

Toekomstverkenning in de Zorg

Trends in de zorg naar 2030

Eigen regie: de relatie patiënt en professional

*Ofwel van patiënt naar cliënt, van consument naar
prosument*

Trendbureau Overijssel september 2015

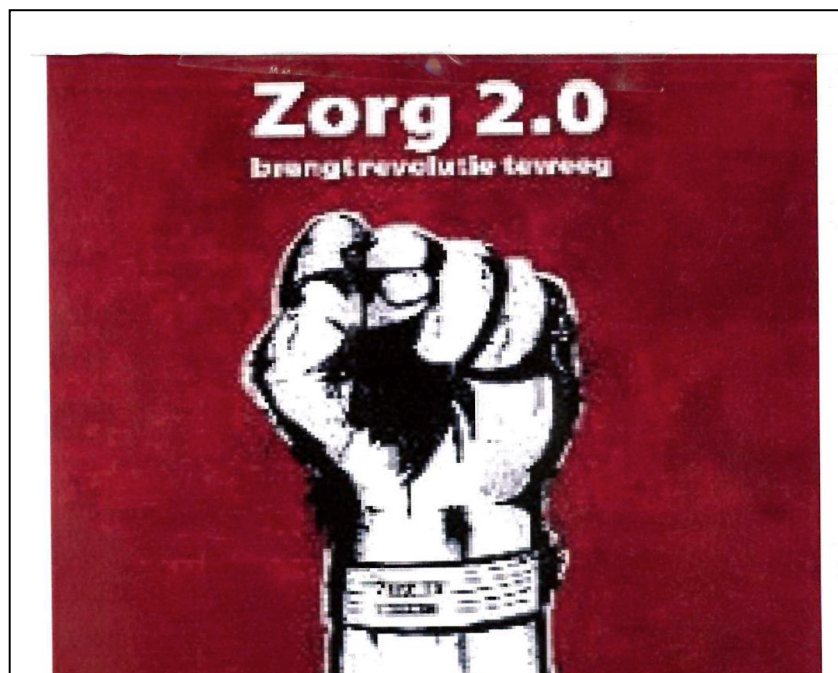
Hoofdstuk 1 Inleiding

In april 2010 heeft de toenmalige Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RvZ) op basis van een aantal debatten met een breed publiek een nota doen verschijnen: Zorg voor je gezondheid. Uit de acht debatten die destijds gevoerd zijn, komt het urgentiebesef duidelijk naar voren dat het anders moet in de zorg; de organisatie van de zorg moet anders, alle betrokkenen, ook patiënten en professionals, krijgen een andere rol, er moet veel meer aandacht besteed worden aan preventie. Belangrijk was toen de constatering dat burgers en patiënten zelf verantwoordelijk zijn voor hun (gezond) gedrag en dat zij zoveel mogelijk zelf de regie moeten gaan voeren over de zorg. Een nieuw begrip is ontstaan, namelijk Zorg 2.0 (later genoemd Gezondheid 2.0)

In datzelfde jaar is de nota van de RvZ verschenen met als titel: van ZZ naar GG. De omslag van ZZ naar GG betekent dat we ons niet zozeer moeten richten op zorg en ziekte maar op gedrag en gezondheid. Dit betekent ook meer investeren in preventie (met name ook van chronische ziekten), welzijn, werk en wonen en dit zo dicht mogelijk bij de mensen thuis en in de wijk organiseren.

Waarom wordt die omslag nu ook in de maatschappij gevoeld? Volgens de RvZ zijn hier 2 stuwende en 2 remmende factoren voor verantwoordelijk: Er zijn steeds meer medische mogelijkheden en via de digitale weg heeft de burger hier steeds meer kennis over. Een andere stuwende ontwikkeling is de toename van de zorgvraag en met name ook van het aantal chronische ziekten, veelal gerelateerd aan leefstijlfactoren. Remmende factoren zijn de stijgende zorgkosten en het tekort aan personeel.

In september 2010 verschijnt in Zorgvisie een artikel: Zorg 2.0, de online revolutie.



Zoals gezegd is de patiënt (1) steeds beter geïnformeerd door alle internetmogelijkheden en het gebruik van social media/internetfora. Zoekmachines zoals Google, zorgen ervoor dat de patiënt steeds beter een volwaardige gesprekspartner is van de professional. Dit geldt niet alleen voor de jongere patiënten maar ook voor oudere; ook ouderen, zeker ook in Nederland, maken veel gebruik van de computer. Participerende zorg waarin cliënt (en/of familie) actief betrokken wordt bij diagnostiek, de behandeling en de zorg zelf. De cliënt (burger) is in feite weer soeverein (met betrekking tot eigen gezondheid/leefwijze) en is in dezen niet meer afhankelijk van de professional. Dit alles in het kader van het mantra: Kennis delen is de nieuwe macht. Doordat de cliënt, beter geïnformeerd, een andere rol krijgt in de relatie cliënt-professional, betekent dit ook een andere rol voor de professional. De professional wordt nu aangesproken op zijn eigen vak, voor professioneel adviseren en meehelpen dat de cliënt een goede keuze kan maken.

In de jaren na 2010 is deze omslag steeds duidelijker geworden en verder doorontwikkeld. Er wordt nu niet alleen meer gesproken van de omslag van ZZ naar GG maar van daar ook naar maatschappelijke participatie. Er is een transformatie gaande (cultuurverandering) waarbij er andere verhoudingen aan het ontstaan zijn binnen de zorgrelatie cliënt-professional, maar ook tussen organisaties, instituties. Verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid komt steeds meer bij de burger te liggen, indien nodig ondersteund door het systeem rond die burger (informele zorg; familie en vrijwilligers). Vanuit de klassieke verzorgingsstaat waarbij de zorg centraal geregeld is, en waarbij de professional de regie heeft in de relatie cliënt en professional, ontwikkelt zich nu een ook door de Koning in 2014 benoemde participatiesamenleving. Ook de decentralisaties in het sociale domein ondersteunen deze ontwikkelrichting. In de verzorgingsstaat was de burger/cliënt veelal de consument maar in de huidige transformatie, ook in de zorg, wordt de burger/cliënt steeds meer prosument waarbij hij/zij meehelpt om de eigen zorg en het behandelplan op te stellen en te evalueren. De professional wordt steeds meer aangesproken op zijn eigen professie en heeft voor de goede dialoog tussen burger/cliënt en professional overeenkomstige communicatieve gedragscompetenties nodig, maar ook een aantal tools om die participatieve zorg goed te kunnen uitvoeren..

In de volgende hoofdstukken treft u een aantal ontwikkelingen aan, alsmede ook een aantal tools, waarmee de veranderingen in de relatie cliënt en professional ondersteund worden, zie hoofdstuk 2 t/m 6. Tenslotte wordt in hoofdstuk 7 het perspectief naar de verdere toekomst geschetst.

- (1) *De term patiënt wordt steeds meer door deze ontwikkeling ingewisseld voor cliënt of zelfs burger. Ook in deze alinea wordt de omslag al zichtbaar. In deze notitie worden de verschillende termen door elkaar gebruikt*

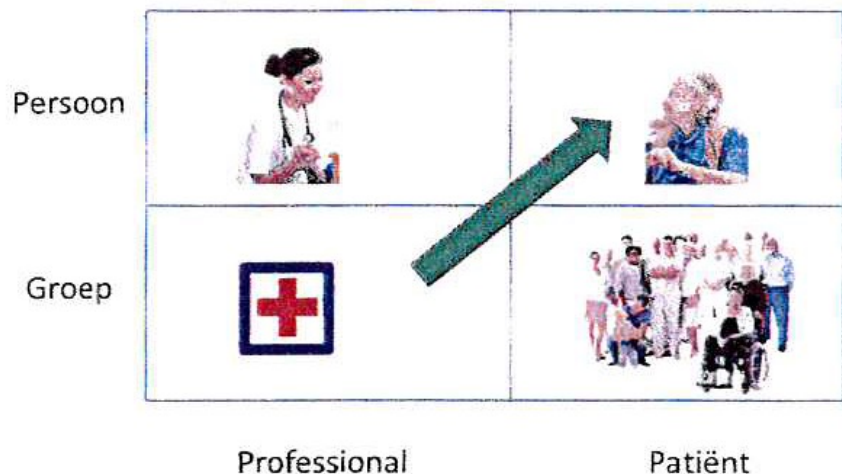
Hoofdstuk 2 Person Based Medicine

Volgens professor dr Jan Kremer (Radboudumc Nijmegen) is de wereld aan het veranderen:

- **De nieuwe professional** maakt niet de dienst uit, maar levert de dienst en is niet meer de gastheer maar de gast.

- **De nieuwe patiënt/cliënt** gaat van passief object naar een actief subject en gaat van patiënt/cliënt naar persoon.
- **De nieuwe zorgorganisatie** gaat van “what professionals do” naar “what patiënts intend”, van fysieke ruimte van de dokter naar het netwerk van de patiënt.
- Volgens hem is er sprake van **een renaissance van de persoonlijke context**. Uit groot onderzoek bij ziekenhuizen in Nederland komt onder meer naar voren dat een brede benadering door de professional van de patiënt/cliënt met ook aandacht voor psychosociale factoren en omgeving positief werkt op de betrokkenheid van de patiënten. Het gericht zijn op de persoon met aandacht voor de gehele mens en zijn omgeving, komt ten goede van de patiëntgerichtheid en van een behandeling/zorg die ook tot in details toegespitst is op die persoon.
- Hier is sprake van een belangrijke paradigmashift in de zorg (cure en care): **van patiënt naar persoon maar vooral ook van groep naar individu**.

Paradigma shift in de zorg



Zeker ook in de cure wordt sterk geredeneerd vanuit evidence based methodieken die gebaseerd zijn op groepen patiënten; echter patiënten zijn geen groepen en de patiëntgerichtheid verbetert als de professional zich richt op de gehele persoon. Hierbij is het belangrijk aan te geven dat zowel patiënten maar ook professionals geen dingen of robots zijn, beiden zijn personen met een context. Bij evidence based

methodieken (wetenschappelijk gezien belangrijk) wordt sterk gekoerst op standaardisatie en zit er een limiet aan de stijging van de kwaliteit op individueel niveau. Door meer uit te gaan van person based medicine is kwaliteitswinst te boeken bij die persoon.

Quote Jan Kremer: Huisartsen zouden misschien minder spreekuren moeten houden maar de patiënten weer vaker thuis moeten opzoeken omdat zo de cliënt echt als persoon met zijn/haar eigen omgeving gezien wordt

Bij een person based medicine/cure/care is de ontmoeting tussen cliënt en professional wezenlijk, waarbij shared decision making (zie ook hoofdstuk 5) cruciaal is. Door de cliënt breed te zien, inclusief de context, en samen, beiden als personen, het traject in te gaan naar een besluit, betekent ook dat er een besluit valt waar beiden zich geheel in kunnen vinden en waarbij maximaal haalbare kwaliteit van leven voor de cliënt bewerkstelligd wordt. Dit betekent ook dat besluitvorming niet een “zwart/wit gebeuren is”. De besluitvorming kent tussen enerzijds onderbehandeling en anderzijds overbehandeling vele tinten grijs.

Quote Jan Kremer: de rol van professionals gaat veranderen van gastheer (welkom in mijn spreekkamer, wilt u een kopje koffie, patiënt?) naar gast (welkom dokter in mijn leven, wat fijn dat u een bijdrage wilt leveren aan mijn gezondheid, wilt u een kopje koffie, dokter?)

Hoofdstuk 3 Eigen regie cliënt: Hoe kan de cliënt de regie zelf in handen houden?

In dit hoofdstuk wordt achtereenvolgens het OER-model besproken, het persoonlijk gezondheidsdossier PGD (b) en de zorgcoöperaties (c).

- a. **OER-model:** dr. Lineke Verkooijen, lector Klantenperspectief in ondersteuning en zorg bij Windesheim Flevoland, heeft onderzoek gedaan naar de relatie cliënt en professional en heeft het OER-model ontwikkeld wat staat voor Organiseren Eigen Regie. In het kader van de transitie van inspraak naar invloed van cliënten is haar uitgangspunt dat de cliënt te allen tijde altijd zijn of haar eigen leven wil leiden; dit kan ook alleen maar de cliënt zelf doen, en anderen, ook kinderen, laat staan professionals, kunnen dit eigen leven leiden **niet** overnemen, ook niet deels. De enige die regie kan houden over het eigen leven leiden is de cliënt zelf. Het is de opdracht aan de professional daar in ieder geval geen negatieve factor in te spelen. Eigen regievoering van cliënten is niet hetzelfde als eigen kracht (is vermogen) en zelfbeschikking (is recht), maar het betreft het

organiseren/coördineren van het eigen leven met als doel een goed leven leiden (in eigen ogen). Professionals moeten zoals gezegd hier geen negatieve factor inspelen, maar kunnen wel “ingehuurd” worden om een bepaald probleem in het eigen leven leiden door cliënten op te lossen. In het door haar ontwikkelde OER-model worden concrete handvatten geboden voor het bevorderen van de invloed van de cliënt op de levering en uitvoering van de zorg/behandeling van de professional. In de praktijk zal in de relatie tussen cliënt en professional naar voren moeten komen welk probleem voor de cliënt opgelost moet worden en wat de professional hierin kan bieden. Uiteraard niet alles wat de cliënt wil kan, dus het is ook belangrijk dat de professional aangeeft wat de professionele normen zijn, de normen van de organisatie, normen vanuit de indicatie en financiering etc. Indien er een afspraak ligt is het erg belangrijk om dit logistiek gezien goed te organiseren en te monitoren.

- b. **Persoonlijk Gezondheidsdossier (PGD):** een PGD houdt in dat de cliënt zelf eigenaar is van alle gegevens op het gebied van gezondheid, zorg en behandeling van hem of haar zelf. Het gaat om gegevens op het gebied van fitheid en conditie tot en met gegevens van huisarts, ziekenhuisspecialisten etc. De aanname is (en ook ervaring in het buitenland leert) dat door dit eigenaarschap van zijn of haar eigen gegevens en maximale inzage daarin, er een enorme stimulans ontstaat bij de cliënt om regie te nemen over zijn of haar eigen gezondheid. Per cliënt gaat het ook om één PGD, universeel te gebruiken. Een PGD is essentieel anders dan de diverse professionele cliëntdossiers (en EPD) die er nu zijn. Al deze dossiers gaan uit van de professional dan wel de zorginstelling, ondanks het feit dat veel van dergelijke dossiers wel een cliëntportaal kennen voor inzage en communicatie. Een aldus gedefinieerd PGD is er in Nederland nog niet. Zowel VWS als ook de NPCF (Nationaal Patiënten en Consumenten Federatie) geven het ontwikkelen en het vervolgens in de praktijk brengen van het PGD een hoge urgentie. Diverse initiatieven worden hiertoe momenteel genomen, zie ook het PGD-kader 2020 van de NPCF en de innovatieagenda VWS van juni 2014.
- c. **Zorgcoöperaties:** in Nederland zijn de laatste jaren veel burgerinitiatieven ontstaan, ook op het gebied van zorg. Momenteel zijn er meer dan 100 coöperaties die zich specifiek richten op zorg. Destijds zijn de zorgcoöperaties begonnen in de provincie Noord Brabant (zie zorgcoöperatie Hooge Loon). Maar ook elders, inclusief de grote steden, ontstaan initiatieven van burgers om onderling voor de aangesloten leden zorg in te kopen dan wel (deels) zelf uit te voeren. In de provincie Overijssel zijn er nog relatief weinig zorgcoöperaties, ondanks de noaberschap die hier altijd een hoge vlucht genomen heeft. Maar er zijn wel degelijk ontwikkelingen in dezen, zie bijvoorbeeld het burgerinitiatief in Hengevelde, en Noaberschap 2.0 in de wijk Nijverheid te Hengelo. Bij zorgcoöperaties gaat het om onderlinge ondersteuning en lichte zorg, maar er zijn momenteel ook ontwikkelingen (proeftuinen) waarin onderzocht wordt of ook cliënten met een hoge zorgzwaarte buiten de WLZ (Wet Langdurige Zorg, de opvolger van de AWBZ) in hun eigen huis kunnen blijven wonen. De regie over de inzet van de informele en professionele zorg maar ook over het gezamenlijk budget, ligt bij dit burgerinitiatief (initiatief proeftuin hogere zorgzwaarte thuis Carintregeland/gemeente Hengelo).

Hoofdstuk 4 De nieuwe generatie zorgprofessionals in Nederland

De werkgroep Zorg 2025 bestaat uit verschillende jonge medische professionals in opleiding. In samenwerking met de NPCF heeft de werkgroep een visiedocument getiteld: Coach, cure en care 2025 opgesteld waarin de inrichting van het zorglandschap in 2025 geschetst is. Belangrijkste kernboodschappen die daarin geformuleerd zijn:

- (Mede)verantwoordelijkheid van de patiënt voor zijn eigen gezondheid
- Zelfredzaamheid
- De menselijke maat waarin de zorgprofessional kijkt naar de individuele behoeften van de patiënt en acteert als coach
- Samenwerking waarin zorgverleners samenwerken aan kwalitatief hoogwaardige zorg waarin de patiënt centraal staat.

In navolging op dit visiedocument heeft de werkgroep zich toegelegd op de uitwerking van de voorwaarden en drempels ten aanzien van de zorgverlener als coach van de patiënt. De volgende voorwaarden zijn hierbij geformuleerd:

- Focus op gestructureerde informatievoorziening door o.a. het EPD en mobiele apps toegespitst op de individuele patiënt, zijn gezondheid en ziekte met daarnaast meer specifieke aandacht in het onderwijs voor algemene gezondheidskennis
- Focus op de ontwikkeling van coachingscompetenties van zowel de zorgverleners (in opleiding) als de huidige zorgverleners (nascholing) in een multidisciplinair verband. Hierbij is specifieke aandacht voor het vaststellen van de coachingsbehoefte van de patiënt en het creëren van de ideale coachingssfeer
- Focus op de ontwikkeling van een landelijk digitaal informatiesysteem en doorontwikkeling van technologieën die zelfredzaamheid en coaching bevorderen
- Focus op het faciliteren van coaching in multidisciplinair verband waarin binnen het zorgteam duidelijk is wie de regie voert maar er wel meerdere coaches per patiënt kunnen werken die ieder een eigen aspect van de begeleiding van de patiënt op zich nemen
- Focus op de optimalisatie van de zorginfrastructuur waarin patiënt en zorgverlener optimaal worden ondersteund om respectievelijk gecoacht te kunnen worden en om als coach te kunnen functioneren. Denk hierbij ook aan de vrije keuze van de zorgverlener, voldoende tijd en ruimte in de spreekkamer en een faciliterende bekostigingsstructuur.

Zie verder hun notitie: Coaching-who cares?

Hoofdstuk 5 Ondersteuningsmogelijkheden/-tools voor de nieuwe relatie tussen cliënt en professional

Ruimte voor professionals. In veel zorgorganisaties worden bevoegdheden en verantwoordelijkheden gedecentraliseerd naar de uitvoerende zorgteams, waarbij ruimte gecreëerd wordt voor professionals om zorg te verlenen aan hun cliënten. Dit betekent ook dat de overhead van veel zorgorganisaties kleiner wordt, en dat de professionals meer in netwerken gaan werken rond cliënten in de wijk. Deze netwerken bestaan niet alleen uit professionals van dezelfde organisatie maar ook uit professionals van andere instellingen, corporatie, welzijnsinstellingen, gemeente, wijkagent, etc. Maar in ieder geval nadrukkelijker komt hierbij de samenwerking met burgers (niet alleen cliënten) naar voren. Dit betekent dat de zorg en ondersteuning steeds meer vanuit de netwerken ontstaat waarbij ook in toenemende mate gebruik gemaakt wordt van zzp'ers in de zorg. Belangrijk hierbij is de ruimte die professionals krijgen voor het uitvoeren van hun professie, maar vooral ook dat de systeemwereld (van instituties) steeds meer vervangen wordt door de leefwereld van de cliënt en dat komt de kwaliteit van leven in hoge mate tegemoet.

Shared decision making (SDM): Shared decision making, in voorgaande hoofdstukken al vaker genoemd, is een belangrijke methodiek om in de nieuwe verhouding tussen cliënt en professional samen besluiten te nemen, ook bij complexe problematiek. De methodiek van SDM is niet alleen toe te passen in de cure en de care maar ook in het gehele sociale domein. Met name vanuit Windesheim (dr. Carolien Smits) is daar veel onderzoek naar gedaan en over gepubliceerd. Niet alleen over de specifieke competenties van hulpverleners voor een goed uitgevoerd SDM, maar ook zijn er vanuit Windesheim tools ontwikkeld ter ondersteuning hiervan. Belangrijk hier is het hulpmiddel van de zogenaamde Option Talk. In de praktijk blijkt dat professionals lang niet alle opties (evenwaardig) noemen in het gesprek met de cliënt maar dat datgene wat genoemd wordt vooral afhankelijk is van wat de betreffende zorgorganisatie of de professional zelf te bieden heeft. Ook de voorkeuren van de professional spelen in de praktijk een rol zonder dat de professional zich hiervan bewust is. Om die reden is de tool Option Talk ontwikkeld, een hulpmiddel om het gehele proces van SDM t/m besluitvorming op een evenwaardige manier door te lopen. Dit hulpmiddel is met name bedoeld voor professionals op universitair en hbo-niveau, maar wordt nu doorontwikkeld ook voor professionals op MBO-niveau.

Advance Care Planning (ACP): ACP is een proces waarbij de cliënt met de professional, veelal de behandelend arts, zijn wensen, doelen, voorkeuren voor zorg rond het levenseinde bespreekt en eventueel vastlegt, vooruitlopend op het moment dat de cliënt zelf niet meer in staat is om beslissingen te nemen. ACP wordt nu vooral nog toegepast in het kader van de laatste levensfase, zie de richtlijn anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen uit 2013, maar is geschikt om bij alle cliënten van wie de verwachting is dat ze in een kwetsbare situatie terecht gaan komen te gebruiken. Met het ACP is veel ervaring bij specialisten ouderengeneeskunde maar ook binnen de huisartsen wordt het steeds meer toegepast. ACP is, zoals gezegd, van groot belang in het kader van zorg in de laatste levensfase. In dat kader is er in 2014 door de KNMG een rapport vastgesteld met als titel: Niet alles wat kan, hoeft; passende zorg in de laatste levensfase. Hierbij wordt expliciet

aandacht gegeven aan de belangrijke opdracht aan hulpverleners om niet alleen gericht te zijn op de ziekte van de patiënt maar vooral ook op de (hele) cliënt of beter nog de persoon.

Hoofdstuk 6 Waarop richten in de cure/care?

Zoals ook in vorige hoofdstukken benoemd staat, is belangrijk dat de cliënt aangeeft wat voor hem het uiteindelijke resultaat (outcome) zou moeten zijn; daarbij naar de gehele persoon van de cliënt gekeken. Over het algemeen worden hiervoor termen gebruikt als kwaliteit van leven, mentaal welbevinden en gezondheid, etc. Volgens het paradigma dat ten grondslag ligt aan het OER-model (zie hoofdstuk 3) is voor de professional alsmede ook de zorginstellingen niet zozeer de outcome van belang (kan namelijk alleen door de cliënt beoordeeld worden), maar de output (namelijk worden de afspraken die de cliënt met de professional gemaakt heeft ook uitgevoerd zoals afgesproken). Volgens dat model kan het zelfs averechts werken als gekoerst wordt op de outcome in de zin van kwaliteit van leven.

Vanuit de positieve psychologie (zie faculteit Gedragswetenschappen UT, professor Ernst Bohlmeijer en professor Jan Walburg) wordt geluk als outcome genomen. Geluk kan geoperationaliseerd en ook gemeten worden. Bij geluk speelt mentaal welbevinden een rol maar ook relaties kunnen onderhouden, autonomie, eigen kracht, etc. Er is ook een auditmethodiek ontwikkeld waarbij geluk gemeten kan worden (Menselijke Maat). Belangrijk hierbij is dat, ingegeven door de positieve psychologie, uitgegaan wordt van de talenten van mensen, van datgene wat nog wel mogelijk is, waardoor het één en ander in een ander perspectief gegoten wordt.

Er kan alleen maar op geluk als uitkomstmaat gekoerst worden als de professional ook ontvankelijk is voor datgene wat de cliënt wil, open staat voor zijn gehele persoon, de hele context, waarbij het belangrijk is om met name ook te kijken wat de cliënten aan talenten en capaciteiten hebben.

Dit betekent dan ook dat er onbevooroordeeld geluisterd moet kunnen worden door de professional naar de cliënt en dat is niet altijd vanzelfsprekend, zoals ook de ervaringen van de chief listening officer in het Radboudumc (Corine Jansen) in de afgelopen 5 jaar leren. Zij heeft ten behoeve van het al of niet starten van innovatieprojecten vanuit de Reshape Center (Lucien Engelen) onderzocht wat de ideeën daaromtrent waren/zijn van cliënten en medewerkers. De Chief listening officer heeft als opdracht te luisteren naar hen en op basis daarvan advies te geven aan de Raad van Bestuur. Deze narrative medicine wordt langzamerhand ook door andere organisaties gebruikt, ook in de care. Zie ook de ervaringen met een luisteraar bij Carintreggeland. Ook in de kwaliteitszorg worden steeds meer narratieve elementen ingebouwd. Niet zozeer de output is belangrijk maar het uiteindelijke effect op cliënten (outcome) en om dit na te streven is het belangrijk om ook veel “softe kwaliteitsinfo”, ook op individueel niveau, te verzamelen. Dit betekent goed luisteren naar cliënten, niet eenmalig maar voortdurend, waardoor er een continue afstemming is op die cliënt. Kwaliteit op individueel maar ook op organisatieniveau is alleen in algemene bewoordingen te definiëren maar dat lukt niet op individueel niveau. Kwaliteit kan niet in een (vaste) definitie vastgelegd worden; het gaat meer om een kwaliteitsbewustzijn.

Hoofdstuk 7 Perspectief naar de verdere toekomst

In de voorgaande hoofdstukken hebben we gezien dat de patiënt steeds meer cliënt wordt en dat de consument eigenlijk een prosument wordt. Naar de toekomst toe past de term cliënt ook niet goed meer. Niemand is alleen maar kwetsbaar of heeft alleen maar problemen. Iedere burger heeft iets te vragen en iets te bieden. Volgens Anita Keita (coach/De Verlichting) kantelt de samenleving langzaam maar zeker van individualisme en consumentisme naar burgerkracht en samenkracht, zie ook de meer dan 100 zorgcoöperaties die momenteel in Nederland zijn en waarvan het aantal nog fors zal toenemen. Als voorbeeld geeft zij aan dat Ikea deze kanteling van de samenleving in 2009 al doorhad, zie ook de tekst op de cover van het nieuwe producten boek “Design your own live”. Mykea, een webshop van Nederlandse bodem, heeft een slimme strategie bedacht, hierop inspelend, en verkoopt overtrekken waarmee mensen Ikea-aankopen kunnen “opleuken”. Met dit concept spelen ze in op de behoefte van consumenten om een Ikea aankoop te personaliseren, maar Mykea gaat nog een stapje verder. Consumenten kunnen op de website van Mykea een toolkit downloaden waarmee men eigen ontwerpen maakt en deze ontwerpen worden desgewenst ook aan het assortiment van Mykea toegevoegd. En als je ontwerp verkocht wordt deel je mee in de winst. Dit **cocreatiemodel** is een voorbeeld van de laatste fase van facilitator in het model dat van Schulink en Van Leeuwen hebben ontwikkeld.

DEVELOPER	MASS CUSTOMISER	IDEA COLLECTOR	INTEGRATOR	FACILITATOR
De producent legt enkele product-ideeën voor aan de consument. Deze wordt gevraagd te kiezen welk idee in de markt gezet moet worden. Dit is te vergelijken met traditioneel markt-onderzoek en concepttesten.	Consumenten kunnen bepaalde onderdelen van standaard-producten zelf aanpassen. Vaak gaat het hier om kleuren of stijlen, de keuzemogelijkheden zijn meestal vastomlijnd.	De producent lanceert een ideeënwedstrijd. Consumenten kunnen hun ideeën insturen en de producent of de consumenten zelf kiezen een winnaar. Vaak wordt het winnende idee in productie genomen.	Consumenten worden betrokken in meerdere fases van het ontwikkelingsproces. Er bestaat een intensieve en vaak langdurige samenwerking tussen de consument en de producent.	De producent verschaft consumenten een platform waarop zij zelf hun eigen producten kunnen ontwikkelen. Er bestaat een mogelijkheid dat bepaalde producten ook door de producent in ontwikkeling worden genomen.

Bovenstaande kan ook toegepast worden in de zorg en ondersteuning. Burgers hebben niet alleen zorg en ondersteuning nodig, maar kunnen ook vanuit burgerkracht en samenkracht veel betekenen voor andere burgers en hebben hen ook veel te bieden. Professionals en zorg- en welzijnsorganisaties zullen in de nabije toekomst volgens Anita Keita op lokaal niveau steeds meer gaan samenwerken om burgers te gaan faciliteren bij een duurzaam samenleven; dit om de burgerkracht en de samenkracht tot uiting te laten komen. Burgers zullen in de toekomst budgethouder zijn van samenhangende budgetten van locaties, personele inzet en middelen waarbij niet de continuïteit van de instituties en de daarin werkende professionals vooropstaat maar de samenhangende diensten. In het kader van de nieuwe WMO geldt het “Right tot challenge”, waarbij in het kader van de buurtrechten

georganiseerde burgers (bijvoorbeeld bewonersbedrijven) het recht hebben om, in het kader van maatschappelijk aanbesteden, ook te offreren ten behoeve van een publiek te financieren dienst.

Derhalve een te verwachten gigantische omslag vergeleken bij de periode voor 2010. Echter ook toen al werd gezien dat zorg/gezondheid 2.0 niet minder dan een revolutie is. Wellicht dat burgerbestuur óók ten behoeve van zorg en ondersteuning een logische volgende stap is op weg naar 2030.....

Met dank aan Jan Kremer, Lineke Verkooijen, Carolien Smit , Anita Keita en vele anderen voor de inspirerende ontmoetingen met hen.

Henk Snijders, arts, strateeg-innovator Carintreggeland te Hengelo