

Hoe slaagt de MOL?

Management, Organisatie & Leiderschap
voor toekomstige ouderenzorg



set

ready

Oratie 20 juni 2013

Prof.dr. Robbert Huijsman MBA

Erasmus

ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM

INSTITUUT BELEID & MANAGEMENT
GEZONDHEIDSZORG



Hoe slaagt de MOL?

Management, Organisatie & Leiderschap
voor toekomstige ouderenzorg

Prof.dr. Robbert Huijsman MBA

Rede

in verkorte vorm uitgesproken bij de aanvaarding
van het ambt van bijzonder hoogleraar
Management en Organisatie van Ouderenzorg
aan het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg
van de Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen,
Erasmus Universiteit Rotterdam, op donderdag 20 juni 2013



Hoe slaagt de MOL?

Management, Organisatie & Leiderschap
voor toekomstige ouderenzorg

*Mijnheer de Rector Magnificus,
Zeer gewaardeerde collegae,
Beste familie, vrienden en studenten,*

1. Een bijzondere titel

Waar komt die hoofdtitel vandaan, zo zult u zich hebben afgevraagd. Ben ik wellicht een fan van het populaire TV-programma 'Wie is de mol?' Geenzins. Heb ik soms iets met generatiegenoten Linda en John of aandelen in hun mediaconcern? Dat laatste niet, maar hun presentatietechniek en ondernemerschap inspireren wel. De wijze waarop de moderne mediawereld inspeelt op behoeften van cliëntengroepen en daarop het aanbod voortdurend afstemt in de strijd om kijkcijfers en adverteerders, is ook interessant voor de zorgsector. Creativiteit en een beetje show helpen om je visie en verhaal goed over te dragen, ook in onderzoek en onderwijs. En bij leiding geven aan professionals en organisaties zijn inspiratie, communicatie en verbinding cruciaal.

Uit uw kindertijd had u wellicht nog associaties met Monfert de Mol uit De Fabeltjeskrant of Henk de Mol, de stiefvader van Alfred Jodokus Kwak, met zijn typische quote: "Alle molshopen!" Naast vele kinderboeken met een mol als hoofdpersoon, zijn er ook diverse mollenverhalen met een boodschap. De dierenromans van Toon Tellegen zijn beroemd. Zo is er een mol die met de egel besprak wat hij één keer in zijn leven echt graag zou doen, namelijk hollend zijn jas aandoen.¹ Ook zeer lezenswaardig zijn de dierenfabels van coach Peter Suijker, met name over de mol die zich te diep ingroef in allerlei analyses en scenario's, maar vergat dat intuïtie en gevoel ook belangrijk zijn voor strategische koersbepaling.²

Colofon

Hoe slaagt de MOL?
Management, Organisatie & Leiderschap voor toekomstige ouderenzorg
Prof.dr. Robbert Huijsman MBA, 20 juni 2013
978-94-90420-45-1

Oplage:
750

Productiebegeleiding:
Marketing & Communicatie iBMG

Vormgeving en druk:
B&T Ontwerp en advies (www.b-en-t.nl)

Niets van dit alles. Het is de aard van de leerstoel zelf die mij er op bracht aan de officiële titel van Management en Organisatie van Ouderenzorg een extra accent te geven door leiderschap toe te voegen. Toen de drie woorden management, organisatie en leiderschap bij elkaar kwamen, zag ik in de drie startletters ineens het beestje: M, O, L → mol. Ook in het Engels, de moderne academische voertaal, bleek het wonderwel te kloppen: Mole, Management, Organisation and Leadership in Elderly care. De eigenschappen en activiteiten van de mol zijn aardig te vertalen naar de organisatie-opgave in de ouderenzorg. We zijn soms nog een beetje blind voor wat zich allemaal voltrekt in de ouderenzorg en tasten in het duister over wat er nog op ons afkomt.

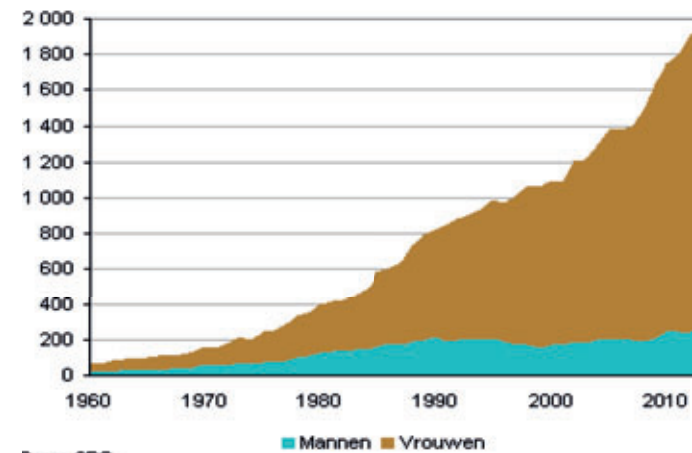
Sommigen hebben net als een mol een scherpe neus voor trends en onderliggende behoeften en sentimenten van ouderen, andere wroeten en graven hun eigen weg door het complexe veld. Soms zie je ineens iets boven de grond komen, de ene keer een slechte molshoop (denk aan wachtlijsten en pyjama-dagen), dan weer een prachtige eruptie van innovatie en verbetering (denk aan nationale programma's als Zorg voor Beter en In voor Zorg). Maar het patroon van gangen en molshopen is niet altijd meteen te doorgronden. Hoe kan de MOL beter slagen, in het licht van toenemende vergrijzing? Wat zijn de uitdagingen voor het management, de organisatie en leiderschap in de ouderenzorg, te midden van vele maatschappelijke en sociaaleconomische ontwikkelingen, de toenemende druk op de solidariteit tussen generaties en de houdbaarheid van het zorgstelsel?

Tijdens deze openbare les ga ik met u graven en wroeten als een echte mol, op zoek naar de juiste gangen, de onderaardse kraamkamers voor nieuwe dingen en de voorraadkamers van inzicht en kennis. Kriskras door het veld, lopen we langs demografische trends en de belangrijkste sociaal-maatschappelijke ontwikkelingen die zelfredzaamheid en eigen regie van ouderen beïnvloeden. Vervolgens bezien we oude en nieuwere trends in de ouderenzorg en onderzoeken we de molshopen die oprijzen voor zorgorganisaties. Als rode draad kijken we naar de ontwikkeling van generaties van jongeren, werkenden en ouderen. Hoe kunnen zij samen vorm geven aan een houdbare zorg voor ouderen, met name kwetsbare groepen zoals dementerenden? Bij dit alles ligt onze focus met name op organisatievraagstukken en de uitdagingen waarvoor managers en leiders in de ouderenzorg zich gesteld zien, ook qua eigen rollen en competenties. Ik sluit deze mollenreis af met een toekomstagenda voor het werkveld, managementonderwijs en academisch onderzoek.

2. Maatschappelijke trends in vergrijzende samenleving

Vanaf 2011 bereiken de eerste personen uit de na-oorlogse Babyboomgeneratie de leeftijd van 65 jaar. Daarmee raakt de vergrijzing in Nederland, die sinds de Tweede Wereldoorlog heel geleidelijk opliep van 7,7% 65-plussers in 1950 tot 15,3% in 2010, in een stroomversnelling. In 2040 zal een op de vier Nederlanders ouder dan 65 jaar zijn. Binnen die groep neemt bovendien het aantal hoogbejaarde mensen ook nog toe, de zogenoemde dubbele vergrijzing. Het is deze groep vanaf 80 à 85 jaar die door kwetsbaarheid en co-morbiditeit het grootste beroep doet op zorg- en dienstverlening. Spectaculair is de grote stijging van het honderdjarigen, waarvan er in Nederland inmiddels bijna 2000 zijn. Vroeger was het bereiken van deze magische grens reden voor burgemeestersbezoek en een mooie kop in de lokale krant, nu is 100+ lang niet meer zo bijzonder. Dit jaar, om precies te zijn op 8 november 2013, komt er wel een prachtige 100-jarige bij: deze Erasmus Universiteit zelf.³

Figuur 1. Honderdjarigen in Nederland (CBS)

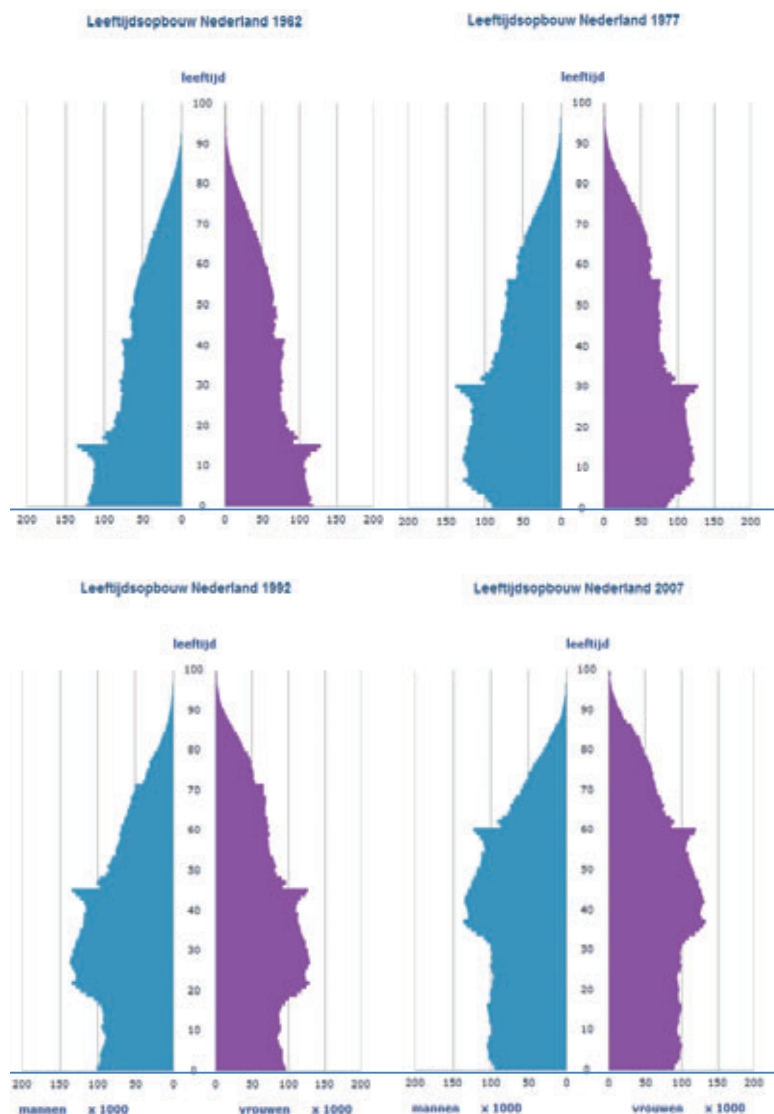


Bron: CBS

Door de dubbele vergrijzing gaat de bevolkingsopbouw heel andere vormen aannemen, weg van de klassieke piramidevorm van vorige eeuwen, naar een soort verdikte paddenstoel. Nederland vergrijsst of verzilvert niet alleen, maar verkleurt ook. Ook onder het allochtone deel van de bevolking gaat de vergrijzing nu doorzetten, waardoor de diversiteit onder generaties ouderen

nog verder toeneemt. De jaartallen waarover in figuur 2a de bevolkingspiramides worden weergegeven, zijn overigens bewust zo gekozen, als het middelste jaarcohort van verschillende generaties. Zo is 1962 niet alleen toevallig mijn geboortjaar, maar ook het middelste jaarcohort van de zogenaamde Verloren generatie. Deze term is van generatiesocioloog Hans Beckers. Daarop gaan we later nog in.

Figuur 2a. Bevolkingspiramides van 1962, 1997, 1992 en 2007 (bron: Statline CBS)

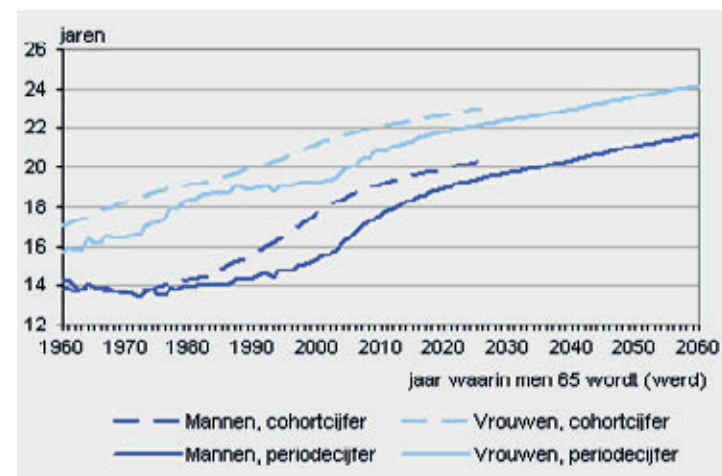


Als in 2040 de piek van bevolkingsgroei en vergrijzing voorbij is, en de naoorlogse generatie vrijwel uitgestorven, is de piramide geëvolueerd tot een soort boomstam. De grijze druk, d.w.z. de verhouding tussen het aantal ouderen en de (potentiële) beroepsbevolking, neemt toe. Was de grijze druk begin deze eeuw nog zo'n 25% (25 65-plussers op 100 personen tussen 20 en 65 jaar), dat loopt op tot bijna 50% in 2040. Dan is in Nederland de piek bereikt en neemt de grijze druk weer af.

In de loop der decennia zijn door hervormingen in publieke hygiëne (riolering, drinkwaterleiding, voeding, vaccinaties), stedenbouw (inclusief milieu- en verkeersveiligheid), arbeid (veiligheid, sociale zekerheid) en gezondheidszorg (bestrijding infectieziekten en hart- en vaatziekten) onze sterftেকansen aanzienlijk gedaald, niet alleen bij de geboorte (kinder- en moedersterfte), maar ook daarna (preventie en medische behandeling).⁴

De resterende levensverwachting op 65-jarige leeftijd is gestegen tot thans 17,6 jaar voor mannen en 20,8 jaar voor vrouwen (figuur 2b); het CBS voorziet een verdere stijging tot 21,5 respectievelijk 24,1 jaar in 2060. Achter de toename van de gemiddelde levensverwachting schuilt een sterke afname van de ongelijkheid in levensduur. Nu overlijdt in Nederland ongeveer een derde van de mensen op een leeftijd die minder dan vijf jaar afwijkt van de gemiddelde levensverwachting; in de 19^e eeuw was dat nog maar 5%.⁴

Figuur 2b. Levensverwachting bij 65 jaar (CBS)



Sociaaleconomische verschillen naar leeftijd en inkomen zijn nog immer een van de belangrijkste bronnen van variatie. De stijging van levensverwachting gepaard met de toename van chronische ‘welvaartsziekten’, maar het aantal jaren doorgebracht met ziekte en gebrek neemt nauwelijks toe dankzij preventie en behandeling van deze ziekten. Door vergrijzing zal het absolute aantal mensen met ‘ouderdomsziekte’ zoals diabetes en dementie sterk toenemen. Op basis van demografische ontwikkelingen wordt verwacht dat het aantal diabetici zal stijgen van 800.000 naar 1,3 miljoen in 2025 en het aantal mensen met een dementieel syndroom van 235.000 naar 550.000 personen in 2050. Ook chronische infectieziekten die jongeren nu overleven door betere behandeling maar op latere leeftijd vaak complicaties veroorzaken, zoals hiv, hepatitis, luchtweginfecties, urineweginfecties en sepsis, gaan vaker voorkomen. Van de jaren die huidige 65-plussers nog voor zich hebben, brengen ze gemiddeld 11 jaar door in goede ervaren gezondheid, 12 jaar zonder lichamelijke beperkingen, 4 jaar zonder chronische ziekten en 17 jaar in geestelijke gezondheid.⁵ Dat is zeer lang! Steeds meer ouderen hebben een soort tweede jeugd met minder verantwoordelijkheden, meer vrijheden en ruimere financiële mogelijkheden. Dat maakt ze ook als consumentengroep commercieel steeds interessanter. Seniorenmarketing wordt de nieuwe trend in tal van economische sectoren.

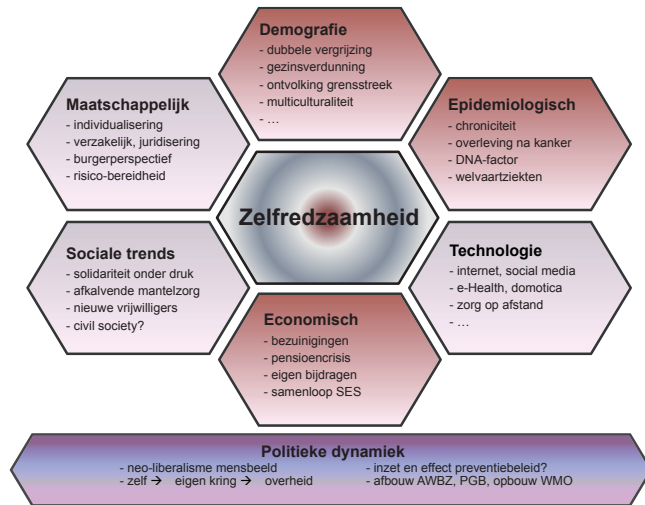
Vrouwen leven weliswaar langer dan mannen, maar de verschillen nemen af omdat vrouwen het relatief slechter doen, ook vergeleken met de rest van Europa. Het aantal jaren in gezondheid verschilt niet veel. Het eind van de levensverlenging is nog lang niet in zicht, maar lengte van leven staat niet gelijk aan kwaliteit van leven. Zo treden bij de alleenwonende hoogbejaarde vrouwen sommige ongunstige verschijnselen zoals verweduwing, slechte pensioenvoorziening en hulpbehoefte gelijktijdig op. Hun aandeel zal sterk stijgen, niet alleen in de bevolking maar ook binnen de (ouderen)zorg; nu al is het leeuwendeel van verzorgings- en verpleeghuisbewoners vrouw.

Naast vergrijzing spelen nog vele andere grote maatschappelijke veranderingen. Uit de vele studies^{6,7} zijn de volgende trends te destilleren, samen te vatten in één hoofdmotto (figuur 3):

Van ziekte en zorg (ZZ) naar gezondheid en gedrag (GG) en naar mens en maatschappij (MM) met technologie thuis (TT).

- ▶ Patient empowerment: bevordering, herstel en behoud van zelfsturing van burgers en regie over eigen leven(seinde) in nauwe wisselwerking met directe naasten (versterking mantelzorg), teneinde vitaliteit en kwaliteit van het bestaan centraal te zetten, ondersteund door kiezen in de zorg op basis van publieke kwaliteitsinformatie, democratisering van medische kennis en zorg.
- ▶ Langer zelfredzaamheid thuis met ‘personalised medicine’, o.a. door technologisering en robotisering van de zorg: e-health, zelfdiagnostiek, telezorg, thuiszorgtechnologie, domotica en doe-het-zelf-zorg; moleculaire geneeskunde, nanotechnologie, genetica en DNA-profiling; biotechnologie, medische voeding; ICT, EPD, health information technology; health gaming.
- ▶ Preventie en nazorg: meer aandacht voor het voorkomen (van verergering of terugkeer) van problematiek (o.a. door bewegen, valpreventie, leefstijlverandering) en beter leren omgaan met de gevolgen van gezondheidsproblemen (gezondheidsgedrag).
- ▶ In de hele bevolking, zeker ook bij ouderen, groeien gevoelens van onzekerheid, onveiligheid en complexiteit, ook doordat de sociaaleconomische positie minder zeker is (zie pensioenen).
- ▶ De sociaaleconomische variatie is en blijft hardnekkig en neemt eerder toe dan af, met groeiende verschillen tussen have’s and have-not’s, niet alleen economisch en qua leefstijl, maar ook maatschappelijk zoals toegang tot netwerken en sociaal kapitaal.
- ▶ Ouderen leveren langer een maatschappelijke bijdrage, in betaald en vrijwillig werk en in mantelzorg. Niet de ziekten, maar vooral de beperkingen die daarmee samenhangen, vormen voor ouderen de belangrijkste obstakels om te participeren.
- ▶ Nieuwe solidariteit: broodfondsen, buurtcorporaties, nieuwe collectiviteiten met groepsgewijs inkoop, virtuele communities en cliëntgroepen (PatientsLikeMe).
- ▶ Naar radicaal andere inrichtings- en financieringsstelsels van de zorgarrangementen: versobering van het collectieve parket, van aanspraak naar voorziening, van formele naar zelf- en samenzorg, hogere eigen bijdragen, van budget naar prestatiebekostiging, grotere invloed van financiers en (vreemd) kapitaalverschaffers, zorgtaks op ongezonde leefstijl.
- ▶ Het nieuwe werken: zelfsturende teams (bv. Buurtzorg); nieuwe beroepen en toetreders; snel veranderende arbeidsmarkt, ondernemerschap in de zorg, marketing, leiderschap; innovaties t.b.v. arbeidsproductiviteit.

Figuur 3. Van ziekte en zorg (ZZ) naar gezondheid en gedrag (GG) en naar mens en maatschappij (MM) met technologie thuis (TT)



3. Generaties en intergenerationale solidariteit

Solidariteit tussen gezond en ziek, tussen arm en rijk en tussen jong en oud ligt aan de basis van ons maatschappelijk stelsel. De dubbele vergrijzing noopt tot verdere doordenking vanuit het perspectief van generaties en de consequenties voor de ouderenzorg. De laatste jaren is het generatiedenken weer in opmars, getriggerd door recente sociaaleconomische ontwikkelingen die in hun samenloop de ene generatie meer raken dan de andere. Inmiddels leveren vier generaties zorgprofessionals ouderenzorg aan drie generaties zorgvragers. Hoe werkt dat samen uit?

3.1 Generatietheorie

In het begin van de twintigste eeuw verkenden de Hongaars-Duitse socioloog Karl Mannheim, de Spaanse filosoof José Ortega y Gasset en de Spaanse socioloog en filosoof Julián Mariás het fenomeen 'generaties'. Generatietheorie stelt dat verwantschap in een generatie ontstaat door het geboren zijn in eenzelfde tijd en door een gedeelde beleving van de heersende tijdsgeest, met eigen sociale gebruiken, overtuigingen en actuele ideeën in de maatschappij.⁸ Iedere generatie heeft een leidende en representatieve minderheid van gezichtsbepalende mensen die energiek zijn, goed aanvoelen welke cultuurpatronen niet meer vitaal zijn en als voorhoede invloed uitoefenen op vernieuwing van hun (werk)omgeving. Het verschil tussen de generatie die een levensfase verlaat en de generatie die opvolgt, vormt de impact in de cultuur. De Nederlandse socioloog Henk Becker^{9,10} bouwde in de jaren '70 en '80 voort op het werk van Mannheim en Mariás. Becker ziet een generatie als een clustering van (jaar)cohorten, met gemeenschappelijke kenmerken op individueel niveau, zoals levenslopen, waardeoriëntaties en gedragspatronen en gedeelde kenmerken op systeemniveau.⁹ Becker veronderstelde dat ervaringen tijdens de formatieve periode van blijvende invloed zijn (in contrast met levenslooptheorieën die aannemen dat mensen gedurende hun hele leven beïnvloedbaar zijn) en nam trendbreuken als uitgangspunt om de cohorten te definiëren. Zo kwam hij tot een Nederlandse indeling in vijf generaties van elk steeds 15 jaar (zie figuur 6) die nog steeds veel gehanteerd wordt. Motivaction voegde er als zesde de grenzeloze generatie aan toe.^{11,12} Boschma & Groen¹³ noemen dit ook wel de Generatie Einstein. En thans worden de laatste mensen geboren van weer een nieuwe generatie, vooralsnog aangeduid als de Digigeneratie.⁸

Becker benadrukt het negatieve effect van moeilijke omstandigheden op generaties, terwijl anderen meer algemeen stellen dat generaties zich vormen te midden van allerlei positieve en negatieve omstandigheden. Ook de hardheid van trendbreuken tussen generaties wordt betwijfeld. De opvoeding van de oude generatie heeft invloed op het denken en doen van de nieuwe generatie. In zijn onderzoek naar generaties in bedrijven laat Bontekoning zien dat de onderlinge overeenkomsten groter zijn dan de verschillen. Zo blijkt dat de drie belangrijkste waarden gezondheid, eerlijkheid en vakmanschap hetzelfde zijn voor alle generaties. Diepstraten e.a.¹⁴ concludeerden dat er in Nederland een groot generatiebesef is. Ongeveer 80 procent van de Nederlandse bevolking rekent zich zelf vaak (19%) of soms (60%) tot een generatie zoals door Becker benoemd.¹⁵ Van Den Broek¹⁶ toetste 30 intergenerationele verschillen op het terrein van politieke en maatschappelijke oriëntaties. Bij 17 daarvan was sprake van significante verschillen tussen de aangrenzende generaties.

3.2 Typering van generaties

De verschillende generaties zijn kort weergegeven in figuur 4; we bespreken ze daarna afzonderlijk.

Figuur 4. Generatie-indeling van Nederland (diverse bronnen)

Generaties	Geboortejaren	Kenmerkend motto
Vooroorlogse generatie	1910-1925	conventionele waarden, kerkelijke verzuiling "je krijgt niets cadeau"
Stille generatie	1925-1940	gezagsgetrouwe burgerwaarden, hard werken "niet klagen, we hebben het best goed"
Protestgeneratie der Babyboomers	1940-1955	idealistische en gedreven democratiseerders emancipatie, "inspraak en draagvlak"
Verbindende of verloren generatie X	1955-1970	nuchtere verbinders van diversiteit "samen werken, samen leven"
Pragmatische generatie Y	1970-1985	werk is belangrijk, levensgeluk nog belangrijker; "je eigen ding doen" en "vooral jezelf zijn"
Grenzeloze generatie of generatie Einstein	1985-2000	projectwerken, zonder hiërarchie en bureaucratie "alles kan en alles moet", ondanks tegenslag
Digigeneratie Z	2000-2015	authenticiteit, leren in het nieuwe digitale werken "multitasking in the cloud", duurzame "foot print"

De vooroorlogse en stille generaties

De huidige zorgbehoevende ouderen komen uit de Vooroorlogse generatie (1910-1925) en de Stille generatie (1925-1940), met relatief veel vertrouwen in gezag, overheid en collectieve voorzieningen. Deze generaties hebben oorlogen, hongersnood en diverse economische recessies meegemaakt, maar ook (de financiële offers gebracht voor) de opbouw van de verzorgingsstaat en de moderne verzorgings- en verpleeghuizen. Bestaanszekerheid en basale levensbehoeften zoals een goede maaltijd, een dak boven het hoofd, hygiëne, de kerk en hechte sociale verbanden tellen nog in deze generaties, mede door hun gedeelde oorlogs- en crisiservaringen. Hun motto zou kunnen luiden "je krijgt niets cadeau" en "niet klagen, we hebben het best goed". Mensen van deze generatie verbazen zich vaak over de luxe, mogelijkheden en ruimte van jonge mensen. Conventionele waarden zijn nog stevig verankerd in deze generaties, geworteld in de kerkelijke verzuiling, geboren vóór de emancipatie en met lagere opleiding dan alle latere generaties. Ze zijn vaak wel lid van verenigingen, vak- en ouderenbonden e.d., maar niet echt politiek actief. De vooroorlogse generatie heeft kunnen profiteren van de sociale zekerheid (denk aan de VUT), maar later ook de eerste bezuinigingen uit de no-nonsense periode tussen 1980 en 1990 meegemaakt.

De protestgeneratie van babyboomers

Deze generatie (1940-1955) is goed opgeleid, sociaal vaardig en opgegroeid met ongekende welvaartstijging. Hierdoor kreeg men oog voor zaken als democratisering, individuele ontplooiing en (seksuele) emancipatie. Dit werd ook door protest overgebracht aan de politiek. Nu zelf op weg naar (ouderen-)zorg stimuleert deze Protestgeneratie concepten als levenslang leren, zelfmanagement en 'shared decision making'. Zij zijn vitaal en gaan voor (hun eigen) idealen, maar met een verminderde oriëntatie op het gezin en wellicht ook de wereld na hen. De Babyboomers hebben hard gewerkt en lijken nu weinig behoefte te hebben aan verandering. Ze hebben zich neergezet als een genietende generatie die leeft in het hier en nu. Het is een generatie die moeilijker kan praten over de eigen behoeften en verlangens, o.a. in hun werkomgeving. Dit geldt voor het aangeven van de eigen grenzen en het omgaan met conflicten. Voor deze generatie zijn aspecten als kwaliteit, kennis en ervaring kunnen gebruiken in hun werk en toegevoegde waarde leveren voor de organisatie veel belangrijker dan status of aanzien verwerven door persoonlijke prestaties of ontwikkeling. Deze generatie wordt ook wel verweten het goed voor zichzelf geregeld te hebben met banen, huizen en pensioenen en bovendien geen plaats te willen maken voor jongere

generaties. Het Sociaal & Cultureel Planbureau heeft echter laten zien dat de eerste na-oorlogse generatie per saldo minder profiteert van de overheid dan de direct daarop volgende generaties.¹⁷

De verbindende generatie X

De Verloren of Verbindende Generatie X (1955-1970) heeft de economische stagnatie en de jeugdwerkeloosheid van eind jaren '70 en begin jaren '80 meegemaakt. De bomen reikten niet langer tot in de hemel. Deze generatie kreeg veel opleiding, maar minder banen. De volgende generatie haalde hen in op de arbeidsmarkt. Dat heeft deze generatie voorzichtig, bescheiden, nuchter, inschikkelijk en geduldig gemaakt. Hoewel door de Babyboomers opgevoed tot idealisme, heeft Generatie X onder de druk van de maatschappelijke omstandigheden voor een no-nonsens mentaliteit gekozen.

Hun motto is daarom "zuinigheid en zekerheid". De onderlinge verschillen binnen deze generatie zijn overigens bijzonder groot, groter dan bij andere generaties. Generatie X bekijkt de wereld vooral procesmatig en voelt zich niet zo gebonden aan structuren. Hoewel de meeste leden uit deze generatie zich vrij snel op hun gemak voelen in sociale verbanden, hebben ze minder behoefte zichzelf daarin te profileren. Vandaar hun nieuwe naam Verbindende in plaats van Verloren Generatie (u zult begrijpen dat ik dat zelf ook een betere titel vind, als lid van deze generatie). In hun leiderschap zoeken zij een bedrijfsmatige aanpak waarbij zij diversiteit constructief benutten, ideeën combineren en mensen verbinden. Zij kijken naar wat bewezen werkt en een gezonde balans. Als leidinggevend staan ze tussen hun mensen, bereid en gemotiveerd om minder ervaren collega's te begeleiden.

De pragmatische generatie Y

De pragmatische generatie Y (1970-1985) organiseert zich zelf in (kennis)-netwerken op meer informele basis, zelfverzekerd opgegroeid met grote technologische vooruitgang. De goede jaren '90 brachten een veilige jeugd ('Patatgeneratie'), maar toen kwamen economische terugslag en terreur (o.a. 9/11). De huidige crisis op de arbeids- en huizenmarkt raakt deze generatie het hardst. Bij inkrimpende bedrijven gaan zij er als eerste uit. Tegelijkertijd kunnen velen niet verder studeren door de bezuinigingen op het onderwijs. De werkloosheid stijgt bij hen het snelst. Deze generatie houdt van dynamiek en plezier in het werk: veel projecten tegelijkertijd, ongeduldig en snel verveeld en als het niet bevalt dan snel door naar een volgende werkgever, zonder het eerdere werk rustig op te bouwen en af

te maken. Integriteit en levensgeluk vinden ze belangrijker dan werk. Deze generatie verdringt in werkorganisaties langzamerhand de Protestgeneratie en wil expliciet kansen krijgen van de leiding. Ze is wars van bureaucratie, houdt niet van het politieke spel en is het trage leren, besluiten en polderen zat. Zij hecht aan zelfontplooiing door vooral in het werk te leren, in een open 'to the point' sfeer, gericht op inhoud en resultaat. Hier evolueert zelfredzaamheid naar samenredzaamheid. In de zorg zien we dat terug door de recente opkomst van buurtnetwerken, wijkcorporaties e.d. en door nieuwe werkconcepten als zelfsturende teams, bijvoorbeeld bij Buurtzorg.

De grenzeloze (digi)generaties

De 'screen-agers' uit de Grenzeloze generaties zijn minder geneigd tot aanpassen. Ze worden expliciet opgevoed met de desastreuze gevolgen voor de toekomst van niet duurzaam en/of eerlijk ondernemen. Ze netwerken met mensen van alle leeftijden en culturen, steeds op zoek naar zinvolle contacten en toegevoegde waarde. Zij willen niet alleen directe resultaten, maar ook direct voldoening halen uit wat ze doen. Dit is de generatie van de 'multitasking'. Generatie Einstein (1985-2000) en nog meer de allerjongste Digigeneratie (sinds 2000) doen dat via de digitale wereld, gericht op authenticiteit en flexibiliteit in sfeervolle omgevingen met weinig hiërarchische sturing. Een enkele vaste baan past niet altijd in dat plaatje, talenten worden voor organisaties steeds ongrijpbaarder. Ze groeien op in een gefragmenteerde wereld waarin enorme hoeveelheden, vaak tegenstrijdige (digitale) informatie 24/7 beschikbaar is. Mede door de onderwijsvernieuwingen zijn zij gewend 'just in time' te leren en kennis te vergaren op het moment dat zij die nodig hebben voor de uitvoering van een taak. Al gamend leren ze van jongs af te vertrouwen op zichzelf: winnen of verliezen hangt geheel af van hun eigen oordeelsvorming, besluitvaardigheid, zelfvertrouwen en doorzettingsvermogen. Waar vorige generaties worstelen met de 'overload' aan informatie en bronnen, is de jongste generatie in staat filters toe te passen die bruikbare van niet-bruikbare data onderscheiden. Het is de tijd van 'big data', 'crowd sourcing' en de 'i-cloud'. Als deze generaties de arbeidsmarkt opkomen, ontstaan heel nieuwe werkwijzen met andere generaties.

3.3 Demografie van generaties

Op basis van CBS-gegevens kunnen we enkele demografische kengetallen van de verschillende generaties presenteren (zie tabel 1). De generaties hebben verschillende omvang, waarbij met name de Protestgeneratie en de Verbindende generatie relatief veel personen kennen. Kindersterfte in het eerste jaar is drastisch afgenomen, d.w.z. ongeveer gehalveerd bij elke volgende generatie. Mede daardoor is de gemiddelde levensverwachting bij geboorte gestegen van 70 tot 78 jaar bij mannen en van 72,6 naar 82,3 jaar bij vrouwen. Per generatie lijkt de levensverwachting bij geboorte en bij 65 jaar bij mannen sneller te verbeteren dan bij vrouwen.

De omvang van generaties in combinatie met economische recessie kan heel verschillend uitwerken. Of een eerdere generatie blijft juist relatief lang aan het werk en werkt een opkomende generatie tegen (Protestgeneratie versus Verbindende generatie) of een jongere generatie verdringt de voorgaande generatie van de arbeidsmarkt (Pragmatische generatie versus Verbindende generatie).

Relatief ten opzichte van de totale bevolking is elke volgende generatie steeds kleiner. In combinatie met langere levensverwachting en langer werken, leidt dit er toe dat er meer generaties dan ooit werkzaam (kunnen) zijn op de arbeidsmarkt. Voor de ouderenzorg is dat hard nodig ook, omdat door langere levensverwachting en vergrijzing van de omvangrijke Protestgeneratie en later ook de Verbindende generatie er ook meer generaties zorgvragenden zullen komen dan ooit te voren.

Tabel 1. Demografische kengetallen der Nederlandse generaties

Generaties	Aantal levend-geboren x1.000 (% bevolking)	Percentage sterfte in eerste levensjaar	Percentage dat leeftijd van 65 jaar bereikt	Levensverwachting bij geboorte (M/V)	Resterende levensverwachting bij 65 jaar (M/V)
Vooroorlogse generatie	2.635 (2,70%)	8,65%	67,3%	? ?	M: 14,3 V: 19,0
Stille generatie	2.639 (2,19%)	4,62%	75,5%	? ?	M: 15,4 V: 19,6
Protestgeneratie der Babyboomers	3.377 (2,34%)	3,49%	78,5%	M: 70,3 V: 72,6	M: 17,9 V: 19,5
Verbindende of verloren generatie X	3.616 (2,05%)	1,60%	? ?	M: 71,0 V: 75,6	M: 19,5 V: 22,3
Pragmatische generatie Y	2.816 (1,36%)	0,96%	? ?	M: 72,1 V: 78,5	M: 20,5 V: 23,1
Grenzeloze generatie of generatie Einstein	2.884 (1,27%)	0,62%	? ?	M: 74,3 V: 80,3	M: 21,3 V: 24,0
Diggeneratie Z	2.294 (1,17%)	0,43%		M: 78,0 V: 82,3	? ?

3.4 Generaties op de werkvloer

De Protestgeneratie heeft haar stempel gedrukt op onze (zorg)organisaties, maar door alles vast te willen leggen laat ze structuren verstarren. Nu lijkt deze generatie weinig behoefte te hebben aan verandering en zo lang mogelijk te willen vasthouden aan de macht. Het is een grote generatie waardoor hun invloed langer en groter zal zijn. Maar zo langzamerhand neemt de Verbindende generatie de leidinggevende rol over. Als nieuwe leiders zijn ze vooral gericht op het samen doen, het leveren van toegevoegde waarde, het opzetten van duurzame processen en het constructief benutten van de toenemende diversiteit. De Verbindende generatie streeft naar optimale combinaties van verschillende ideeën, waar de Protestgeneratie vooral naar consensus en draagvlak zocht. Deze leiders zijn inspirators in plaats van overtuigers: ze maken medewerkers bewust van wat er aan de hand is, sporen mensen aan zelf initiatief en verantwoordelijkheid te nemen. Dat is maar goed ook, want de waarde- en gedragspatronen van de jongere generaties zullen zich niet meer automatisch aanpassen aan bestaande organisatie-culturen, besluitvormingsprocedures en leiderschapstijlen. De veranderingen die de Pragmatische en Grenzeloze generaties met zich meebrengen, zullen diep ingrijpen in organisaties en hun werkwijze. De jongere generatie is vooral gevormd door de nieuwe informatietechnologie. Deze generatie leert, werkt en communiceert essentieel anders. In veel (grotere) organisaties voelt 90% van de jongeren zich gedwongen mee te gaan in verouderde werkwijzen, maar dat resulteert in verlies aan werkenergie en werklust.⁸ Ze hechten grote waarde aan hun authentieke en persoonlijke ontwikkeling en stappen bij teleurstelling makkelijk over andere werkgevers. Het succes van Buurtzorg is hiervan een voorbode.

In Nederland begon de laatste generatiewisseling in 2000; de volgende begint in 2015. Generatiewisseling houdt in dat zich nieuwe generaties ouderen, senioren, leiders, medioren, junioren vormen. Het is voor het eerst dat in de beroepsbevolking vier generaties tegelijk actief zijn. Met de toetreding van de jongere generaties en de heersende verschillen tussen generaties, ontstaan er uiteenlopende clashes tussen de oudere generaties (Babyboomers en Generatie X) en jongere generaties (Generatie Y en Einstein).

Figuur 5. Drijfveren van verschillende generaties op de werkvloer (Bron: Aart Bontekoning).

Protestgeneratie der Babyboomers	Verbindende of verloren generatie X	Pragmatische generatie Y	Grenzeloze generatie
<i>Bezitten 'nog' de sleutel/topposities (deel moet langer blijven)</i>	<i>Zitten veelal bekneld tussen Babyboomers en Pragmaten</i>	<i>Nemen veel posities van Babyboomers over</i>	<i>Komen er aan!</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Draagvlak creëren • Structureren • Idealiseren • Status • Polderen/consensus • Teamplayers • Visionairs • Rapporten/verslagen • Vergadercultuur • Conflict vermijdend • Politieke spelers 	<ul style="list-style-type: none"> • Aanpassen • Persoonlijk ontwikkelen • Kwaliteit • Verantwoordelijkheid naar thuisbasis • Bruggenbouwers • Korte termijn oriëntatie • Sceptisch/realistisch • Heb ik het bereikt? • Politiek mijndend 	<ul style="list-style-type: none"> • Ik wil en kan alles • Zelfverzekerd • Interactief • Concrete resultaten • Innovatie boven hiërarchie • Open constructieve teamspirit • Balans Werk / Privé • Direct en ondernemend 	<ul style="list-style-type: none"> • Multitasking • Zelf dingen uitvinden • Ontwikkeling/fun • Oppervlakkiger? • Verzet tegen sturing • Bepalen zelf wat goed is • Beeldcultuur in plaats van tekst-cultuur • De BV "IK" • Sturen op sterktes!

Sociaaleconomische ontwikkelingen raken in hun samenloop de ene generatie meer dan de andere. Jonge werknemers in de zorg zien zichzelf geconfronteerd met een mix moeilijke sociaaleconomische ontwikkelingen, 'multitaskend' tussen werk, gezin, mantelzorg, vriendenclubs en sociale communities. Oudere werknemers dienen langer en actiever te participeren in de maatschappij, niet alleen qua werk, maar in breed sociaal, economisch, politiek en cultureel perspectief. Jonge en oude generaties leren van elkaars nieuwe kennis, oude ervaring en complementaire vaardigheden. De generatie in de leiderschapsfase heeft de grootste invloed. In Nederland volgt Generatie X (1956-1970) in de leiderschapsfase de Protestgeneratie (1941-1955) op. Bontekoning zag in zijn onderzoek dat de overeenkomsten groter zijn als de generaties niet direct op elkaar volgen maar als er een of twee generaties tussen liggen.¹⁸ Naar alle waarschijnlijkheid zal de samenwerking tussen pragmatische generatie Y en Digigeneratie Z zonder problemen verlopen. Tussen de Verbindende generatie X en de jongste generatie Z volgt mogelijk wel een clash: In tegenstelling wat tot nu toe geldt, zal het niet langer "oud leert jong" zijn als Generatie Z zijn opwachting maakt maar "jong leert oud".

3.5 Clashes of nieuwe contracten tussen generaties?

De vanzelfsprekendheid dat iedere generatie het beter heeft en doet dan de vorige, begint te tanen. Inmiddels rijst de vraag of het overheidsprofiel voor de allerjongste generaties ook nog goed uitpakt.¹⁷ Er zijn aanwijzingen dat jongvolwassenen meer en langer ouderlijke (financiële) steun behoeven dan vroeger. Over hun hele levensloop bieden kinderen duidelijk minder steun aan hun ouders dan zij andersom ontvangen, wellicht door de slechtere

sociaaleconomische omstandigheden. De relaties tussen ouders, kinderen en kleinkinderen zijn gemiddeld wel veel hechter, warmer en persoonlijker geworden, meer op voet van gelijkheid dan gezag. Familierelaties die meerdere generaties omvatten worden steeds belangrijker door o.a. langere levensduur, uitstel van huwelijks- en gezinsvorming en toenemende instabiliteit van partnerrelaties. Intergenerationele steun en mantelzorg is echter vooral een zaak van vrouwen uit de Verloren en Protest-generaties. Zij 'multitasken' als geen ander: eigen deeltijdbaan, schoolgaande kinderen, afhankelijk wordende (schoon)ouders en ook nog een partner. Mantelzorg blijft vrijwel onverminderd stevig geworteld in de Nederlandse samenleving. Maar de verzorging van verwanten heeft grenzen in duur en belasting van het eigen gezin. De bereidheid om familiezorg te ontvangen is kleiner dan om te geven, vooral bij persoonlijke verzorging. Met een terugtrekkende overheid wordt dit een extra uitdaging voor mantelzorg door en aan ouderen.

Allerlei impliciete generatie- en solidariteitscontracten komen onder druk en vergen vernieuwing. Het generatie-contract is een stilzwijgende afspraak in de samenleving, dat jongeren voor ouderen zorgen, zodra de ouderen hulpbehoevend worden. Terugbetaling van de zorg geschiedt niet aan de generatie van de jongeren, doch later door een weer jongere generatie. Op samenlevingsniveau dwingt het generatiecontract tot het opbrengen van de kosten van AOW en zorg. Op het niveau van de tussenmenselijke relaties gaat het bij het generatiecontract om hulp (in geld en zorg) tussen leden van eenzelfde familie. De geïnstitutionaliseerde solidariteit op basis van een mechanistische verplichting omdat we met z'n allen deel uitmaken van eenzelfde rechtstaat erodeert. In onze huidige maatschappelijke context worden burgers steeds kritischer over autoritaire machtsstructuren en brokkelt het vertrouwen in overheden, politiek en instituties af.¹⁹ Het is noodzakelijk nieuwe vormen van een meer organische en individuele solidariteit te ontwikkelen, op basis van reciprociteit of laterale wederkerigheid tussen interessante mensen die op basis van verscheidenheid iets met elkaar te ruilen hebben. Niet lineair zoals de eerste erkende socioloog Durkheim oorspronkelijk in de 19^e eeuw bedacht, maar circulair naar tijd, plaats en personen in tri- en multilaterale verhoudingen. Niet alleen tussen generaties van jong en oud, maar ouderen in de derde levensfase zullen meer solidariteit met ouderen in de vierde levensfase moeten opbrengen. De CSO, koepel van ouderenorganisatie, pleitte in 2010 zelfs voor een soort sociale 'zorgplicht' voor niet-werkende ouderen tijdens hun derde levensfase.²⁰ Ouderen willen en kunnen hun maatschappelijke verantwoordelijkheid waarmaken voor een

optimaal tweerichtingsverkeer van halen én brengen. Zo kunnen oudere generaties zelf actief bijdragen aan een beter leef- en zorgklimaat. Op het microniveau van de eigen familie is die solidariteit overigens vanzelfsprekender dan op het macroniveau, dat blijkt wel uit de heftige debatten over AOW / pensioen en meer recent de mantelzorg.

4. Ouderenzorg in verleden en heden

4.1 Beleidsdoelen gedurende zes perioden van ouderenzorg

Al sinds de jaren '80 van de vorige eeuw is de overheid zich bewust van de indringende gevolgen van verdergaande vergrijzing voor de gezondheidszorg in het algemeen en de ouderenzorg in het bijzonder.²¹ De Nederlandse ouderenzorg is een miljardenbedrijf (zie tabel 2), dat in het licht van de vergrijzing zo adequaat mogelijk moet worden georganiseerd. De drie basisvoorzieningen voor ouderen betreffen de thuiszorg (persoonlijke verzorging en verpleging via de AWBZ, huishoudelijke verzorging en begeleiding via de WMO), de verzorgings- en verpleeghuizen. De totale kosten bedroegen in 2010 15 miljard euro. In het algemeen gebruiken ouderen ruim 40% van alle kosten van de gezondheidszorg.

Tabel 2. Kosten van de ouderenzorg (in € miljoenen)

	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
Thuiszorg (incl. PGB)	898	1.055	1.268	1.429	2.110	4.155	5.584*
Verzorgingshuizen	1.473	1.884	2.106	2.371	3.128	3.678	4.031
Verpleeghuizen	1.285	1.606	1.871	2.496	2.872	3.873	5.541
Totale ouderenzorg	3.657	4.545	5.245	6.296	7.839	11.707	15.156
Kosten totale gezondheidszorg	17.310	21.771	26.658	35.148	46.919	67.674	87.596
Aandeel (%) van 65+ in totale zorgkosten	nb	nb	nb	nb	42,1	41,6	42,4

* Inclusief € 1,3 miljard huishoudelijke verzorging die in 2007 overging van AWBZ naar WMO

De combinatie van demografische, financiële, organisatie- en uitvoeringsproblemen plaatst de overheid voor een steeds groter wordend vraagstuk. Dat hebben we eind april nog ondervonden met de discussies over het zorgakkoord en de toekomst van de langdurige zorg. Dit roept de vraag op in hoeverre het ouderen(zorg)beleid tot nu toe succesvol is gebleken in het realiseren van haar beleidsdoelstellingen inzake o.a. de bevordering van zelfstandigheid van ouderen en beheersing van de zorgkosten en hoe dit beleid verder kan worden verbeterd. In navolging op het beleidshistorische evaluatie-onderzoek van Blommestijn over de periode 1955-1985²² en de aanvulling daarop^{23,24}, nemen we het na-oorlogse ouderen(zorg)beleid verder onder de loep. Er blijken zes verschillende perioden in het beleid

voor de ouderen(zorg) te kunnen worden onderscheiden. Daarnaast zijn er zeven beleidsdoelen te destilleren, namelijk decentralisatie, deregulering, verschuiving van intra- naar extramurale en van professionele naar informele zorg (vormen van substitutie), van categoriaal beleid speciaal voor ouderen naar algemeen beleid voor alle doelgroepen, van bescherming naar zelfstandigheid van ouderen en van sectoraal naar integraal beleid. Figuur 6 geeft een overzicht van wisselende beleidsaccenten in de zes perioden.

Figuur 6. Wisselende beleidsdoelen in het ouderenbeleid sinds 1955

	1955-1970 Groei zonder beleid	1970-1983 Beleid zonder groei	1983-1992 Substitutie & kosten- beheersing	1992-1996 Politieke impasse	1996-2006 Modernisering AWBZ	2007-heden Onderweg naar nieuwe stelsels
Decentralisatie	-	+	++	0	0	+
Deregulering	--	-	+	--	+	-
Van intra- naar extramurale zorg	+	+	++	+	+	+/-
Van formele naar informele zorg	--	-	+	+	-/+	+
Van categoriaal naar algemeen beleid	-	--	+	+	+	0
Van bescherming naar zelfstandigheid	-	+	++	++	+	++
Van sectoraal naar integraal beleid	-	+	++	+	-/+	-/+

In algemene zin kan worden gesteld dat het zelfstandigheidsstreven, kostenbeheersing en substitutiebeleid als hoofddoelstellingen al decennialang het ouderenzorgbeleid domineren. Bij substitutie gaat het om vervanging van tweedelijns- door eerstelijnszorg, van formele door informele zorg en/of van intramurale door extramurale zorg en inmiddels ook vervanging van mensenwerk door technologie. Een ander sleutelbegrip wat bij kostenbeheersing hoort is gepaste zorg, dat zich laat onderverdelen in noodzakelijk, effectief en doelmatig. In de tijd zijn de instrumenten om deze beleidsdoelen te bewerkstelligen verschoven en niet altijd even consistent of effectief gebleken. Als nevendoelelstelling verscheen in de jaren '70 ook het bevorderen van samenhang en integraliteit in het beleid, gevolgd door functionele decentralisatie rond de eeuwwisseling. Echter, in tegenspraak tot de beleden circuit- of systeem-oriëntatie, heeft het beleid tot nu toe eerder geleid tot verdergaande fragmentatie in verschillende deelstelsels (ZVW, AWBZ en WMO). Een voorbeeld is de thuiszorg, dat in de vorige eeuw eerst werd geïntegreerd na fusie van wijkverpleging met gezinsverzorging, en vervolgens in één financieringsstelsel werd onder-

gebracht als een wettelijk verankerde AWBZ-aanspraak, maar vervolgens werd opgeknipt in functies, die de afgelopen jaren in stappen werden verstrooid over AWBZ en WMO (zonder wettelijke aanspraak). In het recente Zorgakkoord is voorts besloten de huishoudelijke functie in de WMO ongeveer te halveren. Dat lijkt vanuit de beleidshistorie een consistente uitwerking van substitutie van formele naar informele zorg, maar er is geen onderliggende visie op de samenhang en wisselwerking tussen extra- en intramurale voorzieningen. Vanaf eind vorige eeuw ontstaan complicerende combinaties van enerzijds decentralisatie naar zorgkantoren (AWBZ) en gemeenten (WMO) en anderzijds centralisatie door landelijk gestandaardiseerde indicatiestelling voor een uniform AWBZ-pakket voor ouderen. Daardoor blijft een meer consequent innovatief zorgbeleid voor ouderen problematisch, getuige onder meer de jarenlange discussie over het scheiden van wonen en zorg en over het opheffen van de zorgkantoren zodat de verzekeraars de AWBZ kunnen uitvoeren voor eigen verzekerden en zo ook meer vraaggerichtheid en samenhang met de ZVW te realiseren. Centrale sturing, aanbod- en kostenbeheersing blijven uiteindelijk toch de dominante paradigma's.

4.2 Nadere verkenning van zes perioden in ouderenzorg

De historische beleidsanalyse toont de voortdurende worsteling voor een toekomstbestendige ouderenzorg: collectief gefinancierde zorg moet teruggaan naar de kern, zorg moet op de juiste plaats door de juiste organisatie worden verleend, onder andere door substitutie van tweede naar eerste lijn en van formele naar informele zorg, en alle partijen moeten bijdragen aan de kostenbeheersing en grotere doelmatigheid van de ouderenzorg. De aanspraken voor langdurige zorg moeten worden aangescherpt door te kijken naar zorginhoudelijke synergie en dan te bepalen welk organisatorisch systeem het best past. Tegelijkertijd vergt doelmatige ouderenzorg goede afstemming en samenwerking tussen de verschillende partijen binnen het systeem, om te voorkomen dat maatregelen van de ene beleidsfactor als kosten neerslaan op andere beleidsfactoren in andere deelstelsels.

Groei zonder beleid (1955-1970)

Het ouderenbeleid beperkte zich na de Tweede Wereldoorlog aanvankelijk tot huisvestings- en inkomensbeleid. De huisvestingspijler was ingegeven door de na-oorlogse woningnood, deels opgelost door grootschalige bouw van bejaardentehuizen, de latere verzorgingshuizen. De ongebreidelde groei

vroeg om staatstoezicht op de instellingen, en resulteerde in de Wet op de Bejaardenoorden van 1963. Huisvestingbeleid evolueerde hierdoor tot intramuraal ouderenbeleid. Vanuit centraal overheidsbeleid met veel nieuwe wet- en regelgeving kwamen er ook voor thuiswonende ouderen allerlei specifieke voorzieningen, zoals gezinsverzorging, dienstencentra en zogeheten gecoördineerd ouderenwerk.

De inkomenspijler werd in deze eerste periode van ouderenbeleid geslagen. Componenten zijn de invoering van de bejaardenverzekering tegen ziektekosten in 1956, die vooruitliep op de Ziekenfondswet van 1964, en de AOW in 1957, als opvolger van de Noodwet Drees uit 1947. Het stelsel van sociale zekerheid kreeg zijn definitieve vorm met de Algemene Bijstandwet (1964), de Wet op de Arbeidsongeschiktheid (1966), de Ziektewet (1967) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (1967), waarin in 1968 ook de Voorlopige Erkenning Verpleegtehuizen van 1961 haar plek kreeg. In deze periode werd ook de Interdepartementale Stuurgroep Bejaardenbeleid (1967) gevormd. Deze Stuurgroep, die ruim veertig jaar zou bestaan, bracht de eerste Nota Bejaardenbeleid (1970) uit.

Ouderenzorgbeleid zonder groei (1970-1983)

De tweede periode kenmerkt zich door overheidsambities om een interdepartementaal ouderenbeleid te entameren gericht op het bevorderen van een geïntegreerd samenstel van voorzieningen. Dit werd uitgewerkt in de tweede Nota Bejaardenbeleid (1975). Doel was enerzijds bejaarden te laten participeren in de samenleving en hun zelfstandige woonsituatie te kunnen handhaven en anderzijds het zorgvolume te stabiliseren, omdat de uitbundige groei uit de vorige periode door de oliecrises niet langer mogelijk was. De onderlinge afstemming tussen de sterk in aantal gegroeide voorzieningen werd tot één van de kernpunten in het ouderenbeleid verheven. Een van de doelstellingen in de tweede Nota Bejaardenbeleid betrof het 'gesloten circuit': "een systeem van voorzieningen waarvan de elementen zodanig logisch en organisatorisch met elkaar zijn verbonden, dat het geheel in staat is de welzijns- en gezondheidsbehoeften van ouderen [...] integraal te behartigen". En: "Idealiter moeten de voorzieningen hun aanbiedings-, toelatings- of openingseisen baseren op dezelfde meetlat, de mate van validiteit [...] Iedere voorziening neemt als het ware een bepaald deel van de meetlat voor haar rekening". Zo'n integraal perspectief moest ook bijdragen aan terugdringing van de capaciteit in verzorgingshuizen tot 7%. In 1975 lag het feitelijk percentage op 9,5% van alle 65-plussers. In de derde nota,

Bouwstenen voor een ouderenbeleid (1981), kwam nog meer accent op de eigen verantwoordelijkheid en onderlinge hulpverlening door informele zorg en vrijwilligerswerk, waarop de professionele hulp aanvullend moet functioneren. Het substitutiebeleid werd geboren.

Kostenbeheersing en substitutie (1983-1992)

Nieuwe demografische prognoses en verslechterende economische omstandigheden brachten het Kabinet Lubbers I in 1983 tot herziening van het ouderenbeleid. De financiering van de ouderenzorg dreigde bij gelijkblijvend beleid onbetaalbaar te worden, zo werd toen al gesteld. Daarom werd (verdere) verscherping van indicatiecriteria en (intramurale) capaciteitsnormen noodzakelijk geacht, omdat de beoogde substitutie van intra- naar extramurale zorg niet spontaan plaats bleek te vinden. De overheid beoogde een accentverlegging van 'de anonieme, collectief gefinancierde solidariteit' naar 'de individueel en in de gemeenschap gevoelde en persoonlijk tot uitvoering gebrachte, op intermenselijke relaties gebaseerde solidariteit'. De 'zorgzame samenleving' deed haar intrede, als een algemene beleidsinvalshoek voor iedere burger, niet uitsluitend ouderen. Ter bevordering van de zelfstandigheid van thuiswonende ouderen werden via het zogenoemde flankerend beleid de wijkfuncties van verzorgingshuizen geïntroduceerd. In een (vernietigende) beleidsevaluatie concludeerde de Algemene Rekenkamer (1985) echter dat de harmonisatie van de instrumenten financiering, planning en wetgeving in het ouderenbeleid nauwelijks gestalte had gekregen. De overheid zag kansen om de economische consequenties van vergrijzing te keren met een nationaal substitutiebeleid dat bovendien tegemoet zou komen aan door ouderen zelf gewenste 'zorg op maat' (Nota Zorg voor ouderen, 1985). Met als extra impuls het advies van de Commissie Structuur en financiering van de gezondheidszorg, het zogenoemde Plan-Dekker (1986), werden in de jaren 1988-1991 grootschalige demonstratie-experimenten voor substitutie en decentralisatie in de ouderenzorg uitgevoerd. Deze belofte werden echter niet bewaarheid.

Politieke impasse (1992-1996)

De nationale inzet op substitutie werd doorkruist door tegenvallende resultaten van de demonstratie-experimenten en de teloorgang van het Plan-Simons, de opvolger van Plan-Dekker. Bovendien plaatste de voortvarende verbouwing van traditionele verzorgingshuizen naar moderne woonzorgcomplexen de rijksoverheid voor een nieuw beleidsvraagstuk: de huisvestingscomponent werd zodanig 'opgeplust' dat het ministerie van

Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu zich teweerstelde tegen plannen van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur om de verzorgingshuizen als integrale aanspraak van woon- en zorgfuncties onder de AWBZ te brengen. Er ontstond een politieke impasse, eind 1993 gemarkeerd met de instelling van de Commissie Modernisering Ouderenzorg. Deze Commissie-Welschen benadrukte de ondraagbare financiële consequenties van vergrijzing als het moderniserings- en substitutiebeleid niet zou slagen. Centraal in dit advies staat het onderbrengen van de totale ouderenzorg in één samenhangend financieringskader (AWBZ), met de zorgverzekeraars als regisserende uitvoeringsorganen van regionale zorgvernieuwing via een nieuw te creëren fonds. Zo zou de gegroeide wirwar van vernieuwings-subsidies en innovatieregelingen moeten worden gebundeld en gedereguleerd. De commissie stelde een straf substitutiebeleid voor, met gelijktijdige reductie van intramurale capaciteit en aanzienlijke uitbreiding van de zorg thuis. Hierdoor zou een volumegroei van 1% per jaar voldoende zijn om de vergrijzing tot het jaar 2015 op te vangen.²⁵ Verkeerde prikkels in het systeem zouden moeten worden opgelost door het invoeren van onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling en het realiseren van regionale samenwerking tussen zorgverzekeraars, gemeenten en zorgaanbieders (decentralisatie). Ook werd voorgesteld de vermogenstoets voor verzorgingshuizen af te schaffen, de verschillende eigen-bijdragen-systemen in de extra- en intramurale zorg te harmoniseren en zo allerlei perverse prikkels uit het systeem te halen. Aanvankelijk mocht het advies van de Commissie-Welschen op veel steun rekenen, maar door de kabinets-formatie in 1994 bleef een reactie uit tot september 1995. De modernisering van de diverse 'care'-sectoren, waaronder de ouderenzorg, raakte echter toch in een stroomversnelling maar de al langer bepleite scheiding van woon- en zorgfuncties ontbeerde politieke consensus.

Modernisering AWBZ (1997 tot 2006)

In 1997 gingen de verzorgingshuizen over naar de AWBZ en zijn de wijkverpleging (sinds 1980 in de AWBZ) en gezinsverzorging (sinds 1989 in AWBZ) geïntegreerd tot één AWBZ-verstrekking thuiszorg. Ook is gestart met de implementatie van onafhankelijke, objectieve en geïntegreerde indicatiestelling voor verzorging en verpleging via 84 Regionale Indicatie Organen (RIO's) onder verantwoordelijkheid van de gemeenten. In 1998 kwam de regionale uitvoering van de AWBZ in handen van zorgkantoren, een richting naar decentralisatie en deregulering. Per elk van de 32 regio's voert een zorgkantoor namens alle zorgverzekeraars de hele AWBZ uit,

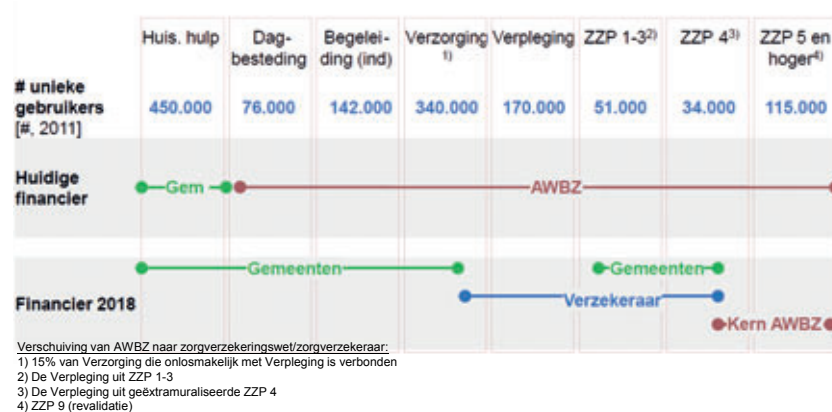
met als doel het zorgaanbod in een specifieke regio zo goed mogelijk af te stemmen op de zorgvraag. Het indiceren werd vervolgens vanaf 2003 omgebouwd van voorzieningen- naar functie-gericht, een transformatie van sectoraal naar integraal beleid. Beoogd werd zo om sectorale schotten op te heffen, marktwerking tussen zorgaanbieders mogelijk te maken en substitutie te bevorderen. In plaats van een vast totaalpakket af te nemen, krijgt de verzekerde een combinatie van functies toegesneden op de concrete zorgvraag. De verzekerde kan per functie kiezen of hij of zij gebruikmaakt van zorg in natura (ZIN) of een persoonsgebonden budget (PGB). Helaas had dit als onbedoeld bijeffect dat meer mensen en nieuwe doelgroepen een beroep konden doen op de AWBZ, bijvoorbeeld op hulp bij de administratie en boodschappen doen.²⁶ Om te komen tot uniforme en onafhankelijke indicatiestelling, werden in 2005 de RIO's gefuseerd tot één Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Het domein waarover het CIZ indiceert, aanvankelijk vooral ouderenzorg, werd in 1999 uitgebreid met de gehandicaptenzorg en in 2003 met de chronische geestelijke gezondheidszorg. Circa 70% van het jaarlijks aantal van thans bijna 1 miljoen CIZ-indicaties betreft nog immer ouderen. Het CIZ, dat toeziet op personen vanaf 18 jaar, en ook het Bureau Jeugdzorg, dat zich richt op personen tot 18 jaar, werden de poortwachters voor publiek gefinancierde AWBZ-zorg. Zij beoordelen of een persoon hiervoor in aanmerking komt en leggen dat vast in een wettelijk vereist indicatiebesluit. Het CIZ stuurt dat naar het zorgkantoor, dat contract-afspraken maakt met zorgaanbieders en erop toeziet dat cliënten met een indicatiebesluit op efficiënte wijze passende zorg krijgen. Voor een intramuraal verblijf wordt sinds 2006 geïndiceerd via zorgzwaartepakketten, waarop vervolgens in 2009 ook de financiering van verzorgings- en verpleeghuizen is gebaseerd. Ook de contracteerplicht van zorgkantoren jegens intramurale instellingen is toen opgeheven, hetgeen in 2004 al was gebeurd voor de extramurale zorg.

Onderweg naar nieuwe stelsels (vanaf 2007)

In 2007 is de Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) ingevoerd. Deze WMO is de wettelijke vertaling van het door het kabinet-Balkenende II ontwikkelde beleid om meer maatschappelijke ondersteuning bij de gemeenten neer te leggen, omdat gemeenten bij uitstek geschikt zijn om voorzieningen te ontwikkelen die afgestemd zijn op lokale omstandigheden, een verdere vorm van decentralisatie. Als gevolg hiervan werd de functie 'huishoudelijke verzorging' overgeheveld van de AWBZ naar de WMO.

Een wettelijk verankerde aanspraak werd daarmee weer een gesubsidieerde lokale voorziening. In 2009 ging ook de ondersteunende en activerende begeleiding naar de WMO, in 2011 gevolgd door de overige onderdelen van de functie begeleiding. Diverse adviesorganen kwamen in 2008 met adviezen hoe de AWBZ verder hervormd (SER) of zelfs opgeheven (RVZ) kan worden. De overheid nam de handschoen op en publiceerde in 2010 een eerste stapel Brede Heroverwegingsrapporten met ook verschillende scenario's voor de langdurige ouderenzorg. Het PGB groeide zo hard dat het aan zijn succes ten onder dreigde te gaan, en werd in 2011 sterk teruggebracht. Na jaren discussie besloot het Kabinet Rutte I bovendien de zorgkantoren op te heffen en de zorgverzekeraars de opdracht te geven de AWBZ direct voor eigen verzekerden uit te voeren. Achtergrond van deze stap is dat er een directe cliëntrelatie met de eigen zorgverzekeraar ontstaat en de aansluiting tussen 'cure' en 'care', de ketenzorg, beter mogelijk wordt. Dit zou per 2013 ingaan, ware het niet dat het kabinet demissionair werd. Rutte II heeft dit alles wel getemporiseerd, maar niet fundamenteel anders vormgegeven in het nieuwe regeerakkoord Bruggen Slaan. Door de talrijke herschikkingen tussen en bezuinigingen op tegelijkertijd de AWBZ, ZVW en de WMO is het smeden van ketens voor langdurige zorgarrangementen nu een van de grootste samenwerkingsopgaven voor gemeenten en zorgverzekeraars tezamen. Figuur 7 laat dat zien, gebaseerd op het Regeerakkoord 'Bruggen Slaan' van Rutte II van vorig najaar en het Zorgakkoord van dit voorjaar, doorgerekend door het Kenniscentrum van Achmea.

Figuur 7. Hervorming AWBZ vergt geheel nieuw samenwerkingsspel van gemeente en zorgverzekeraar

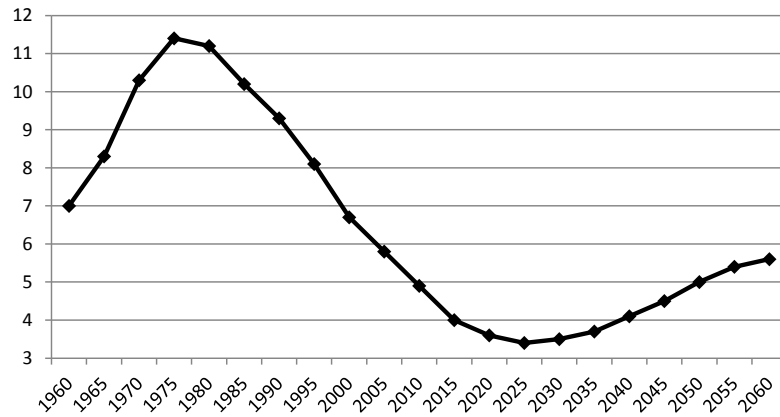


Zorgbehoevenden moeten hun langdurige zorg meer zelf gaan regelen, zoveel mogelijk gebruikmakend van mantelzorg en andere steunbronnen in hun eigen omgeving. Binnen de WMO worden de begeleiding en huishoudelijke hulp omgezet van een premie-gestuurde wettelijk verankerde aanspraak naar een budget-gestuurde voorziening. Toegang tot ondersteuning en hulpmiddelen wordt bovendien beperkt tot zwaarste cliëntgroepen, met hogere eigen bijdragen. Wat overblijft aan de bovenkant van de zorgzwaartepiramide is een kern van zware intramurale zorg, m.n. verpleeghuizen voor ouderen en intramurale gehandicaptenzorg. Deze blijven vooralsnog in een kern-AWBZ. De verschuiving van AWBZ naar WMO is substitutie van intramurale naar extramurale en informele zorg, redelijk congruent met beleidsdoelen van de afgelopen decennia.

4.3 De intramurale zorg nader bezien

In het licht van voorgaande beleidsanalyse is het interessant nog eens apart stil te staan bij de ontwikkelingen van de intramurale ouderenzorg in verzorgings- en verpleeghuizen en dit ook te koppelen aan het generatie-inzicht uit hoofdstuk 3. De geschiedenis van verzorgingshuizen gaat terug tot de vroege Middeleeuwen toen nonnenkloosters een hospitaal voor arme vrouwen stichtten, naast de hospitalen en gasthuizen waar reizigers onderdak en verzorging kregen. In de 16^e en 17^e eeuw namen plaatselijke notabelen in opkomende steden het bestuur over en richtten godshuizen voor arme en oude mensen op. Armen- en ouderenzorg lagen dicht bij elkaar en waren aanvankelijk charitatief werk van kerken en notabelen. Het Humanisme in de 17^e eeuw zorgde er voor dat de zorg voor 'ouden van dagen' een overheids-taak werd, inclusief toelatingscriteria. In de decennia daarop ontstonden andere huisvestingsvormen voor ouderen, zoals 'hofjes' en pensiontehuizen. Na de Tweede Wereldoorlog krijgen deze pensiontehuizen een nieuwe impuls als een oplossing voor de woningnood. Bejaardenoorden werden rusthuizen, waar ouderen vanuit de Vooroorlogse en de nog daarvoor liggende generatie zich na hun 65^{ste} terugtrokken om van een welverdiende rust te genieten, aan de rand van de stad. In de periode 1945-1969 kwamen er 56.500 bedden bij in 546 nieuwe, met rijkssteun gebouwde, bejaardentehuizen en nog eens 15.000 bedden in andere nieuwe of al bestaande tehuizen. Figuur 8 laat die groei goed zien. In 1960 was circa 7% van alle 65-plussers opgenomen in een tehuis, in 1975 lag het hoogtepunt boven de 11% en telde Nederland ruim 1.700 tehuizen met zo'n 165.000 plaatsen. Thans ligt de intramurale capaciteit op nog slechts 125.000 plaatsen.

Figuur 8. Percentage 65-plussers in verzorgings- en verpleeghuizen in Nederland



De uitbundige groei in de jaren '50 van de vorige eeuw ging gepaard zonder al te veel (kwaliteits)beleid en leidde tot ondermaatse zorg. De eerste Wet op de Bejaardenorden uit 1963 was dan ook vooral een toezichtswet ter bewaking van de kwaliteit van de huisvesting en de verzorging in tehuizen, want dat kon toch echt meer in de nieuwe tijd na de oorlog. De provincies en vier grote gemeenten kregen de zeggenschap over de bejaardenorden en behielden die taak tot 2001, toen de inmiddels herdoopte verzorgingshuizen overgingen naar de AWBZ. Het substitutie- en bezuinigingsbeleid uit het begin van de jaren '80 heeft geleid tot een reductie van het aantal verzorgingshuizen. Inmiddels resteren minder dan 1.000 locaties met circa 95.000 plaatsen. In procenten van de bevolking is thans minder dan 5% van de 65 plussers opgenomen in een verzorgings- of verpleeghuis. Overigens blijft dat internationaal gezien nog steeds relatief hoog.²⁷ Ook de collectieve financiering van de intramurale combinatie van zorg met wonen is vrij uniek, maar het scheiden van wonen en zorg maakt daaraan na bijna 25 jaar discussie een eind.

Het verpleeghuis is relatief een veel 'jongere' voorziening en wereldwijd uniek in zijn soort. Het ontstond in het begin van de jaren '60 als voorziening voor medisch uitbehandelde mensen die wel intensieve verzorging en verpleging nodig hebben die niet in een zelfstandig thuissituatie of verzorgingshuis is te realiseren. Er zijn nu in totaal zo'n 340 somatische, psychogeriatrische of gecombineerde verpleeghuizen met ruim 65.000 plaatsen. De verzorgings- en verpleeghuizen gaan steeds meer op elkaar

lijken, qua zorgzwaarte van de bewoners en door gelijke functionele bekostiging in de AWBZ via zorgzwaartepakketten. Fusies in de ouderenzorg hebben de verzorgings- en verpleeghuizen ook steeds meer bijeengebracht onder één bestuur. Het verzorgingshuis oude stijl lijkt zo uit te sterven.

Het intramurale gebruik zal volgens het CBS (zie figuur 8) verder dalen tot zo'n 3,5% van de 65-plussers in 2025, maar dan zal de dubbele vergrijzing toeslaan en gaat – bij ongewijzigd leeftijdsspecifiek gebruik – het percentage weer stijgen tot ruim 5%. In absolute zin moet de capaciteit verdubbelen, maar dat lijkt in het huidige tijdsgewricht niet haalbaar. Er zal extra innovatiekracht en integraal beleid nodig zijn om ouderen langer en meer zelfredzaam thuis te kunnen laten wonen en intramurale opname zo lang mogelijk uit te stellen of zelfs geheel te voorkomen. Voor dementerende ouderen biedt het kleinschalig groepswoon, geclusterd in de wijk, een goed alternatief voor het meer klassieke verpleeghuis, met hogere kwaliteit van leven tegen dezelfde kosten. Inmiddels woont al een kwart van de ouderen met dementie kleinschalig. Dit past in een bredere trend richting de wijk, kleinschalige zorg op maat, in niet-medische zorgmodellen maar gecombineerde, integrale arrangementen van wonen, zorg en welzijn.

De huidige bewoners van de verzorgings- en verpleeghuizen zijn de laatste uit de Vooroorlogse generatie en komen vooral uit de Stille generatie. Zij zijn ook de laatste cliënten die nog bereid waren te verblijven in de kleine verzorgingshuiskamertjes uit de na-oorlogse bouw golf of in meerpersoonskamers van de oudere verpleeghuizen. Door de modernisering van ouderenzorg die voor de eeuwwisseling startte, zijn er steeds minder van dat type verouderde instellingen. De resterende instellingen die nog zouden moeten renoveren hebben vrijwel geen wachtlijsten en kampen zelfs met enige leegstand. Andersom zijn er juist wel lange wachtlijsten voor de moderne instellingen waar het scheiden van wonen, zorg en welzijn al in praktijk wordt gebracht, zoals Humanitas in Rotterdam. Daar wonen nu de eerste ouderen uit de Protestgeneratie van Babyboomers, in een geheel andere ambiance en onderlinge leefgemeenschap die bruist van de bezigheid.

5. Waardecreatie voor de ouderenzorg

De ouderenzorg is al enige tijd in transitie maar staat nu ook voor een bijzondere generatiewisseling van zorgvragers. Zijn dat nu nog hoofdzakelijk de ouderen uit de Stille Generatie, zo langzamerhand doet nu de Protestgeneratie zijn opwachting als nieuwe cliëntgroep voor de ouderenzorg. Als beleidsmakers en leidinggevend van de huidige ouderenzorg hebben zij zich eerst stevig bemoeid met thema's als bewonersemancipatie, cliëntraden, modernisering van instellingen, scheiden van wonen en zorg, verbetering van kwaliteit van leven. Zij zijn opgegroeid met inspraak, zelfontplooiing, keuzevrijheid en hoogwaardige service en zullen zich gaan afvragen wat de toegevoegde waarde van geboden zorg is in hun eigen situatie. De Pragmatische generatie van zorgprofessionals moet dat gaan leveren, vanuit een vrij natuurlijke klik tussen deze generaties die de tussenliggende Verbindende generatie vaak niet nodig hebben. Ondertussen ontwikkelen jonge professionals uit de Grenzeloze generatie met die Verbindende Generatie al andere concepten zoals e-health, domotica, social media en 'personalised medicine'. Dat gaat de huidige Protestgeneratie nog te ver, maar zal de daarna komende generaties meer aanspreken. Kortom, we staan voor de uitdaging om te komen tot een toekomstbestendige ouderenzorg dat generaties tot samenwerking en innovatie brengt, gericht op toegevoegde waarde en gefundeerd in goede systeemvoorwaarden. Nieuwe vormen van integrale zorg- en dienstverlening dienen te zijn gericht op het zo lang en goed mogelijk thuis blijven wonen.

5.1 Toegevoegde waarde van ouderenzorg

Waarde kan bekeken worden vanuit de behoeftetheorie, economische nutstheorie en vanuit sociaal-maatschappelijk zin. Porter²⁸ verbindt deze drie invalshoeken door te stellen dat het sturen op maximale cliëntwaarde (waardegedreven ondernemen) leidt tot grotere doelmatigheid, hogere kwaliteit van zorg en versnelling van innovaties, vanuit het cliëntperspectief. Porter definieert waarde als het gezondheidsresultaat per uitgegeven dollar, waarbij uitkomsten en kosten worden gemeten op cliëntniveau over het gehele zorgtraject in plaats van per afzonderlijk onderdeel uit het professionele aanbod. Integrale zorg houdt in dat de zorg zich op de volle breedte van de vraag richt, waarbij de mens in zijn sociale omgeving centraal staat:

het juiste aanbod, op het juiste moment, op de juiste plaats, door de juiste dienstverlener met de juiste middelen. De zorg is nu echter vooral functioneel georganiseerd en gericht op kostenbeheersing en suboptimalisatie per onderdeel.

Welke uitkomsten bedoelen we dan, hoe definiëren we de toegevoegde waarde van zorg? Het gaat vooral om de uitkomsten van een zorg- of behandeltraject in termen van gezondheid en herstel, kwaliteit van leven, herwinnen van eigen regie en zelfredzaamheid. Er circuleren allerlei schema's waarin kwaliteit wordt geconceptualiseerd, met velerlei lijsten structuur-, proces- en uitkomstindicatoren. Daarin loopt echter van alles door elkaar: het waarnemersperspectief (professional, patiënt, mantelzorger), het precieze object van kwaliteit (structuur, proces, uitkomst), de dataverzameling (bv. klinische registratie, patiëntmetingen) en het meetinstrumentarium (bv. audit, Prom of CQ Index). In het linkerbovendeel van figuur 9 wordt dit geordend langs twee assen, de ene over de waarnemer (professional, patiënt, mantelzorger, etc.) en de andere over het kwaliteitsobject (organisatie en proces, uitkomst van het zorgtraject, totale kosten van het zorgtraject).

Figuur 9. Kwaliteit vanuit meerdere perspectieven

	Organisatie	Uitkomsten	Kosten
Professioneel perspectief	Proces- en structuur-indicatoren	Resultaat van hele zorgtraject	Totale (in)directe zorgkosten
Patiënt-perspectief	Klantpreferentie en service-indicatoren	Kwaliteit van leven en functionele gezondheid	Eigen kosten (eigen bijdragen, reistijd)
Mantelzorg-perspectief	Balans draaglast/ draagkracht, satisfactie	Kwaliteit van leven, volhoudtijd	Arbeidsverzuim, ziektelast, zorguitgaven

Binnen de primaire (ouderen)zorg zijn drie zo soorten positieve uitkomstindicatoren te onderscheiden:

- ▶ de meer zorgtechnische (breder dan alleen klinische) uitkomsten van het gehele zorgtraject;
- ▶ functionele uitkomsten op diverse domeinen van gezondheidgerelateerde kwaliteit van leven;
- ▶ uitkomsten over cliëntwaardering van de totale service rondom het zorgtraject.

En dit alles in relatie tot de totale kosten en gemaakte offers van het gehele zorgtraject (derde kolom figuur 9). Deze vier typen uitkomsten noemt Walburg het uitkomstenkwadrant.⁵² Deze definitie van uitkomsten is echter nog steeds beperkt tot de zorg zelf, terwijl de ouderenzorg in een veel breder maatschappelijk perspectief gezien dient te worden. Zo'n breder perspectief includeert bijvoorbeeld ook het mantelzorgperspectief en het *maatschappelijk* kostenperspectief, bijvoorbeeld de werkgelegenheid die de (ouderen)zorg genereert. Voor de ouderenzorg minder relevant maar voor andere zorgsectoren des te meer, is de verbreding naar het perspectief van werkgevers. Zij trachten in het kader van maatschappelijk verantwoord ondernemen, op het snijvlak van arbeidsgerelateerde en reguliere zorg, hun collectiviteitscontracten met zorgverzekeraars te optimaliseren (bijvoorbeeld via het concept Gezond Ondernemen van Zilveren Kruis Achmea). Vanuit dit brede maatschappelijk perspectief stellen Porter & Kramer²⁹ dat het eerdere waardegedreven ondernemen ('added value') niet meer volstaat in het huidige tijdperk. Ze hebben het waardeconcept verbreed tot 'shared value', een pleidooi om de grote maatschappelijke vraagstukken te verbinden aan de opgave om nieuwe businessmodellen te ontwikkelen voor organisaties die steeds meer aan legitimiteit verliezen. Toegevoegde waarde voorziet dan ook in behoeften en problemen die leven in de samenleving. Dit concept van waardecreatie is (inter)nationaal opgepakt, met name door het Amerikaanse Institute for Healthcare Improvement met haar Triple Aim (betere gezondheid, tegen lagere kosten en hogere kwaliteit / satisfactie)³⁰ en vertaald in waardegedreven zorginkoop.³¹ Maatschappelijke business cases voor onder andere dementie, buurtzorg en andere innovaties in de zorg hebben zo een heel ander licht geworpen op de kosten / batenafwegingen binnen de gezondheidszorg. Het brede waardebegrip is ook juist voor de ouderenzorg zeer relevant, niet alleen door verbreding van (medische) zorg naar integrale arrangementen van wonen, zorg en welzijn, maar ook vanuit het besef dat de ouderenzorg een belangrijke economische groeisector is met forse bijdragen aan onder andere de arbeidsmarkt, de consumentenmarkt, toeleveringsmarkten en het innovatievermogen van de zorgsector.

5.2 Kwaliteit van leven als uitkomst van ouderenzorg

Bij gezond ouder worden gaat het niet alleen om het voorkómen, uitstellen en behandelen van ziekten en aandoeningen, maar vooral om het voorkómen en terugdringen van beperkingen in het functioneren en het bevorderen van zelfredzaamheid, participatie en kwaliteit van leven.³² Gezondheid, kwaliteit

van leven, waardigheid, deelname aan de samenleving en rechten van de cliënt worden toenemend gezien als centrale waarden in de ouderenzorg.²⁷ Terwijl preventie en zorg bij jongere leeftijdsgroepen vooral gericht zijn op ziekten, zijn interventies gericht op het functioneren en de kwaliteit van leven bij ouderen belangrijker. Hun gezondheid is te beïnvloeden via aspecten uit hun sociale en fysieke omgeving ('age-friendly'), door hun eigen leefstijl en door persoonsgebonden factoren, zoals de manier waarop zij omgaan met ziekten en beperkingen. De aanwezigheid daarvan speelt een belangrijke rol bij kwaliteit van leven, maar het gaat ook om de subjectieve beleving van het functioneren. Daarop van invloed zijn persoonlijkheidseigenschappen en ingrijpende levensgebeurtenissen, maar ook sociale steun. Figuur 10 toont de factoren waarvan bekend is dat zij kwaliteit van leven beïnvloeden.³² Over het relatieve belang van deze factoren is nog vrij weinig bekend, mede door de grote diversiteit onder ouderen. Er zijn aanwijzingen dat kwetsbare ouderen meer belang hechten aan sociale contacten en niet-kwetsbare ouderen aan goede gezondheid.

Figuur 10. Factoren van invloed op kwaliteit van leven bij ouderen (RIVM, 2011)

Kenmerken van gezondheid en zorg	Persoonsgebonden kenmerken	Persoonsgebonden stressoren	Kenmerken sociale relaties	Kenmerken van omgeving
<ul style="list-style-type: none"> • Ervaren gezondheid • Lichamelijke en psychische aandoeningen • Beperkingen • Participatieproblemen als gevolg van beperkingen • Zorggebruik • Leefstijl • Medicijn- en hulpmiddelgebruik • Ernst en aard van chronische aandoeningen 	<ul style="list-style-type: none"> • Sociaaleconomische status • Persoonlijkheidskenmerken • Vaardigheden • Attituden • Coping 	<ul style="list-style-type: none"> • Verlies van partner • Verlies van baan 	<ul style="list-style-type: none"> • Sociale steun • Sociale netwerken 	<ul style="list-style-type: none"> • Voorzieningen in woning • Voorzieningen in leefomgeving • Perceptie van leefomgeving
<p>Niet alle bronnen hebben specifiek betrekking op ouderen.</p>				

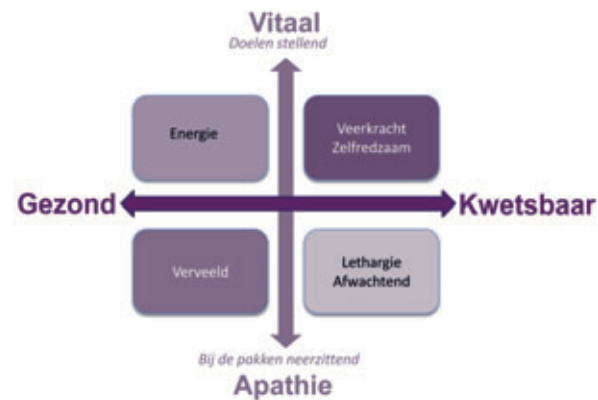
Ook leefstijlfactoren zoals Bewegen, Roken, Alcohol, Voeding en Ontspanning (BRAVO) spelen een rol bij veroudering. Tot op hogere leeftijd heeft leefstijlverandering nog zin en genereert gezondheidswinst. Er lopen tal van initiatieven voor 'active ageing' en 'healthy ageing'. Stoppen met roken blijft probaat. Zo leven mannen die op hun 65e stoppen met roken gemiddeld 1,4 tot 2,0 jaar langer en vrouwen zelfs 2,7 tot 3,7 jaar langer.³³ Bewegen is ook bewezen gunstig voor levensverwachting, gezondheid en functioneren, valincidenten, zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie.³² Zelfs als iemand op hogere leeftijd begint met (regelmatig) bewegen, zelfs in een verzorgings- of verpleeghuis. Ook zijn er 'evidence based' interventies voor het verminderen van depressieve klachten bij 55-plussers en van vallen, thuis

of in een instelling.³⁴ Echter, juist de risicogroepen van ouderen met een laag inkomen, eenzaamheid en/of overgewicht en allochtone ouderen, zijn moeilijk te bereiken mede omdat hun behoeften en wensen minder goed bekend zijn. Euvel blijft dat er veel meer bekend is over determinanten die tot beperkingen in het functioneren van ouderen kunnen leiden, dan over preventieve acties die dat proces tegengaan.³⁵

5.3 Kwetsbaarheid en vitaliteit

In de glijdende schaal tussen zelfstandig gezonde ouderen en zorg-behoevende zieken ligt de tussengroep van 'kwetsbare ouderen' of 'frail elderly'.³⁶ Kwetsbaarheid is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren, dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, vroegtijdig overlijden).

Figuur 11. Vitaliteitsmodel van Westendorp c.s.



Het gaat dan om een groep die weliswaar zelfredzaam is, maar wel een vergrote kans loopt om binnen afzienbare tijd zorgafhankelijk te worden of zelfs te overlijden. Oorzaken zijn verschillend: een beginnende dementie, een val van de trap of ander ongeluk in en rond het huis, een zieke mantelzorger, verhuizing van kinderen e.d. Kwetsbare ouderen zijn vaker hoogbejaard, vrouw of alleenstaand en ze komen vaker uit lagere sociaal-economische klassen. Doorslaggevend voor hun kwetsbaarheid is het hebben van meer dan één aandoening (multimorbiditeit) en matige of ernstige functiebeperkingen (in bewegen, zelfverzorging, huishoudelijk werk).

Fysieke en psychische kwetsbaarheid gaan vaak samen, maar sociale kwetsbaarheid verloopt minder synchroon. Psychische kwetsbaarheid (depressie, angst, eenzaamheid) heeft vaak een sterke wisselwerking met (vooral) lichamelijke en (ook) sociale kwetsbaarheid. Sociale kwetsbaarheid is sekse- en leeftijdgebonden. Vrouwen zijn vaker sociaal kwetsbaar, omdat ze vaker hun partner verliezen en vaker chronische ziekten krijgen; mannen houden hun partner vaker en overlijden vaker aan acute aandoeningen.

Uitgaande van een brede definitie van kwetsbaarheid schat het SCP dat er in Nederland in 2007 ruim 600.000 kwetsbare ouderen zijn, ofwel 27% van alle personen van 65 jaar en ouder. Tot 2030 wordt een stijging verwacht tot meer dan 1 miljoen. De meeste kwetsbare ouderen wonen zelfstandig; de rest in een verzorgings- of verpleeghuis. Van de zelfstandig wonende 65-plussers is ongeveer een kwart kwetsbaar. Wie kwetsbaar is geworden en dat blijft, heeft een vijf keer grotere kans op opname in een verzorgings- of verpleeghuis en een driemaal hogere kans op vroegtijdig overlijden dan iemand die niet-kwetsbaar is. Oudere kwetsbare patiënten hebben tijdens een ziekenhuisverblijf een verhoogde kans op complicaties.³⁷ Niet alleen op infectie, ondervoeding, delier en doorligwonden maar ook op een valpartij of bijwerkingen van medicatie. Bij 15 tot 50 procent van alle opgenomen oudere patiënten leidt dat tot lichamelijke en geestelijke achteruitgang; ze gaan het ziekenhuis slechter uit dan ze er in kwamen. Het betreft 50.000 à 165.000 mensen per jaar. Daarnaast worden in Nederland jaarlijks 19.000 patiënten (opnieuw) opgenomen voor iets wat had kunnen worden voorkomen. Veel medische problemen die kwetsbare oudere mensen thuis ervaren, zijn namelijk een gevolg van de versnippering van de medisch specialistische zorg of van onvoldoende voorbereiding op ontslag uit het ziekenhuis. Kwetsbaarheid proberen te voorkomen, verminderen of uit te stellen verhoogt dus niet alleen de kwaliteit maar ook lengte van leven.

Nog te vaak wordt de gestegen levensverwachting geassocieerd met kosten, ongemak en verlies van kwaliteit van leven. Er dient meer in mogelijkheden te worden gedacht, voor de ouderen zelf én de Nederlandse samenleving. Vanuit medisch oogpunt zijn oudere mensen 'zieker', maar zelf ervaren ze dat helemaal niet zo omdat naast gezondheid ook hun levenskwaliteit telt en op hoge leeftijd zelfs iets hoger is. Dit wordt ook wel de 'disability paradox' genoemd: mensen zijn vanuit medisch oogpunt zieker maar ervaren dat niet zo. Daarom zijn begrippen als (objectieve en subjectieve) gezondheid, kwetsbaarheid en kwaliteit van leven door Westendorp c.s. samen gebracht

in 'vitaliteit': de mogelijkheid om zelf doelen te stellen die passen bij de levenssituatie en die doelen dan vervolgens actief te realiseren.³⁸ De Leiden Academy on Vitality and Ageing en Medical Delta hebben zeer recent een groot vitaliteitsonderzoek (N=650) naar de wensen en ambities van 55-plussers gedaan.³⁹ Hieruit blijkt dat ouderen eigen verantwoordelijkheid op verschillende levensdomeinen zien als een zeer groot goed. Bijna alle ondervraagden (95%) willen zo lang mogelijk zelfstandig wonen en daar zelf beslissingen in blijven nemen. De helft heeft bij fysieke of financiële problemen een scenario klaarliggen voor een verhuizing, het liefst naar een gemengde, kinderrijke buurt. Dat brengt ons bij 'zelfmanagement'.

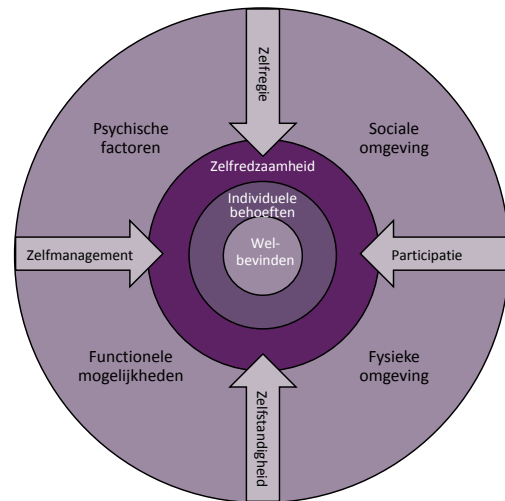
5.4 Zelfmanagement als leidend principe in de ouderenzorg

Zelfmanagement is bepalend voor de kwaliteit van leven en krijgt steeds meer nadruk bij chronisch zieken en (kwetsbare) ouderen. Het gaat om 'het vermogen en de vaardigheid van een persoon om ook op hogere leeftijd een zekere mate van balans en welbevinden te ervaren ondanks aan de leeftijd gerelateerde verliezen, met als doel een zo optimale kwaliteit van bestaan te behouden of bereiken'.⁴⁰ In 2009 concludeerde de Gezondheidsraad dat preventie bij ouderen zich het beste richt op zelfredzaamheid.³⁵ Ondersteuning van zelfmanagement kan gebruikt worden om de gevolgen van ziekte en beperking te verminderen en zorggebruik uit te stellen of te voorkomen. Zelfmanagement past voorts goed bij de tijdgeest en de nieuwe generaties ouderen waarin eigen verantwoordelijkheid steeds belangrijker gevonden wordt. Uit het eerder aangehaalde onderzoek van de Leiden Academy of Vitality and Ageing³⁹ blijkt dat de huiver om zelf te dokteren bij veel ouderen is verdwenen: 81% is bereid zelf metingen te doen en 71% om beslissingen te nemen over de medicatie op basis van eigen metingen. Ouderen denken dus heel bewust na over zelfmanagement, maar geven wel toe te zoeken naar hun weg daarin. Zelfmanagement verkeert als het ware nog in de fase van bewust onbekwaam. De cliënt neemt bijvoorbeeld nog weinig verantwoordelijkheid in de keuze van eigen zorg, mede door het gebrek aan adequate informatie over uitkomsten en kwaliteit op het niveau van de aandoening. Wanneer er concrete mogelijkheden voor meer controle en verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid worden aangereikt met goede voorlichting over de verschillende opties, blijkt een grote meerderheid van de ouderen zeer

bereid tot zelfmanagement. Dat leidt tot betere uitkomsten, niet alleen voor henzelf maar ook voor de houdbaarheid en betaalbaarheid van de zorg. Kortom, zelfmanagement leidt ook tot grotere toegevoegde waarde.

Op innovatie gericht onderzoek zal zich moeten toelagen op het ontwikkelen van technologieën en organisatiemodellen die ouderen met gezondheid helpen bij hun zelfmanagement. Dat moet goed aansluiten bij de kennis, ervaringen en mogelijkheden die ouderen zelf hebben en versterkend werken op de competenties van eigen regie, keuze- en besluitvaardigheid. Het gaat daarbij om zowel psychische factoren (persoonlijkheid, weerbaarheid, denkvermogen, motivatie) als functionele en lichamelijke mogelijkheden die zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie bevorderen. Een goed ingerichte fysieke omgeving versterkt de functionele mogelijkheden van de oudere om zelfstandig te blijven. De sociale omgeving waaronder het persoonlijk netwerk van de oudere kan hem ondersteunen de regie over het eigen leven te houden. De betekenis die de oudere aan zijn leven geeft, de mate van zingeving en de individuele behoeften beïnvloeden mede de motivatie die van belang is bij het behouden en bevorderen van zelfredzaamheid. Een goede balans tussen psychische factoren, functionele mogelijkheden, fysieke en sociale omgeving is noodzakelijk voor het behoud van zelfredzaamheid. Deze balans is door het Netwerk Ouderenzorg Haaglanden (NOH) aardig weergegeven in een zelfredzaamheidswiel (figuur 12).⁴¹

Bevordering en ondersteuning van zelfmanagement wordt inmiddels integraal onderdeel van alle professionele zorgstandaarden voor chronisch zieken, maar tussen papier en praktijk zitten nog vele implementatiehobbels.

Figuur 12. Zelfredzaamheidswiel⁴¹

5.5 Samenmanagement als hefboom voor toegevoegde waarde

Samen dienen zorgvrager en zorgprofessional een manier van werken te vinden die het beste past bij de cliënt en diens situatie. De oudere generaties zijn aan beide kanten opgegroeid in hiërarchische verhoudingen met ontzag voor autoriteit en expertise, zoals o.a. ook ingebakken in het klassieke meester-gezel gilde. Patiënten hadden vroeger maar te dulden (letterlijke vertaling van patiënt) en hadden als basishouding dat de dokter altijd weet wat goed is. Jongere generaties zijn mondiger, beter geïnformeerd door opleiding, media en internet. Ze leren omgaan met (ruil)relaties, onderhandelingen en onzekerheden over kennis, proces, risico's en uitkomsten. Nieuwe generaties hebben tegenwoordig meer horizontale verhoudingen; de bevelshuishouding wordt een onderhandelingshuishouding, aldus Abram de Swaan.⁴² Patiënten worden cliënten met keuzevrijheid, eigen regie en 'gezondheidsvaardigheden', hoewel daarin nog veel variatie is naar leeftijd, sociaaleconomische klasse en andere achtergrond- en situatie-kenmerken.

Door horizontalisering van sociale- en hulpverlenersrelaties ontdekken nieuwe generaties cliënten en zorgprofessionals de voordelen van gezamenlijke besluitvorming, oftewel shared- of co-decision making.⁴³ Vooral bij ingrijpende beslissingen met meerdere opties, is het zaak de patiënt zo veel mogelijk en zo veel als door hen zelf gewenst te betrekken bij die beslissing.

Dat klinkt logisch, maar het gebeurt vaak niet of niet goed. Onderzoek- (reviews) over gezamenlijke besluitvorming (of andere termen zoals patiënt-participatie, 'patient-centred care', 'evidence-based patient choice') laat zien dat patiënten doorgaans verstandige keuzes maken, de kwaliteit van zorg verbetert, de veerkracht van de cliënt sterker wordt en de satisfactie stijgt bij patiënt én hulpverlener.

Shared decision making vergt andere vaardigheden van hulpverleners, zoals coachende en open gesprekstechnieken en het vertalen van professioneel jargon en denkwijze naar de begripswereld en context van uiteenlopende generaties cliënten, met nieuwe hulpmiddelen zoals keuzehulpen, folders, informatieve websites. Maar ook het (h)erkennen van de eigen grenzen in kennis en expertise, de (on)mogelijkheden van de maakbare wereld. Veel artsen zijn 'by nature and nurture' meer doeners dan denkers en praters en willen snel naar een beslissing toewerken. Gelukkig maar, in acute situaties. Maar in veel andere situaties is er tijd, ruimte en noodzaak voor dialoog en gezamenlijke besluitvorming. In de opleidingen is er steeds meer aandacht voor houding, gedrag, gespreksvaardigheden en inleven in de waardes en situatie van de cliënt. Maar de praktijk is weerbarstig, en het aangeleerde uit de opleiding verdampst vaak tijdens de socialisatie in het werk.⁴⁴

Gezamenlijke besluitvorming in de gezondheidszorg is effectief en kwaliteitsverhogend. Cliënten blijken doorgaans minder risico te nemen dan artsen denken en heldere keuzes over zinnigheid en doelmatigheid te maken, mits ze goed geïnformeerd zijn. De relatie tussen zorgprofessional en cliënt gaat er bovendien op vooruit als beide goed weten en delen wat er speelt en welke argumenten en beweegredenen belangrijk zijn bij de keuze voor het inzetten, doorgaan of beëindigen van een bepaalde behandeling, ook aan het einde van het leven. "It takes two to tango", stelden Charles e.a. in hun klassieker over shared decision making.⁴⁵ Meer zorg is niet altijd betere zorg. Juist bij kwetsbare ouderen op hogere leeftijd en met meerdere ziektes kan het effect van behandeling op lengte van leven marginaal zijn, maar het verlies van kwaliteit van leven groot.

Zorgprofessionals zouden ouderen net zo vaak als jongere patiënten actief moeten aansporen en ondersteunen te participeren in gezamenlijke besluitvorming.⁴⁶ Bij 'advance care planning' wordt steeds in gesprek met de patiënt en diens familie gestreefd naar het proactief plannen van zorg en ziekte-behandeling.⁴⁷ Dit helpt om de zorg in overeenstemming te brengen met het

doel en de wensen van de patiënt. Het belangrijkste bij gezamenlijke besluitvorming zijn de (over)stappen van diagnose naar in te zetten zorg.

Ten eerste de stap van informatie verzamelen en verstrekken, aan beide kanten. Ten tweede dialoog over de beschikbare informatie en alternatieven waaronder 'niets doen', plus eventuele consequenties (volgens het principe van 'equipoise'⁴⁸). En ten derde gezamenlijk consensus bereiken, beslissen en de gekozen aanpak samen in gang zetten. Dit alles vanuit een open, niet vooringenomen houding bij hulpverlener, cliënt en diens partner of familie. Het is een nieuwe tijd van oprechte inleving en open dialoog, maar ook elkaar respecteren én aanspreken op gedrag, inbreng en afspraken, zonder te vluchten in checklijstjes en andere 'decision-aids'. Dat vergt ook gespreks- en reflectietijd, wat in de huidige productie-gedreven gezondheidszorg een extra probleem vormt. De idee van 'kijk- en luistergeld'⁴⁹ is zeker de moeite van verkennen waard om meer ruimte te bieden rondom existentiële vragen aan het begin of einde van het leven, en bij cliëntsituaties die eerder om vertraging en herhaling van gesprek dan versnelling van besluitvorming vragen.

6. Management- en organisatievraagstukken in de ouderenzorg

Het vormgeven van toekomstbestendig ouderenzorg is niet alleen een beleidsvraagstuk maar vooral een organisatievraagstuk waarbij rollen van gevestigde organisaties veranderen en nieuwe spelers zich aandienen. Om dit vraagstuk aan te pakken zijn netwerk- en ketenmodellen nodig.⁵⁰ Er zijn allerlei theorieën, modellen en opvattingen over management- en organisatievraagstukken. Daarin lijkt een blind wroetende mol makkelijk vast te lopen. Toch ligt onder dit mollenveld een stevig gangenstelsel: het gaat in de (ouderen)zorg om het optimaliseren van uitkomsten als gezondheid, vitaliteit en kwaliteit van leven door integrale arrangementen vanuit effectieve teams en netwerken van professionals uit vele disciplines en generaties die worden gefaciliteerd en gecoacht door de managers en leiders met toekomstvisie. Dan slaagt de MOL als hij vier gangen tot zijn domein kiest:

- ▶ Waardenmanagement: sturing op toegevoegde waarde voor (nieuwe generaties) ouderen;
- ▶ Ketenmanagement: besturing van ketens en netwerken voor integrale zorg- en dienstverlening;
- ▶ Generatiemanagement voor duurzame relaties tussen generaties professionals en zorgvragers;
- ▶ Leiderschap en (team)management: voor besturing en organisatie van de gehele ouderenzorg.

Deze accenten geven een nieuwe invulling aan nog immer bruikbare schema's uit de systeemleer. Die beziet een organisatie als een systeem met als onderling samenhangende bouwstenen strategie, structuur, cultuur, middelen, resultaten (zie figuur 13). De resultaten / uitkomsten bepalen de functie van de organisatie ofwel de toegevoegde waarde die de organisatie genereert voor zijn omgeving ('het wat'). De constructie van een organisatie ('het hoe en waarmee') wordt bepaald door de structuur (de meer harde kant), de cultuur (de meer zachte kant) en de mensen en middelen. De strategie richt zich in systeemtermen op het vinden van de balans tussen functie en constructie. Al deze bouwstenen komen terug op alle strategische, tactische en operationele besturingsniveaus. Niet alleen binnen een enkele organisatie, maar ook binnen een netwerk of keten van organisaties (systeem van deelsystemen) die samen integrale zorg aan ouderen leveren. De juiste zorg op het juiste moment en plaats, door de

juiste dienstverlener met de juiste middelen. En (de keten van) organisatie(s) is zelf weer onderdeel van zijn omgeving. Die omgeving is in hoofdstuk 4 beschreven via historische reconstructie van het ouderenbeleid. Het geheel is en blijft een model, i.e. een gestileerde weergave van (onze kennis over) de werkelijkheid.

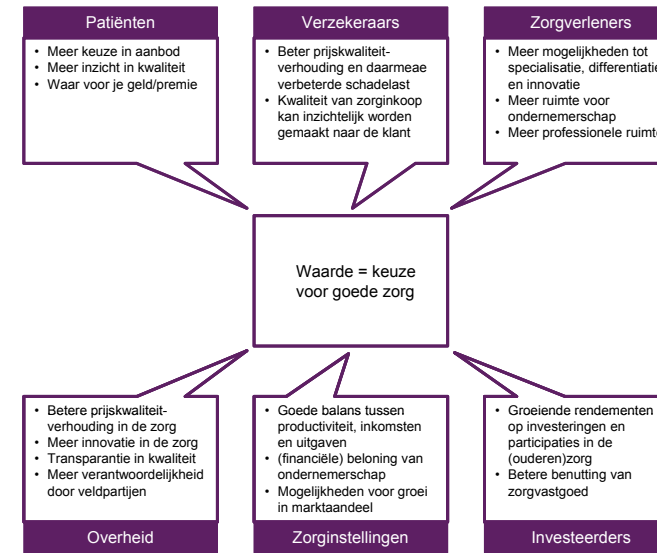
Figuur 13. Een systeembril op organisaties (amendement op www.123management.nl)



6.1 Waardenmanagement in de ouderenzorg

Om waarde te realiseren dient de aanbieder te sturen op resultaten. Het meten van resultaten is cruciaal. Meten heeft niet enkel een intern doel; resultaten dienen ook gepubliceerd te worden aan de buitenwacht. De urgentie staat in het regeerakkoord 'Bruggen bouwen' van Rutte II weergegeven met één heldere volzin: "We verplichten aanbieders van zorg om bij de declaratie ook informatie te geven die nodig is om vast te kunnen stellen dat kwaliteit geleverd is." Zonder die informatie kan de cliënt / verzekerde niet kiezen en is er geen goede afweging te maken tussen toegankelijkheid, kwaliteit en kosten, tezamen het fundament van ons solidair zorgstelsel. Zonder adequate informatie over kwaliteit kunnen zorgverzekeraars hun inkooprol niet goed invullen noch waarmaken. Het tot stand brengen van waardegedreven ondernemen in de zorg vraagt om een paradigmaverschuiving in de zorg, bij alle betrokken partijen van zorgfinanciers, zorgaanbieders en zorgvragers. Boer & Croon hebben de voordelen voor die partijen samengevat (zie figuur 14).

Figuur 14. Waardegedreven zorg levert toegevoegde waarde voor alle betrokkenen⁵¹



Sinds de eerste Leidenschendamconferenties in de jaren '90 van de vorige eeuw, is helderheid verkregen in het verschil tussen structuur-, proces- en uitkomstindicatoren en voor wie welk indicatortype relevant is. Bijvoorbeeld in de richtlijnen van de beroepsgroepen zijn daarover vaste paragrafen opgenomen. Er zijn allerlei werkmodellen en procedures ontwikkeld om kwaliteit te meten, te verbeteren, te borgen en te verantwoorden. Voorts ontstond er systematische intervisie, visitatie, accreditatie en certificatie. We raakten rond de eeuwwisseling in een transitie van beroeps- en voorziening-gebonden richtlijnen vanuit professioneel perspectief naar integrale zorgstandaarden vanuit patiëntenperspectief. Zo ontstond het besef dat elke afzonderlijke schakel in de keten bijdraagt aan het eindresultaat van het gehele behandel- of zorgtraject. De laatste jaren wordt kwaliteits- en keuze-informatie ook meer publiekelijk beschikbaar voor patiënten, verzekerden, verwijzers en verzekeraars. Van meer recente datum is onderlinge vergelijking door middel van benchmarking en onderzoek naar praktijkvariatie. Maar de veelheid aan vragenlijsten, controlerende partijen en registratieve bureaucratie zorgt voor overbelasting. Het ging toch om het primaire zorgproces?! Kwaliteitsverbetering blijft vaak hangen op organisatieniveau en bereikte de primaire processen niet.⁵² Dat pakken de beroepsgroepen nu steeds meer zelf op, o.a. via (klinische) registraties van processtappen en uitkomstindicatoren, gecorrigeerd voor casemix en zorgzwaarte. Van meten en weten,

komen we naar systematisch verbeteren. Na optimalisering van procesonderdelen ontstaat nu ook uitkomstensturing op ketenniveau, o.a. bij CVA,⁵³ Parkinson⁵⁴ en dementie.

Porter stelt "high quality care should be less costly". "The key of unlocking this potential is combining an accurate cost measurement system [total costs of all the resources used by the individual patient as she or he traverses the system] with the systematic measurements of outcomes".⁵⁵ Kortom: Wie stuurt op kosten, verliest kwaliteit; wie stuurt op kwaliteit krijgt ook kostenreductie. Hierin herkennen we ook andere managementbenaderingen voor het optimaliseren van bedrijfsprocessen, zoals Lean Management, Operational Excellence, High Performance Organisation en de Service Care Chain⁵⁶. Dat is primair de verantwoordelijkheid van professionals en managers zelf. Door te sturen op toegevoegde waarde voor hun cliënten kunnen zorgprofessionals hun eigen inzet beoordelen en het primaire proces zo nodig bijsturen en afslanken om de best mogelijke resultaten te behalen. De kwaliteitscirkel wordt zo ingebed in het primaire proces zelf. De effectieve en doelmatige realisatie van de beoogde uitkomsten is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van aanbieders en financiers.

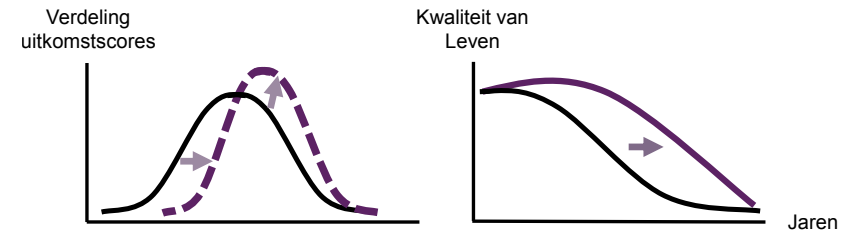
Over de werkelijke realisatie van toegevoegde waarde en optimale uitkomsten is in de (ouderen)zorg helaas nog weinig bekend. Achmea is daarom een ambitieus programma Kwaliteit van Zorg gestart, met als ambitie om in zo'n 4 jaar circa 40% van de zorg transparant te maken via uitkomstindicatoren, samen met het zorgveld.⁵⁷ Die transparantie levert spiegelinformatie op die ervoor kan zorgen dat:

- ▶ zorgaanbieders een stimulans krijgen om zichzelf te verbeteren (verbeterinformatie);
- ▶ cliënten en hun verwijzers bewuster kunnen kiezen (keuzeinformatie);
- ▶ Achmea voor haar verzekerden de beste zorg kan inkopen (zorginkoopinformatie).

Inzicht in de kwaliteit van zorg zal een stuwend effect op kwaliteitsverbetering hebben, gevangen in het motto "Shifting the curve up and to the right" (zie figuur 15). Hoe meer excellente zorgverleners en gedeelde 'best practices', hoe hoger het gemiddeld niveau van de zorg, hoe kleiner de praktijkvariatie en hoe krachtiger vervolgens weer de impuls tot verbetering. Als zorgverzekeraar wil Achmea de focus leggen op de toegevoegde waarde

voor de cliënt en alles stimuleren wat daaraan wel bijdraagt en alles verminderen of afschaffen wat daaraan niet bijdraagt.

Figuur 15. Kwaliteitsverbetering: shifting the curve up and to the right



Uitkomstenmanagement of 'performance management' betreft het voortdurend verbeteren van zorguitkomsten van de best mogelijke zorgprocessen met het efficiëntste gebruik van hulpmiddelen en geïntegreerde toepassing van kwaliteitsinstrumenten op alle niveaus van de (keten)organisatie.⁵² Walburg ziet uitkomstenmanagement als operationalisatie van vijf principes van lerende organisaties (zoals ontwikkeld door Peter Senge⁵⁸), toegepast op de gezondheidszorg:

- ▶ systeemdenken (multidisciplinaire team samenwerking in ketens met stakeholders);
- ▶ gemeenschappelijke missie (in samenhang tussen individu, team, organisatie en omgeving);
- ▶ persoonlijk meesterschap (continu leren op de werkplek, met ondersteunende ontwikkelplannen);
- ▶ teamleren (expliciete ontwikkeling van team(rollen), met continue feedback over prestaties);
- ▶ bijstellen mentale modellen (intensieve interactie tussen management, teams en stakeholders).

Uitkomstenmanagement is te zien als vorm van kwaliteitsmanagement, maar gekoppeld aan het leerperspectief op continu verbeteren en het professionele perspectief op primaire (keten-)zorgprocessen in multidisciplinaire teams. Uitkomstenmanagement staat en valt dus met de onderlinge relaties tussen leidinggevenden en professionals en teams, tussen teamleden onderling en tussen teams en betrokken partijen rondom de organisatie in de omgeving (zie paragraaf 6.4).

Kwaliteit van zorg die bijdraagt aan kwaliteit van leven, hanteert een ander paradigma dan de traditionele gezondheidszorg.²⁷ Dat vraagt een grote omwenteling, niet alleen van de zorg, maar ook van de samenleving en van de mensen die gebruik maken van zorg. Zij moeten immers ook weten dat ze iets anders mogen verwachten en dat iets anders van hen verwacht wordt. Zorgorganisaties moeten zich gaan profileren als maatschappelijke ondernemers, gestuurd door de vraag van de cliënt en optimaal gestimuleerd om zoveel mogelijk waarde te creëren voor die betreffende cliënt.⁵⁹ De ondernemer wordt afgerekend op de mate waarin de zorg en ondersteuning de cliënt echt helpen, op uitkomsten in termen van kwaliteit van leven, niet op handelingen, verrichtingen, of uren / minuten. Zorgorganisaties gedragen zich als maatschappelijke ondernemers als ze niet alleen diensten leveren aan een cliënt, maar ook betrokken zijn bij de ontwikkeling van de sociale omgeving van cliënten.

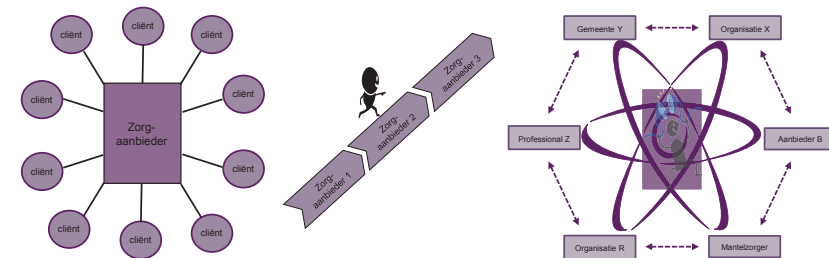
6.2 Ketenzorg leidt tot betere uitkomsten

De (ouderen)zorg laat zich tot nu toe vooral typeren als gefragmenteerd, context- en actorgebonden en meer ontworpen vanuit aanbodvernieuwing dan vraagsturing en waardecreatie. De omvang en urgentie van de vergrijzingsproblematiek vergen bundeling van vele publieke en private partijen om de benodigde kennis, technologie, middelen, mankracht en slagkracht bij elkaar te brengen. Oude bedrijfsmodellen die de organisatie centraal stelden worden vervangen door ketenzorgtrajecten waarin zorgaanbieders een continuüm van zorg voor gezamenlijke cliënten realiseren of netwerkarrangementen die de cliënt centraal stellen (zie figuur 16). De rechtste netwerkconfiguratie is een bewerking van het in aanleg veel radicaler Business Model van de 21^{ste} eeuw, ontwikkeld door Zuboff en Maxmin.⁶⁰ De cliënt met z'n individuele behoefte staat in het centrum. Organisaties cirkelen daar omheen om in wisselende configuraties samen invulling te geven aan die cliëntbehoefte. Die beperkt zich doorgaans immers niet tot de producten en diensten van één aanbieder, dus samenwerking is vereist. Dat is een Copernicaanse omkering, waar de aanbieder centraal staat die zijn producten en diensten naar buiten duwt naar cliëntsegmenten (linker deel van figuur 16). De zorgorganisaties onderhouden in het oude model geen individuele relatie met iedere afzonderlijke cliënt.

Het nieuwe model heeft vier wezenlijk andere fundamenten:

- ▶ De cliënt krijgt de regie. Alleen op die manier wordt gegarandeerd dat daadwerkelijk wordt geleverd wat precies aansluit op de individuele behoefte van de cliënt.
- ▶ De cliënt zoekt zijn oplossing in verschillende lagen. Eerst zoekt hij zelfstandig naar informatie. Vervolgens gaat hij sparren met mensen die een vergelijkbare behoefte hebben. De derde stap bestaat uit schakelen met adviseurs, die hun rol op een meer coachende wijze invullen. Tenslotte gaat de cliënt over tot de (samengestelde) transactie.
- ▶ Sociale strategieën, communities en co-creatie maken het mogelijk om dit alles op kosteneffectieve wijze te doen. Dat maakt dat het nu mogelijk is geworden, voorheen was deze Enterprise Logic geen optie.
- ▶ Het netwerk, bestaande uit de cliënten en dienstverleners, maken gebruik van een gemeenschappelijke infrastructuur, die een hoge mate van automatisering mogelijk maakt.

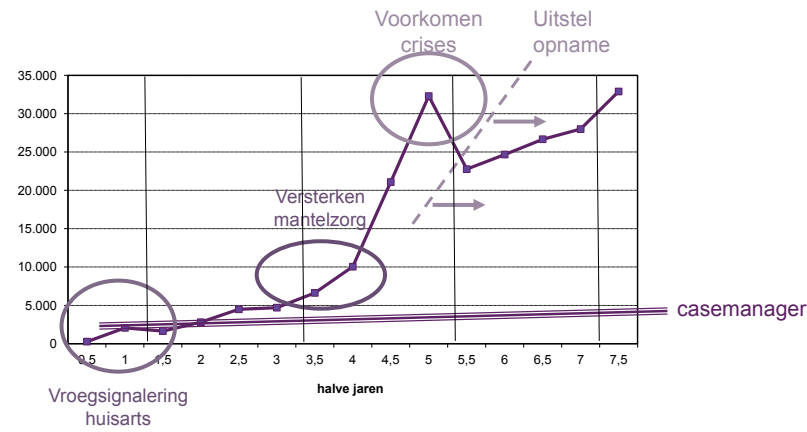
Figuur 16. Van organisatie-gecentreerd aanbod, naar ketenzorg en cliëntgecentreerde op-maat-netwerken



Zo ontstaan nu ook in de ouderenzorg allerlei nieuwe vormen van integrale zorg, zoals 'disease management', ketenzorg en netwerkzorg.⁶¹ Er is inmiddels enige ervaring met ketenzorg die samenhang tussen extra- en intramurale zorgfuncties creëert, maar veel economen stellen dat de zorg nog niet op de optimale productiecurve zit. Deze curve legt een bolvormige relatie tussen kwaliteit en kosten, maar de zorg zou nog niet óp maar onder die curve presteren. Dat betekent dat verbeteringen altijd leiden tot verbetering van kwaliteit én kosten. Dat hoopvolle concept is inmiddels bewezen voor stroke services, diabeteszorg, COPD en dementienetwerken met casemanagement (zie figuur 17). Maar van veel ketens kennen we de individuele behoeften van de cliënten én de structuur van kosten en

opbrengsten niet, laat staan dat we daarop sturen. Wil je besparingen realiseren, dan moet je bovendien naar de consequenties handelen, dus alleen bewezen ketenzorg financieren en tegelijkertijd de oude zorg afbouwen (zoals ziekenhuisbedden sluiten en niet herbezetten met andere patiënten). Geïnspireerd door ervaringen met diverse soorten ketens en netwerken, heb ik eerder al eens enkele regels voor ketenmanagement voorgesteld (zie pagina 51).

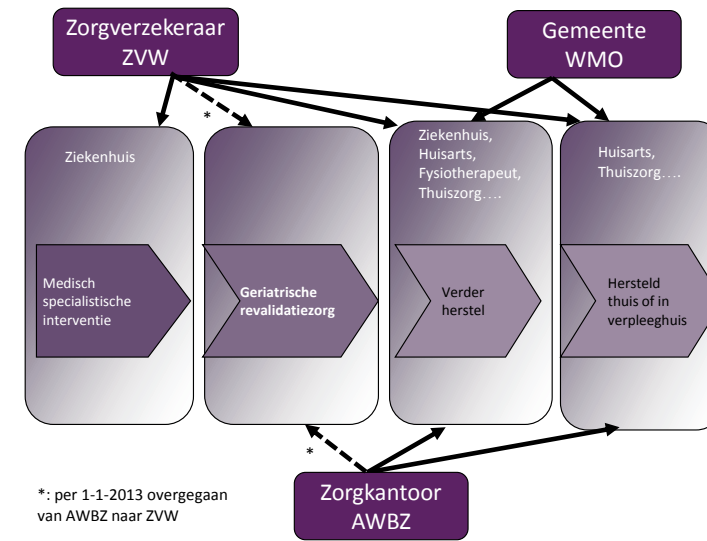
Figuur 17. Integrale dementieketen leidt tot hogere kwaliteit tegen lagere kosten



Veel herstelgerichte ketens waarmee vooral ouderen in aanraking kunnen komen (zoals CVA, orthopedie) zijn in verandering door de nieuwe financiering van geriatrische revalidatie (zie figuur 18). Deze is per 1 januari 2013 overgegaan van de AWBZ naar de ZVW, van zorgkantoor (die per regio inkoop) naar zorgverzekeraar (die voor eigen verzekerden contracteert in het hele land). Patiënten zijn direct na de ziekenhuisgreep gebaat bij een snelle start van revalidatie, maar blijven vaak te lang in het ziekenhuis liggen of worden niet goed doorverwezen. De samenwerking in de keten kan dus beter. Dit ketenperspectief heeft tot nu toe nog weinig aandacht gehad. Daardoor is weinig bekend over verloop, gezondheidswinst, kwaliteit en kosten van de geriatrische zorgketen.⁶² Ook de afstemming op de zorgbehoefte dient te verbeteren, maar de financieringsystematiek van de AWBZ is niet geënt op de variabele behandelintensiteit die nodig is voor korte intensieve revalidatie voor bijvoorbeeld CVA-patiënten die liever extra- dan intramuraal worden behandeld. De verwachting is dat een meer gespecialiseerd revalidatieaanbod de overgangen in de keten van ziekenhuis

naar huis soepeler laat verlopen en meer 'zorg op maat' levert. Dat vergt wel extra aandacht voor coördinatie en uitkomstensturing in de keten. En voor de financiering en inkooprelaties.⁶² Kortere duur van zowel ziekenhuisverblijf als revalidatie kan dan samenlopen met betere uitkomsten én lagere kosten.

Figuur 18. De herstelketen met vernieuwde geriatrische revalidatie.



Ketenregels

Ketenregel 1: Kwantificeer beoogde substitutie-effect

Als ketenzorg geen substitutie van intramurale zorg in zieken- of verpleeghuis realiseert, dan is het niet renderend te krijgen. Ter verduidelijking een rekenvoorbeeld over casemanagement in de dementiezorg.⁶³ Met een caseload van 50 tot 60 dementerenden bedragen de meerkosten van casemanagement circa € 1.000 per jaar per cliënt. Eenmalig genereert de dementieketen meerkosten voor goede diagnostiek en behandeling, circa € 1.500 per patiënt. Structurele meerkosten liggen ook in meer en betere zorg, plus ondersteuning mantelzorg. Laat dat jaarlijks nog eens € 2.000 extra per cliënt zijn. Gemiddeld is een verpleeghuisopname met circa 1 maand per jaar uit te stellen door casemanagement, dat scheelt minstens € 4.500 per cliënt. En dan nu het saldo: voor drie jaar ondersteuning per dementerende, bespaart de dementieketen met casemanagement netto € 6.500 per cliënt. Door de grote aantallen (nu kwart miljoen dementerenden en dat gaat verdubbelen) komt de macrobesparing uit op circa € 200 miljoen per jaar.

Ketenregel 2: Objectieveer alle maatschappelijke kosten en opbrengsten

Een goede business case moet wel alle kosten van de hele zorgketen in beeld brengen. Dat gaat om directe en indirecte kosten, op het niveau van de individuele cliënten in alle schakels en de collectieve ketenorganisatie. Idem aan de financieringskant, zodat alle geldstromen goed in beeld komen. Zie ketenzorg niet alleen als kostenpost, maar ook als bron van economische opbrengsten. Bereken o.a. hoeveel mensen met een chronische ziekte (partieel) meer en/of langer kunnen werken. Welke vervolggkosten worden vermeden door ontlaste mantelzorg? En toon de winst in kwaliteit van leven, welbevinden en satisfactie van cliënten en professionals. Ketens die dit allemaal netjes doen, verdienen een bonus van bijvoorbeeld 1% van de totale ketenomzet voor innovatie. Ketens die dat niet doen, krijgen geen korting, maar moeten die 1% inzetten voor betere registratie.

Regel 3: Ketenlogistiek management over totale zorgcarrières

De kunst bij geketende zorgprocessen is om over alle schakels heen met elkaar inhoudelijke afspraken te maken. Het moet bij de patiënt overkomen als een goed gestroomlijnd en eenduidig werkproces. Teken de hele zorgcarrière van uw cliënten uit, trek alle zorgpaden langs de verschillende stations in de keten strak, bepaal het nut van elke tussenstap en haal die er uit als er geen toegevoegde waarde is. Track-and-trace alle cliënten en ontwikkel zo een capaciteitsmodel op ketenniveau. Monitor en verbeter de doorstroom- en wachttijden, voorkom verkeerde stromen in de keten, verruim de kritische bottlenecks. En verwerk dat alles weer in een verbeterde business case. De opbrengsten zijn gigantisch, vrijvallende verspilling kan op andere plaatsen worden ingezet of verzilverd. Draai de keten om van 'push' naar 'pull': laat niet het ziekenhuis het ontslag bepalen, maar het ontvangende station en leg dáár de prikkels.

Regel 4: Ketenhygiëne: geen doublures, bonus op hergebruik

Ketenpartners moeten samen nagaan hoe vaak in de keten opnieuw een onderzoek, procedure of wat dan ook wordt overgedaan. Neem je eigen ketenpartners serieus en hergebruik hun informatie. Als een volgende schakel weer onderzoek wil doen, eerst checken of het al eerder is gedaan. En daarop sturen door bonus op hergebruik en malus op ongecontroleerde herhaling. Natuurlijk kunnen er goede professionele redenen zijn om iets weer of net anders te doen, maar maak dat wel expliciet. Denk aan de huidige SIRE-spotjes over 20% voedselverspilling door alles wat we weggooien. Dat percentage zou ook wel eens in de zorg kunnen gelden...

Regel 5: Denk groot, in complete ketens voor cliëntgroep

We denken te klein in ketenzorg. Bekijk vanuit de cliëntgroep zelf wat er wel en niet in de keten moet zitten (vraag hen een programma van eisen, geef ketens die zo bouwen een bonus), niet op grond van historisch gegroeide schotten, verhoudingen en persoonlijke connecties. Het is curieus dat de keten-DBC voor diabeteszorg zonder ziekenhuiscomponent wordt gedefinieerd. Woon- en zorgservices lopen in elkaar over, geef dan ook de afzonderlijke organisaties de ruimte om met elkaar innovatieve concepten uit te rollen. Minstens zo belangrijk is preventie, van primair tot tertiair, op individueel en groepsniveau. Gemeenten moeten hun WMO-budget voor welzijn en mantelzorg toevoegen aan de gezamenlijke ketenpot. Preventieactiviteiten zelf moeten doorgerekend worden, maar niet 'kleintjes' op jaarbasis, maar over de gehele zorgcarrière.

Regel 6: Gezamenlijke ketenpot om schotten te doorbreken

Overheden ontkennen de schotten, veldwerkers blijven er over klagen. Deze patstelling kan worden doorbroken met cijfermatige rationaliteit en het uitwerken van een win-win strategie met samenhangende afspraken die de verschillende belangen in evenwicht brengen. Werk bijvoorbeeld met een aanneemsom per cliënttraject, samengesteld uit de bijdragen van de afzonderlijke sectoren van WMO, cure en care, wonen. Breng dat in de ketenpot bij elkaar en trek al vast 10% ketenkorting af. Streef vervolgens naar weer 10% slimheidswinst door de ketenpartners alle vrijheid te geven tot creatieve oplossingen te komen en deel die vervolgwinst ('shared savings') tussen ketenpartners en financiers. Ga bij elke keten na hoe de financiële prikkels nu precies lopen, want anders houdt iedereen de hand op de eigen knip.

Regel 7: Koester de keten, keten elkaar

Er is stevig leiderschap én ondernemerschap nodig om bewezen interventies snel en breed te implementeren, met nieuwe business- en financieringsmodellen die rendement bevorderen. Het aantonen van en sturen op toegevoegde waarde vergt beter inzicht in de relatie tussen enerzijds uitkomstindicatoren en anderzijds structuur- en procesindicatoren. Zonder goede en slimme ICT-oplossingen zal de keten vroeg of laat verzanden. De kritische toetssteen zijn de uitkomsten van zorg, gestuurd vanuit 'evidence based' structuren en ketenprocessen.

Het KNMG-standpunt Sterke medisch zorg voor kwetsbare ouderenzorg uit 2010³⁷ heeft een stevige basis gelegd voor meer integrale ketenbenaderingen in de medische zorg voor ouderen. De beroepsgroep heeft onderkend dat veel medische problemen die kwetsbare oudere mensen thuis ervaren een gevolg zijn van versnippering van de medisch specialistische zorg of van onvoldoende voorbereiding op ontslag uit het ziekenhuis. Ouderen raken letterlijk en figuurlijk de weg kwijt in het ziekenhuis, er is sprake van ondervoeding, delier, medicatiefouten, relatief veel infecties en de overgang van ziekenhuis naar huis is gebrekkig. Inzicht in de kwetsbaarheid van deze patiënten en multidisciplinaire samenwerking met de verwijzende huisarts of specialist ouderengeneeskunde kunnen deze problemen voor een groot deel voorkomen. Elk ziekenhuis zou een integraal zorgpad voor kwetsbare ouderen moeten inrichten, met screening van alle opgenomen 65-plussers op (risico's op) kwetsbaarheid en polifarmacie, één loket en aanspreekpunt

voor alle behandeling en zorg, een geriatrieteam met multidisciplinaire kennis, overleg en werkwijze, een multidisciplinair zorgbehandelplan met zorgcoördinatie en trajectbegeleiding voor een zorgvuldig ontslagtraject, inclusief eventuele geriatrische revalidatie. De regie daarvan ligt in handen van een medisch specialist met geriatrische competenties, werkend vanuit een integrale visie op gezondheid en functiebehoud. Dit alles kan worden samengevat als een Ouderenvriendelijk Ziekenhuis, dat ook let op de inrichting van het gebouw en de totale servicegerichtheid. De ouderenbonden onder leiding van de Unie KBO hebben hiervoor inmiddels een keurmerk ontwikkeld dat dit najaar openbaar wordt. Naar verwachting zal zo'n 25 tot 30% van de ziekenhuizen in de eerste ronde voldoen aan de eisen van het keurmerk. De openbare uitreiking van de keurmerken en het inzetten van adequate verbeteracties zullen andere ziekenhuizen aanmoedigen ook een vriendelijk ziekenhuis te worden.

Wanneer is ketenzorg succesvol? Er zijn verschillende denktradities ontstaan in de samenwerkingsliteratuur.⁶⁴ Er zijn fasemodellen die de nadruk leggen op de te zetten stappen. Conditionele modellen leggen de nadruk op het creëren van de juiste condities voor het samenwerkingsproces. Er zijn ook procesmodellen die kijken naar de (politieke) besluitvormingsprocessen en er is de 'mutual gains'-benadering die sterk de nadruk legt op belangen en win-win-oplossingen. Er moet recht gedaan worden aan een evenwichtige balans tussen inhoud en proces, ofwel tussen de bovenstroom (bedrijfskundige logica, strategie, organiseermodellen, inhoud) en de onderstroom (persoonlijke relatie, teamvorming, vertrouwen, macht en interactie). Om een succesvolle keten in de praktijk op te zetten zijn zeer vele elementen belangrijk. Deze zijn na langdurig promotie-onderzoek door Minkman samengevat in het 'Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg'.⁶⁵ Dit OmK onderscheidt vier fasen van ketenontwikkeling: de initiatief- en ontwerpfase, de experiment- en uitvoeringsfase, de uitbouw- en monitoringsfase en de verduurzamings- en transformatiefase. In deze fasen worden in totaal 89 elementen beschreven waarmee ketenzorg kan worden gerealiseerd, verbeterd, geïnnoveerd en verduurzaamd. Deze elementen zijn in 9 clusters onder te verdelen (zoals 'Cliëntgerichtheid', 'Ketenregie en logistiek' en 'Rol- en taakverdeling'). Uit validatiestudies is gebleken dat het OmK een generiek model is, toepasbaar voor alle doelgroepen en soorten zorgketens. Het biedt ondersteuning bij de 'diagnose' van een keten en welke verbeteractiviteiten in gang gezet kunnen worden, toegespitst op de ontwikkelfase waarin de keten zich op dat moment bevindt.⁶⁶

6.3 Generatiemanagement

Nieuwe leiders en managers van (zorg)organisaties moeten andere wegen vinden voor de nieuwe dynamiek tussen vier generaties zorgprofessionals en drie generaties zorgvragers, met elk hun eigen kenmerken, gedragspatronen en behoeften. Met het vergrijzen van de bevolking en het stijgen van de AOW-leeftijd zal de diversiteit aan zorg-gevende en zorg-ontvangende generaties nog verder toenemen. Jonge en oudere generaties zorgprofessionals leveren samen de zorg aan een groeiende groep van nieuwe generaties ouderen die zelfbewuster, koopkrachtiger en veeleisender worden. Werken in de zorg- en dienstverlening voor ouderen is dus bij uitstek werken met en tussen generaties. Inzichten uit generatietheorieën bieden interessante aanknopingspunten voor generatiemanagement in de ouderenzorg, i.e. personeelsbeleid dat medewerkers uit alle generaties en levensfasen in staat stelt duurzaam en optimaal inzetbaar te zijn, nu en in de toekomst.

Deze intergenerationele invalshoek op zorgwerk verdient nader onderzoek. Hoe ga je bijvoorbeeld als manager uit de Pragmatische generatie of als directeur uit de Protestgeneratie om met de nieuwe talenten uit de Grenzeloze (digi)generaties die tegelijkertijd verantwoordelijkheid én bescherming vragen, in een hecht team willen werken maar niet honkvast zijn, flexibiliteit naar werkplek en werktijd vragen maar ook directe feedback en prestaties? Het kan trouwens ook andersom, zo blijkt uit een mooie blog van een jonge manager in de ouderenzorg, die vanuit eigen kracht oude patronen doorbreekt met zijn team (zie internetblog op volgende pagina).

Terwijl de zorginhoudelijke ontwikkelingen vragen om integrale zorgarrangementen vanuit wisselende multidisciplinaire teams, maken generatieontwikkelingen dat multidisciplinair samenwerken in teams en organisaties juist steeds complexer. Dat kan leiden tot spanningen die negatieve gevolgen hebben op de samenwerking en productiviteit, maar ook op de relaties met cliëntgroepen, die zelf ook steeds meer generaties omvatten. Jonge werknemers in de zorg zien zichzelf geconfronteerd met lastige sociaaleconomische ontwikkelingen, maar zijn vanuit hun overtuiging authentiek en gericht op duurzaamheid. Dat verbindt, zeker als zij veel meer gebruik maken van de kennis, ervaring en vaardigheden van ouderen, maar ook vice versa omdat ook ouderen voor en na de verschuivende pensioenleeftijd langer en actiever willen participeren. Het gaat over de vraag hoe verschillende generaties in

organisaties van en met elkaar kunnen leren, effectief samenwerkend en gebruikmakend van elkaars aanvullende competenties en drijfveren.⁶⁷ Samen creëren zij het nieuwe (zorg)werken in virtuele en wisselende teams van zelfsturende en continu in het werk lerende professionals zonder hiërarchie en bureaucratie. Zorg en welzijn rondom ouderen zal meer in samenwerking en wederkerigheid tot ruilrelaties moeten komen om verdere verwijdering tussen generaties te voorkomen. In het nieuwe gebiedsgerichte werken van veel gemeenten, liggen kansen om generaties in straten en buurten bijeen te brengen in nieuwe flexibele ruilrelaties van hulpbronnen, kennis, beschikbare tijd en opgedane ervaring. Samen toegevoegde waarde leveren aan de gezamenlijke generaties van allerlei zorgprofessionals én allerlei generaties ouderen, dat is de uitdaging waarvoor generatiemanagement in de ouderenzorg staat.



Bontekoning¹⁸ heeft interessante inzichten over de dynamiek en spanningen tussen werkende generaties ontwikkeld in het bedrijfsleven; zouden die ook in de (ouderen)zorg opgeld doen? Bij olopemde negatieve spanningen hebben de leden van de Protestgeneratie de neiging afstandelijker en formeler te worden en naar een zondebok te zoeken. De Verloren generatie kruipt juist in z'n schulp, gaat ondergronds en wordt tegelijkertijd heel kritisch op wat er niet goed gaat (ik herken me zelf). De leden van de Pragmatische generatie neigen tot teleurgesteld afhaken en achteroverleunen omdat ze vinden dat ze van de anderen geen kans krijgen. Dit vooroordeel wordt vaak ontzenuwd als de generaties de moed hebben met elkaar in gesprek te

gaan en vaardigheden ontwikkelen om intergenerationale spanningen te benutten voor vooruitgang. De Pragmatische generatie wil sneller leren en besluiten nemen, al werkend in plaats van vergaderend. Als ze hierin vastlopen worden ze onrustig, chagrijnig en vermoeid; als het lukt worden ze vrolijk en energiek, ontvlamt de passie. Het weglekken van werkenergie is een van de krachtigste 'intuïtiesignalen' voor intergenerationale spanningen, aldus Bontekoning. Naast het fysieke signaal van werkenergie en motoriek, zijn er ook mentale signalen als glazig kijken en voortdurende spraakverwarring en emotionele signalen als de ondertoon, uitstraling en gelaatsuitdrukking. Dit zijn belangrijke signalen voor managers en leiders die generatiemanagement willen ontwikkelen. Diversiteit van opvattingen en 'waarheden' is dan juist wenselijk en dient beoordeeld te worden op betere oplossingen en toegevoegde waarde. Essentieel zijn dan proces- en communicatievaardigheden, enthousiasmerende teams die als echt en urgent beleefde vraagstukken oplossen met kordate processtructurering en -sturing op basis van feiten, gezamenlijke issues, doelen en kortcyclische activiteiten. Zo zijn ook oude patronen en denkbeelden te doorbreken op basis van respectvolle persoonlijke interacties en constructief naast elkaar co-creërende opvattingen en ervaringsvelden.

6.4 Leiderschap en (team)management in de ouderenzorg

Binnen zorgorganisaties wordt (virtueel) teamwerk van zelfsturende en continu in het werk lerende professionals zonder hiërarchie en bureaucratie de hoofdstroom. Managers worden informatiedeler en coach die voortdurend teams stimuleren tot nieuwe combinaties van zorg, welzijn, ondersteuning en wonen. Leiders in de ouderenzorg wordt gevraagd om een authentieke en expliciete visie op de toekomst van het zorgwerk en het intergenerationale werken daarin. Leiderschap en management zijn te onderscheiden maar niet te scheiden hoofdcomponenten van leidinggeven. Waar leiderschap gaat om het proces van mensen meenemen in het benoemen en behalen van gemeenschappelijke organisatiedoelen, richt management zich op het realiseren van vooraf gedefinieerde doelen door het effectief benutten van mensen en middelen.⁶⁸ Een kernopgave waarvoor leiders in de ouderenzorg nu staan is het uitwerken van de gewenste versterking en innovatie van sociale infrastructuur en geïntegreerde eerstelijnszorg in de wijk op het snijvlakken van maatschappelijke ondersteuning, wonen, welzijn en zorg. Er ontstaan wijkteams van professionals vanuit verschillende sectoren en organisaties, die – al dan niet virtueel – samenwerken rondom gedeelde individuele cliënten.

Spil daarin zijn de huisartsenzorg en nieuwe vormen van wijkverpleging en maatschappelijke ondersteuning. Een mooi voorbeeld daarvan is het transitieproject 'Even Buurten' in Rotterdam waarin professionals uit zorg en welzijn via een integrale wijkaanpak de sociale netwerken rondom ouderen ondersteunen en die ouderen door (vroeg) signalering en concrete hulp en ondersteuning zo lang mogelijk zelfstandig thuis laten wonen.⁶⁹ Deze nieuwe constellaties van waardecreatie en financiering van de zorg moeten ook leiden tot substitutie van tweedelijns- naar eerstelijnszorg en naar informele of nulde lijn. Ook op financieringsniveau gaan stelsels over elkaar heen schuiven, substitueren en tegelijkertijd krimpen. Dat vergt een nieuwe visie en strategie voor het ontwikkelen van netwerkgerichte in plaats van sectorale organisatie van zorg en welzijn, redenerend van vraag naar aanbod (eerst de mens, dan het systeem), steeds gericht op versterken van de eigen kracht van ouderen en op inzet van het eigen sociale netwerk. Leiderschap kan zich werpen op het laten renderen van innovatieve ouderenzorg!

Welke competenties hebben leiders in de ouderenzorg nodig om deze uitdaging goed aan te kunnen? Ook hier zijn weer vele bibliotheken, (auto)biografieën, trainingen en coaches beschikbaar. Alom bekend zijn natuurlijk Collins⁷⁰, Covey⁷¹, Kets de Vries⁷², Kotter⁷³, Mintzberg⁷⁴ en Quinn⁷⁵, maar dichterbij huis hebben Mastebroek⁷⁶, Weggeman⁷⁷ en vooral ook Ansems & Moen⁷⁸ mooie boeken geschreven over de persoonlijke weg naar succesvol en effectief leiderschap. De laatst genoemden maken een dynamische balans tussen enerzijds de rationale en instrumentele kanten van de gereedschapskist en anderzijds de 'zachte' maar o zo 'harde' kanten van gedrag- en denkstijlen:

- ▶ **prestatiegericht:** kan op vele niveaus verbinden met visie, waarden, vanuit passie, inspiratie en ambitie, creatief, ondernemend en bereid risico's te nemen;
- ▶ **relatiegericht:** gericht op draagvlak en teambuilding, bewust van wederzijdse afhankelijkheden en gelijkwaardigheden, durft te prikkelen en te confronteren vanuit urgentiebesef;
- ▶ **mensgericht:** kan goed luisteren, ondersteunen en coachen, met een koel hoofd en een warm hart, hakt makkelijk knopen door en schept zekerheid, maar blijft toch bescheiden;
- ▶ **ontwikkelgericht:** ontwikkelt zichzelf (zelfsturend) en anderen voortdurend (lerende organisatie), vanuit een onvoorwaardelijk positieve grondhouding.

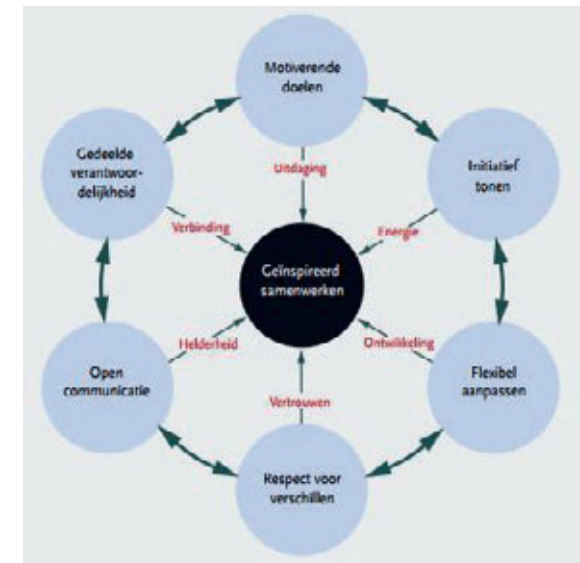
Ondanks het hoge duizendpoot-gehalte, is dit wel precies het soort leiderschap dat de ouderenzorg vraagt. Prestatiegericht om een visie op houdbare zorg met hoge toegevoegde waarde te leveren op de voortdurende verschuivende snijvlakken van wonen, zorg en welzijn voor ouderen. Relatiegericht, vooral als het gaat om renderende verhoudingen tussen vier generaties zorgprofessionals en drie generaties emanciperende ouderen. Mensgericht om het beste uit professionals en multidisciplinaire teams te halen, met de scherpste en meest doelmatige supportorganisatie die denkbaar is. Het gezamenlijk leveren van integrale (keten)zorg vergt veel soorten van (structurele, culturele, sociale en middelen-)coördinatie en integratie, zoals in Nederlands onderzoek onderzocht door onder meer Fabbricotti⁷⁹ en Van Wijngaarden.⁸⁰ Gittel e.a. benadrukt daarin ook 'relational coordination': "a mutually reinforcing process of interaction between communication and relationships, carried out for the purpose of task integration".⁸¹ Deze benadering van coördinatie heeft gunstige resultaten laten zien in efficiëntie en kwaliteit van zorg, satisfactie van cliënten, arbeidssatisfactie en productiviteit van professionals, zowel in zieken- en verpleeghuizen,⁸² als in chronische zorg.⁸³ Voeg daarbij de visie op de lerende organisatie, en de vier pijlers voor leiderschap in de ouderenzorg zijn geslagen.

Het management en de ondersteuning van keten- en netwerkzorg staan nog in de kinderschoenen.⁷⁹ De wederzijdse invloed van structuren, belangen, sociale verhoudingen en culturen maakt ketenvorming ingewikkeld. Er is geen sprake van lineaire processen van "A naar Beter", maar van afwisselend en tegelijkertijd integratie en fragmentatie. Actoren binden zich niet allemaal aan de doelen, structuur en cultuur van een keten of netwerk, maar houden ook vast aan hun eigen belangen en tradities en wijzen die van anderen deels af. De mate waarin actoren belangen en culturen gaan delen en positieve relaties ontwikkelen hangt af van de ontwikkeling van missie en visie, van de mate van uitwisselingen op strategisch, tactisch en operationeel niveau, van de mate waarin de actoren op die verschillende niveaus daadwerkelijk betrokken zijn bij ketenprocessen en de werkomgeving waarmee actoren zich identificeren.⁷⁹ Dit alles bovendien tegen het achtergronddecor van stelsel- en financieringsveranderingen en andere ontwikkelingen in het politiek-maatschappelijk veld.

De grote dynamiek zorgt al voor stevige druk op teams binnen organisaties, maar de organisatie-overstijgende samenwerking in keten- en netwerkzorg voegt daar nog meer complexiteit aan toe. Hoe kunnen professionals dan

toch topprestaties neerzetten. Volgens het AMO-model⁸⁴ als zij de kennis en vaardigheden bezitten om hun werk goed te kunnen uitvoeren (Ability), de motivatie hebben om hun werk goed te kunnen uitvoeren (Motivation) en participatiemogelijkheden hebben om hun werk goed uit te kunnen voeren (Opportunity to participate).⁸⁵ In teams gaat het dan vervolgens om participatief leiderschap t.b.v. betrokkenheid van alle teamleden, duidelijke doelen vanuit een gedeelde visie, gedragen rollen en verantwoordelijkheden, effectieve besluitvorming, gebalanceerde relaties, met open en duidelijke communicatie en conflicthantering, in een team waarin diversiteit naar ervaring, achtergrond en zienswijze (en generatie!) wordt gewaardeerd, wederzijds vertrouwen bestaat in de leden en het team als geheel, met een positieve sfeer (zie figuur 19).

Figuur 19. Werkwijzen en condities voor teams



Teammanagers met een coachende leiderschapsstijl stimuleren teams meer om van fouten te leren en constructief met fouten om te gaan in plaats van elkaar te beschuldigen.⁸⁶ Teamcoaching heeft ook een direct positief effect op de veiligheid en de innovatie in een team, maar minder als teamleden een hoge mate van taakafhankelijkheid hebben. Teamcoaches kunnen teamreflectie bevorderen door feedback te geven op het teamfunctioneren, te luisteren, te analyseren en kritische vragen te stellen. Teamcoaching heeft

grotere effect op teamfunctioneren (effectiviteit, efficiëntie en innovatie) bij weinig reflecterende teams. Het functioneren van teams kan voorts worden bevorderd door kwaliteitsprojecten, simulatietrainingen en crew resource management trainingen.⁸⁶ Ook verloopt de samenwerking binnen het team beter als teamleden elkaar vertrouwen, helpen, respecteren en zich prettig met elkaar voelen ('social support').⁸⁷ Teamleden gaan fair de strijd aan over ideeën, ze steunen besluiten en actieplannen, ze spreken elkaar aan op het realiseren van overeengekomen activiteiten en ze concentreren zich op het bereiken van collectieve resultaten. Wat er gebeurt als dat in een team anders verloopt, heeft Lencioni inspirerend uitgewerkt in "De 5 frustraties van teamwork":⁸⁸ gebrek aan vertrouwen, angst voor confrontaties, gebrek aan betrokkenheid, afschuiven van verantwoordelijkheden en niet-resultaatgericht werken.

Figuur 20. Lencioni's model voor teamsamenwerking



7. Agenda voor integrale ouderenzorg, onderzoek en onderwijs

Dames en heren, de MOL heeft heel wat gangen gegraven en molshopen opgeduwd in het landschap van vergrijzing, generaties, ouderenzorg en zorgmanagement. Ik heb de kernopgave voor leiders en managers in de ouderenzorg als volgt benoemd en uitgewerkt: het optimaliseren van kwaliteit van leven en vitaliteit van nieuwe generaties ouderen via integrale arrangementen van wonen, zorg en welzijn door multidisciplinaire teams van professionals effectief te faciliteren en coachen. Ik heb er als intergenerationale opdracht aan toegevoegd te zorgen voor meer productieve relaties binnen en tussen vier generaties zorgprofessionals en drie generaties ouderen. De MOL kan in deze opdrachten slagen door voortdurend vier mollengangen systematisch te bewandelen: waardenmanagement voor individuele cliënten, keten- en netwerkmanagement, generatiemanagement en zijn leiderschapsstijl, namelijk prestatiegericht, relatiegericht, mensgericht en ontwikkelgericht. Nu we het patroon in dit mollenlandschap kennen, worden ter afronding de onderzoeks- en onderwijsprioriteiten voor de leerstoel Management en Organisatie van Ouderenzorg nader geschetst.

7.1 Toekomstagenda voor integrale ouderenzorg

Om te komen tot een duurzaam en betaalbaar systeem is een integrale benadering van zorg, huisvesting, inkomen en welzijn voor ouderen nodig om te komen tot creatieve netwerkcombinaties rondom individuele cliënten. Er is meer fundamenteel en toegepast onderzoek nodig om inzicht te krijgen in de wensen en behoeften van diverse generaties ouderen en hoe die zich ontwikkelen. Private partijen zoals Motivaction en SmartAgent hebben hiervoor interessante sociaal-psychologische segmentatiemodellen over consumentenbeleving en leefstijlen ontwikkeld, die verder onderbouwd en verdiept kunnen worden in promotie-onderzoek, onder andere bij intergenerationale innovatie van de Rotterdamse ouderenzorg. In de nieuwe 'support economie'⁶⁰ hebben aanbieders in de ouderenzorg nieuwe methoden nodig om snel de inhoud en relatie met individuele klanten op te zoeken, te leren kennen en om te zetten naar 'personalised care'. De kosteneffectiviteit in de ketens of netwerken is nog aanzienlijk te verbeteren, zodat de toegevoegde waarde toeneemt en de benodigde expertise beter gebundeld en effectiever benut wordt. Spannend is hoe deze netwerken zich ontwikkelen in de nieuwe digitale wereld met talrijke e-health oplossingen, social media,

internetcommunities en portals. Er is ondernemerschap nodig om eenmaal bewezen (preventie-)interventies (met name versterking van vitaliteit en zelfredzaamheid) snel en breed te implementeren in het zorgveld, met nieuwe business- en financieringsmodellen die bedrijvigheid en rendement bevorderen. De kritische toetssteen zijn uiteindelijk de uitkomsten van zorg- en dienstverlening aan (kwetsbare) ouderen, gegenereerd vanuit 'evidence based' netwerkstructuren en (keten)processen. Ondanks al langer lopende initiatieven in ketenzorg en regionale netwerken voor dementiezorg, ontbreekt het bovendien nog steeds aan een samenhangend set van (financiële en andere) prikkels tot doelmatig gezamenlijk produceren en tot afstemmen van het aanbod op de behoeften en wensen van de consument. Het vormgeven en optimaliseren van dit waardenmanagement vraagt sterke verbindingen tussen professionals, leiders en onderzoekers in de ouderenzorg. Er ligt nog veel voor hongerige mollen!

7.2 Prioriteitslijnen voor multidisciplinair onderzoek

Management en organisatie van ouderenzorg vergt ook in het onderzoek integrerende samenwerking tussen verschillende disciplines. In verschillende academische centra lopen al langer multidisciplinaire onderzoeksprogramma's naar veroudering, extra gestimuleerd door het Nationaal Programma Ouderenonderzoek dat helaas niet wordt voortgezet. Het Rotterdamse Genero-netwerk heeft een breed netwerk gerealiseerd waarin verschillende vervolgstappen denkbaar zijn, met name rond wijk- of buurtgerichte integrale arrangementen vanuit multidisciplinaire teams. Hier ligt een van de belangrijkste innovaties voor toekomstbestendige ouderenzorg, dat zal inmiddels duidelijk zijn. Een belangrijke onderzoeklijn is dan de effectiviteit van multidisciplinaire wijkteams bestaande uit meerdere generaties professionals uit meerdere typen organisaties voor wonen, zorg en welzijn. Er is nog vrijwel geen onderzoek gedaan naar de generatiedynamiek in het zorgveld en hoe (wijk)teams zelf en/of hun leiders dat tot succes kunnen brengen, ondersteund met moderne ICT-infrastructuur.

De ontwikkeling van de leerstoel Management & Organisatie van Ouderenzorg vergt nadere verkenning met relevante partijen binnen en buiten de Erasmus-community. Ook voor onderzoek zijn nieuwe business modellen wenselijk, met netwerkstructuren van private en publieke partners die per onderwerp in deelconfiguraties kennis en middelen delen en vermeerderen, bijvoorbeeld in academische werkplaatsen. Mag ik de Rotterdamse partijen

oproepen de uitdaging van zo'n 'supportive research community' aan te gaan met ons prachtige multidisciplinaire instituut Beleid & Management Gezondheidszorg?! Hoe kunnen we gezamenlijk met de Rotterdamse kennisinstellingen komen tot een academische werkplaats over management, organisatie en leiderschap in de ouderenzorg, met een (kennis)infrastructuur waarin praktijk, onderzoek, 'leading professionals', managers en opleidingen samenwerken. Wellicht in samenwerking met de Academische Werkplaats Dementie⁸⁹ die al enige tijd bezig is in onze buurgemeenten Capelle en Krimpen aan den IJssel?!

"The time to act is now", aldus het wereldomvattende dementierapport van de WHO.⁹⁰ Rond de ouderenzorg ontwikkelen zich op allerlei plekken Deltaplan-achtige initiatieven die tegelijkertijd ook een goede proeftuin voor wetenschappelijk onderzoek bieden. Binnen en rondom Rotterdam valt te denken aan Medical Delta in samenwerking met de universiteiten, medische centra en gemeenten van Rotterdam, Delft en Leiden. Denk ook aan het innovatieconvenant tussen de gemeente Rotterdam en Achmea van 13 juni j.l.. Het iBMG en Achmea Kenniscentrum zullen in dat kader de samenwerkingsmogelijkheden voor monitoring en evaluatie verder uitwerken en vormgeven.

In navolging van de WHO die dementie heeft uitgeroepen als wereldwijde 'public health priority'⁹⁰ is in Nederland onlangs het Deltaplan Dementie van start gegaan.⁹¹ Het Deltaplan is gebaseerd op een vernieuwende publiek-private samenwerking gericht op de patiënt van vandaag én morgen. Dementie is met € 4 miljard aan zorgkosten de duurste ziekte, en vanwege het tekort aan handen aan het bed is de druk op mantelzorgers enorm. Deze grote maatschappelijke gevolgen vragen om een grootse, langdurende en nationale aanpak. Daarin voorziet het Deltaplan Dementie met drie pijlers. Ten eerste een landelijk zorgportaal met informatie, uitwisseling, netwerkzorg en e-health voor mensen met dementie, mantelzorgers en professionals. Ten tweede een nationaal register om de kwaliteit van de zorg te verbeteren met informatie over diagnose, behandeling en zorggebruik over de hele keten. En tot slot een omvangrijk onderzoeksprogramma 'Memorabel'⁹² dat zich richt op preventie, behandeling en eventuele genezing van dementie en op zorginnovatie en doelmatige zorg in dementienetwerken. Ik ben er trots op om namens de zorgverzekeraars lid van de nationale stuurgroep te mogen zijn en in mijn dubbelrol als hoogleraar ook te kunnen helpen om de verschillende bronnen voor kennis, technologie, middelen, mankracht en

slagkracht bij elkaar te brengen. Immers, iedere partij zelf kan onvoldoende vermogen voor het grote en veelzijdige dementievraagstuk genereren. Hetzelfde geldt voor de nationale Zorgstandaard dementie⁹³, een prachtig object voor implementatie-onderzoek.

Samenvattend ziet de onderzoeks-MOL nog heel wat gangen en molshopen voor zich (zie tabel 3)!

Tabel 3. Mogelijke onderzoeksthema's rond leerstoel Management & Organisatie van Ouderenzorg

Onderzoeksterrein	Mogelijke onderwerpen
De oudere zorgvrager	<ul style="list-style-type: none"> • Uitwerking van "toegevoegde waarde" voor verschillende typen ouderen (inclusief indicatoren voor kwaliteit van leven en zorg) • Zelfredzaamheid: wensen, behoeften en mogelijkheden • Toepasbaarheid van marketingconcepten als segmentering ('profiling'), targetting, positionering, 'cross selling' e.d. • Intergenerationele verschillen en overeenkomsten in zorgvraag
Arrangementen op snijvlak van wonen, zorg en welzijn	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluatie preventieve interventies en van integrale zorgarrangementen • Zelfmanagement van (chronische zieke en/of dementerende) ouderen en 'samenmanagement' met sociale systeem/mantelzorgers • Effectiviteit van e-health applicaties, technologische toepassingen (waaronder domotica, social media, telemonitoring e.d.) • Evaluatie van strategieën voor shared decision making, rekening houdend met generatiedynamiek tussen professionals en cliënten
Multidisciplinaire wijkteams	<ul style="list-style-type: none"> • Effectiviteit, productiviteit en besturing van (virtuele) teams • Effectiviteit en doelmatigheid van casemanagement (inclusief randvoorwaarden zoals organisatie, financiering) • Intergenerationele dynamiek in teams en in wisselwerking met cliënten
Netwerk- en keten-organisaties	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluatie van nieuwe organisatievormen (o.a. dementienetwerken) • Evaluatie van wijkprojecten uit covenant Rotterdam/Achmea • Toepasbaarheid van managementmethoden in ketens en netwerken • Beïnvloeding van generatiedynamiek door leidinggeevenden
Managers, leiders en 'leading professionals'	<ul style="list-style-type: none"> • Leiderschapsstijlen t.b.v. (virtuele) (wijk)teams • Toepasbaarheid van meer bedrijfskundige managementbenaderingen • Evaluatie van competentie-ontwikkelprogramma's voor leidinggeevenden

7.3 Thema's in (management)onderwijs

Het is een uitdaging voor de leerstoel Management en Organisatie van Ouderenzorg om bij te dragen aan de ontwikkeling en versterking van nieuwe en bestaande generaties van leiders en managers in de ouderenzorg. Het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg heeft daarvoor naast haar bacheloropleiding Gezondheidswetenschappen een aantal geaccrediteerde initiële masteropleidingen voor, met name de master Zorgmanagement. Maar ook het post-initiële aanbod van het Erasmus Centrum voor Management Development in de Zorg is uiterste relevant voor bestuurders en managers in de (ouderen)zorg.

De kernopdracht voor het management en de organisatie van toekomstbestendige ouderenzorg is excellente waarde te creëren voor haar cliënten, medewerkers en samenleving. Dat doen ze door het zo lang mogelijk in stand houden en zo mogelijk herstellen van de eigen regie en het zelfmanagement van bestaande en nieuwe generaties ouderen, integraal sturend op kwaliteit van leven. Waar nodig bieden ze zinnige, zuinige en afschalende multi-interventies in wonen, welzijn, cure en care, gebruikmakend van e-health en andere technologische middelen. Steeds een combinatie makend met duurzame inzet van (in)formele arbeid en andere maatschappelijke hulpbronnen.

Kernthema's voor het (toekomstig) management en leiderschap vinden ook hun plaats in de academische curricula. Strategische management en verandermanagement zijn al klassiekers, relatief nieuw zijn innovatiemanagement, kennismanagement en zorgmarketing. Klassieke vakken zoals organisatiekunde en consumentengedrag verdienen hernieuwde aandacht dankzij moderne individualiserende en digitaliserende generaties. Steeds belangrijker worden thema's als organiseren in wisselende netwerken en samenwerken in diversiteit, inclusief generatiemanagement met en tussen generaties professionals én cliënten.

De leerstoel richt zich op de cruciale rol die management en organisatie spelen om netwerken van organisaties en multidisciplinaire teams van meerdere generaties professionals bijeen te brengen in een samenhangend continuüm van zorg- en dienstverlening, met de behoeften en waarden van ouderen als uitgangs- en ijkpunt voor sturing op de beste uitkomsten. Omdat nieuwe generaties steeds meer al werkende leren in de praktijk, in plaats van voorafgaand aan de praktijk leren in de collegezaal, staat ook het wetenschappelijk onderwijs voor de uitdaging meer 'blended' onderwijs te ontwikkelen waarin praktijk en onderwijs meer intens en wederkerig verbonden zijn. Vooroplopers daarvan zijn eigenlijk nu al onze 'buiten-promovendi' die hun werkpraktijk combineren met promotie-onderzoek. Academische werkplaatsen en andere vormen van kennisnetwerken bij bijvoorbeeld de hogescholen, zijn ook interessante methodieken waarin professionals, studenten, docenten en onderzoekers samen leren, innoveren, uitproberen en weer leren. Kortom, ook voor een onderwijs-Mol zijn er nog heel wat gangen te graven!

Dankwoord

Het is een goede gewoonte aan het eind van een oratie woorden van dank en genegenheid uit te spreken. Dat is belangrijk, omdat vaak 'tijd hebben' maar wellicht meer nog 'tijd nemen' ontbreekt.

Ik ben de besturen van het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, de Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, de Erasmus Universiteit Rotterdam en de Vereniging Trustfonds van deze universiteit dankbaar voor het instellen van de bijzondere leerstoel Management en Organisatie van Ouderenzorg. Een speciaal woord van dank aan de benoemingscommissie en de elkaar opvolgende iBMG-prodecanen prof.dr. Frans Rutten, prof.dr. Wilfried Notten en prof.dr. Werner Brouwer, die zich zo hebben ingezet voor de leerstoel en benoeming. Een generatie later, cirkelt deze derde leerstoel volmaakt terug naar de eerste leerstoel Ouderen(zorg)-beleid van 1997⁹⁴.

Deze dag kon zo bijzonder worden door bijdragen van vele personen en organisaties. Het congres Toekomst Ouderenzorg 2040 is ondersteund door Studiecentrum voor Bedrijf en Overheid (in het bijzonder Milan Hofmans) en Vilans (in het bijzonder Henk Nies en Astraïa Rühl). In het ochtendprogramma o.l.v. prof.dr. Werner Brouwer en het middagprogramma o.l.v. prof.dr. Henk Nies hebben meer dan 30 collegae hun inspirerende bijdragen geleverd. Het boekje⁹⁵ dat de deelnemers mocht ontvangen is mogelijk gemaakt door Skipr en de gemeente Rotterdam. De gemeente heeft vandaag samen met Achmea de Intergenerationele juryprijs voor innovatie van de (Rotterdamse) ouderenzorg uitgereikt. Daarmee markeren zij ook hun samenwerkingsconventant om de Rotterdamse (ouderen)zorg te verbeteren en deels te laten evalueren door het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg. Dank in het bijzonder aan de Rotterdamse wethouder Korrie Louwes en Achmea directeur zorginkoop Marjolein Verstappen. Zij waren tevens lid van de intergenerationele jury van drie verschillende generaties medewerkers van Achmea (Jaap Dijkstra, Marjolein Verstappen en Lieneke van Wensveen) en de gemeente Rotterdam (Ine Wiersma, Korrie Louwes en Tamara Domenici). Fotograaf Rik den Boogert heeft de prachtige foto's gemaakt van ontmoetingen tussen generaties, en daarmee niet alleen het Skipr-boekje verluchtigd maar vandaag ook de congreszalen.

Het is fijn weer helemaal bij het iBMG te zijn. Sinds mijn komst in 1990 hebben we samen veel meegemaakt. Het instituut heeft mij altijd veel ruimte en vertrouwen gegeven, in rollen als hoogleraar, docent, mede-oprichter van de master Zorgmanagement die nu 10 jaar bestaat, als sectievoorzitter en opleidingsdirecteur. Meer dan 100 scriptiestudenten en 20 promovendi heb ik inmiddels mogen begeleiden; daarvan leer ik nog elke dag. Mijn huidige promovendi Connie Dekker, Sjenny Winters, Karlijn Nijmeijer, Benjamin Janse, Willemijn Looman, Relinde de Koeijer, Carien Alingh, Ard Leferink en Menno Gakeer houden mij voortdurend scherp met hun onderwerp, passie en vele concept-artikelen. En dan winnen ze ook nog eens af en toe mooie prijzen⁹⁶, chapeau! De samenwerking kan succesvol zijn door inspirerende promotieteams, met collega-promotores zoals prof.dr. Kees Ahaus, prof.dr. Niek Klazinga, prof.dr. Jaap Paauwe en prof.dr. Peter Patka, naast mijn dierbare co-promotoren dr. Isabelle Fabbriotti en dr. Jeroen van Wijngaarden die eerst zelf bij mij promoveerden, voorts dr. Tijn Kool en nu ook dr. Martina Buljac. Zonder deze multidisciplinaire teams is academisch werk niet alleen minder vruchtbaar, maar ook minder inspirerend en leuk. Scriptie- en promotietrajecten zijn unieke intergenerationele overdrachten van bestaande kennis en co-creaties van nieuwe kennis. Zulke intense samenwerking tussen jongere en oudere generaties onderzoekers vormt de motor van verbetering en innovatie van de (ouderen)zorg. De socioloog Henk Becker liet mij al vroeg inzien hoe waardevol deze intergenerationele overdracht is. Zijn stelling dat de Verloren generatie te oud voor jeugdbeleid en te jong voor ouderenbeleid is,¹⁰ legt een bijzonder uitdaging op mijn persoonlijke invulling van de leerstoel.

Maar er is méér dan de academische wereld. Vele toepassingsgerichte projecten en nevenfuncties wakkerden rond de eeuwwisseling mijn behoefte aan om actiever mee te bouwen aan verbetering en innovatie van de zorgpraktijk. Na lang aarzelen bleef in 2007 één been in de academie en kwam het andere been meer in de praktijk. Er ontstond een pad langs diverse organisaties, in boeiende rollen als mede-directeur van een adviesbureau, innovatiedirecteur van het publieke indicatieorgaan en nu als senior manager Kwaliteit & Innovatie bij Achmea Zorginkoop. Elke plek z'n eigen uitdaging, elke uitdaging z'n eigen plek. Ik dank de vele collegae in al die organisaties voor de samenwerking, kennisvermeerdering en gedeelde passie voor de zorg. Maar ook voor de voorgehouden spiegels over werkzame en minder effectieve competenties en gedragstijlen. Werken is steeds weer leren, leren is vaak keihard werken, voor alle generaties. Dit alles kan alleen maar slagen

door de voortreffelijke ondersteuning bij Achmea door Marieke Rijke en Angelina de Keijzer en bij het iBMG door Alexia Zwaan en Liza Moreira. En bij Achmea door nauwe samenwerking binnen het managementteam van mijn afdeling (dank Edith Dekker en Marjan Meijboom) en het managementteam van Achmea Zorginkoop onder leiding van Marjolein Verstappen. Ik dank alle collegae van Achmea voor de geboden ruimte in het dynamische werk van kwaliteit en innovatie en voor mijn 'academische vrijdag'. Ik hoop met jullie bruggen te mogen slaan tussen verzekeraar, zorgveld en wetenschap door 'academisering' en andere vormen van structurele kennisuitwisseling die bijdragen aan de houdbaarheid, kwaliteit en solidariteit van ons zorgstelsel en de ouderenzorg in het bijzonder.

Aniek, Mark en Casper. Bij de eerste leerstoel in 1997 noemden jullie mij Professor Plons en maakten zo een leuke verbinding tussen het onbegrijpelijke hoogleraarwerk en de kindertentoonstelling in het Maritiem Museum van Rotterdam. Voor jullie betekende professor-zijn dat papa nog meer werk had. Vijftien jaar later is dat laatste zeker niet afgenomen, maar ondertussen zijn jullie uitgegroeid tot prachtige jong-volwassenen die ook zelf bezig zijn met opleiding en werk in de gezondheidszorg, met sport en vrijwilligerswerk. Anne en ik zijn trots dat we een mooie generatie hebben zien opgroeien!

Anne, zoals zo vaak maakt de vrouw de man. Alleen beseft die man dat niet altijd, laat staan dat hij al die toewijding altijd naar waarde weet te schatten en waarderen. De rollen van maatje en moeder van drie kinderen combineer je met je gave om op gezette tijden je vierde kind tegelijkertijd met beide voeten op de grond te houden. Dat geldt met name die momenten als ik weer geen 'nee' tegen werk kan zeggen en mijn echte prioriteiten uit het oog verlies. Diep respect dat je er zelf ook nog eens bij studeert, twee jaar lang drie dagen in de week. Zoveel Brabantse liefde en steun voor een Rotterdammer is niet goed onder woorden te brengen. Ik hou van je!

Dames en heren, ik heb gezegd!

Referenties

1. Tellegen, T, 1990, Langzaam, zo snel zijn konden. Amsterdam: Querido's Uitgeverij (3de druk).
2. Suijker P, 2003, Voor de verandering! Fabels voor managers en (hun) adviseurs. Velp: TFC TrainingsMedia.
3. http://www.eur.nl/eur/eur_100_jaar_impact/
4. Mackenbach JP, 2009, Ziekte in Nederland; gezondheid tussen politiek en biologie. Amsterdam: Elsevier.
5. Zantinge EM e.a.(red.), 2011, Gezond ouder worden in Nederland. Bilthoven: RIVM.
6. Bakas A., 2011, De toekomst van gezondheid. Schiedam: Scriptum.
7. Idenburg PI, Schaik M van, 2010. Diagnose 2025; over de toekomst van de Nederlandse zorg. Schiedam: Scriptum.
8. Bontekoning AC, 2010, Het generatie raadsel: ontdek de kracht van generaties. Amsterdam: Mediawerf uitgevers.
9. Becker HA, 1992, Generaties en hun kansen. Amsterdam: Meulenhoff.
10. Becker HA, 1997, De toekomst van de verloren generatie. Amsterdam: Meulenhoff.
11. Motivation, 2012, Hier is mijn moeder, regelt u het verder? Bereikbaar op <http://www.hetnieuweouderworden.nu/cms/showpage.aspx?id=11929/10-04-2012> [aangehaald op 03-01-2013].
12. Spangenberg F, Lampert M, 2009, De grenzeloze generatie en de eeuwige jeugd van hun opvoeders. Amsterdam: Nieuw Amsterdam.
13. Boschma J, Groen I, 2006. Generatie Einstein, slimmer, sneller en socialer. Amsterdam: Pearson Education Benelux.
14. Diepstraten I, Esther P, Vinken H, 1998, Mijn generatie. Zelfbeelden, jeugdervaringen en lotgevallen van generaties in de twintigste eeuw. Tilburg: Syntax Publishers.
15. Broek A van den, 2011, Talking 'bout my generation. In referentie 17, hoofdstuk 21: 481-499.
16. Broek A van den, 2001, De verraderlijke charme van het begrip generatie. Tijdschrift voor Sociologie, 22(4):229-360.
17. Broek A van den, Bronneman-Helmers R, Veldheer V (red.), 2010, Wisseling van de wacht: generaties in Nederland (Sociaal & Cultureel Rapport 2010). Den Haag: Sociaal & Cultureel Planbureau.
18. Bontekoning AC, 2012, Generaties! Werk in uitvoering. Amsterdam: Mediawerf uitgevers.

19. Thijssen P, Pauw T de, 2006, Babybom? Draagvlak van de intergenerationele solidariteit. Leuven: Acco.
20. Huijsman R, 2010, Duurzame ouderenzorg: met, voor én door ouderen (Manifest in opdracht van de gezamenlijke ouderenorganisaties). Utrecht: CSO.
21. Huijsman R, Rutten FFH (red.), 1988, Economie van de ouderenzorg. Assen/Maastricht: Van Gorcum.
22. Blommestijn PJ, 1990, Ouderenbeleid in Nederland van 1955 tot 1985. Enschede: Universiteit Twente, Faculteit der Bestuurskunde.
23. Huijsman R, Klerk MMY de, 1997, Succesvolle zorgverlening aan ouderen in Nederland; een overzicht van beleidsontwikkelingen en onderzoekinzichten. TSG, vol. 75(7), 406-16.
24. Huijsman R, 2012, Decennialang zoeken naar gepaste ouderenzorg; to be continued.. ESB-Dossier (ter ere van afscheid prof.dr. FFH Rutten), nummer 4644S, p. 94-101.
25. Huijsman R, Klerk MMY de, Rutten FFH, Groenenboom GKC, 1994, Ouderenzorg in berekend perspectief. Achtergrondstudie bij het advies Ouderenzorg met toekomst van de Commissie Modernisering Ouderenzorg. Rijswijk: Enroprint.
26. Gorp T van, Hull HR, Wilcke EC, 2009, De AWBZ in Nederland, Zorgthermometer. Zeist: Vektis.
27. Nies HLGR, 2012, De zorg ontzorgd/t; veranderende rollen en resultaten in de langdurende zorg (oratie). Vrije Universiteit Amsterdam.
28. Porter ME, Olmsted-Teisberg E, 2006, Redefining Health Care. Boston: Harvard Business School Press. Porter ME, 2008. Value Based Health Care Delivery. Annals of surgery volume 248(4):503:509.
29. Porter ME, Kramer M, 2011, The Big Idea: Creating Shared Value. Harvard Business Review.
30. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J, 2008, The Triple im: care, health, and cost. Health Affairs 27 (3):759-769.
31. Jordan M, VanLare AB, Conway PH, 2013, Value-based purchasing, national programs to move from volume to value. NEJM 367(4):292-5.
32. Zantinge EM e.a.(red.), 2011, Gezond ouder worden in Nederland. Bilthoven: RIVM.
33. <http://www.nationaalkompas.nl/preventie/gericht-op-doelgroepen/ouderen/preventie-gericht-op-ouderen-samengevat/>
34. <http://www.loketgezondleven.nl/interventies/>
35. Gezondheidsraad, 2009, Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid. Den Haag: GR, publicatienummer 2009/7.

36. Campen C van (red.), 2011, Kwetsbare ouderen. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
37. KNMG, 2010, Standpunt Sterke zorg voor kwetsbare ouderen. Utrecht. Huijsman R, Wesseling M, 2010, Sterke zorg voor kwetsbare ouderen; KNMG-standpunt met oplossingen voor actuele knelpunten. Medisch Contact, 65(16):710-713.
38. <http://www.medicaldelta.nl/society/vitality/background/>
39. Megchelen P van (red.), 2013. Grijs is niet zwart wit; ambities van 55+. Medical Delta & Leiden Academy on Vitality and Ageing.
40. Vilans, 2007, Factsheet Zelfmanagement bij ouderen. Utrecht: Vilans.
41. www.awo-nzh.nl/downloads/factsheet-zelfredzaamheid-ouderen.pdf/
42. Swaan B de, 1979. Uitgaansbeperking en uitgaansangst; over de verschuiving van bevelshuishouding naar onderhandelingshuishouding. Universiteit Amsterdam (oratie).
43. Edwards A, Elwyn G, 2009, Shared decision making in health care: achieving evidence based patient choice.
44. Neumann M et al., 2011, Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents, Academic Medicine 86(8):996-1009.
45. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). Soc Sci Med. 1997 Mar;44(5):681-692.
46. Ekdahl AW, Andersson L, Wiréhn A-B, Friedrichsen M, 2011, Are elderly people with co-morbidities involved adequately in medical decision making when hospitalised? A cross-sectional survey. BMC Geriatrics 2011(11):46.
47. Prendegast TJ, 2001, Advanced care planning: pitfalls, progress, promise. Critical Care Medicine, 29(2):N34-39.
48. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P, Grol R, 2000, Shared decision making and the concept of equipoise; the competences of involving patient in healthcare choices. The British Journal of general Practice 50(460):892-9.
49. <http://knmg.artsennet.nl/Nieuws/Nieuwsarchief/Nieuwsbericht-1/Verslag-symposium-Geef-nooit-op.htm/>
50. Nies H, 2012. De zorg ontzorgd/t (oratie). Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.
51. Boer & Croon, 2008, Naar waardecreatie in de zorg. Amsterdam.
52. Walburg JA, 2003, Uitkomstenmanagement in de gezondheidszorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
53. <http://www.kennisnetwerkcv.nl/>

54. <http://www.parkinsonnet.nl/>
55. Kaplan RS, Porter ME, 2011, The Big Idea: How to solve the cost crisis in health care. Harvard Business Review, September 2011.
56. Wijk KP van, 2007, De Service Care Chain; de invloed van service en HRM op de realisering van vraaggerichte dienstverlening door zorgorganisaties (proefschrift). Rotterdam: EUR/iBMG.
57. Huijsman R, 2013, Transparantie door uitkomstindicatoren; Achmea-programma Kwaliteit van Zorg. BoardRoom Zorg, jaargang 29, no. 2, 16-18.
58. Senge PM, 1992, De vijfde discipline: de kunst en praktijk van de lerende organisatie. Schiedam: Scriptum Management.
59. Actiz, 2012, Deltaplan ouderenzorg. Utrecht, publicatienummer 12.027.
60. Zuboff S, Maxmin J, 2002, The Support Economy: Why Corporations Are Failing Individuals and The Next Episode of Capitalism. Viking Adult.
61. Rosendal H, Ahaus K, Huijsman R, Raad C (red.), 2009, Ketenzorg; praktijk in perspectief. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
62. Klundert JJ van de, Lötters F, 2012, Onderzoek naar de kwaliteit en kosten van de keten voor geriatrische revalidatiezorg. Rotterdam: iBMG/EUR.
63. Huijsman R, 2011, Businesscase dementieketen met casemanagement is veelbelovend. ZM Magazine jrg. 27, no. 5, p. 20-25.
64. Kaats E, Opheij W, 2012, Leren samenwerken tussen organisaties. Deventer: Kluwer.
65. Minkman MMN, 2011, Developing integrated care; towards a development model for integrated care. Deventer: Kluwer. (<http://www.vilans.nl/Pub/Informatiecentrum/Informatiecentrum-overig/Ontwikkelingsmodel-voor-Ketenzorg.html/>).
66. <http://www.vilans.nl/vilans.net?id=13017>.
67. Jolink J, Korten F, Verhiel T, 2009, Jongleren met talent: de match tussen organisatie X en generatie Y. Schiedam: Scriptum.
68. Burns LR, Bradley EH, Weiner BJ, Shortell's & Kaluzny's health care management. Organisation, design & behavior. Delmar Cengage Learning (6th edition).
69. Van Dijk H, Cramm JM, Lötters F, Nieboer AP, 2013, Even Buurten: Een wijkgerichte aanpak voor thuiswonende ouderen in Rotterdam. iBMG: Rotterdam (http://www.bmg.eur.nl/onderzoek/secties/smw/projecten/zorgprogramma_welzijn_en_zorg_voor_ouderen_in_rotterdam_volgens_integrale_wijkaanpak_genero_iwa/).
70. Collins J, 2004, Good to great. Amsterdam: Business Contact.

71. Covey SR, 1989, De zeven eigenschappen van effectief leiderschap. Amsterdam: Business Contact. Covey SR, 2005, De achtste eigenschap. Amsterdam: Business Contact.
72. Kets de Vries MFR, 2006, Wat leiders drijft. Amsterdam: Nieuwezijds.
73. Kotter JP, 1996, Leading change. HBS Press.
74. Mintzberg H, 2007, Mintzberg over Management. Amsterdam: Business Contacts.
75. Quinn RE, Diepgaande verandering, ontdek de leider in je zelf. Schoonhoven: Academic Service.
76. Mastenbroek W, Wijchers L, 2007, Essentie van leiderschap. Heemstede: Holland Business Publications.
77. Weggeman M, 2007, Leidinggeven aan professionals? Niet doen! Schiedam: Scriptum.
78. Moen J, Ansems P, Habse J, Vintges M, 2000, Leiden of lijden? Het handelingsrepertoire van de manager. Assen: Van Gorcum. Moen J, Ansems P, 2004, Brevet van leiderschap: reflectie op de eigen managementstijl. Amsterdam: Elsevier. Ansems P, Moen J, 2010, Kleur bekennen, kleedkamergesprekken over leiderschap. Assen: Van Gorcum.
79. Fabbricotti IN, 2007, Samenwerking en netwerkvorming tussen zorgaanbieders (proefschrift). Erasmus Universiteit Rotterdam, 8 februari 2007.
80. Wijngaarden JDH van, 2006, Cooperation in care; steering, coordination and learning for integration of care in networks (proefschrift). Erasmus Universiteit Rotterdam, 1 september 2006.
81. Gittel JH, 2002, Relationships between service providers and their impact on customers. Journal of Service Research 4(4):299-311.
82. Gittel JH, 2009, High performance healthcare. Using the power of relationships to achieve quality, efficiency and resilience. Columbus: McGraw-Hill Companies. Gittel JH, 2009, Relational coordination: guidelines for theory, measurement and analysis.
83. Cramm JM, Nieboer AP, 2011, Relational coordination promotes quality of chronic care delivery in Dutch disease-management programs. Health Care Manage Review.
84. Appelbaum E, et al., 2000, Manufacturing advantage; why high-performance work systems pay off. Ithaca, New York: Cornell University.
85. Boselie JP, 2010, Strategic Human Resource Management: a balanced approach. Europe: McGraw-Hill.
86. Buljac-Samardžić M, 2012. Healthy teams; analyzing and improving team performance in long-term care (proefschrift). Erasmus Universiteit Rotterdam, 8 maart 2012.

87. Schouten J, Baak A, Kamminga W, 2007. Verbeteren van teams. Zaltbommel: Schouten & Nelissen.
88. Lencioni P, 2002, De 5 frustraties van teamwork. Amsterdam/Antwerpen: Business Contact.
89. <http://zorginnovatie.hr.nl/nl/Onderzoek/Academische-Werkplaats/Academisch-Werkplaats-Dementie/>
90. WHO and Alzheimer's Disease International, 2012, Dementia; a public health priority. Zwitserland.
91. <http://deltaplاندementie.nl/>
92. <http://www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl/actueel/nieuws/artikel/item/onderzoeks-programma-dementie-in-de-steigers/>
93. <http://www.vilans.nl/Pub/Home/Ons-aanbod/Producten/Producten-Zorgstandaard-Dementie.html/>
94. Huijsman R, 1998, Koesteren en ketenen. Over regionalisering in de ouderenzorg (oratie). Maarsen: Elsevier/De Tijdstroom.
95. Huijsman R, 2013, Innoveren in houdbare zorg is topsport. Houten: Bohn Stafleu Loghum.
96. Beste Student Paper Award voor K.J.Nijmeijer, I.N. Fabbricotti, R. Huijsman, 2013, Exploring the role of ownership structures in the results of professional healthcare franchises from a multi-actor perspective. 27th Annual Conference of the International Society of Franchising Conference, Beijing, China, 13-16 maart 2013.

Derde posterprijs voor B. Janse, I.N. Fabbricotti, R. Huijsman, 2013, Effects of an integrated care intervention on informal caregivers: baseline and one year post-implementation. 13e International Conference on Integrated Care, 12-13 april 2013, Berlijn.



Fotograaf: Levien Willemse

Prof.dr. Robbert Huijsman MBA (1962) is bijzonder hoogleraar Management en Organisatie van Ouderenzorg bij het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Hij studeerde Econom(etr)ie in Rotterdam (1980-1986) en promoveerde eind 1990 aan de toenmalige Rijksuniversiteit Limburg op het proefschrift 'Model van voorzieningen voor ouderen'. Robbert Huijsman is sindsdien werkzaam bij het iBMG, o.a. als universitair docent (1993-2002), bijzonder hoogleraar Ouderen(zorg)beleid (1997-2002) en gewoon hoogleraar Integraal zorgmanagement (2002-2011). Huijsman was voorzitter van de iBMG-sectie Beleid & Organisatie (2000-2007) en opleidingsdirecteur van het iBMG (2003-2007). Hij is 'the founding father' van de initiële masteropleiding Zorgmanagement, waarin hij vakken als strategie en zorgmarketing doceerde. Voorts begeleidde hij tot nu toe meer dan 100 scriptiestudenten en zo'n 20 promovendi. Huijsman combineert zijn parttime iBMG-aanstelling met de functie van senior manager Kwaliteit & Innovatie bij Achmea Zorginkoop en leidt innovatieprogramma's in de chronische (ouderen)zorg, oncologische ketenzorg, e-Health en kwaliteit van zorg. Huijsman bekleedt diverse bestuurlijke functies, op dit moment o.a. Raad van Toezicht Roparun Centra, Stuurgroep Deltaplan Dementie en bestuur Stichting Miletus.

'Hoe slaagt de MOL? Management, Organisatie & Leiderschap van toekomstige ouderenzorg' schetst de ontwikkelingen in de Nederlandse ouderenzorg. De kernopgave is het optimaliseren van de kwaliteit van leven en vitaliteit van nieuwe generaties ouderen via integrale arrangementen van wonen, zorg en welzijn door multidisciplinaire (wijk)teams van professionals effectief te faciliteren en coachen. Daarbij is de opdracht te zorgen voor renderende relaties tussen vier generaties zorgprofessionals en drie generaties ouderen. De ouderenzorg moet meer toegevoegde waarde leveren aan steeds meer ouderen. Dat vergt waardenmanagement voor individuele cliënten; keten- en netwerkmanagement voor integrale zorg; generatiemanagement voor effectieve relaties tussen professionals én cliënten; met een leiderschapsstijl gericht op prestaties, relaties en ontwikkeling van steeds lerende mensen, teams en (netwerk)organisaties. Ter afronding wordt een toekomst-agenda gepresenteerd voor het zorgveld, onderwijs en onderzoek, gebruikmakend van de complementaire competenties en ambities van alle generaties.



Erasmus Universiteit Rotterdam
instituut Beleid & Management Gezondheidszorg
Burgemeester Oudlaan 50, 3062 PA Rotterdam
Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam

Tel. 010 - 408 8555
E-mail info@bmg.eur.nl
Internet www.bmg.eur.nl

ISBN
978-94-90420-45-1