



beleidsonderzoek en advies

Prosumerisme in de zorg

Mogelijkheden, obstakels en maatregelen

Tilburg, mei 2005

Dr. Katrien Luijkx (Tranzo / IVA)
Prof. dr. Aad de Roo (Tranzo)

Inhoud

Het begrip prosumerisme.....	1
Prosumerisme in het algemeen.....	1
Prosumerisme in de zorg	1
Deze notitie	1
Afbakening van prosumerisme in de zorg	1
Voorbeelden van prosumerisme in de zorg.....	2
Preoperatief onderzoek; digitaal en via internet	2
Online psychotherapie.....	3
Zelfdiagnostiek bij lichamelijke aandoeningen.....	4
Zelfdiagnostiek in de GGZ.....	5
Zelfmeting bij diabetes, trombose en hoge bloeddruk	6
Ouderen actief in verpleeg- of verzorgingshuizen	7
Alternatieven voor huisartsenzorg.....	8
Digitaal patiëntendossier	9
Conclusie.....	10
Kenmerken van prosumerisme in de zorgsector	10
Obstakels en mogelijke maatregelen	11
Voorwaarden en maatregelen samengevat.....	13
Grenzen aan prosumerisme in de zorg	14
Literatuur	14
Voetnoten	15

Het begrip prosumerisme

Prosumerisme in het algemeen

Prosumerisme is een acroniem van produceren en consumeren. Deze term is in 1981 door Tofler geïntroduceerd¹. Het betekent dat consumenten ingeschakeld worden in productieprocessen en dienstverlening; consumenten nemen bepaalde taken van professionals over².

Voor consumenten betekent prosumerisme kwaliteitswinst. Door betrokken te zijn bij het productieproces hebben zij invloed op dat proces, waardoor zij de kwaliteit daarvan en van het uiteindelijke product direct kunnen beïnvloeden. Het impliceert bovendien een grotere zelfstandigheid, meer autonomie en meer flexibiliteit voor de consument. Prosumerisme gaat vaak ook samen met meer anonimiteit, soms is dat een voordeel, soms juist een nadeel³. Het veronderstelt wel bepaalde vaardigheden en kennis bij consumenten. Daarnaast slaagt prosumerisme alleen wanneer consumenten op de één of andere manier gemotiveerd zijn om in het productieproces te participeren (Gibbert et al., 2002; Gössling, 2003).

Voor professionals betekent prosumerisme een meer efficiënte inzet van arbeidskrachten. Handelingen die consumenten zelf kunnen doen, hoeven professionals niet meer te doen. Dat betekent dat er bezuinigd kan worden op personeel; prosumerisme betekent arbeidsbesparing. Het betekent ook dat professionals een andere rol krijgen. Zij verliezen hun grip op een deel van het productieproces. Dat hoeft geen probleem te zijn, maar het is wel een aandachtspunt. Tegelijkertijd beperkt hun takenpakket zich meer tot de taken waar zij specifiek voor zijn opgeleid. In deze context wordt van professionals verwacht dat zij consumenten anders benaderen. Consumenten worden meer partners in productieproces en dienstverlening. Professionals zijn de eerst aangewezenen om consumenten te begeleiden en wellicht op te leiden voor hun nieuwe rol en hun nieuwe taken (Gibbert et al., 2002; Gössling, 2003).

Prosumerisme in de zorg

Ook in de zorg is prosumerisme mogelijk, dat zal blijken uit voorliggende notitie. Daarbij is uitgegaan van zorg in al haar dimensies⁴. In de zorg wordt degene die de zorg 'consumeert' vaak de patiënt genoemd. Deze term benadrukt een afhankelijkheid tegenover de professional. Wij spreken daarom liever over cliënt; dat veronderstelt een meer actieve houding van de patiënt cq. consument en benadrukt meer ook aangename aspecten in de zorgrelatie.

In de zorg is de motivatie voor consumenten om deel te nemen aan het productieproces groot. Het gaat immers om hun kwaliteit van leven. De kwaliteit van de zorg verbetert, omdat consumenten zelf het beste weten wat zij mankeren en welke behandeling bij hen past. Een beperking is dat in de zorg nogal eens specialistische kennis nodig is, waar cliënten veelal niet over beschikken (Gössling, 2003). Voor professionals in de zorg betekent prosumerisme arbeidsbesparing. Omdat we te maken hebben met een vergrijzende samenleving, waarin het aantal mensen dat zorg nodig heeft groeit, is arbeidsbesparing per cliënt een belangrijk pluspunt (Gössling, 2003). Vanwege de vergrijzing zal dit niet ten koste gaan van het aantal arbeidsplaatsen in de zorg.

Deze notitie

In het licht van de vergrijzing en de daarmee samenhangende groeiende zorgvraag is het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) op zoek naar mogelijkheden om de arbeidsproductiviteit in de zorg te verhogen⁵. Prosumerisme in de zorg is één van de mogelijkheden. Vanwege de veronderstelde kwaliteitswinst voor cliënten kan hiermee verregaande verschraving in de zorg worden voorkomen. In deze notitie wordt prosumerisme in de zorg uitgewerkt aan de hand van een aantal voorbeelden, die in willekeurige volgorde worden beschreven^{6, 7}. In de beschrijvingen komen ook de obstakels en mogelijke maatregelen aan de orde. De voorbeelden geven een impressie van mogelijkheden van prosumerisme in de zorg, het is geen uitputtende opsomming⁸. Er is gestreefd naar een zo breed mogelijke spreiding over de zorgsector.

Afbakening van prosumerisme in de zorg

Bij de inventarisatie van voorbeelden is regelmatig het verschuiven van handelingen van de professional naar mantelzorgers genoemd. Dat rekenen wij in deze notitie echter niet tot prosumerisme⁹; deze verschuiving kent voor de cliënt namelijk niet de voordelen die prosumerisme wel kent. De cliënt blijft afhankelijk, niet van een professional maar van iemand uit het sociale netwerk. Bovendien lost de systematische verschuiving van taken naar mantelzorgers het probleem van de arbeidskrachten in de zorg in de toekomst niet op; door allerlei maatschappelijke ontwikkelingen neemt het aantal potentiële mantelzorgers en de tijd die zij beschikbaar hebben namelijk af¹⁰. Het is wel voorstelbaar dat als

gevolg van prosumerisme soms de hulp van mantelzorgers nodig zal zijn, bijvoorbeeld bij het gebruik van ICT en internet. Het uitgangspunt bij prosumerisme is echter dat de consument de handelingen in principe zelf moet kunnen overnemen. Alleen in uitzonderingsgevallen waarbij dat niet het geval is, zal af en toe mantelzorg ingezet kunnen worden, bovendien dient ook vanuit zorgaanbieders voorzien te worden in deze hulp, zeker in eerste instantie.

Voorbeelden van prosumerisme in de zorg

Preoperatief onderzoek; digitaal en via internet

Huidige situatie

Voorafgaand aan een operatie vindt een preoperatief onderzoek plaats via een vragenlijst waarin gevraagd wordt naar leefgewoonten, familiegeschiedenis, gezondheidstoestand en –geschiedenis. Op dit moment wordt de vragenlijst op papier, in het ziekenhuis, onder toezicht van een poli-assistente door de patiënt zelf ingevuld. Tachtig tot negentig procent van de cliënten kan dat helemaal zelf.

Prosumerisme

Deze vragenlijst kan ook thuis door cliënten zelf ingevuld worden. Dat gebeurt bij voorkeur digitaal, waarna de vragenlijst elektronisch via internet ingestuurd wordt.

Aan de vragenlijst kan een expertsysteem worden gekoppeld waarmee door de computer meteen onderscheid wordt gemaakt tussen mensen die zonder meer geopereerd kunnen worden en mensen die voorafgaand aan de operatie nader moeten worden onderzocht of behandeld, bijvoorbeeld behandeling van hoge bloeddruk, een longfunctieonderzoek of zelfs dotterbehandeling of hartchirurgie. Dat kan in deze situatie, omdat het om een strikt geprotocolleerde omgeving gaat waarin vaststaat bij welke waarden of antwoorden er aanvullend onderzoek of aanvullende behandeling nodig is. Het expertsysteem zou ook ongewone antwoordpatronen op kunnen merken. Mensen die voor de operatie waarschijnlijk nog moeten worden behandeld en mensen met ongewone antwoordpatronen zouden langere tijd voor de geplande operatie gezien moeten worden door de anesthesist dan mensen die zonder meer geopereerd kunnen worden.

Een extra mogelijkheid is dat met het elektronisch verzenden van de vragenlijst meteen een afspraak met de anesthesist gemaakt kan worden, die wat betreft tijdstip en duur van de afspraak afgestemd is op de situatie van de cliënt.

In het TweeSteden ziekenhuis in Tilburg bestaan concrete plannen voor het gefaseerd invoeren van een digitaal preoperatief onderzoek via internet, andere ziekenhuizen zouden hier ook mee bezig zijn.

Voordelen voor de cliënt

Voor cliënten heeft deze vorm van prosumerisme als voordeel dat ze niet naar het ziekenhuis hoeven te komen voor het invullen van de vragenlijst en dat ze meer privacy hebben bij het invullen. Nadeel is dat er niet meteen toelichting gegeven kan worden bij vragen of onduidelijkheden. Met een telefonische helpdesk zou dit opgelost kunnen worden.

Arbeidsbesparing

Voor het ziekenhuis betekent de beoogde werkwijze een arbeidsbesparing op verschillende functies. Poliassistenten zijn veel minder tijd kwijt aan de preoperatieve vragenlijst; een reductie van zeventig procent wordt verwacht. Zij hoeven de cliënten niet te ontvangen, de vragenlijst niet uit te delen en in ontvangst te nemen en zij hoeven geen toezicht meer te houden. Bovendien zijn de gegevens meteen digitaal beschikbaar, goed leesbaar en snel in te voegen in een eventueel elektronisch patiëntendossier.

Door het expertsysteem gekoppeld aan de vragenlijst, wordt ook bespaard op het werk van de anesthesist. Zij hoeven alleen nog naar vragenlijsten te kijken die een afwijkend patroon vertonen, om vervolgens te bepalen wat de vervolgpprocedure wordt. Met de rest van de mensen kan een standaardafpraak kort voor de operatie gemaakt worden.

Wanneer hieraan ook de mogelijkheid van het maken van een afspraak wordt gekoppeld, kunnen de werkzaamheden van het afsprakenbureau van het ziekenhuis drastisch worden ingekrompen.

De beoogde werkwijze levert ook andere voordelen dan arbeidsbesparing voor het ziekenhuis op. Er is een besparing van fysieke ruimte; er is geen ontvangstruimte meer nodig waar de vragenlijsten ingevuld kunnen worden. Als de infrastructuur eenmaal is afgestemd op het digitaal afnemen van het preoperatief onderzoek, kunnen ook andere vragenlijsten makkelijk via internet worden afgenomen,

zoals diverse kwaliteitsonderzoeken en het postoperatief onderzoek waarin onder meer gevraagd wordt naar ervaren pijn en ongemakken na de operatie.

Obstakels en voorwaarden

1. Technisch moet het mogelijk, veilig en betrouwbaar zijn om de vragenlijst in te vullen en in te sturen via internet. Bovendien moet er een gebruiksvriendelijke versie van de vragenlijst worden gemaakt en een expertsysteem onder de vragenlijst moet als systematiek worden bedacht en toegepast. Dergelijke *technische ICT voorwaarden* zijn te realiseren, deze expertise zal door ziekenhuizen moeten worden ingekocht.
2. Cliënten moeten *begeleid* worden in hun nieuwe taken. Zij moeten *voorgelicht* worden over hoe het werkt, wat er van hen wordt verwacht en wat voor hen het voordeel is. Dit is vooral belangrijk omdat een groot deel van de cliënten die een operatie ondergaan ouder en/of allochtoon is, twee groepen die over het algemeen niet erg vertrouwd zijn met computers en internet.
3. De invoer van een digitaal preoperatief onderzoek via internet vergt ook een *cultuurverandering* bij medewerkers van het ziekenhuis. Het takenpakket van poli-assistenten, maar ook van anesthesisten en van medewerkers van het afsprakenbureau verandert, zij moeten zich daaraan (mentaal) aanpassen en nieuwe vaardigheden aanleren. Verwacht wordt dat deze cultuuromslag niet zo moeilijk zal zijn als de te behalen winst duidelijk is.
4. Om de overgang zo soepel mogelijk te laten verlopen, is het mogelijk dat een bepaalde periode *dubbel werk* gedaan zal moeten worden. In het TweeSteden ziekenhuis heeft men bijvoorbeeld het volgende traject voor ogen: in de eerste periode worden ingevulde vragenlijsten door assistenten ingevoerd in de computer, in de tweede periode kunnen cliënten op de poli op computers de vragenlijst zelf invullen en tenslotte doen ze dat thuis achter hun eigen computer.

Mogelijke overheidsmaatregelen

1. Om het digitale preoperatieve onderzoek via internet in te voeren zijn op verschillende vlakken investeringen nodig. De overheid kan een bijdrage aan de beschreven vernieuwingen leveren door te zoeken naar manieren waarop *dergelijke vernieuwingen gefinancierd* kunnen worden.
2. Een minder groot obstakel is het gebruik van ICT en de groep mensen die daarmee niet vertrouwd is. *In de loop van de tijd zal dit probleem kleiner worden*; steeds meer mensen zijn vertrouwd met computers, dat geldt ook voor ouderen en allochtonen. En als mensen zelf niet vertrouwd zijn met ICT, is de kans groot dat een familielid hen daarbij wel kan helpen. Als het voor de belastingdienst vanzelfsprekend is dat de aangifte digitaal wordt gedaan, waarom zou deze omslag dan niet in ziekenhuizen gemaakt kunnen worden.
3. Tegelijkertijd zou de overheid aan *kennismanagement* moeten doen; zij kan zorgen dat ziekenhuizen van elkaar weten welke kennis en ervaringen zij hebben, zodat niet in elk ziekenhuis afzonderlijk ongeveer hetzelfde hoeft worden uitgevonden.

Online psychotherapie

Huidige situatie

Momenteel wordt het grootste deel van de psychotherapeutische behandelingen in face-to-face situaties gegeven. De cliënt bespreekt een aantal keren met zijn behandelaar zijn problemen. Over het algemeen kan de cliënt slechts één keer per week terecht, waardoor een behandeling een lange doorlooptijd kan hebben.

Prosumerisme

Bepaalde enkelvoudige gedragsstoornissen kunnen via internet behandeld worden. De cliënt schrijft gedurende drie kwartier aan de hand van door een psychotherapeut aangegeven onderwerpen of vragen over zijn probleem. De psychotherapeut reageert op dat verhaal door nieuwe vragen of onderwerpen aan de orde stellen, waarover de cliënt weer schrijft.

Vanuit Interapy (www.interapy.nl) behandelen gecertificeerde psychotherapeuten via internet cliënten met één van de volgende specifieke enkelvoudige gedragsstoornissen; depressie, stress door schokkende ervaring, ernstige rouw en burn-out. De ernst van de stoornis is niet van belang, wel is het belangrijk dat het om enkelvoudige problematiek gaat, aangezien daarop goed gefocust kan worden. Gekozen is voor gedragsstoornissen omdat daarbij de minste excessen voorkomen. Belangrijk hierbij is dat in een strikt geprotocolleerde omgeving wordt gewerkt.

Op soortgelijke wijze is via internet in de nabije toekomst ook online behandeling van alcoholproblemen mogelijk (www.alcoholdebaas.nl). Op deze website wordt de anonimiteit van de behandeling als een van de eerste kenmerken van de behandeling genoemd.

Voordelen voor de cliënt

Voor de cliënt heeft deze vorm van prosumerisme als voordeel dat de therapie niet gebonden is aan tijd en plaats; de cliënt kan midden in de nacht op grote afstand van de psychotherapeut schrijven. Voordeel is ook dat de persoon van de therapeut in deze vorm van psychotherapie nauwelijks een rol speelt. Voor cliënten met een autistische inslag is deze vorm van communiceren uitermate geschikt. Doordat de therapeut per cliënt minder werk heeft, is deze vorm van behandeling bovendien goedkoper en de doorlooptijd is korter.

Arbeidsbesparing

Bij online psychotherapie is de tijd besteedt aan elke cliënt vele malen korter dan in reguliere behandelingen. Hierdoor kunnen meer cliënten in dezelfde tijd worden behandeld en kan de doorlooptijd van de behandeling korter zijn; twee tot drie keer contact per week is met deze methode goed haalbaar. De toename van de arbeidsproductiviteit zit ook in het gegeven dat de therapeut de communicatie en behandeling niet meer hoeft te registreren, de communicatie is tevens de behandeling en de registratie daarvan. Daarnaast zijn de kosten voor huisvesting van de psychotherapeut lager; er hoeft geen behandelruimte te zijn, een bureau met een computer is in principe voldoende.

Obstakels

1. Professionals in de GGZ accepteren online therapie vaak *niet als serieuze mogelijkheid*. Soms wordt het ook als een bedreiging, als een concurrent gezien. Terwijl uit de ervaringen met online therapie blijkt dat de cliënten dit erg op prijs stellen.
2. Psychotherapie door reguliere GGZ instellingen valt onder de AWBZ financiering. Online therapie voldoet aan alle eisen voor *AWBZ erkenning*, dat is door verschillende deskundigen uitgezocht. Deze is ook aangevraagd. Tot nu toe is daar vanuit de overheid niet op gereageerd, terwijl de aanvraag al bijna drie kwart jaar geleden is ingediend. Daardoor zijn ook zorgverzekeraars en zorgkantoren terughoudend in het aangaan van contracten voor online therapie. Dat heeft tot gevolg dat eigenlijk alleen voor de meer draagkrachtigen in de bevolking die het zelf kunnen betalen deze vorm van therapie toegankelijk is. Tegelijkertijd is het voor de reguliere GGZ nu niet lonend om gedeeltelijk op deze vorm van therapie over te schakelen.
3. Een verandering kost altijd tijd en energie en dus ook geld. Dat geldt ook voor psychotherapie online; GGZ instellingen zullen een *cultuuromslag* moeten maken om deze vorm van therapie in hun dienstenpakket op te nemen.

Mogelijke overheidsmaatregelen

1. Uitbreiding van online therapie betekent een grote toename van arbeidsproductiviteit in de GGZ. Deze vorm van therapie zou voor grotere groepen toegankelijk moeten worden. *Financiering in de zorgverzekerings sfeer* is daarvoor een belangrijke stimulans. Wanneer de overheid dat uitwerkt, geeft zij ook het signaal dat deze vorm van therapie gelijkwaardig is aan de therapieën in de reguliere GGZ.
2. Tegelijkertijd of wellicht voorafgaand aan het uitwerken van financiering van online therapie kan de overheid aan de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) hierover *advies* vragen. Dat is ook belangrijk omdat er via internet van alles op dit gebied wordt aangeboden, waardoor het voor potentiële cliënten heel lastig is om de kwaliteit van de geboden hulpverlening te kunnen bepalen. In dit verband heeft het ministerie al stappen ondernomen om een *kwaliteitszegel* of certificaat te ontwikkelen dat aan goede online therapieën wordt toegekend.

Zelfdiagnostiek bij lichamelijke aandoeningen

Huidige situatie

De gangbare situatie is dat cliënten met duidelijke of vage klachten naar de huisarts gaan. De huisarts stelt aanvullende vragen en vraagt vervolgens vaak bloed of urineonderzoek aan om vast te stellen of de cliënt heeft wat men vermoedt dat hij/zij heeft. Als daar de uitslag eenmaal van bekend is, wordt een behandeling vastgesteld.

Prosumerisme

Er zijn thuistests beschikbaar om zelf het cholestorolgehalte te bepalen, na te gaan of je pfeifer of syfilis hebt of vast te stellen of je in de menopauze bent (www.etos.nl). Cliënten hoeven dan niet meer naar de huisarts om een diagnose te laten stellen. Deze omslag is al langer geleden gemaakt met de zwangerschapstest.

Voordelen voor de cliënt

Clienten kunnen anoniem, wanneer het hen schikt de test uitvoeren en weten binnen enkele minuten de uitslag. Afhankelijk van de uitslag kunnen zij naar een huisarts of andere zorgverlener voor behandeling.

Arbeidsbesparing

Huisartsen hoeven geen diagnose meer te stellen. Dat scheelt tenminste één bezoek aan de huisarts en een telefonisch contact voor de uitslag. Daarnaast hoeft er in het laboratorium geen test gedaan te worden.

Obstakels en voorwaarden

1. Als een huisarts of een laboratorium een infectieziekte vaststelt, is de procedure dat dit centraal gemeld wordt. Daardoor bestaat er een goed beeld van de landelijke situatie. Op basis van deze informatie is enkele jaren geleden besloten om kinderen massaal in te gaan enten tegen meningokokken. Bij zelfdiagnose zit deze *meldingsprocedure* er niet automatisch aan vast. In het meest extreme geval betekent dat een gevaar voor de volksgezondheid.
2. Thuis tests moeten *betrouwbaar* zijn. Enkele verschijnselen kunnen via een druppel bloed of via urine goed worden vastgesteld, maar veel niet. Pfeifer is bijvoorbeeld heel lastig vast te stellen, een thuis test is daarvoor eigenlijk niet toereikend, maar hij is dus wel verkrijgbaar. Goede thuis tests zijn nog nauwelijks voor handen.
3. Bij zelfdiagnose is het belangrijk dat mensen goed worden *voorgelicht* over de betrouwbaarheid van een test, over wanneer aanvullende diagnostiek nodig is en over de betekenis van de uitslag.
4. *Begeleiding door huisartsen* ontbreekt bij het gebruik van zelftests. Huisartsen hebben goede redenen om bepaalde tests, soms in combinatie met elkaar te laten doen. Het is voorstelbaar dat er vaker onnodig zal worden getest wanneer er meer zelfdiagnose tests beschikbaar komen. Bovendien kunnen huisartsen cliënten voorbereiden op een positieve of negatieve uitslag. Bij een zelftest zit de cliënt daar helemaal alleen mee.

Overheidsmaatregelen

1. Om te beginnen zullen *betrouwbare thuis tests* ontwikkeld moeten worden. De overheid kan dat stimuleren door te investeren in deze ontwikkelingen.
2. Als deze ontwikkelingen gestimuleerd worden is het daarnaast zinvol om na te gaan of er een structuur kan worden opgezet waarmee ook *landelijk zicht* wordt verkregen op het voorkomen van infectieziekten.

Zelfdiagnostiek in de GGZ

Huidige situatie

Met behulp van genormeerde en gevalideerde vragenlijsten wordt in een intake van tenminste twee bijeenkomsten vastgesteld of een cliënt een psychische probleem heeft, welk probleem dat is en welke behandeling daar het beste op toegepast kan worden. Deze intake duurt in de reguliere GGZ drie uur en heeft een gemiddelde doorlooptijd van een maand.

Prosumerisme

Door op internet een bepaalde genormeerde en gevalideerde screeningsvragenlijst in te vullen, stellen cliënten zelf vast welk psychisch probleem zij hebben. Met de uitslag daarvan bezoeken zij een psychotherapeut, die vervolgens in ruim een uur met de intake klaar kan zijn. De doorlooptijd van de intake is dan nog maar een dag.

Voordelen voor de cliënt

In alle rust, wanneer het hen uitkomt, kunnen zij de screeningsvragenlijst invullen. Als zij met die uitslag naar de psychotherapeut gaan, is voor hen ook al duidelijk wat de diagnose is. Daardoor zal de kans groter zijn dat zij zelf constructief over de behandeling mee kunnen denken. Bovendien kan de behandeling sneller dan in de huidige situatie beginnen, omdat de intake veel minder lang duurt.

Arbeidsbesparing

Psychotherapeuten kunnen door het gebruik van online screeningsvragenlijsten de duur van de intake tenminste halveren, waardoor zij meer intakes in een bepaalde periode kunnen doen.

Obstakels en voorwaarden

Net als bij andere beschreven veranderingen is een belangrijk obstakel bij zelfdiagnose in de GGZ de *cultuuromslag* die bij beroepskrachten nodig is.

Overheidsmaatregelen

Wanneer er via de *zorgverzekeringen* minder tijd per intake wordt vergoed, zal het voor GGZ instellingen aantrekkelijker zijn om hierbij te gaan werken met zelfdiagnose via genormeerde en gevalideerde screeningsvragenlijsten via internet.

Zelfmeting bij diabetes, trombose en hoge bloeddruk

Huidige situatie

Het merendeel van de cliënten met diabetes, trombose of hoge bloeddruk, bezoekt regelmatig de huisarts om glucosepeil, stollingswaarde of bloeddruk vast te laten stellen. Op basis daarvan past de arts indien nodig de medicijnen aan en geeft leefadviezen.

Prosumerisme

Glucosepeil, stollingswaarde en bloeddruk zijn dankzij technische ontwikkelingen uitstekend zelf thuis door de cliënt vast te stellen. Een belangrijk deel van de groep diabetes die insuline spuit, kan op eenvoudige wijze na het vaststellen van het glucosepeil bepalen hoeveel insuline gespoten moet worden. Dat is het meest bekende voorbeeld van prosumerisme in de gezondheidszorg, dat reeds op vrij grote schaal wordt toegepast.

Bij trombose is het bepalen van de dosering ingewikkelder dan bij diabetes, maar niet onmogelijk. Op basis van een doseringskalender kan de dosering bij een bepaalde stollingswaarde door de cliënt worden vastgesteld. Bij de trombosedienst in Amersfoort is inmiddels een behoorlijke aantal cliënten dat na een training, met behulp van een meetapparaat en een digitaal logboek, zelf de behandeling bepaalt. De trombosedienst zorgt voor een medische achterwacht en een 24 uursdienst (Kramer, 2004). Ook in Eindhoven en Helmond krijgt een aantal trombosepatiënten via internet een terugkoppeling op hun bloedwaarden (heartpoints: www.kenniswijk.nl). Veelal wordt hierbij gebruik gemaakt van software ontwikkeld door Portavita.

Voor bloeddruk zal prosumerisme nog enige tijd beperkt blijven tot het zelf meten. De bloeddruk wordt door verschillende aspecten beïnvloed en moet over langere termijn bekeken worden. Daardoor is het bepalen van de medicatie ingewikkelder dan bij diabetes of trombose.

Voor astma is zelfmeting en zelfbehandeling ook mogelijk. Met een piekstroommeter kan de longfunctie thuis gemeten worden. Wanneer dit heel consequent dagelijks gedaan wordt, kunnen cliënten in een vroeg stadium een astma-aanval voorkomen door de juiste medicijnen in te nemen. Omdat dit allemaal toch vrij ingewikkeld is en de apparatuur relatief duur is, vindt dit momenteel niet op grote schaal plaats (Thoonen, 2000).

Voor- en nadelen

Het voordeel van zelf meten en zelf de behandeling bepalen zoals bij diabetes en trombose, is dat mensen, ook als zij een chronische ziekte hebben, zelf de regie over hun leven houden en de regie over hun behandeling hebben. Dat kan de kwaliteit van leven ten goede komen; mensen hoeven minder vaak naar de dokter, er is minder sprake van medicalisering en toch kunnen zij het verloop van hun ziekte op de voet volgen en hun medicijnen dagelijks nauwkeurig afstemmen op hun situatie. Zij kunnen op deze manier ook inzicht krijgen op de invloed van andere factoren en deze zelf beïnvloeden. Zelfmetende cliënten hoeven bovendien niet te wachten op de uitslag van de test, die hebben zij meteen. Voor het vaststellen van de bloeddruk geldt dat mensen in de thuissituatie een meer reële bloeddruk meten dan wanneer de dokter dat doet; veel mensen zijn toch zenuwachtiger dan thuis.

Overigens zijn niet alle cliënten even geschikt voor zelfmeting. Een aantal mensen zal erg zenuwachtig van zelfmeting worden; zij maken zich zorgen over elke kleine schommeling of afwijkende waarde. Een andere groep mensen kan de gevonden meetwaarden niet registreren en interpreteren. Maar een groot aantal cliënten zal dit wel kunnen.

Nadeel is dat het bezoek aan de dokter soms een stok achter de deur voor therapietrouw kan zijn. Mensen pakken vaak in de twee weken voorafgaand aan de driemaandelijke controle hun dieet weer op. Deze stimulans valt weg of komt minder vaak voor wanneer deze vorm van prosumerisme gemeengoed wordt.

Arbeidsbesparing

Zelfmeting en zelfbehandeling betekent een arbeidsbesparing voor huisartsen en andere professionals die cliënten met een chronische ziekten begeleiden. In eerste instantie moeten cliënten die zelf gaan meten begeleid en soms zelfs opgeleid worden, dat kost even tijd. Maar op den duur doen deze cliënten veel minder vaak een beroep op professionals. De trombosedienst in Amersfoort besteedt bijvoorbeeld aan zelfmetende cliënten ongeveer vijf uur per jaar, terwijl zij aan cliënten die op reguliere wijze worden behandeld ongeveer tien uur per jaar besteedt (Kramer, 2004). De arbeidsbesparing zit in de vermindering van het aantal contacten, maar ook in de vermindering van administratieve handelingen die gepaard gaan met het oproepen van cliënten, het maken van afspraken en het bijhouden van dossiers.

Obstakels en voorwaarden

1. *Geschikte meetinstrumenten* moeten beschikbaar en betaalbaar zijn.
2. Cliënten moeten *begeleid en opgeleid* worden; zij moeten leren met de apparatuur om te gaan, moeten de gevonden waarden leren begrijpen en snappen wat ze naar aanleiding van bepaalde gevonden waarden moeten doen. Dat is een begininvestering die later met gemak terug wordt verdiend.
3. Artsen en andere professionals krijgen een andere rol; ze worden meer *partners in zorg*. Professionals moeten meer met cliënten meekijken en hen begeleiden, terwijl voorheen het accent voor hen meer lag op behandeling. Dat betekent een omschakeling.
4. Bij trombose wordt zelfmeten en voor de zelfdosering makkelijker wanneer via internet de gemeten waarden kunnen worden gerapporteerd en via internet feedback daarop wordt gegeven. Dat betekent dat *geschikte software* voor handen moet zijn, dat cliënten toegang tot internet moeten hebben en dat zij daarmee om moeten kunnen gaan.

Overheidsmaatregelen

1. Er zal *geïnvesteed* moeten worden in betrouwbare, betaalbare meetinstrumenten.
2. Er zal ook *geïnvesteed* moeten worden in het *opleiden en begeleiden* van cliënten en in de cultuuromslag die bij professionals belangrijk is.
3. Daarnaast kan ook *geïnvesteed* worden in het opzetten van een *digitale infrastructuur* waarin cliënten op eenvoudige wijze hun gegevens kunnen invoeren, waarna het systeem, of in uitzonderingsgevallen artsen, makkelijk feedback op de gevonden waarden kunnen geven. Eigenlijk zou de overheid het Electronisch Patiënten Dossier moeten stimuleren of misschien zelfs verplicht stellen, zodat zorgverleners en patiënten makkelijk toegang hebben tot alle medische gegevens.

Ouderen actief in verpleeg- of verzorgingshuizen

Huidige situatie

Wanneer thuiszorg en mantelzorg niet meer toereikend zijn voor ouderen die niet meer (goed) voor zichzelf kunnen zorgen, verhuist een aantal van hen naar een verzorgings- of een verpleeghuis. In dergelijke instellingen worden ouderen over het algemeen geheel verzorgd. Zowel ouderen als naasten/mantelzorgers als ook het personeel gaan er van uit dat ouderen 'recht' hebben op gehele verzorging. Dat betekent bijvoorbeeld dat koffie en thee worden rondgebracht, ongeacht of ouderen in staat zijn om daar zelf voor te zorgen. Datzelfde geldt voor medicijnen en maaltijden. Tegelijkertijd wordt het stimuleren van zelfredzaamheid als een belangrijk uitgangspunt gezien, waaraan echter in de praktijk slechts op beperkte schaal wordt vorm gegeven.

Prosumerisme

Bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen kunnen taken hebben in de dagelijkse werkzaamheden in de instelling. Afhankelijk van lichamelijke en psychosociale beperkingen kunnen zij bijvoorbeeld voor koffie en thee zorgen, bardiensten draaien of bedden mee opmaken. Zij zouden ook mee kunnen denken over de activiteiten die georganiseerd kunnen worden en deze wellicht zelfs meeorganiseren. De mogelijkheden zijn talrijk en vooral afhankelijk van wensen en interesses van individuele bewoners en van de lichamelijke en psychosociale conditie.

Voordelen

Door het geven van verantwoordelijkheden voor dagelijkse werkzaamheden worden ouderen geestelijk gestimuleerd. Door het uitvoeren van dergelijke werkzaamheden worden zij lichamelijk gestimuleerd. Het inzetten van bewoners bij de dagelijkse werkzaamheden in verzorgings- en

verpleeghuizen is primair gericht op het bevorderen van de geestelijke en de lichamelijke gezondheid van ouderen.

Arbeidsbesparing

Op het eerste gezicht lijkt deze vorm van prosumerisme nauwelijks tot arbeidsbesparing te leiden. Het tempo van cliënten ligt vaak laag en de begeleiding van cliënten die zelf werkzaamheden verrichten kan meer tijd in beslag nemen dan wanneer het personeel het zelf doet. Maar, deze vorm van prosumerisme bevordert de gezondheid van ouderen. Daardoor zullen zij minder zorg of minder snel meer zorg nodig hebben.

Obstakels en voorwaarden

1. Bij de bedrijfsvoering in verzorgings- en verpleeghuizen zou veel meer moeten worden *uitgegaan van actieve in plaats van passieve cliënten*. Er moet oog zijn voor de mogelijkheden van cliënten en daar moet adequaat op worden ingespeeld.
2. Het is belangrijk dat het personeel op de *langere termijn* leert denken. Op korte termijn is het waarschijnlijk efficiënter wanneer het personeel de gehele verzorging voor haar rekening neemt. Op langere termijn is er echter minder zorg nodig wanneer ouderen lichamelijk en psychisch gestimuleerd worden door betrokken te worden bij de dagelijkse werkzaamheden in de instelling.
3. Net als bij andere vormen van prosumerisme vergt ook prosumerisme in de langdurige ouderenzorg in verzorgings- en verpleeghuizen een *cultuuromslag*. Zowel het personeel als ouderen als hun naasten/mantelzorgers zullen moeten wennen aan het idee dat ouderen taken kunnen hebben in een verzorgings- of verpleeghuis.

Overheidsmaatregelen

1. De overheid kan prosumerisme in verzorgings- en verpleeghuizen stimuleren door 'best practices' op te sporen en zichtbaar te maken. Daardoor wordt men op ideeën gebracht en zal de benodigde cultuuromslag langzaamaan plaats gaan vinden.
2. In de financiering van zorg- en dienstverlening in verzorgings- en verpleeghuizen moet voldoende ruimte zijn voor het stimuleren van zelfredzaamheid van ouderen.

Alternatieven voor huisartsenzorg

Huidige situatie

In de huidige situatie nemen cliënten voor algemene of specifieke gezondheidsproblemen van ernstige of minder ernstige aard contact op met hun huisarts. Vaak maken zij via de assistente een afspraak of zij bellen op het telefonisch spreekuur. Veelal bestaat de taak van de huisarts uit het wegnemen van onrust of angst bij cliënten. Daarnaast is het algemeen bekend dat de media ook de loop naar de huisarts kunnen beïnvloeden. Na een televisieprogramma over een bepaalde ziekte, is het aantal mensen dat met een bepaalde klacht komt vaak groter.

Prosumerisme

De beschreven zelfmeting en zelfdosering bij chronische ziekten zoals diabetes, trombose en hoge bloeddruk, scheelt voor de huisarts behoorlijk in werkdruk. Dat is helemaal het geval wanneer praktijkverpleegkundigen de eenvoudige begeleiding van deze cliënten doen.

Daarnaast kan een andere benadering aan de telefoon het aantal huisartsbezoeken per cliënt verlagen. Bij veel huisartsenposten wordt voor de avond-, nacht- en weekendzorg eerst een telefonische triage toegepast. Aan de hand daarvan geeft een verpleegkundige advies, dat kan variëren van een zelfzorgadvies tot het advies om meteen de huisarts of misschien de eerste hulp te bezoeken. Korte tijd na de triage bepaalt de huisarts of deze goed is toegepast. Als daar reden voor is, wordt de cliënt teruggebeld om alsnog een ander advies te geven. Als een dergelijke triage ook bij huisartsenpraktijken op reguliere tijden zou worden toegepast kan dat ook een aantal huisartsbezoeken schelen. Afhankelijk van de klacht en de ernst daarvan krijgen mensen een zelfzorgadvies, een afspraak met een verpleegkundige, een afspraak met de huisarts of een spoedafpraak met de huisarts.

Een aantal mensen komt bij de huisarts voor informatie. Met behulp van telefonische triage kunnen deze mensen een zelfzorgadvies krijgen. Veel van deze informatie is op internet beschikbaar. Het is dan wel belang van belang dat het voor burgers duidelijk wordt welke sites en welke informatie betrouwbaar zijn. Eén startpagina van waaruit betrouwbare sites bezocht kunnen, kan het huisartsenbezoek enigszins terug brengen. Een kwaliteitszegel of certificaat kan de betrouwbaarheid van informatieve websites waarborgen.

Assistenten besteden een belangrijk deel van hun tijd aan het uitschrijven van herhalingsrecepten. Herhalingsrecepten via internet, zonder tussenkomst van de huisarts, met als controleur de apotheek, kan een belangrijke arbeidstijdbesparing in de huisartsenpraktijk zijn.

Voordelen

Voor cliënten betekenen deze veranderingen in de werkwijze van huisartsen dat zij minder vaak een huisarts zullen zien. Tegelijkertijd betekent het dat zij wel de juiste zorg op het juiste tijdstip zullen krijgen. In tijden van schaarste, zoals dat nu soms al het geval is en zoals dat in de toekomst veel vaker het geval zal zijn, zal dat een belangrijk voordeel zijn. Bovendien komt in deze werkwijze de zelfregulering van de cliënt meer tot uitdrukking. Voor sommige cliënten zal dat een pluspunt zijn, voor andere niet. Het zal voor de cliënt wel betekenen dat er een omslag in de verwachtingen ten aanzien van de zorgverlening zal moeten plaats vinden.

Arbeidsbesparing

Voor huisartsen en voor hun assistenten kunnen de beschreven veranderingen een aardige besparing op hun huidige werkzaamheden betekenen, waardoor zij meer cliënten in hun praktijk kunnen hebben. Overigens betekent de telefonische triage wel een uitbreiding van het takenpakket van de assistenten. Deze zal echter leiden tot een verkleining van het takenpakket van de huisarts, waardoor er toch sprake is van een winst in arbeidsproductiviteit.

Obstakels en voorwaarden

Een belangrijk obstakel zal de *cultuuromslag* zijn, die noodzakelijk is bij cliënten. Een aantal cliënten zal het niet op prijs stellen wanneer assistenten ineens inhoudelijke vragen gaan stellen. Als zij echter goed over de noodzaak worden voorgelicht, zal dat bij de meesten geen probleem zijn. Bovendien moet men ervan overtuigd zijn dat de assistenten voldoende geschoold zijn om de triage uit te voeren. De controle door de huisarts, kort na de triage kan waarschijnlijk een groot deel van mogelijke problemen voorkomen. Dat zal echter in de beginfase wel extra uitleg op een tactvolle wijze betekenen.

Overheidsmaatregelen

De overheid kan proberen om de *beeldvorming* naar huisartsen en de *verwachtingen* die cliënten daarover hebben bij te sturen. Hoewel zorg altijd beschikbaar moet zijn voor mensen die dat nodig hebben, kunnen burgers wel meer doordrongen raken van het feit dat deze zorg niet in overvloed en altijd beschikbaar is.

Digitaal patiëntendossier

Huidige situatie

Bij bezoek aan huisarts of specialist kent deze met name de behandeling en/of medicijnen die hijzelf heeft voorgeschreven en is slecht op de hoogte van behandelingen en/of medicijnen die anderen aan de cliënt hebben voorgeschreven. De cliënt is dan de belangrijkste informatiebron voor de rest van de medische informatie. Cliënten kunnen echter vaak slecht inschatten welke informatie relevant is en zijn soms niet in staat om deze informatie op een goede manier aan de huisarts of specialist over te brengen. Cliënten hebben wel de regie over hun eigen medische gegevens, maar zij hebben niet de juiste middelen om die regie daadwerkelijk te voeren.

Prosumerisme

Met een digitaal patiëntendossier, dat inzichtelijk is voor de cliënt zelf en voor behandelaars –na toestemming van de cliënt– hebben cliënten wel een middel om de regie over hun medische gegevens goed te voeren. Bovendien kunnen cliënten de waarden van metingen die zij zelf aan hun eigen lichaam doen, zoals bijvoorbeeld gewicht, bloeddruk en glucosegehalte, zelf aan het dossier toevoegen, de professionals hoeft dat dan niet meer te doen.

Voordelen

Invoering van elektronische patiëntendossiers, bij voorkeur één dossier per cliënt voor alle medische gegevens biedt allerlei voordelen. Deze verandering kan eigenlijk niet echt prosumerisme genoemd worden. Het is dan wel zo dat cliënten zelf altijd toegang hebben tot hun medische gegevens. Belangrijk voordeel is bovendien dat behandelende zorgverleners, na toestemming van de cliënt, op elke plaats toegang hebben tot medische gegevens, waardoor de behandeling altijd zo goed mogelijk

afgestemd kan worden op de gehele situatie van de cliënt. Dat is dan niet meer afhankelijk van waar welke dossiers zich precies bevinden. Voorwaarde is dan echter wel dat in Nederland één uniform patiëntendossier wordt gebruikt en niet verschillende typen, waardoor onderlinge communicatie niet mogelijk is.

Arbeidsbesparing

Een digitaal patiëntendossier betekent voor professionals een arbeidsbesparing op twee vlakken. Ten eerste hoeven zij tijdens het consult minder aan de cliënt te vragen, de relevante medische gegevens zijn in het dossier beschikbaar. De tweede besparing ligt meer op het administratieve vlak; er hoeven geen dossiers gekopieerd en verstuurd te worden wanneer een cliënt naar een andere specialist gaat, of voor een spoedgeval in een ander ziekenhuis is. Bovendien hoeven NAW gegevens niet telkens overal ingevoerd te worden en hoeven ze bij verhuizing maar op één plaats veranderd worden.

Obstakels en voorwaarden

Er zijn *technische obstakels*. Voorkomen moet worden dat iedereen *toegang* tot de medische dossiers heeft. Daarnaast moet goed bedacht worden welke professional tot welk deel van een dossier toegang moet krijgen en op welke manier een cliënt daar grenzen aan kan stellen.

Een ander technisch obstakel is dat elektronische dossiers bij voorkeur een *landelijk format* krijgen, waardoor zij werkelijk in heel Nederland bruikbaar zijn. Nu is het soms zelf zo dat één specialisme voor verschillende subspecialismen verschillende digitale dossiers heeft, die niet met elkaar kunnen communiceren.

Overheidsmaatregelen

De overheid kan het gebruik van een digitaal patiëntendossier verplicht stellen. Met wet- en regelgeving en advisering kan zij ervoor zorgen dat dit goed verloopt.

Conclusie

Kenmerken van prosumerisme in de zorgsector

Prosumerisme in de zorg kent dezelfde voordelen als prosumerisme in andere sectoren. Voor cliënten impliceert prosumerisme *kwaliteitswinst* in de zin van meer zelfstandigheid en daardoor meer zeggenschap, meer anonimiteit en privacy en meer flexibiliteit. Specifiek voor de zorg betekent prosumerisme bovendien *minder medicalisering*, meestal hoeft er minder vaak een arts gezien te worden. Dat is sterk bevorderlijk voor de kwaliteit van leven, omdat mensen het door hen gewenste dagelijkse ritme zoveel mogelijk kunnen vasthouden.

Voor zorgaanbieders betekent prosumerisme een *verhoging van de arbeidsproductiviteit*. Doordat cliënten bepaalde taken van professionals overnemen kunnen meer cliënten in dezelfde tijd worden geholpen. Dat is voor de samenleving in zijn geheel een belangrijk pluspunt, aangezien dit eraan bij kan dragen dat er ook in een vergrijsde samenleving *voldoende zorg beschikbaar blijft*. De winst in arbeidsproductiviteit kan ook de *kwaliteit van de dienstverlening* door professionals ten goede komen; doordat professionals bepaalde vaak administratieve handelingen niet hoeven uit te voeren, kunnen zij zich meer toeleggen op datgene waarvoor zij gekozen hebben en waarvoor zij opgeleid, namelijk zorg verlenen.

In veel van de beschreven voorbeelden worden taken aan cliënten overgedragen door gebruik te maken van *ICT en internet*. Dat heeft als voordeel dat cliënten handelingen uit kunnen voeren wanneer het hen uitkomt en zonder dat er persoonlijk contact is. Bij *sterk geprotocolleerde behandelingen*, waarbij de reactie op bepaalde bloedwaarden of patronen van antwoorden vast voorgescreven zijn, kan een computersysteem feedback geven. Protocollen zijn evidence based; van de regels in protocollen is via wetenschappelijk onderzoek vastgesteld dat ze werken. Het gebruik van internet en ICT betekent dat cliënten niet meer afhankelijk zijn van de persoonlijke inzichten van hun arts, maar dat zij automatisch de beste zorg krijgen.

Een ander belangrijk element in een aantal van de beschreven mogelijkheden van prosumerisme is dat het gaat om *enkelvoudige problematieken*. Vooral wanneer de behandeling zich richt op één goed omschreven probleem is deze geschikt voor prosumerisme, omdat in die gevallen ook helder is vast te leggen wat het te volgen protocol is. Meervoudige problematieken hebben onderling ook invloed op elkaar, waardoor de juiste behandeling veel lastiger is vast te stellen en daarom niet aan de cliënt, eventueel ondersteund door ICT, kan worden overgelaten.

Dat er bij het gebruik van ICT en internet geen persoonlijk contact nodig is, is ook een nadeel. Zonder persoonlijk contact kan de zorgverlener niet inschatten of de cliënt de feedback en de adviezen (goed) oppikt en het geven van aanvullende informatie is lastiger.

Obstakels en mogelijke maatregelen

In de beschreven voorbeelden komen twee soorten obstakels of eigenlijk voorwaarden voor de invoer van prosumerisme naar voren, te weten materiële en immateriële obstakels.

Technische mogelijkheden

Bij de *materiële obstakels* gaat het onder andere om technische mogelijkheden. Veel voorbeelden van prosumerisme steunen op ICT en/of internet. Dat betekent dat met de *gebruikte software* de juiste feedback gegeven moet kunnen worden die hoort bij het ziektebeeld dat aan de orde is. Ook betrouwbaarheid en privacy zijn belangrijk. Het is niet de bedoeling dat medische gegevens ook voor anderen toegankelijk zijn. Wanneer via internet informatie of behandelingen worden aangeboden, is het belangrijk dat cliënten kunnen beoordelen of dit betrouwbaar is. Een *keurmerk voor betrouwbare gezondheidsinformatie op internet*, gegeven door bijvoorbeeld de RVZ of een ander adviesorgaan van de overheid, betekent wat dit betreft een belangrijke kwaliteitsverbetering. Het gaat ook om technische mogelijkheden op het gebied van *zelfmeetinstrumenten en thuistests*; zolang een ziektebeeld of een bloedwaarde niet op eenvoudige wijze op basis van een druppel bloed of urine is vast te stellen, zijn de mogelijkheden voor prosumerisme beperkt.

Financiële investeringen

Bij materiële obstakels gaat het niet alleen om technische mogelijkheden, maar ook om de noodzaak tot *financiële investeringen*. Veranderingen in het productieproces en in de dienstverlening kosten tijd en geld; het gaat om herontwerp van werkprocessen, ontwikkeling van protocollen, ontwikkeling van systemen voor monitoring van prosumer processen, aanvullende scholing van personeel, et cetera. Tijdens de inventarisatie is dit herhaaldelijk als obstakel voor het doorvoeren van prosumerisme genoemd. Omschakelingen richting prosumerisme betekenen investeringen op instellingsniveau. De logica van marktwerking brengt met zich mee dat instellingen zelf deze investeringen opbrengen en terugverdienen. In de *huidige bekostigingssystematiek* van de gezondheidszorg zit *weinig of geen ruimte om innovatie te financieren*. Er is wel ruimte om af te schrijven op kapitaalsinvesteringen zoals gebouwen en apparatuur en dergelijke investeringen te spreiden over een aantal jaren. Voor innovatie zijn die mogelijkheden er niet, investeringen op dit terrein kunnen niet over een aantal jaren gespreid worden, waardoor dergelijke investeringen eigenlijk meteen iets moeten opleveren. Innovaties in de gezondheidszorg worden vaak gefinancierd door subsidies van bijvoorbeeld zorgverzekeraars, het college voor zorgverzekeringen of ZonMw. Gezondheidszorginstellingen zijn voor hun innovaties afhankelijk van dergelijke derden, die ook eigen strategische agendapunten zullen hebben, die niet altijd overeen hoeven te komen met de innovatieve ambities van de betreffende gezondheidszorginstelling. Vanuit een *landelijk innovatiefonds* zou een eenmalige bijdrage verstrekt kunnen worden voor ontwikkelingen richting prosumerisme. Dit geeft een incidentele uitbreiding van de investeringsruimte die zorgaanbieders in staat moet stellen door middel van afschrijvingen de investering terug te verdienen en vervolgens opnieuw in de organisatie te investeren. Dit kan als overheidstaak gezien worden, omdat de opbrengsten van prosumerisme ten goede komen aan de zorg in de samenleving; meer mensen kunnen in kortere tijd geholpen worden. Er zijn ook opbrengsten voor zorginstellingen, aangezien een aantal administratieve en eenvoudige zorghandelingen verschoven worden naar de cliënt. En zorginstellingen hoeven niet bang te zijn voor verlies aan werkgelegenheid aangezien in de toekomst de vraag naar zorg alleen maar zal toenemen. Het is daarom logisch dat zorginstellingen zelf ook in ontwikkelingen richting prosumerisme investeren.

Overigens zullen de beoogde innovaties richting prosumerisme vooral succesvol zijn wanneer professionals in de uitvoering en op managementniveau zich aan deze strategische keuze committeren. Dat is wellicht minder het geval wanneer ontwikkelingen geheel extern gefinancierd worden, dan wanneer de financiering (gedeeltelijk) zelf wordt opgebracht. Wanneer het om eigen financiering gaat, zal ook beter gelet worden op het rendement van investeringen. Het is voorstelbaar dat het voorgestelde landelijke innovatiefonds slechts de helft van de benodigde investeringen beschikbaar stelt.

Daarnaast is het belangrijk dat er materiële incentives bestaan voor professionals. De productiviteitsstijging ten gevolge van prosumerisme zou op enigerlei wijze ten goede moeten komen aan geldstromen waarover professionals kunnen beschikken. In ieder geval zouden de investeringen terugverdiend moeten kunnen worden, terwijl de aanvullende opbrengsten op hun beurt vrijelijk geïnvesteerd zouden moeten kunnen worden.

Kennismanagement

Om zo goed mogelijk gebruik te maken van reeds ingezette vernieuwingen is *kennismanagement* belangrijk. Het lijkt er namelijk op dat in de gezondheidszorg op verschillende plaatsen bijna hetzelfde wordt uitgevonden, terwijl men niet of nauwelijks op de hoogte is van elkaars inzichten en ontwikkelingen. Tijdens de inventarisatie kregen we daardoor soms tegengestelde informatie: door een zorgaanbieder in een ziekenhuis werd bijvoorbeeld een idee als volledig nieuw omschreven, terwijl uit een ander gesprek bleek dat een soortgelijk idee elders reeds dagelijkse praktijk is. Kennismanagement zou ervoor kunnen zorgen dat er meer sprake is van voortschrijdend inzicht, daardoor kan op de ontwikkeling van vernieuwingen worden bespaard. Aangezien de overheid een landelijk belang heeft, is hier een taak voor de overheid weggelegd. Zij zou ernaar moeten streven om via internet, via andere media en andere kanalen een bijdrage aan kennismanagement te leveren.

Mentale barrières

Bij *immateriële obstakels* gaat het om *mentale barrières* bij zowel *cliënten als professionals*. Overigens gaan veranderingen eigenlijk altijd gepaard met weerstanden. Dat geldt ook voor veranderingen in het kader van prosumerisme. Cliënten moeten het vertrouwen hebben dat het systeem zoals dat voorgesteld wordt werkt. Bovendien moeten zij het vertrouwen hebben dat zij zelf voldoende kennis en vaardigheden hebben om te doen wat er van hen verwacht wordt. Vaak hebben cliënten ook vaardigheden en kennis nodig om met computers en internet om te gaan. Voor sommige groepen is dat een groter probleem dan voor andere. Van ouderen en allochtonen is bekend dat zij minder vertrouwd zijn met computers en internet dan andere groepen. Terwijl ouderen en allochtonen wel groepen zijn die frequent gebruik maken van de gezondheidszorg. In de loop van de tijd zal dit probleem kleiner worden, aangezien steeds meer mensen vertrouwd raken met computers en internet. En als de belastingdienst het zo goed als verplicht stelt om digitaal aangifte te doen, waarom zouden dergelijke omschakelingen dan niet in de zorg mogelijk zijn.

Cliënten met verschillende potentie

Cliënten zullen moeten wennen aan hun nieuwe rol, waarbij zij niet alleen patiënt zijn, maar ook partner in zorg. Dit zal bepaalde groepen makkelijker afgaan dan andere groepen. Er zijn groepen die de voorkeur geven aan een onderschikkende relatie met zorgaanbieders. Zij passen zich zoveel mogelijk aan aan zorgaanbieders en vinden het prettig wanneer zorgaanbieders verantwoordelijkheden van hen overnemen en zaken voor hen regelen. Er zijn ook groepen die het geen probleem vinden om een deel van het zorgproces van professionals over te nemen, zij zien er zelfs de voordelen. Bij deze groep zal het doorvoeren van prosumerisme nauwelijks een probleem zijn. Waarschijnlijk is er ook een tussengroep die wel bereid is om taken in het zorgproces over te nemen, maar die nog wel een duwtje in de rug kan gebruiken. Er kan niet zonder meer worden gesteld dat ouderen tot de eerst genoemde groep zullen horen, terwijl jongeren tot de (potentieel) actieve groep horen. Voor de huidige verkennende studie is alleen met professionals gesproken, waardoor dit aspect onderbelicht blijft.

Materiële incentives voor cliënten

In de huidige verzorgingsstaat zijn er nauwelijks materiële incentives voor cliënten om tot prosumerisme over te gaan. Nu de structuur van de verzorgingsstaat ingrijpend wordt veranderd, kan de overheid ook naar wegen zoeken om wel materiële incentives in te bouwen voor cliënten die actief worden in hun eigen zorgprocessen. Het aangrijpingspunt is hier de prijsstelling door verzekeraars. Het CVZ zou gevraagd kunnen worden om te onderzoeken hoe verzekeraars middels hun contracteergedrag prosumerisme kunnen bevorderen. Verzekeraars hebben een strategisch belang bij prosumer gedrag van hun verzekerden omdat dit kan bijdragen tot schadelastbeheersing.

Prosumerisme als bedreiging voor professionals

Voor *professionals* in de zorg betekent prosumerisme ook een behoorlijke mentaliteitsomslag. Prosumerisme heeft alleen kans van slagen wanneer professionals ervan overtuigd zijn dat cliënten over voldoende kennis en vaardigheden beschikken om het beoogde deel van het productieproces over te nemen. Zij moeten bereid zijn om een deel van hun taken over te dragen aan cliënten. Het is mogelijk dat zij dit zien als een bedreiging voor hun inkomsten of als een statusverlaging van hun vak. Bij de professionals die aan het huidige onderzoek hebben meegewerkt waren deze geluiden niet te horen. Dat kan zijn omdat we vooral professionals hebben gesproken die iets zien in prosumerisme. Het is ook niet nodig om prosumerisme te zien als bedreiging of statusverlagend. Door de groeiende zorgvraag in de komende jaren hoeven professionals in de zorg zich helemaal geen zorgen te maken over een mogelijk gebrek aan werk en inkomsten. Daarnaast kunnen professionals zich door prosumerisme, door taken over te dragen aan cliënten, zich meer bezig houden met hun vak, met datgene

waar zij voor geleerd hebben, met hun expertise. Per definitie behoren werkzaamheden die door cliënten zelf kunnen worden verricht niet tot het exclusieve domein van de professional. Wat voor de professional rest zijn de niet-overdraagbare taken, de kern van de professie die niet voor derden toegankelijk is. Daarnaast is de professional de eerst aangewezen om zorgvragers te begeleiden in hun leerproces om zelfstandig zorgtaken te verrichten. Op zich kan dit statusverhogend werken. Daarnaast treedt de professional meer dan voorheen op als opleider en/of supervisor. In het professionele leven is het opleiden van collega's een belangrijke activiteit van senior-professionals. Daar komt nu het scholen en superviseren van derden, namelijk cliënten bij.

Als prosumerisme doorzet krijgen professionals te maken met een variatie aan meer passieve en meer actieve doelgroepen. In beginsel maakt dit het werk complexer, er wordt meer maatwerk gevraagd waarbij de professional voor lijdelijke cliënten van alles regelt en voor actieve cliënten een meer begeleidende rol vervult. Dit komt ook tot uiting in de benadering van cliënten. Voor de centrale overheid ligt hier een taak in de sfeer van het bevorderen van veranderingen in einddoelen van professionele opleidingen. Tevens ligt er een taak om de meningsvorming binnen beroepsgroepen en bij brancheverenigingen op gang te brengen over taakherschikking tussen professionals en zorgvragers.

Verschuiving van verantwoordelijkheden

Prosumerisme betekent niet alleen een verschuiving van taken, maar ook een verschuiving van verantwoordelijkheden. Zoals eerder gezegd, maakt prosumerisme van cliënten partners in zorg, terwijl professionals minder grip op het productieproces krijgen. Cliënten zijn gemotiveerd om de bijbehorende verantwoordelijkheden op zich te nemen, het gaat tenslotte om hun eigen gezondheid en in het uiterste geval om hun eigen leven. Toch zullen zij niet altijd de verantwoordelijkheden voor hun rekening *kunnen* nemen. Cliënten hebben namelijk niet het overzicht en het inzicht dat professionals wel hebben. Zij kunnen wel trouw de regels van protocollen opvolgen, maar zullen het veel minder snel begrijpen wanneer een voorgeschreven dosis of advies niet (helemaal) klopt. Om te voorkomen dat het misgaat, moeten bij de overschakeling op meer inzet van cliënten in de zorg goede controlemechanismen worden ingebouwd. Zeker in overgangsfasen is het belangrijk om goed na te denken over verantwoordelijkheden en die goed te organiseren. Daarnaast kunnen professionals het ook als een bedreiging ervaren wanneer cliënten taken van hen over gaan nemen. Zij zullen daarom goed moeten worden doordrongen van de noodzaak tot arbeidsbesparing en van de voordelen voor de kwaliteit van zorg voor cliënten en van de voordelen voor henzelf. Zij moeten ervan overtuigd raken dat het niet een verschraving van hun vak, maar juist een verrijking betekent.

Immateriële obstakels, met name als het gaat om mentaliteitsveranderingen, zullen gedeeltelijk door de tijd en de ervaring met de nieuwe werkvormen verdwijnen. Voorlichting kan daar een belangrijke rol in spelen. Zowel cliënten als professionals moeten voorgelicht worden over wat er van hen wordt verwacht en wat voor hen de voordelen van deze werkwijze zijn.

Voorwaarden en maatregelen samengevat

Voorwaarden voor het realiseren van prosumerisme in de zorg liggen op twee vlakken. Ten eerste moet het *praktisch mogelijk* zijn om taken van professionals aan cliënten over te dragen. De taken moeten zich daarvoor lenen en de noodzakelijke techniek moet beschikbaar en betrouwbaar zijn. Tegelijkertijd moeten zowel professionals als cliënten er *mentaal* aan toe zijn. Zij moeten er beide van overtuigd zijn dat prosumerisme mogelijk is, in het meest ideale geval zijn zij ervan overtuigd dat prosumerisme een verbetering betekent. Voor het ontwikkelen van de noodzakelijke techniek en voor de noodzakelijke veranderingen in het productieproces en de dienstverlening zijn financiële middelen nodig. De voorwaarden voor het realiseren van prosumerisme hangen nauw met elkaar samen.

Samengevat zijn de voorwaarden om prosumerisme in de zorg te realiseren de volgende:

- taken zijn overdraagbaar aan cliënten;
- noodzakelijke techniek is beschikbaar en betrouwbaar;
- professionals zien prosumerisme als mogelijkheid, liever nog als verbetering;
- cliënten zien prosumerisme als mogelijkheid, liever nog als verbetering;
- financiële investeringen in techniek en veranderingen ten behoeve van prosumerisme zijn mogelijk en/of beschikbaar.

De overheid heeft mogelijkheden om prosumerisme te bevorderen, deze sluiten aan bij aan bij de genoemde voorwaarden. In de gesprekken met professionals die open stonden voor prosumerisme werd het obstakel van financiële middelen veelvuldig genoemd. Ook als aan de overige voorwaarden voldaan is, kan een gebrek aan financiële middelen een obstakel voor prosumerisme betekenen. Door

professionals die nog niet zoveel zien in prosumerisme kan de afwezigheid van financiële middelen als een onoverkomelijk probleem gezien worden, waardoor niet eens verder wordt nagedacht over prosumerisme. Het is daarom de eerste taak van de overheid om de financiering van techniek en ontwikkelingen richting prosumerimse eenvoudig te maken, bijvoorbeeld via een landelijk innovatiefonds van waaruit innovaties richting prosumerisme geheel of gedeeltelijk eenmalig kunnen worden gesubsidieerd. Wanneer ontwikkelingen richting prosumerisme eenmaal ingeburgerd zijn, zal het niet meer nodig zijn om dergelijke financiële middelen beschikbaar te stellen.

Een groot deel van de voorbeelden van prosumerisme in de zorg is gebaseerd op het gebruik van internet. Voor cliënten is het lastig om te beoordelen of een aanbieder of informatie op internet betrouwbaar. Het is daarom belangrijk dat er een kwaliteitskeurmerk komt waaruit blijkt dat de aanbieder en de informatie die gegeven wordt door de overheid betrouwbaar wordt gevonden. Dit is een maatregel van structurele aard; bij het gebruik van internet zal de vraag naar betrouwbaarheid altijd bestaan.

Uit het onderzoek is gebleken dat op verschillende plaatsen soms dezelfde ontwikkelingen gaande zijn, terwijl iedereen ervan overtuigd is dat zij de enigen in Nederland zijn die met dergelijke ontwikkelingen aan de gang zijn. De overheid kan voorkomen dat verschillende malen in ongeveer dezelfde ontwikkelingen wordt geïnvesteerd door kennismanagement. Kennismanagement kan ook een stimulerend effect hebben doordat professionals ideeën kunnen opdoen.

Samengevat kan de overheid met de volgende maatregelen prosumerisme bevorderen:

1. financiering van techniek en ontwikkelingen richting prosumerisme eenvoudig maken, bijvoorbeeld door het instellen van een landelijke innovatiefonds;
2. kwaliteitskeurmerk voor diensten en informatie op internet;
3. kennismanagement.

De eerst genoemde maatregel is een belangrijke startimpuls voor prosumerisme. Wanneer ontwikkelingen richting prosumerisme eenmaal op gang zijn, kan deze maatregel afgebouwd worden. De andere twee maatregelen moeten meer gezien worden als randvoorwaarden die prosumerisme ondersteunen, zowel in de opstartfase als wanneer prosumerisme meer gemeengoed is geworden. Deze maatregelen zijn in eerste instantie misschien minder essentieel, maar zijn wel meer structureel van aard.

Grenzen aan prosumerisme in de zorg

Prosumerisme in de zorg biedt vele mogelijkheden en kansen, dat blijkt wel uit de beschreven voorbeelden. Het is de vraag hoever we kunnen gaan met het verschuiven van taken van professionals naar cliënten. Wat zijn wat dat betreft de grenzen?

De meest belangrijke grens is dat taken waarvoor specialistische kennis noodzakelijk is, niet aan cliënten kunnen worden overgedragen. Cliënten moeten over voldoende kennis en vaardigheden beschikken. Dat is echter niet nodig wanneer de specialistische kennis in protocollen en vervolgens in software is vast te leggen.

Daarna zijn de grenzen aan prosumerisme flexibel. Wanneer de samenleving eenmaal aan een bepaalde gang van zaken is gewend, kan in principe een vervolgstap gezet worden. Bovendien gaan de ontwikkelingen in de techniek ook verder, waardoor steeds weer andere, nieuwe dingen mogelijk worden.

Literatuur

Gibbert, M., M. Leibold and G. Probst, Five Styles of Customer Knowledge Management, and How Smart Companies Use Them To Create Value. *European Management Journal*, vol 20, no 5, pp.459-469, October 2002.

Kramer, M., Een virtuele trombosedienst. Zelfmetende trombosepatiënten houden digitaal logboek bij. *Medisch Contact*, 29 nr. 49, december 2004.

Thoonen, B. and C. van Weel, Self management in asthma care. Professionals must rethink their role if they are to guide patients successfully. *BMJ*, vol 321, December 2000.

Tofler, A., *The Third Wave*, Toronto, 1981.

Gössling, T., Prosumption in health care: A transaction cost analysis of collaboration. In: Scott, C. M. and W.E. Thurston (eds), *Collaboration in context*. Calgary: Institute for Gender Research, pp. 173-181, 2003.

Finch, J. and J. Mason, *Negotiating Family Responsibilities*, London: Routledge, 1993.

Loo, H. van der Loo and W. van Reijen, *Paradoxen van modernisering. Een sociaal wetenschappelijke benadering*, Muiderberg: dick coutinho, 1990.

Voetnoten

¹ In 1981 is de term prosumerisme door Tofler gelanceerd om nieuwe uitdagingen en mogelijkheden voor consumenten in veranderende markten te beschrijven: *"We are moving rapidly beyond traditional mass production to a sophisticated mix of mass and demassified products. The ultimate goal of this effort is now apparent: completely customized goods, made with wholistic, continuous-flow processes, increasingly under the direct control of the consumer."*

² Een algemeen bekend voorbeeld van prosumerisme is het pinnen bij de bank. In de oude situatie moesten klanten hun geld tijdens openingstijden van de bank aan de balie van hun rekening opnemen. Aan de bankmedewerker moest men zich legitimeren, deze controleerde vervolgens het saldo op de betreffende rekening, betaalde het geld uit en registreerde de transactie. Tegenwoordig kan geld op elk gewenst moment van de dag uit een pinautomaat gehaald worden. Met behulp van een PIN-code legitimeert men zich om vervolgens het gevraagde bedrag uit de automaat te halen. Het controleren van het saldo en het registreren van de geldopname is volledig geautomatiseerd. Een belangrijk deel van de arbeid van de bankmedewerker is, mede dankzij automatisering, door de klant overgenomen. Ook de zelfservice in de supermarkt en bij benzinepompen zijn voorbeelden van prosumerisme.

³ Bij het pinnen van geld in plaats van het ophalen aan de balie van de bank, is het voordeel dat klanten geld kunnen halen op elk moment van de dag en bijna op elke straathoek. Dat geen enkele bankmedewerker het saldo hoeft te zien en hoeft te weten hoeveel wordt opgenomen. Anonimiteit is in deze context vaak een voordeel.

⁴ Zorg in haar dimensies staat in deze notitie centraal. Het gaat om zorg gericht op somatische en/of geestelijke aandoeningen, om zorg gericht op genezing (cure) of op het langdurig in stand houden van de bestaande kwaliteit van leven (care). Er kan sprake zijn van enkelvoudige of van meervoudige problematieken.

⁵ Het is te verwachten dat rond 2020 bij ongewijzigd beleid ruim twintig procent van de werkzame bevolking in de zorgsector werkzaam zal zijn. Dat is vanuit zowel arbeidsmarktontwikkelingen als kostenoverwegingen een ongewenste situatie. Tegen deze achtergrond zoekt het ministerie van VWS naar mogelijkheden om de arbeidsproductiviteit in de zorg te verhogen. Het TRANZO-departement van de Universiteit van Tilburg heeft in reactie op een rondschrijven van VWS over de thematiek aangegeven dat beleid, gericht op het inschakelen van zorgvragers in werkprocessen in de zorgsector, kan leiden tot stijging van de arbeidsproductiviteit. Het ministerie heeft daarop opdracht gegeven voor de voorliggende beleidsstudie, waarin prosumerisme in hoofdlijnen wordt beschreven en geanalyseerd.

⁶ Zorg kent verschillende dimensie, zoals eerder is beschreven. In het licht van prosumerisme en arbeidsbesparing in de zorg is niet één dimensie het meest belangrijk. We kiezen er daarom voor om de voorbeelden in willekeurige volgorde te beschrijven.

⁷ Om zicht te krijgen op mogelijkheden van prosumerisme in de zorgsector in Nederland zijn interviews gehouden met een aantal deskundigen, zo breed mogelijk verspreid over de zorgsector. Gesproken is onder meer met mensen van diagnostische centra, anesthesisten, een gyneacoloog, professionals in het verpleeghuis en van de thuiszorg, mensen uit de geestelijke gezondheidszorg, een software ontwikkelaar en een huisarts. Zij zijn benaderd via het netwerk van één van de onderzoekers en via de sneeuwbalmethode. Bovendien is in de werkkring gevraagd om ideeën voor prosumerisme. In de interviews met experts is gevraagd naar voorbeelden van prosumerisme, dat kunnen voorbeelden die al enige tijd lopen of voorbeelden die nog in ontwikkeling zijn of soms zelfs alleen nog maar gedachten zijn. Daarnaast is gevraagd naar mogelijke obstakels en maatregelen die de genoemde obstakels weg kunnen halen. In de interviews moest over het algemeen eerst de term

prosumerisme uitgelegd worden. Daarna kwamen veelal ideeën aan de orde die al in een meer of minder vergevorderd stadium van uitwerking zijn. Bij de uitwerking in voorliggende notitie is vooral aandacht besteedt aan voorbeelden van prosumerisme in een meer of minder vergevorderd stadium, omdat daarbij ook concrete obstakels en maatregelen genoemd kunnen worden. De besproken obstakels en maatregelen komen overigens soms ook uit de analyse en zijn dus niet altijd met zoveel woorden door de geraadpleegde experts genoemd.

⁸ Bij de inventarisatie hebben we ook een aantal voorbeelden gevonden die niet echt onder de noemer prosumerisme te scharen zijn, maar die wel interessant genoeg zijn om in deze bijlage te noemen. Ten eerste de inzet van cliënten (ervaringsdeskundigen) in de GGZ. Gedacht kan worden aan zelfhulpgroepen die begeleid worden door ervaringsdeskundigen, maar ook aan het toevoegen van ervaringsdeskundigen aan behandelende teams. Het voordeel van de inzet van cliënten is dat zij heel goed weten waar het om gaat en dat zij vaak ook beter aansluiting bij de cliënten kunnen vinden dan professionals. In de gevoerde gesprekken is ook aandacht besteedt aan domotica en aan preventie. Preventie kan een belangrijke arbeidsbesparing in de zorg betekenen, omdat mensen daardoor geen zorg, of veel later pas zorg nodig zullen hebben. In het ontwikkelen van effectieve preventiemethoden zit dus ook arbeidsbesparing. Ten derde is de indicatiestelling door Centrum Indiciestelling Zorg (CIZ, voorheen RIO) aan de orde gekomen. De praktijkmensen vinden deze indicatiestelling overbodig omdat die indicatie heel globaal is, waarna de instelling vervolgens weer een eigen indicatiestelling doet. Het is voorstelbaar dat de indicatiestelling door het CIZ voortaan via internet plaats gaat vinden. Ten slotte is aan de orde geweest dat het voor specialisten en voor cliënten die een specialiste bezoeken een grote tijdswinst zou betekenen wanneer huisartsen bij hun verwijzing al aangeven wat de reden voor doorverwijzing is. Dit gebeurt bij voorkeur via universele codes waarmee de aard en de ernst van de klacht aangegeven wordt. In de regio Eindhoven gebeurt dit reeds via Zorgdomein.nl, in Tilburg is men hierover aan het nadenken. Op basis van de code die door de huisarts aan de verwijzing wordt meegegeven, kunnen namelijk al onderzoeken plaats vinden die horen bij de klacht. Dat betekent dat de cliënt bij het eerste bezoek aan de specialist al de uitslagen van de benodigde onderzoeken bij zich heeft. Het eerste kennismakende bezoek wordt op deze manier overbodig, waardoor de cliënt sneller geholpen wordt en de specialist meer tijd beschikbaar heeft.

⁹ Cliënten in de zorg hebben met professionele zorgverleners te maken, maar vaak ook met mantelzorgers en vrijwilligers. Wanneer cliënten zelf niet in staat zijn om taken van professionals over te nemen, zijn mantelzorgers en/of vrijwilligers daar vaak wel toe in staat. Toen het onderzoek waarover in voorliggende notitie wordt gerapporteerd, werd voorgesteld is niet voorzien in het doordenken van verschuivingen naar deze derde partijen, in wisselwerking met wat de zorgvrager zelf nog kan. In deze notitie wordt een vrij strikte definitie van prosumerisme gehanteerd, waarbij het verschuiven van handelingen van professionals naar cliënten het uitgangspunt is. Verschuivingen naar mantelzorgers of vrijwilligers wordt buiten beschouwing gelaten. Het zou echter goed zijn om, nadat prosumerisme in de strikte zin van het woord goed is uitgewerkt, de mogelijkheden van verschuivingen naar deze derde partijen verder te doordenken.

¹⁰ In de toekomst neemt het aantal mantelzorgers en het aantal uren dat zij beschikbaar zijn af door de volgende maatschappelijke ontwikkelingen. Ten eerste wonen steeds meer mensen alleen, terwijl de partner de meest vanzelfsprekende mantelzorger is. Ten tweede hebben mensen minder kinderen, terwijl kinderen, na de partner, de meest vanzelfsprekende mantelzorgers zijn. Ten derde wonen de kinderen die er zijn vaak verder van hun ouders af, waardoor het soms praktisch onmogelijk is om (veel) mantelzorg te verlenen. Ten vierde is de arbeidsparticipatie van vrouwen toegenomen. Daardoor is een groep, die van oudsher het leeuwendeel van de mantelzorg voor haar rekening neemt, daar nu en in de toekomst minder beschikbaar voor. Ten vijfde staat in het overheidsbeleid meer werken door iedereen voorop; de overheid streeft ernaar dat mensen tot op hogere leeftijd doorwerken en dat zij per week meer uren werken. Ten zesde zijn sociale netwerken in de loop van de tijd dermate veranderd, dat van vrienden, kennissen en burens niet mag worden verwacht dat zij mantelzorg zullen verlenen. Ten slotte zijn normen en waarden ook losser geworden, waardoor het niet meer zonder meer vanzelfsprekend is dat mensen mantelzorg aan elkaar verlenen (o.a. Finch & Mason, 1993; Van der Loo & Van Reijen, 1990).