

Toekomstmuziek voor zorg en zorgberoepen

Bob Cools

Inleiding

Wellicht is het geen toeval dat in 2015 zowel in Nederland als in Vlaanderen een advies werd gepubliceerd over de evoluerende zorgsector en de implicaties daarvan voor de organisatie van de opleidingen en de arbeidsmarkt voor zorgberoepen. Beide basisadviezen bieden ‘contouren’ (in Nederland) of een ‘oriënterend kader’ (in Vlaanderen) en nodigen uit tot een maatschappelijk debat. In dit artikel presenteren we eerst een samenvatting van de twee adviezen, vervolgens vergelijken en bediscussiëren we het ontstaan en de kernideeën van beide adviezen, die elk een nieuw maar soortgelijk zorgparadigma introduceren.

Participatie als insteek

In Nederland startte het traject in 2012 met de vraag van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om advies over een toekomstgerichte beroepenstructuur en een opleidingscontinuüm voor de gezondheidszorg. De commissie van het Zorginstituut Nederland (2015) baseert haar advies op een grondig onderzoek waarbij gebruik gemaakt werd van diverse studies, analyses, prognoses, focusgroepen, expertpanels, congressen, broedplaatsen en denktanks die maanden aan slimme oplossingen werkten. Er werd zeer zwaar geïnvesteerd om er een participatief en breed gedragen project van te maken. Een beschrijving van het omvangrijke voor- en vervolgetraject is te vinden in de bijlagen van het rapport.

De commissie beantwoordt de vraag welke zorg er in 2030 nodig zal zijn, rekening houdend met de lokale en demografische ontwikkelingen. Het uitgangspunt is een nieuwe definitie van gezondheid: “Gezondheid is het dynamische vermogen van mensen om zich aan te passen en zelf regie te voeren over hun welbevinden” (Huber et al., 2011). Die definitie neemt niet langer ziektes of aandoeningen als vertrekpunt, maar in plaats daarvan staan het functioneren, de participatie, de veerkracht en de eigen regie van de burger centraal. Niet het bestaande aanbod van zorg of de beroepen die aangeven wat kan, bepalen het antwoord, maar kenmerken van de zorgvraag geven aan wat moet worden gerealiseerd.

De commissie introduceert een ABCD-model van zorggebieden. Dat biedt een integrale en dynamische weergave van de Nederlandse gezondheidszorg in 2030 en van het professioneel handelen dat daarbij gewenst is. Voorzorg (A) richt zich op het bevorderen van gezond leven in de gehele Nederlandse bevolking via een integrale aanpak, zoals het ontwikkelen van veerkracht in het onderwijs, gezondheidsbevordering en -bescherming, ziektepreventie

zowel individueel als collectief. Gemeenschapszorg (B) kan men zelf of samen en in de buurt regelen met steeds meer technologische en digitale ondersteuning, en indien noodzakelijk ook professionele assistentie. Laagcomplex tot complexe zorg (C) is basiszorg en gespecialiseerde zorg, voor zowel acute als langdurige zorg, met een hoge mate van voorspelbaarheid van wat nodig is en van het beloop. Behandeling in deze multidisciplinaire zorgcentra start pas na beoordeling en verwijzing. Ook hier spelen digitale communicatie en technologische ondersteuning een grote rol. Hoogcomplex zorg (D) is topklinische zorg. Ze omvat zeer complexe behandelingen met een onvoorspelbaar verloop en met continue bijsturing op grond van diagnostiek en observatie.

Op basis van prognoses komt men tot 23 burgerprofielen die samengebracht worden in zes clusters en gekoppeld worden aan de ABCD-zorggebieden. Daaruit blijkt dat in 2030 een relatief groot aantal mensen kampt met meerdere problemen of aandoeningen tegelijk en dus een beroep moet doen op meerdere zorggebieden. Het antwoord daarop zijn de zorgarrangementen die worden uitgevoerd door multidisciplinair samengestelde en samenwerkende teams. Die bestaan uit zorgprofessionals die samen met en zo mogelijk onder regie van de burger zelf zijn functioneren kunnen herstellen of bevorderen. De werkplek en de teamsamenstelling zijn afhankelijk van de zorgvraag. De meeste zorgprofessionals zijn generalisten die inzetbaar zijn in alle zorggebieden. Een kleinere groep zorgprofessionals is hoofdzakelijk actief in het hoogcomplex zorggebied.

Ik citeer twee voorbeelden uit het rapport van het Zorginstituut Nederland (2015):

Een 14-jarig meisje met veel schoolverzuim... vanwege buikklachten. Ze woont met haar moeder en broertje, de ouders zijn gescheiden. Met vader heeft ze weinig contact. Moeder werkt vier dagen per week en is bang haar baan te verliezen. Er zijn geldzorgen. Het meisje heeft er moeite mee om op tijd op te staan, in de klas heeft ze concentratiestoornissen, haar cijfers zijn matig omdat ze regelmatig lessen mist. Ze heeft contact met oudere jongens en hecht veel waarde aan haar uiterlijk.

De buikklachten worden, indien nodig, behandeld door een professional uit C. ... De grootste problemen betreffen het gehele gezin en worden integraal aangepakt in A en B. Het arrangement zal voornamelijk een maatschappelijk arrangement zijn. Het gaat hier om een financiële problematiek, opvoedkundige problemen en eventueel een lichamelijk probleem. Niet alleen het meisje, maar het hele gezin heeft functioneringsproblemen. Van belang is dat ook hier het netwerk wordt ingezet en dat netwerk en maatschappelijk arrangement naadloos op elkaar worden afgestemd. (p. 73)

Een ernstig verstandelijk en lichamelijk gehandicapte vrouw van 60 jaar. Ze heeft obesitas, diabetes type 2 en een gedragsstoornis: ze bijt. Ze heeft over haar hele lichaam tweedegraadsverbrandingen.

Deze vrouw wordt eerst in D behandeld. Als de brandwonden behandeld zijn, kan ze terug naar C, waar ze verblijft in een beschermde omgeving. Het zorgarrangement is tijdelijk uitgebreid met zorgprofessionals die bekwaam zijn op het gebied van brandwonden en infectiegevaar. Als dit achter de rug is, richt het team zich weer op het bestaande langdurige zorgarrangement, gericht op comfort en welzijn, maar ook op overgewicht, diabetes en de gedragsstoornis. In het

team komen professionele zorg, welzijn en netwerk elkaar tegen. De regisseur kan zowel een naaste als een professional zijn. (p. 72)

De focus van elke zorgprofessional is het herstellen of bevorderen van het zo zelfstandig mogelijk functioneren van de burger, indien mogelijk in de eigen omgeving. Die doelstelling wordt aangeduid met de termen ‘de-escaleren’ of ‘ont-zorgen’: het verminderen van de zorgafhankelijkheid. Naast specifieke bekwaamheden beschikt de zorgprofessional over generalistische competenties zoals netwerken, technologische vaardigheden, maatschappelijke en contextbekwaamheden. Een model met een dynamisch continuüm van bekwaamheden voor de gezondheidszorg wordt voorgesteld en sluit aan op het ABCD-model. Zorgprofessionals kunnen vanuit verschillende teams in verschillende zorggebieden werkzaam zijn. Het model keert zich tegen het huidige gefragmenteerde aanbod. Het vergt een nieuwe werkorganisatie en andere bekwaamheden, wat geconcretiseerd zal worden in een advies dat in de loop van 2016 wordt verwacht.

Een waardegedreven denkoefening

Het Vlaamse document van de Strategische Adviesraad (2015) over nieuw professionalisme ligt in de lijn van een in 2012 uitgebracht advies over *Integrale zorg en ondersteuning* (Strategische Adviesraad, 2012). Daarin werd gepleit voor een paradigmashift en een heroriëntering van het zorgsysteem. De Strategische Adviesraad stelt dat het huidige dominante biomedische model de beoogde paradigmashift van probleemgerichte naar doelgerichte zorg en ondersteuning verhindert, en dus ook van een aanbodgestuurd naar een persoons- en behoeftegericht model. Die paradigmashift gaat samen met een algemene trend naar vermaatschappelijking van de zorg in verschillende sectoren.

De verwachtingen van burgers en ‘personen met zorgbehoefte’ en hun naaste omgeving zijn sterk veranderd. Individualisering en nadruk op autonomie en zelfbeschikking zijn inmiddels ingeburgerd. De klassieke ondersteuningsnetwerken zijn minder stabiel dan vroeger, maar er ontstaan ook nieuwe (onder andere digitale) netwerkvormen die mogelijkheden bieden om sociaal isolement te voorkomen. Als antwoord op de toenemende complexiteit in de samenleving is het professionele welzijns- en gezondheidsaanbod zich steeds meer gaan specialiseren. Problemen worden indien mogelijk opgedeeld en gereduceerd tot te controleren eenheden met gestandaardiseerde oplossingen. De neiging om problemen individueel te benaderen en op te lossen, leidt tot een toenemende medicalisering en ‘therapeutisering’.

Kwaliteit van (samen)leven bevorderen is de doelstelling. Dat betekent streven naar een optimaal functioneren én participeren van de ‘persoon met zorgbehoefte’ in de samenleving. Die algemene doelstelling veronderstelt integraal en sectoroverschrijdend werken vanuit een ecobiopsychosociaal model. Opvallend in die visie is het accent op de existentiële én ecologische dimensie. Bij het bieden van zorg en ondersteuning is de menselijke zijnservaring essentieel: wat is het leven dat de ander wil leiden en hoe wil hij zich verhouden tot zijn (sociale) omgeving? Het disfunctioneren van mensen heeft vaak te maken met problemen op het vlak van verbinding met die (sociale) omgeving.

De hedendaagse drang naar autonomie staat niet in tegenstelling tot het opbouwen of herstellen van verbindingen met anderen. Integendeel, verbindingen zijn een voorwaarde voor zelfbeschikking en participatie in de samenleving. De Strategische Adviesraad hanteert bewust het begrip ‘persoon met zorgbehoefte’ als overkoepelende term die context- en sectoroverschrijdend is en niet beladen is vanuit een ziektemodel. In een breder verband wordt de term ‘burger’ gebruikt om de persoon in zijn maatschappelijke context te plaatsen, te wijzen op de gelijkwaardigheid van eenieder en duidelijk te maken dat iedereen recht heeft op zorg en ondersteuning.

Voor de Strategische Adviesraad is de nieuwe professional de motor om de paradigmashift te verwezenlijken. Professionals moeten zorg en ondersteuning bieden aan mensen met zorgbehoefte (en hun omgeving), om bij te dragen tot hun functioneren en participeren in de samenleving. Binnen het kader van integrale zorg en ondersteuning moeten ze toegerust worden met meer generalistische competenties.

De toekomstige zorgprofessional moet de zorgvraag inschatten vanuit het perspectief van het functioneren van de burger. Dat wil zeggen: niet behandelen als dat niet bijdraagt aan het functioneren. De zorg vloeit voort uit het overleg tussen (de doelstellingen van) de persoon en (de expertise van) de professional. De professional speelt een cruciale rol in het versterken van zelfzorg en zelfzorgmanagement bij de persoon met zorgbehoefte en betreft daarbij zo veel mogelijk de mantelzorgers.

Professionals vervullen een verbindende rol door het aanwezige informele zorg- en ondersteuningspotentieel in de samenleving te activeren en indien mogelijk te vergroten. Ze nemen een kritische houding aan ten aanzien van het zorgsysteem en helpen het zo nodig van binnenuit veranderen om tot maatschappelijk verantwoorde zorg te komen. Dat veronderstelt de capaciteit om de eigen organisatie te overstijgen en mee te werken aan processen die structureel ondersteunen wat de professional op het individuele vlak probeert te realiseren. De toekomstige zorgprofessional is sensitief voor diversiteit op vele vlakken: etnisch-cultureel, socio-economisch, taal, seksuele voorkeur, gender, enzovoort. Bovendien beschikt hij over technologische competenties in geïntegreerde virtuele en mobiele ICT-toepassingen die de communicatie bevorderen en de zorg vereenvoudigen en ondersteunen.

Volgens de Strategische Adviesraad evolueren de zorg en ondersteuning in de toekomst naar samenwerking in zorgteams met de nodige ethische reflectie op teamniveau. De hoge verwachtingen ten aanzien van de zorgprofessional vergen een aangepaste opleiding en een aantrekkelijke arbeidscontext. Daarover wordt medio 2016 een vervolgadvisie uitgebracht.

Discussie

Beide adviezen vormen slechts een aanzet voor verder onderzoek en een grondig debat. De Nederlanders gaan uit van epidemiologische gegevens, vooronderzoeken, proefprojecten en open debatten. De Vlamingen kiezen voor een grondige vrije gedachteoefening in het verlengde van eerdere meer waardegedreven visienota's. Beide adviezen vertonen grote ge-

lijkenissen in de omschrijving van de tekenen des tijds, zoals globalisering, individualisering, vergrijzing, commercialisering, empowerment, enzovoort. Interessant zijn echter de verschilpunten.

De Nederlanders vertrekken expliciet van het nieuwe concept van gezondheid (Huber et al., 2011). Dat biedt zeker nieuwe perspectieven. Maar tegelijk lijken ze hun focus te verengen tot ‘functioneren’ als ultieme doelstelling. Functioneren wordt de maat voor ons doen en laten op alle levensdomeinen. Disfunctioneren wordt daarmee ongewild een even groot taboe als het ziektebegrip dat wordt afgeschreven. Gewoon je zin doen, wat luiere of genieten, valt onder Voorzorg (A) en wordt een gezondheidskwestie die geprofessionaliseerd kan worden. Men dreigt dus terug te vallen in datgene wat men wil bestrijden: de overmatige professionalisering en medicalisering van de zorg. Van eenzelfde orde is de bijna dwingende noodzaak tot participeren. Gezondheid lijkt maakbaar mits goed functioneren en participeren. Helemaal verrassend is dat niet als we terugdenken aan de troonrede van koning Willem-Alexander in september 2013 die zoveel commotie veroorzaakte. Hij kondigde toen aan dat de verzorgingsstaat vervangen moet worden door de participatiesamenleving. Hij verwoordde nochtans alleen het eerder – via onder andere de Wet maatschappelijke ondersteuning van 2007 – ingezette beleid. De besluitvorming over jeugdzorg en langdurige zorg werd daarom gedecentraliseerd van de rijksoverheid naar de gemeenten en ideologisch onderbouwd met begrippen zoals actief burgerschap en empowerment. Maar de (minder goede) ervaringen in de praktijk roepen heel wat bedenkingen op. ‘Meedoen’ is de slogan. Iedereen moet zijn verantwoordelijkheid nemen voor het eigen welzijn en dat van zijn medemensen. Hoe die participatiesamenleving echter concreet moet worden gerealiseerd, wie dat begeleidt, wat er nodig is om kwetsbare burgers niet uit te sluiten, dat blijft tot op heden een open vraag.

De Vlamingen zijn de (ideologische) gezondheidsaanjagers ‘functioneren en participeren’ ook zeer genegen, maar leggen meer de focus op ‘kwaliteit van (samen)leven’. Zij hanteren consequent de dubbele term ‘zorg én ondersteuning’, waarmee ze de passieve connotatie van het zorgbegrip willen overstijgen: een persoon met een beperking ‘ondergaat’ de zorg niet noodzakelijk altijd (Strategische Adviesraad, 2012, pp. 5-6). Van elke burger wordt verwacht dat die een actieve rol speelt. Ook mensen met beperkingen kunnen een geïnformeerde en actieve regiefunctie vervullen in het zorgproces. Als kanttekening wordt wel vermeld dat niet elke burger een actieve participant kan of wil zijn, zelfs als de samenleving zo veel mogelijk inzet op empowerment. Maar dat wordt iets te gemakkelijk opgelost door hiervoor slechts bijzondere aandacht te vragen. Wie die aandacht moet geven en wat dat inhoudt, wordt niet geconcretiseerd. Stuiten we hier op de grenzen van de mogelijkheden van de ‘actieve welvaartsstaat’-ideologie? Ook de Nederlanders worstelen met hun gezondheidsideaal en beseffen dat niet alle burgers in staat zijn om de eigen regie te voeren over hun gezondheid. Zwakke burgers moeten van andere partijen ruimte krijgen om het eigenaarschap van hun gezondheid te claimen, stellen ze. Maar wat als de verantwoordelijke burgers met een gezonde levensstijl niet meer willen betalen voor de zorg die nodig is door de ongezonde keuzes van andere burgers? Beide adviezen promoten het concept ‘eigen regie voeren’ maar onderbouwen dat ethisch onvoldoende en laten na het voldoende te concretiseren. Auteurs zoals Tronto (2013) en Wildershoven (2003) tonen aan dat dit wel degelijk mogelijk is indien men eerder uitgaat van de mens als kwetsbaar wezen dat per definitie afhankelijk is van

anderen dan van de mens als autonoom zelfredzaam individu. Dat vergt een radicale keuze voor een zorgethische benadering die ingaat tegen de dominante neoliberale ideologie en regelethiek (Leijssen, 2005).

Onze noorderburen pleiten verder voor het de-escaleren van zorg. We moeten ‘ont-zorgen’, schrijven ze met een woord waarvan de hier bedoelde betekenis nog niet in de Van Dale is opgenomen. Problemen op het werk of op school, in relaties of werk- en woonomgeving die nu in de gezondheidszorg worden behandeld, worden bij voorkeur in het eigen sociale netwerk opgelost of geregeld. Daarom worden de schotten tussen de sectoren weggenomen en wordt het onderscheid tussen nulde-, eerste-, tweede- en derdelijnsmodel achterwege gelaten. Maar tegelijk verschijnen met het ABCD-organisatiemodel nieuwe schotten. Het is een getrappt organisatiemodel dat rond een patiënt wordt georganiseerd die dan toch niet de volledige regie in handen heeft. Het is trouwens zeer de vraag of dit model ook aansluit bij de zorgbehoeften van mensen met ernstige en langdurige psychische problemen, waarvan het proces zelden een logisch, continu en voorspelbaar verloop kent. Het is niet duidelijk hoe flexibel het zorgaanbod hierop kan inspelen. Vooral omdat men ervan uitgaat dat mensen in eerste instantie hun functioneringsproblemen zelf of in het eigen netwerk moeten oplossen. Wanneer professionele zorg wordt ingezet, wie dat bepaalt en op basis waarvan, blijven open vragen.

In beide beleidsadviezen wordt gepleit voor meer generalisme. Zorg wordt het liefst zo dicht mogelijk bij huis en zo generalistisch mogelijk aangeboden. Dat staat in contrast met de ambitie om een zo accuraat mogelijke inschatting te maken van de zorgbehoefte van de persoon, wat toch enige specialistische competentie veronderstelt. Kwalitatieve zorg impliceert wellicht een goede mix van generalistische en specialistische zorgprofessionals, ook in de eerste lijn. In beide adviezen is de verleiding groot om het generalisme te idealiseren en tegenover de verengende focus van de specialismen te plaatsen. Maar die tegenstelling is onjuist, want beide zijn absoluut nodig. Om kwaliteit als professional te kunnen bieden is permanente bij- en nascholing een vereiste. Generalisten moeten hun vaardigheden en kennis blijven verfijnen, zoals specialisten hun focus het best verbreden tot buiten de terreinen van hun eigen specialisme. Hopelijk heeft men in de vervolgadvisen voldoende aandacht voor het creëren van flexibele vormen van levenslang leren voor beide groepen professionals.

Sociologische beschouwingen

Hoe kunnen we deze toekomstgerichte adviezen plaatsen binnen de historische ontwikkeling van gezondheidszorgberoepen? Een recent sociologisch overzicht van Stevens (2014) biedt hiervoor een interessant kader. Hij beschrijft schematisch drie fasen in het denken over zorgberoepen. Vanaf het begin van de vorige eeuw tot de jaren 1960 was de visie van Durkheim bepalend: hij stelde dat professionals de sociale functie vervullen om complexe problemen op te lossen, zoals het behandelen van patiënten. De rollen zijn duidelijk: de patiënt is leek en de professional expert. Halfweg de jaren 1960 werd die rolverdeling genuanceerder: de patiënt werd cliënt of gebruiker en kreeg een actievere rol. Bovendien werden enkele machtsmonopolies doorbroken, zoals die van de arts in de gezondheidszorg. Als antwoord op concrete maatschappelijke problemen en voortgestuwd door wetenschappelijke ontwik-

kelingen ontstonden er zorgberoepen met nieuwe specialisaties. Ze claimden elk een deel van het werktein, waardoor er grensgeschillen optraden zowel binnen als tussen gevestigde professies. Een voorbeeld hiervan is de psychotherapie. Vanaf de late jaren 1980 beklemt de systeemvisie dat professies geen statische en geïsoleerde entiteiten zijn, maar zich voortdurend ontwikkelen en interageren met aangrenzende professies. Bovendien is de ontwikkeling van een professie steeds een zaak van complexe verbanden op vele terreinen. De definitie van professie wordt verruimd tot min of meer exclusieve bezigheden die gebruik maken van abstracte kennis en vaardigheden voor specifieke gevallen. Die definitie focust op de activiteiten en ontwijkt discussies over wat een bepaalde professie nu precies is. Bovendien verschuift de aandacht van de professionele organisaties naar het werk en de juridische regels in verband met de samenwerking op het professionele terrein (denk bijvoorbeeld aan het gedeelde beroepsgeheim). Professies werken samen binnen een systeem of organisatieverband met een doel, werkverdeling, werkplanning, implementatie, evaluatie en enige onafhankelijkheid van de omgeving.

De systeembenadering van professies resulteerde in de volgende inzichten: vooreerst wordt het bestaan van een professie niet zozeer bepaald door de manier waarop ze georganiseerd is, maar vooral door de aard en inhoud van het uit te voeren werk. Ten tweede interageren professionals voortdurend met allerlei contextvariabelen. Ten derde ontleen ze hun geloofwaardigheid en worden ze afgerekend op zichtbare en effectieve uitkomsten. Ten vierde worden veel coördinatie-, samenwerkings- en managementproblemen gemakkelijker begrepen en opgelost wanneer ze eerder opgevat worden als inhoudelijke kwesties dan als structurele vraagstukken.

Stevens (2014) formuleert ook enkele dilemma's met betrekking tot de professionalisering van zorgberoepen. Vooreerst wijst hij op de dreiging van de toenemende bureaucratisering door de overheid, waardoor zorgprocessen worden opgesplitst in specifieke zorgtaken om die dan te coördineren met vele regels en procedures. Maar ook vanuit de professies zelf is er een trend om de grote complexiteit van taken te vertalen in rationele, liefst evidencebased procedures, richtlijnen en protocollen. Dat komt op gespannen voet te staan met de noodzakelijke individuele beoordeling en de ambachtelijke vaardigheden van de professional. Door de manifeste overlap tussen informele zorgactoren (bijvoorbeeld mantelzorgers of professioneel opgeleide vrijwilligers) en professionals worden ook de grenzen van die laatsten in vraag gesteld. Dat wordt nog versterkt door een dreigende deprofessionalisering ten gevolge van de toenemende invloed van de (farmaceutische) industrie, de overheid, technologie en een steeds beter geïnformeerd publiek, wat resulteert in een verminderd kennismonopolie, een geringer vertrouwen, minder autonomie en een verlies van autoriteit ten opzichte van patiënten en cliënten. Door demografische evoluties en wijzigende ziektebeelden (zoals meer comorbiditeit en multiproblemen) zijn ook de zorgbehoeften aan verandering onderhevig. Het noodzakelijke aantal generalisten en hun inzet komen in de verdrukking door het toenemende aantal specialisten en hun groeiende dominantie. Dat onevenwicht vergt een dringende bijsturing en aanpassing van de opleidingen voor zorgberoepen en een reorganisatie van de arbeidsmarkt en arbeidsplaatsen. Hiermee sluit die sociologische analyse perfect aan bij de Nederlandse en Vlaamse beleidsadviezen, die precies die aspecten willen uitwerken in een vervolgdadvies. Het debat is geopend!

Welke toekomstmuziek voor zorg en zorgberoepen?

Nederland en Vlaanderen schrijven aan de nieuwe partituren in eenzelfde toonzetting, maar de arrangementen lijken verschillend. De toonzetting van het bevorderen van het functioneren en participeren in de samenleving betekent de introductie van een nieuw paradigma waarbij er in de praktijk meer verantwoordelijkheid en initiatief bij de burger en zijn omgeving worden gelegd. Het ideaal van de regievoerende burger plaatst die laatste in onze metafoor in de dirigentpositie. Maar wellicht dreigt die burger soms overvraagd te worden: het valt te vrezen dat sociaal geïsoleerde, erg zorgafhankelijke of -vermijdende burgers de dupe worden van de ideologie van de individuele autonomie.

Qua arrangement zetten onze noorderburen met hun ABCD-model radicaal in op een nieuwe getrapte zorgorganisatie volgens zorgcomplexiteit en op flexibel inzetbare teams. Maar hoe de transitie daarnaartoe moet gebeuren, is onduidelijk. De complexiteit van België maakt dat Vlaanderen slechts deels bevoegd is voor de zorgorganisatie. Nieuwe modellen van zorgorganisatie worden na moeizaam overleg afgesproken op ministeriële conferenties en vooral met federale financiën geïmplementeerd via pilootprojecten en experimenten zowel in de geestelijke gezondheidszorg (zie <http://www.psy107.be> en <http://www.psyo-18.be>) als in de zorg voor mensen met chronische zorgbehoeften (zie <http://www.chroniccare.be>). De aanpak is bedachtzamer maar evolueert eveneens in de richting van integrale zorg- en ondersteuningsnetwerken. Zowel in Nederland als in Vlaanderen blijven de beheer- en aansturingvormen van die netwerken echter zeer onduidelijk. Wel duidelijk is dat het een grondige hervorming van de regelgeving en financiering vergt.

Dat die nieuwe zorgcontext een impact heeft op de opleiding en het handelen van elke zorgprofessional in Vlaanderen, staat buiten kijf. Wellicht speelt de arts niet langer de eerste viool. Ik ben erg benieuwd welk instrument de zopas erkende klinisch psycholoog in de nieuwe orkestformatie zal spelen!

Literatuur

- Huber, M., Knottnerus, J., Green, L., Van der Horst, H., Jadad, A., Kromhout, D., ... Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, jul, 26, 343, d4163. doi: 10.1136/bmj.d4163
- Leijssen, M. (2005). *Gids beroepsethiek. Waarden, rechten en plichten in psychotherapie en hulpverlening*. Leuven: Acco.
- Stevens, F. (2014). Sociology of health professions. In W. Cockerham, R. Dingwall, & S. Quah (Eds.), *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society* (pp. 1047-1054). doi:10.1002/9781118410868.wbehibs392
- Strategische Adviesraad Welzijn-Gezondheid-Gezin. (2012). *Visienota. Integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen*. Brussel: Auteur. Geraadpleegd via <http://www.sarwgg.be/sarwgg/publicatie/visienota-integrale-zorg-en-ondersteuning-Vlaanderen>
- Strategische Adviesraad Welzijn-Gezondheid-Gezin. (2015). *Visienota. Nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als opgave voor de toekomst: een oriënterend kader*. Brussel: Auteur. Geraadpleegd via <http://www.sarwgg.be/sarwgg/publicatie/visienota-nieuw-professionalisme-zorg-en-ondersteuning-als-opgave-voor-de-toekomst>

- Tronto, J. (2013). *Caring democracy: Markets, equality and justice*. New York: New York University Press.
- Wildershoven, G. (2003). Regie over eigen leven: een zorgethisch perspectief. *Ethiek en Maatschappij*, 2, 24-30.
- Zorginstituut Nederland: Commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen. (2015). *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren*. Den Haag: Auteur. Geraadpleegd via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2015/04/10/naar-nieuwe-zorg-en-zorgberoepen-de-contouren>

Personalia

Bob Cools is klinisch psycholoog-psychoanalytisch therapeut, directeur van het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg De Pont in de regio Mechelen en als docent geestelijke gezondheidszorg verbonden aan Odisee te Brussel. Hij is tevens bestuurslid van de Belgische Federatie van Psychologen en lid van de Psychologencommissie.

E-mail: bob.cools@cggdepont.be



Over stoute dingen doen

Een inleiding criminologische psychologie

Stef Decoene

Over stoute dingen doen is het eerste Nederlandstalige handboek criminologische psychologie dat vanuit de meest recente psychologische kennis beschrijft hoe een persoon zo ver kan komen dat hij (ernstig) normoverschrijdend handelt. Het boek neemt expliciet afstand van een psychopathologische visie op daders (ze zijn gestoord) en van morele verwerping (ze zijn slecht), maar toont hoe gewone psychologische processen kunnen leiden tot normoverschrijdend handelen. Het handelen is 'stout' eerder dan gestoord of slecht: het conformeert niet aan de morele en ethische verwachtingen die we als sociale groep hebben. Hoe vreselijk de gevolgen ook vaak zijn, de dader is noch ziek noch des duivels.

De auteurs vertrekken vanuit een procesmodel van persoonlijk functioneren. Ze analyseren de belangrijkste psychologische aspecten van menselijk handelen, de belangrijkste ontwikkelingsfactoren die de kans op normoverschrijdend handelen verhogen, en de sociale inbedding die normoverschrijdend handelen vergemakkelijkt of afremt. Het boek biedt een vernieuwende kijk op dit thema: de auteurs beschrijven normoverschrijdend handelen als voortdurend mee gedetermineerd door de situatie waarin dat handelen plaatsvindt. Speciale aandacht gaat daarbij uit naar seksuele delinquentie, milieumisdrijven en collectief geweld, maar ook naar psychopathie, vrouwelijke delinquentie en eigendomsdelicten.

Het handboek is een boek van de 21ste eeuw en biedt de lezer ook een virtueel lees- en leerplatform met bijkomende verbredende en verdiepende kennis, illustraties van talrijke onderwerpen en geregeld nieuwe gegevens of nuanceringen die de auteurs aan de lezer willen meegeven om de besproken wetenschappelijk kennis in haar actuele context te kunnen blijven plaatsen.

ISBN 978 94 6292 571 7 //2016 //352 blz. // € 58,00

BESTEL SNEL EN MAKKELIJK ONLINE!

Surf naar www.acco.be/actietkp en vermeld de actiecode TKP50MZ2405 bij je bestelling. Bekijk zeker ook onze stockverkoop met ronde prijzen in dit tijdschrift. Dan krijg je je uitgekozen boeken thuis bezorgd (exclusief verzendkosten). Heb je een probleem met je bestelling? Mail naar actie@acco.be. Actie geldig tot 31/07/2016.