

zo kan zorg anders

Herman Toch • Ann Maes • Dirk Van de Poel

Leesexemplaar

© 2022, Ann Maes, Herman Toch, Dirk Van de Poel en Pelckmans Uitgevers nv
pelckmans.be
Brasschaatsteenweg 308, 2920 Kalmthout, België

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, op welke wijze ook, zonder de uitdrukkelijke voorafgaande en schriftelijke toestemming van de uitgever, behalve in geval van wettelijke uitzondering. Informatie over kopieerrechten en de wetgeving met betrekking tot de reproductie vindt u op www.reprobel.be.

All rights reserved. No part of this book may be reproduced, stored or made public by any means whatsoever, whether electronic or mechanical, without prior permission in writing from the publisher.

Omslagontwerp: Julie Vangeel
vormgeving: www.tinxz.be (Filip Coopman)

D/2022/0055/226
ISBN 978 94 6337 298 5
NUR 801

pelckmans.be



facebook.com/pelckmans.be



twitter.com/Pelckmans_be



instagram.com/pelckmans.be

Herman Toch • Ann Maes • Dirk Van de Poel

ZO KAN ZORG ANDERS

**De ontelbare kansen van
de gezondheidstransitie**

P E L C K M A N S

INHOUD

| | |
|---|----|
| INLEIDING | 9 |
| 1 DE GESCHIEDENIS VAN DE ZORG | 13 |
| Wie neemt de zorg op zich? | 14 |
| België en Nederland: allebei verzorgingsstaten, maar niet gelijk | 16 |
| Wel eenzelfde mens- en wereldbeeld aan de basis van ons zorgsysteem | 17 |
| We hebben een nieuwe definitie van gezondheid nodig | 18 |
| In ons huidige dominante systeem smokkelen we heel wat geschiedenis mee | 19 |
| Een diepere duik in de geschiedenis van de zorg in België | 19 |
| Een diepere duik in de geschiedenis van de zorg in Nederland | 22 |
| 2 HET DOMINANTE SYSTEEM IN ZORG EN GEZONDHEID | 27 |
| Een systeem = de magie van drie | 28 |
| Het dominante systeem of regime | 30 |
| Het dominante systeem in zorg en gezondheid in de Lage Landen | 31 |
| Is dit dominante zorg- en gezondheidssysteem houdbaar? | 33 |
| 3 LOOPT HET DOMINANTE SYSTEEM OP ZIJN EINDE? | 35 |
| De ‘verworven’ basiscriteria voor een goed zorg- en gezondheidssysteem | 37 |
| De redenen waarom het dominante systeem (mogelijk) op zijn einde loopt | 38 |
| Nederland versus België | 42 |
| Tovenaars en profeten | 43 |
| Uittredingsdrempels | 44 |
| De vraag stellen is ze ook proberen te beantwoorden | 45 |

| | |
|--|-----|
| 4 DE TRANSITION TWENTIES | 46 |
| De transition twenties | 48 |
| Een nieuw maatschappelijk-economisch speelveld | 53 |
| Transitiedynamiek en transitiepatronen | 63 |
| Vandaag staan we op een kruispunt, aan het begin van de kantelfase | 65 |
| 5 HOE MOET HET NU VERDER VANAF HET KRUISPUNT? | 67 |
| Aan welke toekomst bouw jij mee? | 68 |
| Hoe zien wij het speelveld? | 69 |
| 6 DE EVOLUERENDE NORM | 75 |
| Wie mee wil spelen, moet mee | 75 |
| Evoluerende normen op vijf niveaus | 77 |
| Digitale transformatie | 77 |
| De duurzaamheidsagenda | 81 |
| De just transition | 82 |
| Medische doorbraken | 82 |
| De actieve burger | 84 |
| Na de evoluerende norm, de systeemkeuze | 85 |
| 7 SYSTEEMBEHOUD | 87 |
| Wat is systeembehoud? | 87 |
| Waarom kies je voor systeembehoud? | 88 |
| Verbeteren wat dreigt vast te lopen in het dominante systeem | 91 |
| 8 SYSTEEMINNOVATIE | 95 |
| Systeeminnovatie — richting meer marktwerking | 97 |
| Systeeminnovatie — richting meer overheid | 105 |
| 9 VERANDERING VAN SYSTEEM | 109 |

| | |
|--|-----|
| 10 ROUTES IN DE VERANDERING VAN SYSTEEM | 115 |
| Route 1: het gezondheidscollectief | 117 |
| Route 2: radicale preventie | 128 |
| Route 3: het ondernemende ecosysteem | 138 |
| Route 4: het organiserende ecosysteem | 147 |
| Route 5: Human + | 157 |
| | |
| 11 A BATTLE OF SYSTEMS | 165 |
| Jouw Kairos | 175 |
| Voor welk zorg- en gezondheidssysteem stroop jij de mouwen op? | 176 |
| Kairos | 176 |
| Jouw/jullie authentieke pad — een proces in stappen | 176 |
| Een persoonlijke transitie | 185 |
| | |
| MERCI | 187 |
| | |
| BIBLIOGRAFIE | 189 |

INLEIDING

We leven in een bijzonder tijdperk. Die zin hoor je steeds vaker. Correct of niet? Overdreven of juist gesteld? Wij, de auteurs van dit boek, delen die mening: we leven vandaag in een uiterst bijzondere tijd. Het is een tijd van diepgaande verandering die uitdagingen met zich meebrengt én kansen biedt. Niet alleen voor de grote jongens, maar voor elk van ons. Dat inzicht vinden wij een heel bijzonder cadeau. Vandaag kan nog iedereen actief meeschrijven aan systemen die de maatschappij van de toekomst en het leven van de volgende generaties vorm zullen geven. Verbeelding is daarom waanzinnig belangrijk vandaag. Door overzicht en inspiratie te delen, wil dit boek je daarbij helpen.

Een boek schrijven over de zorg kan niet zonder woorden van waardering. De zorg in de Lage Landen behoort tot de beste van de wereld. Het is vanuit passie en liefde voor het goede dat we kijken naar de toekomst. We zijn van mening dat het pad van transitie verloopt via begrip en waardering voor het heden en het verleden.

Welkom in de *transition twenties*, want zo noemen we de bijzondere tijd waarin we nu leven. De naam verkapt al veel: transitie is vandaag overal. Wat dat precies betekent? We leven in een tijd van fundamentele verandering. Dat is nodig. Als we in de achteruitkijkspiegel kijken, zien we dat we heel wat systemen gebouwd hebben die ons welvaart en welzijn hebben gebracht. Denk bijvoorbeeld aan systemen in landbouw, voeding, werk, energie, mobiliteit of zorg. Als we vooruitkijken, zien we dat diezelfde systemen steeds vaker tegen ons beginnen te werken. Ze bieden geen antwoorden meer op nieuwe kansen en uitdagingen.

Wat de *transition twenties* zo'n bijzondere tijd maakt, is dat niet één systeem tegen die achteruitkijkspiegeluitdaging opbokst, maar zowat alle systemen tegelijk. Ze grijpen ook in op elkaar en dat zien we elke dag in de zorg. Waarom zijn chronische zieken zo talrijk vandaag? Omdat we ook in voeding, werk, onderwijs en heel wat andere systemen tegen uitdagingen van formaat aanlopen. Vandaag komt er heel wat systeempijn bloot te liggen en dat schudt ons wakker.

Transitiedenker Jan Rotmans formuleerde een mooie zin rond die bijzondere tijd: 'We do not live in an era of change, but in a change of era.' Dat nieuwe tijdperk is meer dan een nieuw verhaal: het wordt gebouwd op een ander mens- en wereldbeeld. En die andere kijk op de mens en de wereld moet ons leiden naar systemen die kansen en uitdagingen — zo hopen we toch — adequaat en met vaart vastpakken.

Welkom in de kantelfase

Transities laten zich niet managen en kennen een grillig verloop. Toch zoeken we houvast en die vinden we in de transitiewetenschap. Die geeft duidelijk aan dat elke transitie drie fasen doorloopt: de voorontwikkelingsfase, de tussentijd en de doorontwikkelingsfase. In de *voorontwikkelingsfase* borrelt de onderstroom op naast het huidige, dominante systeem. Dat is een wereld van experimenten, radicale innovaties en een andere kijk op mens en de wereld. De onderstroom springt over de zichtlijn, krijgt aandacht en versnelt. In de *tussentijd* raakt het dominante systeem uit evenwicht. Er ontstaat chaos, onrust en turbulentie die hand in hand gaat met een gebrek aan inzicht en overzicht. In de tussentijd ligt alles nog open: het kan nog alle kanten uit. Deze periode wordt ook weleens 'de kantelfase' genoemd. In de *doorontwikkelingsfase* heeft het nieuwe dominante pad zich duidelijk afgetekend aan de horizon. De transitie stoomt in kruissnelheid door naar een nieuw evenwicht en een nieuw normaal.

In dit boek kijken we naar zorg en gezondheid door de bril van transitie. We zetten onze lens op de zorg, zonder de brede kijk te verliezen. Is die sector al in transitie? En zo ja, in welke fase zit die dan? Wij zijn van mening dat de zorg in de kantelfase zit. Van chaos is nog geen sprake, maar de spanning en het onbehagen nemen razendsnel toe. Er ontstaan ook echte *burning platforms* — daarmee bedoelen we: de boel die radicaal vierkant draait. Denk maar aan de personeelsuitval in de zorg, de jeugdzorg en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) — om er maar enkele te noemen — die tegen onverantwoord lange wachtlijsten aanhikken, ziekenhuizen die financieel om dreigen te vallen of de aankomende

tsunami van ouderen die straks zorg nodig hebben die we niet kunnen bieden. We zien ook de onderstroom steeds meer pruttelen. Nieuwe oplossingen zoals CRISPR-cas9 en robotica dagen het dominante systeem uit en fluisteren steeds luider: is het niet stilaan tijd om plaats te maken voor wat anders?

Niets is zo bijzonder als de kantelfase

De kantelfase is zonder meer de spannendste tijd in een transitie. Dat heeft in eerste instantie te maken met een oneindige wereld aan mogelijkheden die zich in de kantelfase aandient. Nog niets is beslist, alles is nog mogelijk. Een tweede reden is de potentie van individuele impact. Jij, als individu, organisatie of bedrijf kunt in deze fase mee de richting en de snelheid bepalen die de sector inslaat. Gerichtte actie kan in deze broze tijd, waarin het oude afbrokkelt en het nieuwe zich nog niet gezet heeft, een enorme impact teweegbrengen. Ten derde kenmerkt de kantelfase zich door een gigantische behoefte aan overzicht. Dat overzicht is zoek. We weten waarvan we afscheid nemen, maar het nieuwe is nog onbeslist en daarmee ook onbekend.

De leidraad van dit boek

Dit boek wil overzicht geven. Dat is nodig om een richting te kunnen kiezen en te beslissen: welk systeem wil ik mee helpen bouwen? Dat is een van de grote doelstellingen van dit boek. We bouwen ons overzicht op door je mee te nemen in elf hoofdstukken.

Eerst kijken we naar de geschiedenis van de zorg en maken we inzichtelijk hoe die het dominante systeem van vandaag kleurt. Vervolgens nemen we een diepe duik in het huidige dominante systeem. Wat is het narratief, wie zijn de spelers, hoe ziet de architectuur eruit? De volgende vraag is: loopt het dominante systeem op zijn einde? Die vraag kun je niet stellen zonder een heldere blik op het brede spelersveld. We tekenen daarom een nieuw veld van mogelijkheden uit: het speelveld waarin sommige spelers het systeem willen behouden (*keep the system*), anderen het systeem willen verbeteren (*innovate the system*) en nog anderen het systeem willen veranderen (*change the system*).

In het laatste hoofdstuk ontmoeten de spelers uit het veld van mogelijkheden elkaar. Het is niet altijd een *friendly encounter*, maar steeds vaker een *battle of systems*. Want elke partij staat in tijden van transitie voor het eigen, grote gelijk. Die schurende ontmoeting doet blinken en leidt ons in een volgende transitiefase tot een aanjagend en aansprekend nieuw systeem.

De leidraad komt terug bij het begin van elk hoofdstuk. Zo weet je als lezer perfect op welke plek we zitten in het verhaal.

One more thing...

Transitie is mensenwerk. Systemen worden gebouwd door mensen. Systemen worden ook afgebroken en heropgebouwd door hen. Een periode van diepe maatschappelijke transitie is daarom ook een periode van persoonlijke transitie.

Aan het slot van dit boek staan we stil bij de rol die jij, jouw bedrijf of organisatie kan spelen in de zorg- en gezondheidstransitie. We nodigen jou — en bij uitbreiding iedereen — uit om zonder dralen actief mee te stappen in die transitiedynamiek. Niet straks, maar zo meteen. Timing is vandaag van het allergrootste belang: zolang we niet uit de kantelfase zijn, is alles nog mogelijk.

1

DE GESCHIEDENIS VAN DE ZORG



Om de kansen en uitdagingen in de zorg- en gezondheidssector goed op het netvlies te krijgen, is kennis van wat achter ons ligt essentieel. Wie vandaag de zorg organiseert, hoe we gezondheid definiëren, aan wie we betalen voor onze zorg, waar we naartoe gaan als we ziek zijn, waarom we vandaag zo moeilijk een arts vinden die een holistische kijk heeft op ons gezondheidsdossier: het heeft allemaal diepe wortels in het verleden.

Er zijn heel wat manieren om naar de geschiedenis van zorg en gezondheid te kijken.

Als transitiedeskundigen hebben we een voorliefde voor kantelmomenten in de geschiedenis van de zorg. We bestuderen ze graag van dichtbij en stellen daarbij vragen als: welk veranderend mens- en wereldbeeld stuurde aan op deze verandering? Wie zijn de spelers die net voor en tijdens zo'n kantelperiode aan zet zijn?

Door die bril hebben we gekeken naar het zorg- en gezondheidssysteem in de Lage Landen. Het helpt ons te begrijpen hoe ons huidige, dominante zorgsysteem zich ontwikkeld heeft. Begrip van 'wat is geweest' heeft ook een andere functie. Terugkijken helpt ons om beter vooruit te kijken. Het kietelt ons om na te denken over 'wat kan komen' en 'hoe het ook kan zijn'.

Wie neemt de zorg op zich?

Wat vertelt het opgraven van een vierduizend jaar oud skelet in Vietnam over de zorg in de Lage Landen? Heel wat, daar is archeologe Lorna Tilley van de universiteit van Canberra vast van overtuigd. Zij was het die samen met Marc Oxenham in 2007 in het Vietnamese Man Bac een kreupel en krom lichaam opgroef. Onderzoek zou uitwijzen dat het toebehoorde aan een jongen van vijftientig die door een erfelijke ziekte op zijn vijftiende verlamd raakte vanaf de borst. Zijn armen kon hij amper bewegen. Eten, drinken of zichzelf wassen lukte niet. Zijn familie voedde hem met vis en vlees. Ook al moesten ze elke dag uren jagen om te overleven, toch ontfermden ze zich over de kreupele jongen die pas na tien jaar aan zijn ziekte zou bezwijken.

De opgraving zorgt voor een unieke inkijk in de zorg in de oertijd. De archeologische vondst brengt ook heel wat interessante vragen en bedenkingen met zich mee. Wat zegt deze archeologische vondst over de zorgreflex van de prehistorische mens? Waren ze even — of misschien wel meer — humaan als wij? Dit vertelde archeologe Lorna Tilley erover aan de krant *De Standaard*: 'Qua emotionele capaciteit en denkvermogen is er geen verschil tussen deze voorouder en onszelf: daar zijn alle archeologen en evolutiebiologen het over eens. Voor de overgang naar landbouw trok de mens rond in kleine groepen. Iedereen in die kleine groep was daardoor van elkaar afhankelijk. Zorgen voor zieken en gekwetsten was een taak van diezelfde groep — in tegenstelling tot vandaag. In de moderne westerse maatschappij besteden we zorg voor elkaar

liever uit. Een collectief gevoel van verantwoordelijkheid voor het welzijn van anderen: misschien was dat meer iets voor de prehistorische mens.’

Wie neemt zorg op zich en hoe richten ze die zorg vervolgens in? Die vragen vormen de rode draad doorheen de ontwikkeling van ons zorg- en gezondheidssysteem. De afgelopen eeuwen hebben vier dominante spelersgroepen zich gemanifesteerd in de organisatie van zorg en gezondheid in de Lage Landen: de kerk, levensbeschouwelijke en ideologische organisaties, de markt en de overheid.

Als je de ontwikkeling van de zorg- en gezondheidssector in de Lage Landen onder de loep neemt, vind je heel wat parallellen tussen België en Nederland. Wij starten onze analyse van de geschiedenis van de zorg in de zestiende eeuw. Dat tijdsgewricht is niet toevallig gekozen: het is in die periode dat de gods- en gasthuizen een vaste waarde worden in de maatschappij. Deze — meestal private — zorgplekken worden opgericht en gefinancierd door rijke individuen, gilden en de kerk. De zorg wordt er opgenomen door geestelijken: het is onder hun vleugels dat zieken, gewonden, zwakzinnigen en vondelingen verzorgd worden.

De komst van de Franse bezetter in 1789 markeerde de komst van een nieuwe, actieve en dominante speler in de zorg in België: de overheid. De Franse bezetter deed er alles aan om het private initiatief in de zorg terug te dringen en de rol van de geestelijken aan banden te leggen. De laïcisering van de welzijns- en gezondheidszorg stond centraal in hun aanpak, net als de professionalisering en regulering van medische beroepen. Ook op het grondgebied Nederland noteren we rond diezelfde periode de eerste actieve inmenging van de overheid in de organisatie van de zorg. Tijdens de Bataafse Republiek (1795-1806) werd voor het eerst erkend dat volksgezondheid en armenzorg aandacht verdienen van de centrale regering. Ondanks het feit dat het onderwerp volksgezondheid werd opgenomen in de grondwet, bleef de overheidsbemoeyenis beperkt.

In de eeuwen die daarop volgden, deed een bijkomende, dominante spelersgroep zijn intrede in de organisatie van zorg en gezondheid: levensbeschouwelijke en ideologische organisaties. Vooral in België drukten die spelers een grote en blijvende stempel op het zorglandschap, en dat doen ze nog altijd. In de kaderstukken lees je meer over de sleutelperiodes en kantelpunten in de zorg in België en Nederland.

België en Nederland: allebei verzorgingsstaten, maar niet gelijk

In België én Nederland hebben we de verzorgingsstaat omarmd. We hebben in beide landen een kolossaal sociaal systeem gebouwd waarin de overheid verantwoordelijk is voor het welzijn van haar burgers, niet alleen op het vlak van gezondheidszorg, maar ook op het vlak van scholing en onderwijs, huisvesting, werkgelegenheid en sociale voorzieningen.

Die dominante rol van de overheid binnen de verzorgingsstaat betekent niet dat de gekende historische partijen geen plek meer hebben in het speelveld, integendeel. Levensbeschouwelijke en ideologische organisaties spelen nog steeds mee, net als de markt. Wat de verzorgingsstaat in België én Nederland typeert, is de verplichte solidariteit. In België gebeurt dat via de ziekenfondsen, in Nederland vandaag via zorgverzekeraars. Ontwikkelingen in het speelveld van ziekenfondsen, zorgverzekeraars en zorgverstrekkers maken dat 'de markt' in beide landen steeds meer zijn intrede doet. Hoe innig die marktspelers meedansen met de overheid verschilt van land tot land. In Nederland pakt de markt meer plaats dan in België. In 2006 deed de gereguleerde marktwerking er zijn intrede, oftewel een vraaggestuurd systeem van zorg. Door middel van een gereguleerde marktwerking in de zorg wil de Nederlandse overheid een beter systeem van gezondheidszorg bereiken dat stimuleert tot een verhoogde efficiëntie en dat leidt tot een betere kwaliteit, toegankelijkheid en transparantie.

De grenzen van de verzorgingsstaat zijn in België en Nederland al even zichtbaar. De gezondheidszorg in de Lage Landen behoort tot de top van de wereld, maar het systeem kraakt en kreunt. Experts in beide landen waarschuwen dat de druk op de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de sociale zekerheid onhoudbaar toeneemt en niet opgewassen is tegen de golf van vergrijzing die straks op ons afkomt. Het is elk jaar opnieuw een olympische inspanning om goede gezondheidszorg kwalitatief, betaalbaar, bereikbaar en haalbaar te maken voor zoveel mogelijk mensen.

Eenzelfde mens- en wereldbeeld aan de basis van ons zorgsysteem

Een meer diepgaande manier om naar de zorg te kijken, is door de bril van ons mens- en wereldbeeld. Hoe we naar de mens en de maatschappij kijken, drijft hoe we gezondheid definiëren. Die definitie is belangrijk, want ze bepaalt in grote mate hoe we de zorg inrichten en welke spelers de hoofdrol krijgen.

Eeuwenlang keken we op een holistische manier naar de mens, en dus ook naar gezondheid. Zowel in het taoïsme (gezondheid is een balans tussen vijf elementen) als in de leer van Hippocrates (de balans van vier *humores* als krachtigste leefstijlfactor), Aristoteles (zoek het midden en streef naar *eudemonia*) en Galenus (een balans tussen zes leefstijlfactoren) stond die holistische kijk op mens en gezondheid centraal.

De renaissance en Vesalius schopten de holistische kijk op de mens en zijn gezondheid omver. Andreas Vesalius, een Zuid-Nederlands arts en anatoom, was een van de absolute grondleggers van de anatomie. Hij wierp zich op als een visionair die de basis legde voor de moderne anatomische benadering van het menselijk lichaam. Het zou hem wereldberoemd maken, maar ook gehaat in destijds vijandige wetenschappelijke kringen, waar afwijken van de norm geen sinecure was. Het denken van Vesalius zorgde voor een paradigmashift en legde de basis voor een smalle medisch-analytische kijk op gezondheid die we tot vandaag in ons zorgsysteem voelen.

Het mensbeeld dat wellicht het meest invloed heeft gehad op de hedendaagse geneeskundige praktijk is de cartesiaanse visie die ontstond in de moderne tijd. Vanaf toen ging men er uitdrukkelijk van uit dat geest en lichaam twee volkomen gescheiden domeinen waren. Deze splitsing maakte een 'objectief' beeld van het menselijk lichaam mogelijk: het lichaam als een machine die defect kan raken en die, indien nodig, door een medische expert kan worden gerepareerd. Het cartesiaanse mensbeeld leidde ertoe dat gezondheid werd beschouwd als een afwezigheid van ziektes, en gezondheidszorg als 'de reparatie van het disfunctionerende lichaam'. Die visie is nog altijd tastbaar in ons huidige zorgsysteem.

We hebben een nieuwe definitie van gezondheid nodig

In 1948 boog de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) zich over een definitie van gezondheid: 'Gezondheid is een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en niet louter het ontbreken van ziektes of gebreken.'

Wie goed naar die definitie kijkt, ziet dat vandaag eigenlijk bijna niemand gezond is volgens de WHO. Het Institute for Positive Health beschrijft op een heldere manier waarom de definitie van de WHO dringend aan herziening toe was: 'Waar de WHO geen rekening mee had gehouden, is dat een definitie ook een afbakening is. Voldoe je niet aan de beschrijving, dan ben je dus niet gezond. Ook was toen nog niet te voorzien hoe onze gezondheid zich zou ontwikkelen. In die tijd kregen we vooral te maken met infectieziektes die we "genazen" met antibiotica. Er was geen enkel vermoeden dat we decennia later vooral met chronische aandoeningen geconfronteerd zouden worden. Door de definitie wordt in deze tijd een groot deel van de bevolking ongezond verklaard. Onbedoeld heeft de formulering tot een sterke medicalisering geleid: we zetten elke mogelijke behandeling in om de definitie van gezondheid te halen.'

De komst van de 'Positieve Gezondheid' bracht in 2014 een nieuwe definitie van gezondheid met zich mee. Die nieuwe definitie is een brede, geïntegreerde kijk op gezondheid: 'Gezondheid is het vermogen je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven. Het accent ligt niet op ziekte. Het accent ligt op mensen zelf, op hun veerkracht en op wat hun leven betekenisvol maakt.'

In de Lage Landen kijken overheden vandaag met interesse naar bredere zorg. In 2019 onderzocht het Nederlandse RIVM (Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) de toepassing van brede gezondheidsconcepten in de praktijk. Dit vertelt het RIVM er zelf over: 'De oude definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) voldoet niet meer. Deze definitie zou namelijk medicaliserend, te statisch en te veel op ziekte gericht zijn. Ook zou deze definitie te weinig handelingsperspectief bieden aan mensen die ziek zijn. Op verschillende plekken in Nederland wordt daarom steeds meer gewerkt vanuit een breed perspectief op gezondheid, waaronder Positieve Gezondheid en van 'Ziekte en Zorg' naar 'Gezondheid en Gedrag'. In deze brede gezondheidsconcepten staat niet langer centraal wat iemand niet meer kan. Het gaat er juist om wat iemand wél kan, belangrijk vindt en eventueel wil veranderen. Bovendien gaat het niet alleen om lichamelijke kanten van gezondheid maar ook om het

vermogen om je aan te passen, welbevinden, eigen regie, veerkracht, participatie en zingeving.’

In ons huidige, dominante systeem smokkelen we heel wat geschiedenis mee

We hebben in België en Nederland een kwalitatief zorg- en gezondheidssysteem gebouwd, zoveel is duidelijk. We scoren niet voor niets torenhoog in internationale rankings. Wie ziek wordt, kan dat maar beter doen in de Lage Landen. Ook al kraakt het systeem, het zit nog altijd boordevol rasechte professionals die er alles aan doen om goede, betaalbare en bereikbare zorg mogelijk te maken. Die waardering voor het verleden nemen we mee naar de toekomst.

Wie het zorg- en gezondheidssysteem van vandaag van dichtbij bekijkt, leest er veel geschiedenis in. De medisch-analytische visie is vandaag nog altijd dominant aanwezig in ons denken en doen. Dat verklaart onze uitgesproken focus op curatieve zorg. Preventie is in het huidige zorg- en gezondheidssysteem nog steeds een ondergeschoven kind, ook al voel je dat er forse stappen gezet worden in de richting van een brede, geïntegreerde kijk op gezondheid.

Wat in het verleden ligt, is ook een afspraak met de toekomst. De verzorgingsstaat — met meer of minder markt — heeft ons waanzinnig veel goeds opgeleverd. Dat willen we niet loslaten. De verzorgingsstaat is een vernuftige constructie die gebouwd is op waarden als solidariteit en toegankelijkheid voor iedereen. Die waarden spreken ons vandaag nog altijd massaal aan. De emotionele band die we met het systeem hebben, duwt ons daarom richting padafhankelijkheid. Die padafhankelijkheid riskeert ons vizier te vernauwen, waardoor we niet meer met een open blik naar de wereld van mogelijkheden kunnen kijken.

Een diepere duik in de geschiedenis van de zorg in België

Zorgverlening was binnen het ancien régime (circa 1450-1789) interpersoonlijk of institutioneel van aard. Gods- en gasthuizen boden hulp aan armen, zieken en gewonden, zwakzinnigen, ouderen, wezen en vondelingen. Hoewel die plekken vaak de bijnaam ‘armenhuys’ kregen, konden ook welgestelde mensen zich tegen betaling tijdelijk of permanent laten opnemen. Tot de oprichters en geldschietters behoorden congregaties, gilden en vermogende individuen. De zorg zelf werd er door religieuzen opgenomen.