

1

Kwaliteit



AAN HET EINDE VAN DIT HOOFDSTUK:

- kun je beschrijven wat kwaliteit van zorg is en uitleggen waarom dit een belangrijk maar complex fenomeen is;
- weet je welke factoren van belang zijn bij het in kaart brengen van de kwaliteit van zorg;
- heb je kennis van valkuilen op het gebied van kwaliteitsmanagement;
- ken je een aantal veelgebruikte begrippen zoals: effectief, efficiënt, subjectief, objectief, intersubjectief, taakgericht, relatiegericht, missie, visie, richtlijn, protocol, kwalitatief en kwantitatief.

1.1 Ontwikkeling van kwaliteitsdenken in de zorg

Rond 400 voor Christus laat de Griekse arts Hippocrates van Kos zijn leerlingen een eed afleggen. Hierin beloven zij onder meer niet onbekwaam en altijd in het belang van de patiënt te handelen. De eed van Hippocrates kan gezien worden als een van de eerste richtlijnen in de gezondheidszorg en een afgeleide versie wordt vandaag de dag nog steeds uitgesproken door geneeskundestudenten bij het voltooien van hun opleiding.

Als we een flinke sprong maken in de geschiedenis, zien we de pogingen van Florence Nightingale (1820 - 1910) om de kwaliteit van de verpleegkundige zorg voor patiënten te verbeteren. Deze resulteren in wat beschouwd wordt als het eerste moderne handboek voor de verpleegkunde: *Notes on Nursing*. Tevens richt zij in Londen de eerste officiële verpleegstersschool op en zet ze haar statistische kennis in om gegevens over zorg te verzamelen en weer te geven. Gegevens verkrijgt zij vooral door middel van observatie. Ook speelt het documenteren ervan een belangrijke rol.

Een andere belangrijke stap naar een systematischere benadering van kwaliteit van zorg vormen de werkzaamheden van de Amerikaanse chirurg Ernest Codman (1869 - 1940). Hij pleit ervoor om naar de eindresultaten van

medische behandelingen te kijken, om zo de kwaliteit van de zorg te kunnen bepalen. Zo neemt Codman cijfers over ziekenhuissterfte als maat voor kwaliteit. Hierbij maakt hij een onderscheid tussen vermijdbare en onvermijdbare sterfte. Hoewel hem dit in eerste instantie zijn baan kost, liggen zijn ideeën ten grondslag aan de hedendaagse kwaliteitsbeoordeling en accreditatie (het door een onafhankelijke partij formeel erkennen dat wordt voldaan aan bepaalde kwaliteitsnormen) van ziekenhuizen in de Verenigde Staten. Er is zelfs een Ernest Codman Award voor mensen die het gedachtegoed van Codman gebruiken voor het verbeteren van de patiëntenzorg.

Lange tijd blijft de aandacht voor kwaliteit beperkt tot het uitvoeren van inspecties (controles met het doel toezicht te houden op de naleving van wet- en regelgeving, richtlijnen en normen), zoals men inmiddels ook in de industrie gewend is.

In de jaren zestig van de vorige eeuw neemt het aantal behandelmogelijkheden enorm toe door technologische en wetenschappelijke vooruitgang. Waar veel aandoeningen voorheen onbehandelbaar waren, komen er in die periode steeds meer nieuwe (vaak dure) behandelmethoden beschikbaar. Hierdoor stijgen de kosten van de gezondheidszorg aanzienlijk. Daarnaast zijn aan gecompliceerdere behandelingen vaak grotere risico's verbonden. Deze ontwikkelingen maken dat kritischer gekeken moet worden naar de inzet van middelen en er ontstaat dan ook behoefte aan objectieve normen die ervoor zorgen dat beschikbare middelen effectief (doeltreffend) en efficiënt (doelmatig) kunnen worden ingezet. Dergelijke normen worden bovendien steeds meer (ook) gebaseerd op de behoeften van de patiënt en niet alleen meer op opvattingen en afwegingen van individuele zorgverleners.

De aandacht voor de behoeften van de patiënt wordt nog eens verder aangewakkerd door maatschappelijke ontwikkelingen in de jaren zeventig van de vorige eeuw, waarin zelfstandigheid, emancipatie en een kritische houding ten opzichte van autoriteiten een belangrijke rol spelen. Er is veel aandacht voor de rechten van de patiënt, waaronder het recht op medische zorg en het recht op zelfbeschikking. Zo ontstaat in 1969 de actiegroep Dolle Mina, die zich met de kreet 'Baas in eigen buik' onder meer hard maakt voor de legalisering van abortus in Nederland.

Niet alleen artsen, en dus ook in toenemende mate patiënten, hebben een oordeel over wat goede zorg is, ook zorgprofessionals met bestuurlijke en managementfuncties gaan zich steeds meer bezighouden met de kwaliteit van zorg die door hun instelling wordt geboden. Dit gaat hand in hand met de introductie van methoden en technieken die in het bedrijfsleven zijn ontwikkeld op het gebied van kwaliteitsmanagement. Een van de aanjagers is dr. Donald Berwick, die eind jaren tachtig zijn Bad Apple Theory publiceert. Berwick stelt dat de kwaliteitsinspecties (afkomstig uit de industrie) alleen gericht zijn op het verwijderen van 'rotte appels'. Het enkel uitbannen of bestraffen van slechte kwaliteit zorgt voor angst om fouten te maken bij zorgverleners. Hierdoor staan zij volgens hem negatief tegenover inspecties (en de hierbij betrokken partijen), veranderen zij gegevens of geven zij anderen de

schuld. Hij pleit daarom voor een andere benadering van kwaliteit binnen de zorg, de zogenaamde integrale kwaliteit. Hierbij worden fouten gezien als een kans om te verbeteren en om te leren. Verder zijn goed leiderschap, wezenlijke investeringen, respect voor medewerkers en een open dialoog met patiënten belangrijke pijlers van integrale kwaliteit.

Ook in de afgelopen decennia heeft de ontwikkeling van het kwaliteitsdenken niet stilgestaan; HKZ-certificeringen, de Qualicor-Qmentum Kwaliteitsnorm Zorginstellingen, CQ-indexen, kwaliteitsregisters en talloze procedurebeschrijvingen en protocollen behoren intussen tot de dagelijkse zorgpraktijk. Het kwaliteitsdenken is niet meer weg te denken uit de zorg en actuele ontwikkelingen beïnvloeden de manier waarop we over kwaliteit denken en deze proberen te waarborgen en verbeteren.

Marktwerving

Een van de maatschappelijke ontwikkelingen die het aantoonbaar maken van kwaliteit hoog op de agenda heeft geplaatst is marktwerving. Eind jaren tachtig van de vorige eeuw formuleerde de Nederlandse overheid beleid om marktwerving in de zorg te stimuleren. Het idee van marktwerving is: als er meer concurrentie is, zullen organisaties beter hun best doen om kwaliteit te leveren tegen een gunstige prijs. Zoals het ook gaat op de markt: zolang er één fruitkraam staat, zal deze naar eigen inzicht een bepaalde kwaliteit fruit verkopen tegen een bepaalde prijs. Wanneer er echter een tweede fruitkraam bijkomt, zullen beide meer en meer hun best gaan doen om kwaliteit te leveren tegen een gunstige prijs *en* om dit ook te laten zien. Je kunt je natuurlijk afvragen of het ook zo werkt in de zorg, want mensen die ziek zijn hebben nu eenmaal minder keus dan een klant die fruit koopt op de markt.

In de zorg is er, anders dan op de markt, vaak sprake van 'gereguleerde marktwerving'. Dat wil zeggen dat er meer regels gelden waaraan marktpartijen zich moeten houden. Denk hierbij bijvoorbeeld aan afspraken over maximumtarieven en vergoedingen van zorgdiensten door zorgverzekeraars.

Hoewel er de laatste jaren veel kritiek is op het toepassen van de marktlogica op de zorg, blijven de pogingen om marktwerving te stimuleren niet zonder gevolgen. Een voorbeeld hiervan is de wijze waarop zorgverzekeraars zorginstellingen benaderen. Zorgverzekeraars betalen niet alleen, ze vergelijken ook. De vraag is: op basis van wat? Een logisch antwoord is: op basis van de kwaliteit van de geleverde zorg. Dit betekent dat een instelling moet bewijzen dat zij kwaliteit levert om de financiering veilig te stellen. Aandacht voor kwaliteit en het aantoonbaar maken daarvan wordt dus steeds belangrijker.

Patiëntparticipatie

Niet alleen zorgverzekeraars, ook patiënten gaan zich steeds meer als klanten gedragen. Zij informeren zich vaker (over bijvoorbeeld het beschikbare behandel aanbod), delen ervaringen met anderen en verschijnen niet zelden met een zelf gegoogelde diagnose onder de arm op het spreekuur.

In lijn hiermee betrekken zorginstellingen patiënten meer en meer bij het zorgproces. In deze patiëntparticipatie is de patiënt actief betrokken bij zijn eigen zorgproces en oefent hij invloed uit op beslissingen. Dit laatste komt tot uiting in gedeelde besluitvorming of samen beslissen; het proces waarbij zorgverlener en patiënt samen tot een besluit komen. Hierbij gelden als uitgangspunten dat de zorgprofessional expert is op het gebied van de ziekte en de patiënt op het gebied van zijn leven (gezondheid); dat zij samen verantwoordelijkheid dragen voor het behandelresultaat; en dat de patiënt de doelen bepaalt en de zorgprofessional hem helpt om geïnformeerde keuzes te maken. Misschien geldt voor zorgconsumenten nog wel meer dan voor klanten op de markt die fruit kopen dat kwaliteit een belangrijk criterium vormt. Wederom een reden voor zorginstellingen om de kwaliteit van zorg aantoonbaar te maken en zich te onderscheiden op basis van keurmerken en certificaten. Hoewel er inmiddels de nodige informatie te vinden is, bijvoorbeeld op websites als zorginzicht.nl, zorgkaartnederland.nl en zorgkwaliteit.be, vormt transparantie op dit gebied nog een belangrijk aandachtspunt binnen de huidige zorgsector (zie ook het kader *Patiëntenfederatie: gebrek aan transparantie over kwaliteit van zorg is onaanvaardbaar*).

Patiëntenfederatie: gebrek aan transparantie over kwaliteit van zorg is onaanvaardbaar

“Er moet dringend meer openheid komen over de kwaliteit van zorg in Nederland, stelt Patiëntenfederatie Nederland. De Patiëntenfederatie vindt het tijd dat zorgaanbieders en specialisten hun verantwoordelijkheid nemen en de beste zorg voor patiënten boven alles stellen. (...)

Prostaatanker

Al meer dan tien jaar is bekend dat er grote verschillen zijn in de kwaliteit tussen ziekenhuizen als het gaat om prostaatverwijderingen bij prostaatanker. Toch blijft het voor patiënten onduidelijk welke ziekenhuizen goed of slecht presteren.

‘Elke week stappen patiënten nietsvermoedend ziekenhuizen binnen die aantoonbaar slechter scoren, met een verhoogd risico op ernstige complicaties zoals incontinentie of impotentie,’ zegt Arthur Schellekens, directeur-bestuurder van Patiëntenfederatie Nederland. ‘Dit is simpelweg onaanvaardbaar. Urologen moeten essentiële kwaliteitsinformatie openbaar maken, in het belang van de patiënt en betere zorg.’

Overlevingskansen

In een ander FTM-artikel deelt voormalig longarts Mariska Koster haar ervaringen als kwaliteitsadviseur bij zorgverzekeraar Zilveren Kruis.

Ze ontdekte dat de kans op overlijden na een darmkankeroperatie in sommige ziekenhuizen veertien keer hoger was dan in andere, soms slechts 40 kilometer verderop.

‘Geen enkele huisarts kende deze cijfers, laat staan de patiënten,’ zegt Koster in het artikel. Volgens Schellekens zou dit niet mogelijk moeten zijn: ‘Patiënten hebben recht op deze informatie.’

Transparantie

Patiëntenfederatie Nederland vreest dat er meer van dergelijke kwaliteitsverschillen zijn die verborgen blijven. ‘Openheid over de kwaliteit van zorg is cruciaal,’ aldus Schellekens. ‘Ervaringen uit het buitenland tonen aan dat meer transparantie leidt tot betere zorg. Zorgaanbieders worden veel meer gestimuleerd om te leren en te verbeteren.’”

Bron: Patiëntenfederatie: gebrek aan transparantie over kwaliteit van zorg is onaanvaardbaar (Lutz, 2024) [bewerkt]

Schaarste

Naast de behoefte om kwaliteit aantoonbaar te maken, wordt ook efficiëntie steeds belangrijker in de zorg. Vooral de toenemende vergrijzing speelt hierbij een belangrijke rol (zie ook het kader *Vergrijzing: toename 65-plussers*). Het aantal ouderen en chronisch zieken neemt toe, waardoor er steeds meer mensen een beroep doen op de zorg. Daarnaast wordt de gemiddelde leeftijd van ouderen steeds hoger. Dit noemen we ook wel ‘dubbele vergrijzing’. Hierdoor is de druk op de gezondheidszorg in de afgelopen jaren steeds meer toegenomen.

Vergrijzing: toename 65-plussers

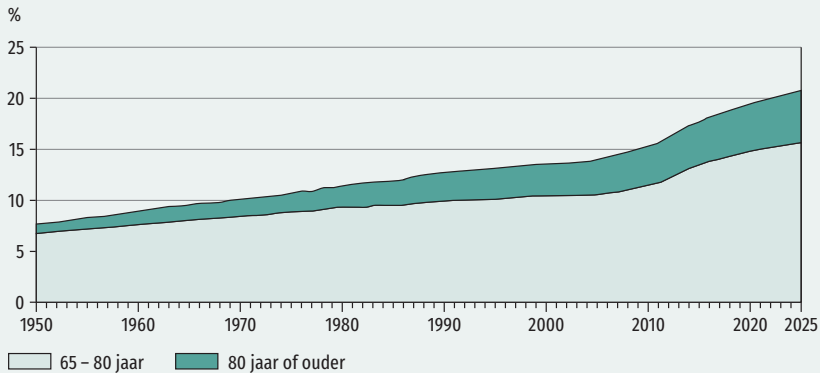
“Op 1 januari 2025 telt Nederland 3.755.679 inwoners van 65 jaar of ouder. Dat is 20,8 procent van de bevolking. De vergrijzing van Nederland is opgelopen: in 1990 was nog 12,8 procent van de inwoners 65-plus. Tabel 1.1 geeft een overzicht van de verdeling van de ouderen in Nederland in 2025.

TABEL 1.1 Ouderen per leeftijdscategorie, 2025

Leeftijd	Totaal	Mannen	Vrouwen
Totaal	18 044 027	8 978 451	9 065 576
65 tot 80 jaar	2 823 384	1 372 643	1 450 741
80 tot 100 jaar	929 712	385 681	544 031
100 jaar of ouder	2 583	477	2 106

Nederland vergrijst: de leeftijdsopbouw van de bevolking verandert en het aandeel van oudere leeftijdsgroepen wordt groter, waardoor de gemiddelde leeftijd van de bevolking toeneemt. In 2025 was de grijze druk 36 procent: op elke 65-plusser zijn er 4 mensen in de werkzame leeftijd (20 tot 65 jaar). De komende jaren zal dit nog toenemen tot bijna 50 procent, zo is de verwachting in de bevolkingsprognose. Er is ook dubbele vergrijzing (zie figuur 1.1): het aantal 80-plussers in de bevolking groeit. Begin 2025 was 15,6 procent van de inwoners tussen de 65 en 80 jaar oud, en 5,2 procent was 80 jaar of ouder.”

Dubbele vergrijzing



FIGUUR 1.1 Dubbele vergrijzing

Bron: Ouderen (Centraal Bureau voor de Statistiek, z.d.) [bewerkt]

Vergrijzing zorgt er ook voor dat er in verhouding minder mensen inzetbaar zijn op de arbeidsmarkt. De zorgvraag neemt dus toe, terwijl dit niet of onvoldoende geldt voor het beschikbare personeel. Er moet dus meer worden gedaan met minder mensen. Een grote uitdaging voor de komende jaren is dan ook ervoor te zorgen dat de zorgsector aantrekkelijk genoeg is om erin te gaan werken. Behalve dat er een personeelstekort dreigt, zijn er ook problemen te verwachten op financieel gebied. De zorguitgaven stijgen namelijk, onder andere door het toenemende zorggebruik en de steeds groter wordende complexiteit van de zorg. De gezondheidszorg staat dus onder druk. Dit heeft geleid tot verschillende ontwikkelingen, waarvan we er enkele in het navolgende zullen bespreken.

Schaarste

Een vanzelfsprekende omschrijving van schaarste is dat er sprake is van schaarste wanneer mensen meer van iets willen hebben dan dat er beschikbaar is. Soorten van schaarste zijn bijvoorbeeld:

- *Schaarste van zorg*

Dit gaat over schaarste van het zorgaanbod. Denk aan te weinig bedden op de IC, een gebrek aan donororganen of onvoldoende beschikbaarheid van bepaalde medicatie.

- *Schaarste van arbeid*

Dit gaat over het gebrek aan mensen om het werk te doen ten opzichte van de vraag naar zorg.

- *Financiële schaarste*

Je kunt geld maar één keer uitgeven en er moeten dus keuzes gemaakt worden waaraan.

- *Ecologische schaarste*

Dit gaat over de manier waarop wij de middelen van onze planeet aanspreken en de (voornamelijk) langetermijneffecten van de huidige manier van leven: op patiënten, op personeel en op de omgeving.

Bron: Toezicht in tijden van schaarste (NVTZ, 2024) [bewerkt]

Passende zorg

Bij ‘passende zorg’ gaat het om het organiseren van zorg op een manier die ertoe leidt dat minder tijd en geld worden verspild aan onnodige zorg en/of ineffektieve zorg, zodat er meer geld overblijft voor passende zorg (zie het kader *Passende zorg bij gescheurde meniscus*). Het doel van passende zorg is dat iedereen de zorg kan blijven ontvangen die nodig is, ook in de toekomst.

Passende zorg bij gescheurde meniscus

Een operatie aan een door slijtage gescheurde meniscus (de pees in de knie) is bijna altijd een vorm van onnodige zorg. Onderzoek van het Radboudumc toont aan dat mensen die hiermee kampen meestal beter geholpen zijn met tips voor het voorkomen van klachten en met fysiotherapie. De 11 tot 26 miljoen euro per jaar die het niet onnodig opereren oplevert, kan worden besteed aan noodzakelijke, passende zorg.

Bron: Passende zorg (Zorginstituut Nederland, z.d.)

Wat onder passende zorg valt wordt beoordeeld aan de hand van vier principes. Ten eerste moet de zorg effectief zijn tegen een redelijke prijs. Ten tweede moet deze, waar mogelijk, dicht bij de patiënt worden georganiseerd. Ten derde is van belang dat patiënten en artsen samen beslissen over wat de

beste behandeling is. Ten vierde gaat het bij passende zorg niet alleen over ziekte, maar ook over gezondheid en de aandacht voor wat iemand wel kan. Doordat passende zorg zich ook richt op gezondheid en het voorkomen van ziekte (preventie), gaat deze verder dan enkel het verlenen van zorg. Ook bijvoorbeeld het geven van voorlichting of het bieden van ondersteuning aan mensen in hun eigen omgeving valt hieronder. Bij passende zorg werken zorgverleners waar nodig dan ook samen met hulpverleners die buiten de muren van hun eigen organisatie zorgdiensten aanbieden. Dit wordt ‘netwerkgorg’ genoemd.

Netwerkgorg

Steeds vaker vindt zorgverlening niet plaats binnen de muren van de behandelkamer van een specifieke zorgverlener of -organisatie alleen, maar ook daarbuiten, in samenwerking met zorgprofessionals, maatschappelijke en sociale instanties, naasten en andere betrokken partijen. De georganiseerde samenwerking tussen de verschillende bij de zorg voor een patiënt betrokken partijen wordt gevat onder de term ‘netwerkgorg’. Netwerkgorg heeft tot doel de (kwaliteit van) zorg ook in de toekomst te kunnen waarborgen.

Van ziekenhuiszorg naar netwerkgorg: de toekomst ligt buiten het ziekenhuis

“Een veelbelovende ontwikkeling is de opkomst van integrale poli’s waar een team van professionals uit het medisch en sociaal domein structureel met elkaar samenwerken: in het ziekenhuis waar nodig, in de omgeving van de patiënt waar mogelijk.

Het HagaZiekenhuis/Juliana Kinderziekenhuis en de gemeente Den Haag werken aan een pilot Integrale GezinsPoli. Er is daar al samenwerking tussen het medisch en sociaal domein. Op basis van een maatschappelijke kosten- en batenanalyse van het HagaZiekenhuis/Juliana Kinderziekenhuis en de gemeente Den Haag is de verwachting dat:

- gezinnen beter geholpen worden doordat professionals kortere lijnen hebben en elkaars expertise eerder en beter weten te benutten;
- professionals doelmatiger en doeltreffender worden ingezet doordat ze onderling korte lijnen hebben, elkaars mogelijkheden kennen en gericht worden ingezet op hun expertise;
- professionals meer werkplezier ervaren doordat ze patiënten beter kunnen helpen en meer vanuit hun expertise kunnen werken.

Daarbij voorkomt de integrale samenwerking tussen medisch en sociaal domein naar verwachting (zwaardere) zorg en ondersteuning doordat

eerder en gericht ingezet kan worden op kwetsbaarheden. Daarmee wordt verergering van de situatie voorkomen. Dit scheelt ziekenhuizen, zorgverzekeraars en gemeenten kosten.”

Bron: Van ziekenhuiszorg naar netwerkzorg: de toekomst ligt buiten het ziekenhuis (Van Eerden, 2022) [bewerkt]

Preventie

De druk op de gezondheidszorg maakt het noodzakelijk dat er meer aandacht komt voor preventie. Veel gezondheidsproblemen, zoals overgewicht en diabetes mellitus, kunnen worden voorkomen door het geven van voorlichting, het bevorderen van ‘gezond gedrag’ en het trainen van gezondheidsvaardigheden. Door te voorkomen dat mensen ziek worden kan de druk op de zorg worden verlaagd. Dat idee is niet nieuw, maar het komt vooralsnog moeizaam van de grond. Dat heeft onder meer te maken met hoe de zorg wordt georganiseerd en gefinancierd. Zo hebben ziekenhuizen er als organisatie (dus vanuit een bedrijfsvoeringsperspectief) geen belang bij om aan preventie te doen. Immers, bot gesteld, zieke mensen zijn hun klanten. Werk maken van preventie vraagt aanpassingen in het gehele zorgsysteem. En we zullen moeten, gezien de almaar toenemende druk op de gezondheidszorg. Gelukkig is hiervoor in het landelijke gezondheidsbeleid steeds meer aandacht. Dit komt bijvoorbeeld ook naar voren in het opleidingsprofiel voor verpleegkundigen, waarin het accent is verschoven van vooral curatieve naar duidelijk herkenbare preventieve taken, toebehorend aan de rol van gezondheidsbevorderaar (zie ook het kader *CanMEDS-rol 5: Gezondheidsbevorderaar*).

CanMEDS-rol 5: Gezondheidsbevorderaar

“De verpleegkundige richt zich op het bevorderen van de gezondheid en het voorkomen van ziekte bij individuen en groepen door het signaleren van risico’s, het analyseren van gedrag en het initiëren van gerichte interventies. De verpleegkundige focust hierbij op het versterken van het zelfmanagement van de zorgvrager. De verpleegkundige houdt daarbij rekening met persoonskenmerken van de zorgvrager, de fysieke (leef)omgeving, sociale relaties, cultuur en leefstijl en richt zich op de omgeving van de zorgvrager, op groepen zorgvragers en op andere professionals, instanties, of gemeenten. Daarbij wordt aandacht besteed aan het beperken van gezondheidsverschillen van zorgvragers. De verpleegkundige benadert mensen met hoge risico’s op gezondheidsproblemen actief.”

Bron: Opleidingsprofiel Bachelor of Nursing (Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde, z.d.-b) [bewerkt]

In aansluiting op actuele ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg, zoals passende zorg en netwerkzorg en op het gebied van preventie, is een verschuiving zichtbaar van de focus op ziekte naar die op (positieve) gezondheid.

Kwaliteit van leven, van ziekte naar gezondheid

Actueel is de ontwikkeling dat we naast 'kwaliteit van zorg' steeds meer aandacht hebben voor 'kwaliteit van leven'. Dit leidt soms tot fundamenteel andere keuzes. Zo kun je er op basis van gezondheidsoverwegingen voor kiezen om ouderen met beginnende dementie en een hoge bloeddruk op een natriumarm dieet te zetten en geen wijntje te schenken bij het eten en om de deuren van de afdeling gesloten te houden. Kijk je naar dezelfde situatie vanuit kwaliteit-van-levenperspectief, dan zou je weleens tot de conclusie kunnen komen dat je er beter aan doet mensen de vrijheid en autonomie te gunnen om deze keuzes zelf te maken.

Een ontwikkeling die enigszins in het verlengde hiervan ligt is de verschuiving van de focus op ziekte naar de focus op gezondheid. Vanuit kwaliteit-van-levenperspectief een logische ontwikkeling; gezondheid is immers meer dan de afwezigheid van ziekte. Deze ontwikkeling komt onder meer tot uitdrukking in de toenemende aandacht die is ontstaan voor 'positieve gezondheid'. Hierbij staan onderwerpen centraal als welzijn, veerkracht en het vermogen zich aan te passen, eigen regie te voeren en een betekenisvol leven te leiden ondanks aanwezige beperkingen of ziekte.

Een andere actuele ontwikkeling die samenhangt met de toegenomen aandacht voor kwaliteit van leven, is die van 'reablement'. Reablement richt zich, gezien de druk van de vergrijzing op de gezondheidszorg, logischerwijs doorgaans op ouderen. Het uitgangspunt van reablement is dat mensen, doorgaans dus ouderen, de regie moeten hebben over hun eigen leven. De zorgverlening dient hierbij te worden ingericht op basis van de behoeften van de zorgvrager en heeft tot doel om diegene het leven te laten leiden zoals hij dat wil, waarbij onderwerpen als zelfstandigheid, autonomie, welzijn en regie centraal staan.

Uitgangspunten van reablement

- Neem niet over wat mensen zelf kunnen.
- Help mensen terug te krijgen wat ze niet meer kunnen.
- Zorg samen voor een oplossing voor alles wat overblijft.

Bron: Werken aan reablement (Zorg voor Beter, 2024) [bewerkt]