt verschillende onderzoeksvragen met zich mee, die we binnen het lectoraat Relationale Zorg graag verdelen in vragen die betrekking hebben op de patiënt van de toekomst, de professional van de toekomst en de technologie die daarbij ondersteunend kan zijn. Per onderzoekslijn geef ik een korte toelichting, de geformuleerde onderzoeksvragen, voorbeeld projecten en betrokken docent-onderzoekers. Maar ik start met het voorstellen van de kenniskringleden van het lectoraat hun achtergrond en activiteiten binnen het lectoraat.



Peter Renden

Peter Renden studeerde Bewegingswetenschappen aan de Vrije Universiteit Amsterdam en is gespecialiseerd in het aanleren van beroepsvaardigheden binnen de domeinen zorg en veiligheid. In 2015 promoveerde hij aan de VU, Faculteit der Gedrags- en Bewegingswetenschappen, op het proefschrift "Performance under pressure: Police arrest and self-defence skills". De jaren daarna hield hij zich bezig met docentprofessionalisering en onderzoeksprojecten bij de Nationale Politie en Dienst Justitiële Inrichtingen. Door een samenwerking met een anesthesioloog in het Amsterdam Medisch Centrum kwam hij in de zorgwereld terecht, waar tegenwoordig zijn belangrijkste focus ligt. Sinds 2017 is hij als hogeschoolhoofddocent werkzaam bij de Opleiding tot Verpleegkundige. Zijn onderzoek- en onderwijswerkzaamheden richten zich op het creëren van representatieve leersituaties, zodat aankomende zorgprofessionals leren inspelen op wisselende situaties, vraagstukken en verwachtingen. Hij is (mede)aanvrager van succesvolle subsidieaanvragen, waaronder een Senior Comeniusproject, en is copromotor bij een aantal promotietrajecten waarin het opleiden van zorgprofessionals centraal staat.



Sinds mei 2022 is Peter verbonden aan het lectoraat Relationale Zorg. Binnen het lectoraat doet hij met name onderzoek binnen onderzoekslijn 2: zorgprofessionals van de toekomst (blijvend) opleiden. Binnen zijn Senior Comeniusproject "Motorisch leren in de zorg" richt hij zich op het creëren van leersituaties waarin studenten al vroeg in de opleiding, in laag-complexe oefensituaties, leren inspelen op de variërende kenmerken van een zorgsituatie. Daarnaast is hij betrokken bij het project "Simulatie sleeves ontwikkelen voor oedeemonderwijs" waarin hij samen met Natasja leermethoden en materialen ontwikkelt die passen binnen een authentieke leersituatie.

Tsjitske Haanstra

Tsjitske Haanstra studeerde Voeding en Diëtetiek aan de Hanzehogeschool en Gezondheidswetenschappen (research MSc) aan de Vrije Universiteit te Amsterdam. In 2015 promoveerde zij aan de Vrije Universiteit, faculteit Geneeskunde op het proefschrift 'patients expectations: determinants, mechanisms and impact on clinical outcomes'. Vanaf 2013 is zij betrokken geweest bij het opzetten van en onderzoek naar uitkomstenregistraties, en het gebruik van uitkomstendata bij 'samen beslissen' in zowel de orthopedie (VUmc, RadboudUMC), de brandwondenzorg in Nederland (Nederlandse Brandwonden Stichting) als bij Zorginstituut Nederland. Zij is (mede)aanvrager geweest van meerdere succesvolle subsidieaanvragen in voorgenoemde onderzoeksvelden. De rode draad in haar onderzoek is het meer centraal stellen van de patiënt in de zorg, en de uitkomsten die de patiënt belangrijk vindt, binnen zijn/haar context. Tsjitske werkt graag op het snijvlak van onderzoek, zorgpraktijk, beleid en onderwijs.

Vanaf mei 2022 is Tsjitske verbonden aan het lectoraat Relationele zorg waar haar expertise op bovengenoemde onderwerpen zal inbrengen. Daarnaast is ze hogeschooldocent bij de opleiding Huidtherapie waar ze vierdejaarsstudenten begeleidt en coacht bij het doen van hun afstudeeronderzoek. Tsjitske zal zich de komende tijd richten op het opzetten van wetenschappelijk onderzoek naar de toegevoegde waarde van huidtherapeutische behandeling en begeleiding voor het leven van patiënten met een huidaandoening. Hierbij zal zij zich richten op die uitkomsten die voor een patiënt met een huidaandoening relevant zijn zoals bijvoorbeeld zelfvertrouwen, meedoen in de maatschappij en fysiek functioneren. Ook is zij betrokken bij de evaluatie van de introductie van een mantelzorg app in de gemeente Den Haag.

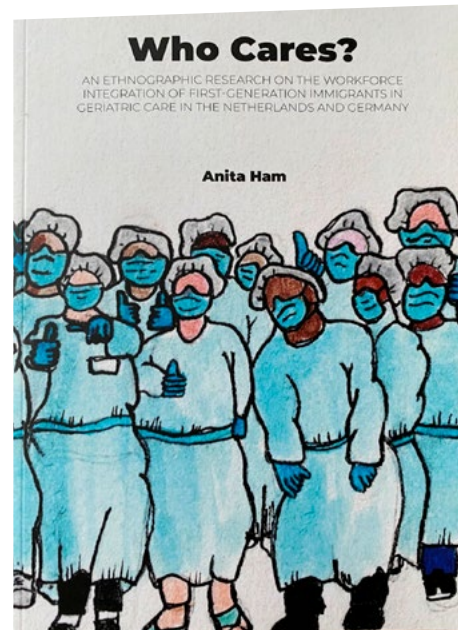


Anita Ham

Anita Ham is verpleegkundige, medisch antropoloog en socioloog en hogeschooldocent aan de opleiding voor verpleegkunde van de Faculteit Gezondheid, Voeding en Sport. Ze promoveerde in 2022 op een etnografisch onderzoek naar de arbeidsmarktintegratie van eerste generatie immigranten in de ouderenzorg in twee verpleeghuizen, in Nederland en in Duitsland. Haar onderzoek laat zien hoe sociale processen en institutionele beperkingen impact hebben op de onderlinge samenwerking, het individuele welzijn van (nieuwe) zorgverleners en op de uitvoering van goede zorg voor oudere mensen. Haar werk levert een belangrijke bijdrage aan het vinden van oplossingen om de huidige tekorten in de zorg op te lossen. Als ook de bevordering van diversiteit onder het zorgpersoneel en de institutionele knelpunten in het samenwerken. Door de kruisbestuiving tussen de "gevestigden" en de "nieuwkomers" kunnen creatieve (zorg) oplossingen ontstaan, wat niet alleen de patiëntenzorg, maar ook het welzijn van (nieuwe) zorgmedewerkers ten goede kan komen.

Haar postdoc-onderzoek binnen het lectoraat Relationele Zorg gaat over kansengelijkheid in bevolkingsonderzoeken van borst- en baarmoederhalskanker. Hoe ondervertegenwoordigde groepen, bijvoorbeeld "laag" geletterden en/of mensen met een andere voorkeurstaal, kunnen worden bereikt, zodat er keuze ontstaat of ze wel of niet willen deelnemen aan deze bevolkingsonderzoeken. Dit participatief actie onderzoek is in samenwerking met LUMC, Mammarosa, Suikerhuis en Aman en TNO.

Voor het lectoraat Groot Stedelijke Ontwikkelingen doet ze onderzoek naar leef- en woonomstandigheden van mensen die gevlucht zijn uit Oekraïne en naar kinderen van arbeidsmigranten uit Midden en Oost Europa in Nederland.





Natasja Lobenstein

Natasja Lobenstein heeft huidtherapie gestudeerd aan de Haagse Hogeschool en heeft daarna de master Health Sciences (specialisatie Prevention and Public Health) van de Vrije Universiteit Amsterdam afgerond. Ze werkt als hogeschooldocent voor de opleiding Huidtherapie. Naast haar werk in het Senior Comenius Project Motorisch Leren in de Zorg, werkt ze aan haar onderzoeksvorstel simulatie-sleeves met oedeem voor oefenen met realistische patiëntkenmerken in het zorgonderwijs. Oedeem is een veelvoorkomende aandoening die grote impact heeft op het leven van patiënten. De behandeling is complex en het onderwijs heeft moeite om aankomende zorgprofessionals voldoende te equiperen.

Het doel van Natasja is door onderwijsinnovaties meer authentieke beroepssituaties in het onderwijs te creëren of te simuleren, waardoor studenten beter worden voorbereid op de (beroeps)praktijk en in hun werk beter kunnen afstemmen op de patiënt. In dit project wil zij in cocreatie simulatie-sleeves voor oedeem ontwikkelen en onderzoek doen naar het leerrendement van deze interventies om de oedeemzorg te verbeteren.



Astrid Stift

De twee thema's 'verbinden' en 'het is altijd anders dan je denkt' vormen voor Astrid een rode draad in haar leven. Dat maakt dat ze binnen het Kenniscentrum Health Innovation niet aan één, maar aan twee lectoraten is verbonden. Aan zowel Relationale Zorg als Technologie voor Inclusief Bewegen en Sport. Haar onderzoek is dan ook een crossover: het stimuleren van bewegen onder patiënten met een chronische huidaandoening en de invloed hierop door hun sociale netwerk. Het vergroten van de beweegdeelname van deze specifieke doelgroep helpt hen in het onder controle houden van hun aandoening. Bewegen als standaard onderdeel van de behandeling met leefstijlinterventies. Eventueel zou hiervoor ook technologie kunnen worden ingezet. Om bewegen te stimuleren danwel het sociaal netwerk van informatie over de patiënt met een chronische huidaandoening te voorzien.

Astrid heeft als communicatiewetenschapper (Instituut voor Massacommunicatie, Radboud Universiteit Nijmegen) veelal onderzoek gedaan naar interne communicatie binnen organisaties. Binnen de opleiding Huidtherapie is zij onderzoeksdocent in het tweede en vierde jaar. In jaar 2 leren studenten bij haar hoe zij technologie, ondernemerschap, wereldburgerschap, internationalisering en netwerken in de beroepspraktijk kunnen inzetten. In het onderwijs dat zij verzorgt in het vierde jaar ontwikkelen studenten aan de hand van de methode Design Thinking beroepsproducten die in het onderwijs of het werkveld kunnen worden ingezet.



Roukayya Oueslati

Roukayya Oueslati is sinds 2018 Hogeschooldocent bij de opleiding HBO-Verpleegkunde en verbonden aan twee lectoraten: Relationale Zorg en Oncologische Zorg. Ze studeerde Gezondheidswetenschappen aan de Vrije Universiteit Amsterdam en behaalde ook een bachelor Arabische taal en cultuur (*cum laude*) en een onderzoeksmaster Religiewetenschappen (*cum laude*) aan de Universiteit Leiden.

Roukayya zet zich op verschillende manieren in om in een steeds complexer wordende zorgcontext de persoon in de patiënt te blijven zien en de zorg toegankelijk te maken voor iedereen. Door het gebruik van verschillende disciplines worden werelden op een unieke manier met elkaar verbonden in haar onderzoek en onderwijs.

Momenteel doet ze promotieonderzoek naar *shared decision making* (SDM) in de oncologische zorg aan etnische minderheidsgroepen in samenwerking met het LUMC, Stichting Voorlichters Gezondheid, Stichting Gezondheid Allochtonen Nederland, het HagaZiekenhuis en het HMC. Hierin vergelijkt ze de waardenstructuren van verschillende SDM-modellen met die van patiënten, naasten en zorgverleners. Door een vergelijking van deze verschillende waardenstructuren kan nagegaan worden op welke punten SDM beter toegespitst kan worden op de behoeftes van patiënten.

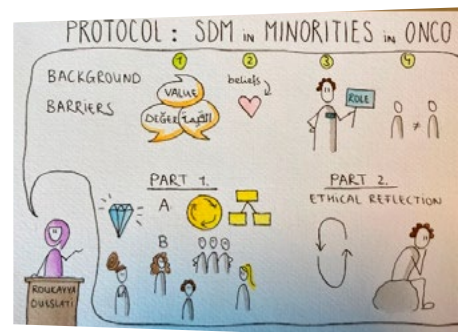
Vanuit het lectoraat Relationale Zorg houdt Roukayya zich bezig met het project Screening the *neighbourhood* in samenwerking met TNO, LUMC, Mammarosa, AMAN en het Suikerhuis. In dit project wordt samen met vrouwen uit groepen die ondervertegenwoordigd zijn in deelname aan oncologische bevolkingsonderzoeken, gekeken hoe ze beter geïnformeerd een beslissing kunnen nemen over deelname.

Eerder deed ze vanuit het LUMC onderzoek voor het project "in gesprek over leven en dood" van Pharos om palliatieve zorg beter af te stemmen op de wensen en behoefte van patiënten uit etnische minderheidsgroepen. In 2018 ontving Pharos hiervoor de "Parel van ZonMw", uitgereikt door Hugo de Jonge, de voormalige minister van VWS.

Matthijs Fleurke

Matthijs studeerde Sociologie en Wijsbegeerte van de sociologie aan de Rijksuniversiteit Groningen. Daarna legde hij zich met de master Health Economics, Policy and Law toe op de gezondheidszorg. Als docent bij de opleiding Voeding en Diëtetiek richt Matthijs zich in het onderwijs op sociologische vragen die relevant zijn voor de diëtetiek. Ook begeleidt hij afstudeerprojecten en verzorgt hij lessen onderzoeksmethodologie.

In het lectoraat Relationale Zorg werkt Matthijs, op basis van een NWO-promotiebeurs, aan onderzoek dat Voeding en Diëtetiek en Relationale Zorg combineert. Diëtetiek is onlosmakelijk verbonden met de gezondheidsdimensie van voeding. Voeding heeft in het alledaagse leven van mensen ook talloze andere dimensies, zoals smaak, prijs, routines, cultuur, enz. Al die dimensies van voeding kunnen het werk van diëtisten compliceren en minder effectief maken. Daarom onderzoekt Matthijs ten eerste hoe diëtisten en andere zorgprofessionals in de begeleiding van ondervoede thuiswonende ouderen hun handelen afstemmen op de persoonlijke situatie van de oudere. Op basis daarvan gaat hij vervolgens een tool ontwikkelen die diëtisten en andere zorgprofessionals kunnen gebruiken om voedingszorg aan thuiswonende ouderen verder te optimaliseren.





Caroelien Schuurman

Caroelien Schuurman studeerde Voeding en Diëtetiek in Groningen en Voeding van de Mens aan Wageningen Universiteit. Haar loopbaan begon in het interventieonderzoek, onder andere bij Unilever Research te Vlaardingen (1999-2006). In 2006 startte ze als freelancer, ze deed onderzoek en schreef artikelen voor diverse vakbladen en opdrachtgevers. Van 2008 tot 2022 werkte ze als redacteur voor het vakblad van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten, en schreef over het brede werkveld van de diëtist. Tijdens deze periode deed ze ook onderzoek naar het gebruik van richtlijnen door diëtisten. Voor het lectoraat Gewichtsmanagement van de opleiding Voeding en Diëtetiek in Amsterdam publiceerde ze twee artikelen over de DIEET-studie- Diëtetiek Effectief En Toekomstbestendig. Momenteel is ze bezig met een herziening van het boek Evidence Based Diëtetiek.

Sinds 2019 is ze docent aan de opleiding Voeding en Diëtetiek. Ze geeft onderwijs aan 1^e en 2^e jaars studenten, met als onderwerp Samen eten Samen leven. Binnen dit vak maken studenten kennis met verschillende doelgroepen en de waarde van eten. Gezond eten is belangrijk, maar samen eten bindt ook samen. Bijvoorbeeld bij eenzaamheid. En wat is de waarde van eten voor mensen met dementie? Hoe gaat dat in andere culturen? Wat als je weinig geld hebt? Studenten doen projecten bij diverse netwerkpartners in Den Haag, en komen daarbij in contact met mensen die kampen met eenzaamheid, dementie, laaggeletterdheid, lage SES, voedselonzekerheid, armoede en psychiatrie. Binnen het lectoraat gaat Caroelien zich vanaf februari 2023 bezighouden met het project PARELS: PARamedische Eerstelijns Substitutie; Routekaart voor paramedische interventies met substitutiepotentieel. Het doel van dit project is de ontwikkeling van een routekaart, die helpt bij de tijdige inzet van paramedische zorg in de thuissituatie, waardoor opname in een ziekenhuis of verpleeghuis voorkomen kan worden, of opnameduur wordt verkort.

Daarbij wordt gewerkt aan drie interventies: fysiotherapie/oefentherapie bij schouderklachten, ergotherapie bij dementie, interdisciplinaire paramedische zorg bij ondervoeding. De effectiviteit van de routekaart wordt bepaald door het meten van de ervaren gezondheid en tevredenheid van cliënten, kwaliteit van zorg, kosten van zorg en werkplezier van zorgverleners.



Natalie Janse

Natalie Janse is managementassistente van het lectoraat Relationale Zorg. Hiernaast ondersteund zij ook 3 andere lectoraten van de faculteit Gezondheid Voeding en Sport. Namelijk de lectoraten Oncologische Zorg, Revalidatie en Technologie en Technologie voor Inclusief Beweging en Sport.

Zij is afgestudeerd aan de Haagse Academie voor Lichamelijk Opvoeding (HALO). Vanuit die achtergrond heeft zij affiniteit met sport en bewegen en een gezonde leefstijl. Door overzicht te behouden en praktische zaken op te pakken weet zij teamleden te ondersteunen in hun werkzaamheden.

Daarnaast brengt Natalie bij discussies het patiënten- en partnerperspectief in, aangezien zij geen achtergrond in de zorg heeft.

Samen werken we binnen de volgende drie onderzoekslijnen.

5.1 Onderzoekslijn 1. Afstemmen op de patiënt/cliënt van de toekomst

1 Afstemmen op de patiënt/cliënt van de toekomst

- Een patiënt/cliënt die meer zelf zijn zorg moet regelen en ondersteund wordt door zijn sociaal netwerk en professionals daar waar het moet.
- Zelfmanagement-profielen zijn nodig; de een kan prima alles zelf, de ander met hulp, de ander met ondersteuning en de ander kan het niet zelf.
- Patiënten/cliënten functioneren naar vermogen binnen hun eigen culturele context.

Deze onderzoekslijn richt in eerste instantie op hoe de zorgprofessionals van de toekomst beter kunnen afstemmen met de patiënt/cliënt zoals deze zich aan hen presenteert. In een later stadium willen we ons verder verdiepen op hoe we de patiënt/cliënt kunnen trainen dan wel ondersteunen binnen diens rol in de veranderende gezondheidszorg.

Binnen dit thema hebben wij de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

- a. Hoe kun je binnen het werk in de gezondheidszorg en (medische) zorgvraagstukken de mens achter de patiënt blijven zien en komen tot een positief partnerschap?
- b. Hoe kun je afstemmen op jouw patiënten en hun sociaal netwerk in al hun kleuren (culturele achtergronden, perspectieven, contexten, communicatiestijlen, karakters, etc.)?
- c. Hoe pas je je binnen het proces van samen beslissen aan, aan de patiënt en diens sociaal netwerk in alle kleuren?
- d. Welke 'training' hebben patiënten nodig om hun rol als patiënt van de toekomst in te kunnen vullen?

Voorbeeldprojecten

- Screening the Neighborhood (ZONMw)
- PROMs en PREMs binnen huidtherapie (RAAK-MKB in voorbereiding)
- Inzet van het sociaal netwerk bij het meer bewegen van mensen met psoriasis (KC HI)

Kenniskringleden die met name binnen dit thema onderzoek doen zijn: Anita, Roukayya, Tsjitske en Astrid.

5.2 Onderzoekslijn 2. Zorgprofessionals van de toekomst (blijvend) opleiden

2 Zorgprofessional van de toekomst (blijvend) opleiden

- Meer coach en adviseur dan behandelaar; Alleen die zorg leveren die nodig is en niet langer alles doen wat kan.
- Zorg wordt geleverd in nauwe samenwerking met andere zorg- welzijnsprofessionals en beleidmakers.
- Patiënt/cliënt centraal en samen beslissen.
- Relatiegericht zorg leveren.
- Meer bevoegdheid en werkgeluk

Binnen een team dat langere tijd samenwerkt, communiceren de teamleden vaak met elkaar over eenzelfde thema. Hoe vaker professionals met elkaar communiceren, hoe meer hun ideeën binnen hetzelfde denkkader zullen vallen. Dit kan leiden tot een gemeenschappelijke mening die afwijkt van de mening van andere teams. De gezamenlijke visie op de juiste aanpak is essentieel voor het in stand houden van het team. De visie van een team kan zo sterk worden dat de teamleden die gaan zien als dé werkelijkheid. Dit wordt ook wel een 'sociale werkelijkheid' genoemd.

De Haagse Hogeschool motiveert haar studenten om hun talenten ten volle te benutten, doelen te stellen en zich te blijven ontwikkelen. Binnen praktijklessen, stages en skills labs worden zorgprofessionals van de toekomst opgeleid tot een hoog kennis- en vaardighedenniveau, samen met zorgprofessionals binnen De Haagse en/of het werkveld. Zorgprofessionals van de toekomst kunnen patiënten behandelen, goed samenwerken, onderzoeken, de juiste en actuele technologieën inzetten, omgaan met veranderingen en blijvend afstemmen op de ander.

Binnen dit thema hebben wij de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

- Op welke manier kun je zorgprofessionals opleiden die de patiënt en diens sociaal netwerk centraal zetten in de zorg, terwijl zij als zorgprofessionals tegelijkertijd gebonden zijn aan protocollen, werkwijzen, formulieren, registraties en vaak last hebben van tijds- en werkdruk?
- Wat is nodig in het werkveld om een effectief, efficiënt en compassievol multidisciplinair of interprofessioneel samenwerkend team op te zetten en te onderhouden?
- Hoe kun je afstemmen op jouw collegae in al hun kleuren (culturele achtergronden, perspectieven, contexten, communicatiestijlen, beroepsperspectieven, karakters, etc.)?

Voorbeeldprojecten

- PARELS (ZonMw)
- Motorisch leren (Senior Comenius Fellowship)
- Diëtetiek en de multidimensionaliteit van voeding (NWO promotiebeurs)
- Interprofessioneel samenwerken en leren in de wijk (Faculteit GVS)

Kenniskringleden die met name binnen dit thema onderzoek doen zijn: Peter, Matthijs en Carolien

5.3 Onderzoekslijn 3. Relationele zorg ondersteund met technologie

3 Relationele zorg ondersteunend met technologie

De patiënt/cliënt (& zijn sociaal netwerk) van de toekomst zal meer en meer zelf regelen. Dit vraagt om:

- sluitende systemen tussen instelling-professional-patiënt (& sociaal netwerk).
- competentieprofielen van technologiegebruikers (zowel professional als patiënt (& diens sociaal netwerk). Inzicht in mogelijkheden en compensaties van de gebruiker; tot welk niveau van zelfmanagement is deze persoon in staat.
- accurate matching tussen behoeften gebruiker en ondersteunende technologische hulpmiddelen.
- technologie die aangepast kan worden aan het niveau van geletterdheid, digitale vaardigheid en/of gezondheidsvaardigheden.

Technologie kan ook ingezet worden bij het beter begrijpen van de ander. Dit geldt voor communicatie ondersteunende technologie, maar ook voor het gebruik van fantomen of simulaties binnen het onderwijs. En tenslotte kan technologie de interactie en communicatie binnen het sociaal netwerk van de persoon ondersteunen. Er zijn veel hulpmiddelen op de markt die kunnen ondersteunen bij langer zelfstandig thuis wonen. Ze ondersteunen de zelfredzaamheid en verlagen het beroep op zorg. Maar dat lukt alleen als het gekozen hulpmiddel past bij de behoefte van de gebruiker. Gebruikers zijn burgers en soms zorgprofessionals. Om goede keuzes te maken is het nodig om te weten wanneer en waar het hulpmiddel gebruikt wordt, maar ook welke hulpmiddelen werken in welke setting. Per persoon is het ook nodig om te weten welke begeleiding nodig is om het te gebruiken. Er zijn helaas veel hulpmiddelen die onjuist of onvoldoende gebruikt worden en er zijn groepen in de samenleving die nog onvoldoende toegang tot of vertrouwen in hulpmiddelen hebben.

Binnen dit thema hebben wij de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

- a. Welke gebruikersprofielen passen bij de inzet van technologie?
- b. Hoe voer je als professional het gesprek met de patiënt/burger/cliënt/zorgprofessional in al zijn kleuren om tot passende ondersteunende technologie te komen?
- c. Welke technologie is beschikbaar om de vanuit het sociale netwerk van de persoon ondersteunend te zijn?

Voorbeeldprojecten

- Academische Werkplaats (ZonMW subsidie)
- Simulatie-sleeves ontwikkelen voor oedeemonderwijs (junior NWO fellow)
- Hello 24/7 mantelzorgapp (Gemeente Den Haag)

Kenniskringleden die met name binnen dit thema onderzoek doen zijn: Natasja en Tsjitske.

Duurzame samenwerkingspartners van het lectoraat Relationele Zorg

Gemeente Den Haag



Langer gezond, prettig en zelfstandig thuis met technologie voor thuis

De gemeente Den Haag kent een aantal uitdagingen in het domein van zorg en ondersteuning: de zorgvraag en zorgkosten stijgen, en de gezondheidsverschillen groeien. In de regio ligt de levensverwachting onder het landelijke gemiddelde. Zo is de verwachting dat inwoners in kwetsbare wijken in Den Haag zeven jaar korter leven. Echter, de vraag naar zorg in deze wijken is exponentieel groter. Maar de zorgvraag groeit de komende jaren ook door de vergrijzing.

Toekomstbestendige zorg

Den Haag wil zorg en ondersteuning toekomstbestendiger maken en gezondheidsproblemen voorkomen door vroege signalering. De juiste technologie kan ervoor zorgen dat een inwoner langer gezond, prettig en zelfstandig thuis kan blijven wonen. En ook dat zorgprofessionals en mantelzorgers ontlast kunnen worden.

Goed werkend ecosysteem

Met het gemeentelijke actieprogramma Zorg en Innovatie voor zorg en ondersteuning thuis en het programma Van Zorg naar Kracht zijn de afgelopen periode grote stappen gezet in Den Haag. Er zijn diverse samenwerkingsverbanden ontstaan tussen partners in het sociaal domein en de ondernemerswereld om technologie toegankelijk en laagdrempelig te maken. Met de partners, zoals de Haagse Hogeschool, is hard gewerkt aan een goed werkend ecosysteem, zodat we met elkaar zorgen voor passende technologie voor thuis voor bewoners.

In samenwerking met onder andere de Haagse Hogeschool zijn diverse onderzoeken gevoerd en is kennis opgedaan over welke technologie werkt voor wie. Momenteel lopen de pilots robotstofzuigers voor inwoners thuis, valpreventie, blended care, digitale mantelzorgondersteuning, opvoedondersteuning met robotica en het op afstand begeleiden van zorgtaken thuis.

Om bewoners bewust te maken over de mogelijkheden van technologie zijn er in 2022 40 stadsgesprekken georganiseerd met groepen Hagenaars. Het nut van technologie als aanvulling op hun ondersteuningsbehoefte stond in deze gesprekken centraal. Via het project Digiredzaam Den Haag zijn uitleencentra in Den Haag uitgerold waar inwoners technologie thuis kunnen uitproberen.

Via diverse (acceleratie)programma's stimuleren we de juiste technologische innovaties in het sociaal domein. Met bijvoorbeeld de Social Tech Startup Network Series verbinden wij de beste startups van het land met partners, potentiële opdrachtgevers en kennisinstellingen.

Inwoners centraal

In de aanpak van de gemeente Den Haag staan de inwoners altijd centraal. We werken voor en samen met de Hagenaar aan nieuwe ideeën en oplossingen. Voor het toekomstbestendig organiseren van zorg en ondersteuning blijft het de komende periode essentieel om gezamenlijk op te trekken en partnerschappen te ontwikkelen die verder reiken dan het sociaal domein. Zoals bijvoorbeeld met zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Zodat iedereen de zorg en ondersteuning kan blijven krijgen die hij/zij nodig heeft.



Kavita Parbhudayal, wethouder Werk, Wijken en Dienstverlening, en aanjager van zorginnovatie: "Een combinatie tussen zorg van de nabije omgeving, formele zorg van aanbieders en slimme technologie die dat ondersteunt; laten we die slimme combinaties nu gaan maken!"

Kenniscentrum Health Innovation

Het kenniscentrum draagt met ruim 80 medewerkers bij aan een vitaal en duurzaam leven voor iedereen, in de breedste zin van het woord. Het lectoraat Relationale Zorg is een van de 9 betrokken lectoraten binnen het kenniscentrum. Hier werken lectoren, (docent)-onderzoekers en studenten samen met professionals, bedrijven en eindgebruikers. Vanuit deze diverse invalshoeken (sociaal, ontwerp, techniek) is ons onderzoek met name gericht op de inzet van sociaal-technologische innovaties. Sociaal-technologisch omdat wij van mening zijn dat technologie nooit losstaat van het sociale aspect.



Om een verandering in gang te kunnen zetten, moet je oog houden voor de mens achter het vraagstuk. EHealth of zorgtechnologie is tegenwoordig niet meer weg te denken en schept nieuwe mogelijkheden. Technologische mogelijkheden leiden echter niet automatisch tot een betere kwaliteit van leven. Sociale contacten en meedoen in de maatschappij zijn hierbij ook belangrijk. We nemen al deze invalshoeken mee bij onze benadering van complexe vraagstukken op het gebied van gezondheid en inclusie en maken zo optimaal gebruik van onze kennis en expertise.

Academische Werkplaats technologie voor thuis

Hulpmiddelen zijn van groot belang om de zelfredzaamheid, kwaliteit van leven en de deelname aan de maatschappij van de gebruikers te ondersteunen en verbeteren. Met de juiste hulpmiddelen kunnen mensen die beperkingen ervaren in het dagelijks leven ook langer zelfstandig thuis blijven wonen. Daarnaast zijn ze nodig om de groeiende vraag naar zorg op te kunnen vangen. Door gebruik van hulpmiddelen kan veel zorg in de thuissituatie plaatsvinden. De Academische Werkplaats: Technologie voor Thuis* doet onderzoek dat helpt om hulpmiddelen slim en effectief in te zetten in de thuissituatie.

Het primaire doel van de Academische Werkplaats Technologie voor Thuis is om een duidelijker beeld te krijgen van de wijze waarop cliënten in de regio Haaglanden denken over de inzet van hulpmiddelen, welke ervaringen zij hebben met hulpmiddelen en de verstrekking ervan.

Ook wordt onderzocht in hoeverre en hoe zij hulpmiddelen gebruiken, welke ideeën ze hebben over mogelijke verbeteringen voor beleid en praktijk en welke andere aspecten zij van belang vinden. De Academische Werkplaats (AW) onderzoekt en evalueert hoe het proces van behoeftebepaling, keuze en verstrekking beter ingericht kan worden. De focus ligt op hulpmiddelen voor ondersteuning van het dagelijks functioneren. Een goed ingericht proces waarin samen met de gebruiker een keuze gemaakt wordt, kan ervoor zorgen dat mensen langer zelfstandig thuis kunnen wonen. Het Lectoraat Relationale Zorg zet zich binnen de Academische Werkplaats met name in voor een betere afstemming op de gebruiker van de technologie (zowel patiënt als professional).

PAR-EL consortium

Zie ook www.PAR-EL.nl

Het PARamedisch EersteLijns (PAR-EL) consortium is een samenwerkingsverband van universiteiten, hogescholen, patiëntvertegenwoordigers, paramedische praktijken, private partners en beroepsverenigingen vanuit de verschillende paramedische disciplines.



De voorbereidingen voor het PAR-EL programma zijn getroffen door een interprofessionele projectgroep vanuit universiteiten, hogescholen, paramedische beroepsverenigingen en cliëntvertegenwoordigers. Het PAR-EL programma betreft een publiek-private samenwerking waarin we samenwerken met private bedrijven, paramedische praktijken en huisartsen om het programma in te richten. In onderstaand overzicht zijn de leden van de projectgroep en de deelnemende organisaties van het PAR-EL consortium weergegeven. **Het doel** van het PARamedische Eerste Lijns (PAR-EL) consortium is het verbeteren van de maatschappelijke participatie van mensen met één of meerdere chronische aandoeningen. Deze mensen kunnen ondanks optimale medische zorg nog steeds beperkingen in hun dagelijks functioneren ervaren. Door verbetering van interprofessionele paramedische diagnostiek, (thuis)monitoring en behandeling willen we bijdragen aan het bevorderen van het dagelijks functioneren van mensen met één of meerdere chronische aandoeningen. Specifieke doelgroep zijn mensen met lage sociaal economische status (SES) en laaggeletterdheid en/of lage gezondheidsvaardigheden.

PAR-EL wil haar doel bereiken in een samenhangend programma van projecten en activiteiten waarin we het fysiek, mentaal, cognitief en sociaal functioneren van deze mensen bevorderen door interprofessionele paramedische diagnostiek, continue (thuis)monitoring en behandeling. Binnen interprofessionele samenwerking wordt de patiënt gezien als expert over zijn eigen casus. Vanuit samen beslissen worden integrale doelen en interventies opgesteld.

Binnen de integrale doelen werken de betrokken professionals samen met de patiënt en diens sociale netwerk aan de invulling van het zorgproces. De interprofessionele samenwerking wordt ondersteund door technologische tools en een gezamenlijke data-infrastructuur. Thuismonitoring met behulp van technologie (zoals beweegmeters, video, en applicaties op het gebied van bewegen, voeding, spraak/taal, leefstijl) vormt een belangrijk onderdeel van het programma.

Yvonne van Zaaen is vicevoorzitter van het PAR-EL consortium. Binnen het PAR-EL consortium zal binnen verschillende samenstelling samen met het lectoraat Relationele Zorg praktijkgericht onderzoek gedaan worden waarbij docent-onderzoekers en studenten van de opleidingen verpleegkunde, huidtherapie en voeding & diëtetik nauw betrokken (zullen) zijn.



Stichting Mens Achter de Patiënt (MAP)

Stichting Mens Achter de Patiënt (MAP) is opgericht door studenten en zet zich in voor mensgerichte zorg. Dit doen we door (toekomstige) zorgprofessionals op te leiden met onze onderwijsmodule. Studenten van verschillende disciplines in het zorg- en welzijnsdomein brengen we samen in contact met ervaringsdelers; mensen die ervaring hebben met zorg, ziekte en welzijn. Zo krijgen zij meer inzicht in de impact van ziekte op het leven van een individu en zijn/haar naasten en worden ze daarnaast interprofessioneel opgeleid. De ervaring leert dat de ervaringsdelers ook veel voordelen halen uit hun deelname, zoals zingeving en contact met lotgenoten. Ook kunnen de ervaringsdelers hun verhaal kwijt, waar dat soms in een spreekuur niet goed kan.

Op het moment is MAP het grootst in Limburg, maar wordt actief gewerkt aan het uitbreiden naar andere delen van Nederland en België. Inmiddels heeft MAP meer dan 350 ervaringsdelers in haar netwerk, die helpen de zorg van morgen te verbeteren. Graag zouden we de zorg van morgen nóg mensgerichter maken en daar hebben we jullie hulp bij nodig! Mocht je hiervoor ervaringsdelers nodig hebben of je wilt op een bepaald gebied samenwerken, dan kun je altijd contact met ons opnemen via info@mensachterdepatient.nl of neem eens een kijkje op onze website www.mensachterdepatient.nl!

Het lectoraat Relationele Zorg wil in de toekomst een nauwe samenwerking opbouwen met de stichting mens achter de patiënt. Wij onderschrijven hun stellingen: "*mensgerichte zorg begint bij mensgericht onderwijs*", "*geïntegreerde zorg begint bij geïntegreerd opleiden*" en "*aandacht is niets extra's*", van harte. We zijn dankbaar dat één van de ervaringsdelers van MAP heeft deelgenomen aan ons patiënt-professional-debat tijdens het symposium.

CORAL – network of European regions

Innovating regions for health, care and wellbeing



Zie ook www.coral-network.eu

European regions are drivers of innovation in many fields ... including health, care, and wellbeing. For over ten years, CORAL has been bringing together regional stakeholders to translate innovation into practice. The Coral network comprises 38 regions from across Europe. It has built a reputation as a leading network with expertise in innovation for active, healthy, and independent living. The Coral network aims to foster scaling-up of innovative solutions for health, care and well-being across all ages and sections of society in Europe. To achieve this overall aim, Coral places funding acquisition, knowledge exchange and learning, mutual learning, knowledge transfer and building demand activities at the heart of its approach.

Het Lectoraat Relationele Zorg is via Yvonne van Zaaen vertegenwoordigd binnen het CORAL-netwerk en sluit aan bij Europese projecten die aansluiten op de onderzoeksvragen van het lectoraat.

SAMENVATTING

Bij goede zorg staat de patiënt centraal. Toch gaat er in de onderlinge afstemming tussen zorgprofessionals en patiënt nog veel mis. Als lector Relationele Zorg bij het kenniscentrum Health Innovation doe ik samen met een groep docent-onderzoekers onderzoek naar het verbeteren van relaties in de zorg. Binnen het lectoraat Relationele Zorg onderzoeken we de zorg waarin de patiënt en de zorgprofessional elkaar aandacht geven, afstemmen en moeite doen om elkaar goed te begrijpen. Hoe kun je als professional steeds opnieuw afstemmen op de patiënt, zodat je weet welke ondersteuning de ander nodig heeft? En hoe kan de patiënt ondersteund worden in het kenbaar maken van deze behoefte?

Onvoldoende afstemming

Door onvoldoende afstemming bestaat het risico dat patiënten behandelingen krijgen die niet goed aansluiten bij hun wensen en behoeften. Bovendien wordt een patiënt vaak door verschillende experts geholpen, terwijl er onvoldoende communicatie is tussen de zorgprofessionals onderling.

Vertrouwen

Er is steeds meer aandacht voor hoe een zorgverlener een vertrouwensband met de patiënt kan opbouwen. Daarbij gaat het om goede communicatie, zoals het geven van heldere feedback, het stellen van verhelderende vragen en aandacht voor het nauwer samenwerken met andere professionals. "Daarbij gaat het niet om 'wat kan ik voor jou doen?', maar om 'wie kan ik voor jou zijn?'. Voor patiënten en zorgverleners is het ook van belang dat zij kunnen vertrouwen op de technologische hulpmiddelen die zij gebruiken, en daar ook kritisch over durven zijn."

Onderzoek

Het lectoraat Relationele Zorg gaat al deze aspecten van onderlinge relatie onderzoeken. Hoe functioneer je als zorgprofessional binnen een team? Hoe bouw en onderhoud je een goede relatie met de patiënt? Hoe zorg je dat er een overkoepelend behandelingsplan is tussen verschillende zorgverleners? En hoe zorg je dat hulpmiddelen ondersteunend zijn aan de patiënt en de interactie tussen betrokken zorgprofessionals en van toegevoegde waarde zijn binnen het dagelijks functioneren van de patiënt?

Verwondering

Bij het onderzoek worden studenten van De Haagse Hogeschool nauw betrokken. Onderzoek en onderwijs zijn naadloos met elkaar verbonden. Studenten brengen nieuwe inzichten, verwondering en soms onverwachte oplossingen. Hun inzet, ook in menskracht, is onmisbaar bij het uitvoeren van onderzoek. Studenten kunnen zich sneller en beter ontwikkelen door mee te doen met onderzoek en zijn onderdeel van de vernieuwing van de beroepen waarvoor zij worden opgeleid. Samen maken we maatschappelijke impact.

Recente boeken waarvan Yvonne van Zaalen medeauteur is

Naast haar werk als lector is Yvonne sinds 2006 auteur van vele educatieve boeken voor het HBO.

Praktijkgericht onderzoek in de (paramedische) zorg

Eveline Wouters, Yvonne van Zaalen & Janna Bruijning

Dit boek is ook beschikbaar in het Engels: "*Practise based research in (allied) health care*"

Door met een open en kritische blik te kijken naar de wereld om je heen, te signaleren wat beter kan, op zoek te gaan naar verklaringen, en kennis en ideeën te delen, draag je bij aan de ontwikkeling van je beroep. *Praktijkgericht onderzoek in de (paramedische) zorg* leert je problemen uit de praktijk gericht te onderzoeken, onderzoek te waarderen, wetenschappelijke artikelen kritisch te lezen en te komen tot oplossingen voor praktijkproblemen.

In vier delen wordt het onderzoeksproces beschreven en volgt zo een student's journey. Deel een gaat in op het waarom van onderzoek in de (paramedische) zorg, de ethische aspecten en de waarde van evidence-based practice. Deel twee leert hoe je van een praktijkprobleem tot een goede onderzoeksvraag komt en hoe je vervolgens een projectplan schrijft. Deel drie beschrijft hoe je eigen onderzoek uitvoert, tot en met de analyse en weergave van de resultaten. Kwantitatieve designs, kwalitatief onderzoek, actie-onderzoek, ontwerponderzoek en literatuuronderzoek worden uitgewerkt. In deel vier tenslotte wordt aandacht besteed aan de impact van onderzoek in de praktijk.

Praktijkgericht onderzoek in de (paramedische) zorg biedt studenten in het hoger gezondheidszorgonderwijs een praktische ondersteuning bij het onderwijs rondom evidence-based practice en praktijkgericht onderzoek door alle leerjaren heen, een goede voorbereiding op het afstudeeronderzoek en een basis voor het werken in de beroepspraktijk.

| 317 pagina's | 2021

ISBN boek 9789046907825 | ISBN e-book 9789046970003



Interprofessioneel communiceren in zorg, welzijn en onderwijs

Yvonne van Zaalen, Marlies Mulderij & Stijn Deckers

Maatschappelijke ontwikkelingen dwingen gezondheidszorgprofessionals uit verschillende beroepsgroepen nauw met elkaar samen te werken. Ook wordt een sterker beroep gedaan op de samenwerkingsvaardigheden met de cliënt en diens sociale netwerk. Efficiënte samenwerking leidt tot betere zorg, minder miscommunicatie en hogere tevredenheid bij alle betrokken professionals. *Interprofessioneel communiceren in zorg en welzijn* helpt (toekomstige) zorg- en welzijnsprofessionals de onderlinge communicatie te verbeteren met alle betrokkenen.

Interprofessioneel communiceren in zorg en welzijn is het eerste boek dat communicatie bij interprofessionele samenwerking centraal zet. Het boek beschrijft de manier waarop samenwerkende professionals taal en strategieën kunnen inzetten om tot een goede afstemming te komen en gezamenlijke doelen te bereiken. Het behandelt naast effectief en samenwerkend communiceren ook de manier waarop je je spreekgedrag kunt inzetten en welke hulpmiddelen er zijn voor gespreksvoering. De uitgave ondersteunt bij het herkennen en toepassen van verschillende communicatiestijlen. Checklists, reflectieopdrachten en casuïstiek helpen bij het evalueren van de communicatie; van jezelf als individuele professional én als onderdeel binnen een team.

Interprofessioneel communiceren in zorg en welzijn is geschreven voor studenten van sociale en zorgopleidingen. Daarnaast is het geschikt voor alle professionals die werkzaam zijn binnen de gezondheidszorg en het domein mens en maatschappij.

| 231 pagina's | 2020

ISBN boek 9789046907269 | ISBN e-book 9789046968901



Handboek interprofessioneel samenwerken in zorg en welzijn

Yvonne van ZaaLEN, Stijn Deckers & Hans Schuman

Zorg- en welzijnsprofessionals moeten adequaat met elkaar samenwerken om optimale zorgverlening of ondersteuning te kunnen bieden aan burgers binnen onze participatiemaatschappij. Maar interprofessioneel samenwerken gaat niet vanzelf. Het vraagt om het ontwikkelen van competenties die nodig zijn om te kunnen functioneren in een interprofessionele beroepspraktijk, met oog voor het brede functioneren van de cliënt en alle betrokkenen in het sociale systeem van de cliënt.

Het *Handboek interprofessioneel samenwerken in zorg en welzijn* beschrijft het interprofessioneel samenwerken modelmatig en vanuit een breed perspectief. De uitgave onderscheidt vier kerncompetenties: waarden en ethiek, interprofessionele communicatie, rollen en verantwoordelijkheden en het werken in teams. De auteurs plaatsen deze competenties in het kader van de Nederlandse zorg en welzijnssector en de wet- en regelgeving en laten het belang zien van ethisch bewust en cliëntgericht werken. De uitgave biedt activerende werkvormen en opdrachten die helpen in de ontwikkeling van de gevraagde competenties.

Handboek interprofessioneel samenwerken in zorg en welzijn is geschreven voor studenten van sociale en zorgopleidingen. Daarnaast is het geschikt voor iedereen die werkzaam is in de zorg- en welzijnssector.

| 304 pagina's | 2020

ISBN boek 978904696187 | ISBN e-book 9789046966907



In 2023 komt een herziene versie van dit boek uit getiteld: Interprofessioneel samenwerken in zorg, welzijn en onderwijs

Interprofessioneel samenwerken in zorg, welzijn en onderwijs

Yvonne van ZaaLEN, Stijn Deckers & Hans Schuman – juni 2023

Professionals in zorg, welzijn en onderwijs moeten adequaat met elkaar samenwerken om optimale zorgverlening of ondersteuning te kunnen bieden aan burgers binnen onze participatiemaatschappij. Hierbij is het belangrijk om niet alleen goed samen te werken met andere professionals, maar ook samen met de cliënt, als medebeslisser en eigenaar van het proces. Samenwerken gaat echter niet vanzelf. Het vraagt om het ontwikkelen van competenties die nodig zijn om te kunnen functioneren in een interprofessionele beroepspraktijk, met oog voor het brede functioneren van de cliënt en alle betrokkenen in het sociale systeem van de cliënt.

De geheel herziene uitgave *Interprofessioneel samenwerken in zorg, welzijn en onderwijs* beschrijft het interprofessioneel samenwerken modelmatig en vanuit een breed perspectief. Er worden vier kerncompetenties onderscheiden: waarden en ethiek, interprofessionele communicatie, rollen en verantwoordelijkheden en het werken in teams. De auteurs plaatsen deze competenties in het kader van geldende richtlijnen en wet- en regelgeving en laten het belang zien van ethisch bewust en cliëntgericht werken.

De herziene uitgave gaat ook nadrukkelijk in op interprofessionele samenwerking met het onderwijs en biedt daarnaast instrumenten om interprofessioneel werken in kaart te brengen, vaardigheden en competenties te meten en om interprofessionele professionals op te leiden. De uitgave is aangevuld met nieuwe theoretische inzichten en actuele praktijkvoorbeelden en biedt activerende werkvormen en opdrachten die helpen in de ontwikkeling van de gevraagde competenties.

Interprofessioneel samenwerken in zorg, welzijn en onderwijs is geschreven voor studenten van sociale studies en opleidingen in de zorg en het onderwijs. Daarnaast is het geschikt voor iedereen die werkzaam is in de sectoren zorg, welzijn en onderwijs.

| ca. 325 pagina's | Juni 2023

ISBN boek 9789046908754 | ISBN e-book 9789046972724

REFERENTIES

- Albertini M, Kohli M, & Vogel C. (2007). Intergenerational transfers of time and money in European families: common patterns—different regimes? *Journal of European social policy*, 17(4), 319-334.
- Broeders DWJ., Das HD., Jennissen RPW., Tiemeijer WL en de Visser M. (2018) Van verschil naar potentieel: een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen, WRR-Policy Brief 7, Den Haag: WRR.
- Dang B, Chen W, He W, Chen G. (2011). Rehabilitation Treatment and Progress of Traumatic Brain Injury Dysfunction. *Neural Plast.* 2017;2017:1582182. doi: 10.1155/2017/1582182. Epub 2017 Apr 11. PMID: 28491478; PMCID: PMC5405588.
- Cameron JL, Cheung AM., Streiner DL, Coyte PC., Singh MD., & Stewart DE. (2008). Factor structure and reliability of the Brain Impairment Behavior Scale. *Journal of Neuroscience Nursing*, 40(1), 40-47.
- CBS (2020). Verkregen op 03012023 via ICT-gebruik van huishoudens en personen - ICT, kennis en economie 2020 | CBS
- CBS (2022). Verkregen op 12 december 2022 via Nederland Europese koploper digitale vaardigheden ([cbs.nl](https://www.cbs.nl))
- Dang BN, Westbrook RA, Njue SM. et al. (2017). Building trust and rapport early in the new doctor-patient relationship: a longitudinal qualitative study. *BMC Med Educ* 17, 32 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0868-5>
- Dappere dokters (2022). Gedachtegoed - Dappere Dokters (optimalezorg-dapperedokters.nl)
- Deckers SRJM, Van Zaalen Y, Stoep J, Van Balkom H en Verhoeven L. (2016). Communication performance of children with Down Syndrome: An ICF-CY based multiple case study. *Child Language Teaching and Therapy*, 32(3), 293-311.
- Dyer SM, Suen J, Williams H, Inacio MC, Harvey G, Roder D, Wesselingh S, Kellie A, Crotty M, Caughey GE. Impact of relational continuity of primary care in aged care: a systematic review. *BMC Geriatr.* 2022 Jul 14;22(1):579. doi: 10.1186/s12877-022-03131-2. PMID: 35836118; PMCID: PMC9281225.
- Elwyn G, Price A, Franco JVA, et al (2022). The limits of shared decision making, *BMJ Evidence-Based Medicine* Published Online First: 15 December 2022. doi: 10.1136/bmjebm-2022-112089.
- Erickson SR, Munzenberger PJ, Plante, MJ, Kirking, DM, Hurwitz, ME, & Vanuya, RZ. (2002). Influence of sociodemographics on the health-related quality of life of pediatric patients with asthma and their caregivers. *Journal of Asthma*, 39(2), 107-117.
- Feeney BC., & Collins NL. (2003). Motivations for caregiving in adult intimate relationships: Influences on caregiving behavior and relationship functioning. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(8), 950-968.
- Feo R, Conroy T, Marshall RJ, Rasmussen P, Wiechula R, Kitson AL. (2017). Using holistic interpretive synthesis to create practice-relevant guidance for person-centred fundamental care delivered by nurses. *Nurs Inq.* 2017 Apr;24(2). doi: 10.1111/nin.12152. Epub 2016 Aug 22. PMID: 27549018.
- Forrester-Jones, R, Carpenter J., Coolen-Schrijner P., Cambridge P, Tate A, Beecham J, Hallam A., Knapp, M. en Wooff, D. (2006). The Social Networks of People with Intellectual Disability Living in the Community 12 Years after Resettlement from Long-Stay Hospitals, Volume 19, Issue 4; December 2006; Pages 285-295; <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2006.00263.x>
- FMS (2017). Visiedocument Medisch Specialist 2025-DEF.pdf ([demedischspecialist.nl](https://www.demedischspecialist.nl))
- FMS, (2022). Zorgprofessionals Opleiden in Samen Beslissen Hoe pak je dit aan in de verschillende opleidingscontexten in de zorg? handlerdownloadfiles.ashx (platformuitkomstgerichte zorg.nl)

Health Holland (2019) Kennis- en Innovatieagenda 2020–2023 voor Gezondheid & Zorg. Utrecht: Health Holland. Geraadpleegd van: <https://www.health-holland.com/public/publications/kia/kennis-en-innovatieagenda-2020-2023-gezondheid-en-zorg.pdf>

Health Quality Ontario (2013), Continuity of care to optimize chronic disease management in the community setting: an evidence based analysis, Vol 13, No 6, pp. 1-41),

Heijmans M, Zwikker H, Heide I, & Rademakers J. (2016). NIVEL Kennisvraag 2016: zorg op maat. Hoe kunnen we de zorg beter laten aansluiten bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden?.

Hemsley B, & Balandin S. (2014). A metasynthesis of patient-provider communication in hospital for patients with severe communication disabilities: Informing new translational research. *Augmentative and Alternative Communication*, 30(4), 329-343.

Ho A. (2020). Are we ready for artificial intelligence health monitoring in elder care?. *BMC geriatrics*, 20(1), 1-7 Haddad, 2017; <https://doi.org/10.5688/ajpe6806>

ICThealth (2022). Rapport Gupta: 'Speel 110.000 zorgmedewerkers vrij met bestaande technologie' - ICT&health (icthealth.nl)

Infographic_2022_Stichting het Gehandicapte Kind.pdf

Iglesias-Puzas A, Conde-Taboada A, Aranegui-Arteaga B, Lopez-Bran E. "Fake news" in dermatology. Results from an observational, cross-sectional study. *Int J Dermatol*. 2021;60(3): 358-362. <https://doi.org/10.1111/ijd.15254>

Jensen LR, Løvholt AP, Sørensen IR, Blüdnikow AM, Iversen HK, ... Forchhammer, HB. (2015). Implementation of supported conversation for communication between nursing staff and in-hospital patients with aphasia. *Aphasiology*, 29(1), 57-80.

KNMG, V., KNOV, K., & KNMP, N. (2010). Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg [Guide division of responsibilities in cooperation in healthcare]. Utrecht: KNMG.

Kreps, GL. (2016). Communication and effective interprofessional health care teams. *International Archives of Nursing and Health Care*, 2(3), 051.

Kooiker S, de Jong, A. (PBL) Verbeek-Oudijk, D, de Boer, A. (g.j.) Toekomstverkenning mantelzorg aan ouderen in 2040 Een verkenning van de regionale ontwikkelingen voor de komende 20 jaar, geraadpleegd op 21 oktober 12.38 uur via Toekomstverkenning mantelzorg aan ouderen in 2040 | Publicatie | Sociaal en Cultureel Planbureau (scp.nl); ISBN/ISSN/anders: 978 90 377 0930 8.

Korevaar L., Dröes J., van Wel T., Zijlstra A. & Hofstra J. (2022) In: *Werken aan maatschappelijke participatie Korevaar en Hofstra* (red), Bussum, Coutinho, ISBN 9789046907931.

Kruijff S. (2018). Illness as failure. De strijdcultuur in de geneeskunde. In: B.G.M. van Engelen, G.J. van der Wilt en M. Levi (Red.), *Wat is er met de dokter gebeurd?*, https://doi.org/10.1007/978-90-368-2153-7_5

McLean S, Sheikh A, Cresswell K, Nurmatov U, Mukherjee M, Hemmi A, & Pagliari C. (2013). The impact of telehealthcare on the quality and safety of care: a systematic overview. *PloS one*, 8(8), e71238. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0071238>

Loketgezondleven (2022). Verkregen op 12 oktober 2022 via *Wat is preventie?* | Loketgezondleven.nl

Mannheim I, Wouters EJM, van Boekel LC, van Zaaen Y (2021). Attitudes of Health Care Professionals Toward Older Adults' Abilities to Use Digital Technology: Questionnaire Study *J Med Internet Res* 2021;23(4):e26232; doi: [10.2196/26232](https://doi.org/10.2196/26232) PMID: 33881408 PMCID: 8100887

Movisie (2022) Online training: Participatie van je cliënt ondersteunen | Movisie

Movisie (2018) Participatiewiel - Integraal werken | Movisie

Murugesu L, Heijmans M, Fransen M, & Rademakers J. (2018). Beter omgaan met beperkte gezondheidsvaardigheden in de curatieve zorg: kennis, methoden en tools.

Muscat DM, Shepherd HL, Nutbeam D, Trevena L, & McCaffery KJ. (2021). Health literacy and shared decision-making: exploring the relationship to enable meaningful patient engagement in healthcare. *Journal of general internal medicine*, 36(2), 521-524.

Nakrem S, Solbjør M, Pettersen IN, & Kleiven HH. (2018). Care relationships at stake? Home healthcare professionals' experiences with digital medicine dispensers—a qualitative study. *BMC health services research*, 18(1), 1-10.

Oosterveld M, Noordman J, Rademakers J. (2019). Kennisvraag. Samen beslissen in de spreekkamer. Ervaringen en behoeften van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Utrecht: Nivel, 2019.

O'Rourke K, Yelland J, Newton M, Shafiei T (2022) How and when doula support increases confidence in women experiencing socioeconomic adversity: findings from a realist evaluation of an Australian volunteer doula program. *PLoS ONE* 17 (6): e0270755. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270755>,

Parchman ML, Burge SK. (2004). The patient-physician relationship, primary care attributes, and preventive services. *Fam Med*. 2004 Jan;36(1):22-7. PMID: 14710325.

van de POEL P. | 02-03-2022 | VITALISEREN Preventie moet ggz overeind houden - Dutch Health Hub

Pols, J. en Moser, I. (2009). Cold technologies versus warm care? On affective and social relations with and through care technologies, *Alter*, Volume 3, Issue 2.

Laranjo L, Arguel A, Neves AL, Gallagher AM, Kaplan R, Mortimer N, Mendes GA, Lau AY. (2015). The influence of social networking sites on health behavior change: a systematic review and meta-analysis. *J Am Med Inform Assoc*. 2015 Jan;22(1):243-56. doi: 10.1136/amiajnl-2014-002841. Epub 2014 Jul 8. PMID: 25005606; PMCID: PMC4433372.

LeGrow K, Cohen E, Espin S. (2022). Relational Aspects of Parent and Home Health Care Provider Care Practices for Children With Complex Care Needs Receiving Health Care Services in the Home: A Narrative Review. *Acad Pediatr*. 2022 Mar;22(2):196-202. doi: 10.1016/j.acap.2021.08.009. Epub 2021 Aug 14. PMID: 34403801.

Lytsy P., Engstrom S. Ekstedt M., Engstrom I. Hansson L., Karrman AL, Fredriksson, M., Liliemark, J en Berg, J. (2022). Outcomes associated with higher relational continuity in the treatment of persons with asthma or chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review (2022). *eClinicalMedicine*; 49:101492; <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101492>,

Real S., Lee, T Bishop J., MPH, Mirkov S., Johnson, J. Pont L., Page AT., Penm J., (2021), Attitudes, barriers and facilitators of hospital pharmacists conducting practice-based research: a systematic review, *Journal of Pharmacy practice and research*, Volume 51, Issue 3, Pages 192-202 <https://doi.org/10.1002/jppr.1741>

Maister DH., Galford R., & Green C. (2021). *The trusted advisor*. Free Press.

Mirzoev T., & Kane S. (2017). What is health systems responsiveness? Review of existing knowledge and proposed conceptual framework. *BMJ global health*, 2(4), e000486. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000486>

Mudd A, Feo R, Conroy T, Kitson A. (2020). Where and how does fundamental care fit within seminal nursing theories: A narrative review and synthesis of key nursing concepts. *J Clin Nurs*. 2020; 29: 3652– 3666. <https://doi.org/10.1111/jocn.15420>

Nivel (2021). 'Barometer Vertrouwen in de Gezondheidszorg' van het Nivel (2021), verkregen op 06 januari 2022, via Nederlanders hebben meer vertrouwen in ziekenhuizen, thuiszorg en verpleeghuizen dan in 2018 | Nivel

NRC (2022). Het gevreesde 'zorginfarct' is er al. Wie ermee te maken krijgt? Dat is een kwestie van toeval - NRC, 26 oktober 2022.

NZa & Zorginstituut Nederland (2020). Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú. Geraadpleegd op 2 november 2022 via [samenwerken-aan-passende-zorg-de-toekomst-is-nu.pdf](#) (overheid.nl).

Quinn JR, Schmitt M., Baggs, JG, Norton, SA., Dombek, MT., & Sellers, CR. (2012). Family members' informal roles in end-of-life decision making in adult intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 21(1), 43-51.

Revenson T, Griva K, Luszczynska A, Morrison V, Panagopoulou E, Vilchinsky N, & Hagedoorn M. (2016). Caregiving in the illness context. Springer.

Rijksoverheid (2022). Krijg ik te maken met wachttijden als ik zorg nodig heb? | Rijksoverheid.nl

Sadler E, Potterton V, Anderson R, Khadjesari Z, Sheehan K, Butt F, Sevdalis N, Sandall J. (2019). Service user, carer and provider perspectives on integrated care for older people with frailty, and factors perceived to facilitate and hinder implementation: A systematic review and narrative synthesis. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216488>

Shea K, en Effken JA. (2008). Enhancing patients' trust in the virtual home healthcare nurse. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 26(3), 135-141.

Saey I. (2015). Herstel door de ogen van het sociaal netwerk: Een kwalitatief onderzoek bij familieleden van personen in herstel van alcoholmisbruik, RUG01-002216238_2015_0001_AC.pdf ([ugent.be](#))

Smulders, YM. (2018). Beslissen voor later. Over autonomie en anticiperende besluitvorming. In: B.G.M. van Engelen, G.J. van der Wilt en M. Levi (Red.), *Wat is er met de dokter gebeurd?*, https://doi.org/10.1007/978-90-368-2153-7_9

Sociaal Cultureel Planbureau (2016): Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen Landelijk overzicht van hun leefsituatie in 2015/16

Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J. et al.. (HLS-EU) (2012). Consortium Health Literacy Project Europe. Health Literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 2012; 25: 12:80.

Staatvenz (2022). Werkgelegenheid in de sector zorg en welzijn | De Staat van Volksgezondheid en Zorg ([staatvenz.nl](#))

Stajduhar KI, Funk L, Toye C, Grande GE, Aoun S, & Todd CJ. (2010). Part 1: Home-based family caregiving at the end of life: a comprehensive review of published quantitative research (1998-2008). *Palliative medicine*, 24(6), 573-593.

Stewart MA. (2018). Stuck in the middle: The impact of collaborative interprofessional communication on patient expectations. *Shoulder & Elbow*, 10(1), 66-72.

Stichting het gehandicapte kind (2022) Geen kind zonder vriendjes! | Stichting het Gehandicapte Kind

Stiggelbout AM, Pieterse AH, & De Haes JC. (2015). Shared decision-making: Concepts, evidence, and practice. *Patient Education and Counseling*, 98(10), 1172-1179.

Ubbink DT, Geerts PA., Gosens T, & Brand PL. (2021). Updated Dutch law demands shared decision-making. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 165.

Waverijn, G, Heijmans, M. (2015). Sociaal netwerk bron van hulp en van zorg. www.nivel.nl: NIVEL.

Wetenschappelijke Raad voor het regeringsbeleid (2017). *Weten is nog geen doen: een realistisch perspectief op redzaamheid*. Den Haag: WRR

van der Weijden T, van der Kraan J, Brand PL, van Veenendaal H, Drenthen T, Schoon Y, ... & Stiggelbout A. (2022). Shared decision making in the Netherlands: Progress is made, but not for all. Time to become inclusive to patients. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*.

WHO (2013). Health literacy : The solid facts ([who.int](#))

Wildenbos J. en Hendriksen I. (2021). Het ontwikkelen en toepassen van persona's: een casestudy gericht op laaggeletterdheid, *Journal of Social Intervention: Theory and Practice* – 2021 – Volume 30, Issue 6, pp. 19–28 ISSN: 1876-8830 URL: <http://www.journalsi.org> Publisher: Rotterdam University of Applied Sciences

Willems AEM., Heijmans, M, Brabers, AEM, Rademakers J. (2022). Gezondheidsvaardigheden in Nederland: factsheet cijfers 2021 Utrecht: Nivel, 2022.

Van Zaalen Y, Mulderij M & Deckers, S. (2020). *Handboek interprofessioneel samenwerken in zorg en welzijn*. Bussum: Coutinho.

Van Zaalen Y, Deckers S & Schuman, H. (2018). *Handboek interprofessioneel samenwerken in zorg en welzijn*. Bussum: Coutinho.

Van Zaalen Y, Deckers S & Schuman H. (2023-juni). *Interprofessioneel samenwerken in zorg, welzijn en onderwijs*. Bussum: Coutinho.

Zarzycki, M, Seddon D, Bei E. & Morrison V. (2022) *Why do they care? A qualitative systematic review and meta-synthesis of personal and relational motivations for providing informal care*, *Health Psychology, Review*, DOI: [10.1080/17437199.2022.2058581](https://doi.org/10.1080/17437199.2022.2058581)

Zhu, J. (2021). Ethical issues of smart home-based elderly care: A scoping review. *Journal of nursing management* (20211122)

Zorg Instituut Nederland (2022). <https://www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws/2022/03/31/nederlandse-zorgkosten-blijven-stijgen-vooral-in-de-langdurige-zorg>



De Haagse Hogeschool
Johanna Westerdijkplein 75
2521 EN Den Haag