

Durf het

J.M.M. van Lith

Prachtig beschrijft Geert Mak in *'Reizen zonder John'* een uitzichtpunt in New Hampshire: 'enkel geschapen om te consumeren, niet om iets te doen of te maken... veel bezoekers blijven in hun auto zitten, staren door de voorruit naar het landschap alsof het op een scherm is geprojecteerd, en verkassen dan weer op weg naar een nieuwe ervaring'.

De Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) stelt dat de rol van de patiënt verandert van zorgconsument in die van een actieve, bij de eigen gezondheid betrokken burger. De tijd van consumeren is voorbij. In je auto blijven zitten en staren door de voorruit naar het landschap gezondheidszorg kan niet meer. Van een overlevingsmaatschappij zijn we, na de Tweede Wereldoorlog, via de consumptiemaatschappij opgeschoven naar een informatiemaatschappij. Dat heeft natuurlijk ook zijn beslag in de gezondheidszorg. Het is niet langer *'de dokter'* die bepaalt, het zijn multidisciplinaire teams die zorg bieden door alle lijnen heen met een steeds centralere rol en zelfs eigen regie van de patiënt. We bevinden ons in een overgangperiode, een keerpunt waarin de rollen herverdeeld en herschikt worden en tevens een herinrichting van de zorg plaatsvindt. De betaalbaarheid van de gezondheidszorg is een extra complicerende factor.

De dokter

De afgelopen jaren is in de opleidingen gewerkt aan de veranderende rol van de dokter door bewust competenties als communicatie, samenwerken en organiseren aan te bieden en te toetsen. De dokter wordt beter voorbereid op zijn rol in een team en binnen een organisatie. Dit geldt zowel voor de initiële geneeskunde opleiding als voor de vervolgoledingen.

Wij, de zorgverleners, houden stevig (krampachtig?) vast aan de oude uitgangspunten. Inmiddels is onze aandacht minder op inkomen gericht en maken we ons sterk voor kwaliteit en veiligheid, toch blijven we erg naar binnen gericht. Dit geldt bijvoorbeeld voor de indeling van specialismen. Is die nog passend? Waarom geen opleiding oncologie met kennis en vaardigheden op alle terreinen van diagnostiek, beeldvorming, behandelingen, genetica, preventie etc. Of een brede chirurgische opleiding waarbin-

nen ook gynaecologie, oogheelkunde en KNO zijn ondergebracht. Die verschuiving gaat er vast komen. Nieuwe opleidingen zoals SEH-arts en ziekenhuisarts en introductie van physician assistants / klinisch verloskundigen zagen aan de poten van de bestaande indelingen en gaan juist over de grenzen van de bestaande specialismen en lijnen heen. Is het eigenlijk nog zinnig twee jaar co-schappen te lopen?

Organisatie gezondheidszorg

Heel veel zorg kan in de directe omgeving van de patiënt worden geboden. Nederland heeft een zeer fijnmazig netwerk van nulde- en eerstelijnszorg en is uitstekend toegerust op zorg dichtbij. Dit fijnmazige netwerk heeft een prima aansluiting op de curatieve ziekenhuiszorg. De bereikbaarheid is goed en de kwaliteit is hoog. De patiënt zal binnen een netwerk in plaats van in lijnen geholpen worden. Goede zorg wordt geïntegreerd aangeboden: kennis, expertise en vaardigheden worden geleverd door de juiste teams, met de juiste personen, op de juiste tijd en op de juiste plaats. Introductie van nieuwe technologische ontwikkelingen bijvoorbeeld op het gebied van communicatie en monitoring-op-afstand creëren nieuwe mogelijkheden. Denk aan ontwikkelingen als mijnzorgnet en parkinsonnet.

De patiënt neemt zelf de regie. De netwerken richten hun zorg in vanuit het perspectief van en gericht op de patiënt. Zorgverleners volgen de patiënt en de fysieke muren van praktijken en ziekenhuizen verdwijnen.

Stakeholders

De patiënt vindt zijn weg in de informatiemaatschappij. Bestaande zekerheden verdwijnen. Een mooi voorbeeld hoorde ik in een verwijzing naar de verdwenen ouderwetse degelijke encyclopedie: weinig ingekeken, maar degelijke en betrouwbare informatie. De huidige generatie kan met de onzekerheden van Wikipedia, niet altijd even betrouwbaar en degelijk, heel goed omgaan en begrijpt die onzekerheid ook. Een metafoor voor de gezondheidszorg. De ouderwetse alleswetende en altijd aanwezige dokter is verdwenen. De huidige patiënt wil steeds meer zelf een rol in de besluitvorming spelen, daarin geadviseerd door het medisch team en aangevuld met

eigen ingewonnen informatie. Soms komt deze informatie van degelijke richtlijnen van honderden pagina's, soms van korte beschrijvingen verkregen door te googelen. Kwaliteit, veiligheid en kosten moeten inzichtelijk zijn.

De verzekeraars zijn na een aarzelend begin duidelijk hun positie aan het innemen. Met kwaliteit als uitgangspunt en kostenbeheersing als randvoorwaarde beginnen ze invulling te geven aan hun verantwoordelijkheid. Inkoopbeleid wordt gedifferentieerd, deels gebaseerd op evidence, maar zeker ook op gezond verstand. Achter de schermen neemt de regierol van de verzekeraar toe. Dit is merkbaar in discussies over volumennormen en acute zorg. Men zet ook in op de verzekerde zelf met het programma SamenGezond.

Ziekenhuizen bevinden zich in een lastig parket. Loyaliteit naar hun professionals en werknemers? Zelfstandigheid versus partner in een netwerk? Groter worden en alles aanbieden of uitstekend zijn in bepaalde onderdelen van het aanbod en andere onderdelen afbouwen? Wat is eigenlijk hun bestaansrecht in een ontwikkeling naar geïntegreerde zorg in een regio zonder muren en schotten? Het zal nog wel even duren, toch zie ik ziekenhuizen opgaan in regionale organisaties met daarbinnen eigen nieuwe structuren van samenwerking tussen netwerken van multidisciplinaire teams.

Bij de overheid is de horizon niet ver weg. De overheid reageert op de waan van de dag en heeft geen duidelijke visie op gezondheid en gezondheidszorg over pakweg 25 jaar. Daar moeten we weinig van verwachten en dat is ook niet nodig als eerder genoemde spelers samen hun verantwoordelijkheid nemen: de gezondheidszorgpolder.

Betekenis

Enige onrust is uitstekend. De discussies en onenigheid zorgen dat allen bij de les blijven. Creatieve geesten kunnen en moeten richting geven aan de ontwikkelingen. Dit past bij een lerende organisatie en dat zijn we. Evidence en gezond verstand moeten in balans gebracht worden. Alle betrokkenen moeten een rol hebben in de ontwikkelingen en vooral tijdig betrokken worden. Kostenbeheersing is een belangrijke taak. In meerdere regio's zien we dat de spelers

elkaar aftasten en zoeken naar de stip op de horizon. Ik adviseer iedereen daar actief aan deel te nemen, of het zelfs te initiëren. Zoals het is, zal het niet blijven.

Voor de hand ligt dat zorg in netwerken zonder lijnen en schotten regionaal aangeboden gaat worden. Organisaties zullen samengaan, medewerkers en dokters zullen op meerdere plaatsen en met nieuwe communicatiemiddelen ingezet worden, de patiënt zal meer en meer eigen regie gaan voeren. Ik verwacht regionale netwerken in een losse organisatievorm, waarin de ouderwetse bolwerken van academische centra een centrale rol zullen vervullen. Deze bolwerken zullen geopend worden. De rol ligt vooral besloten in de pijlers onderwijs, opleiding, nascholing, onderzoek en topreferente zorg. Deze pijlers kunnen door de brede inbedding de plan-control en kwaliteitscyclus invulling geven.

Meer lokaal ingerichte multidisciplinaire netwerken verzorgen het aanbod vanuit het nieuwe perspectief en zijn probleemgeoriënteerd. Binnen deze netwerken gaan wij functioneren en sommigen zullen in meerdere netwerken actief kunnen zijn, vooral afhankelijk van de benodigde competenties. Dat is mijns inziens uitstekend; goed voor de patiënt, maar ook goed voor ons zelf. De dynamiek en de uitdaging nemen toe.

Bepaalde zorg zal slechts supraregionaal of (inter)nationaal aangeboden worden. Veel complexe en acute zorg zal zich concentreren in een kleiner aantal organisaties. De concentratiediscussie is makkelijk te voeren, hoewel pijnlijk voor een aantal ziekenhuizen en een aantal dokters. De spreidingscomponent, gezamenlijk teams van nulde-, eerste-, tweede- en derdelijn, daar ligt de echte uitdaging. Het gaat gebeuren en we kunnen beter zelf het initiatief nemen en houden. Daar zijn we, als teamspeler, zeker toe in staat, het is onze maatschappelijke plicht, maar durven we het?...

Auteur (op persoonlijke titel)

prof. dr. Jan M.M. van Lith, als hoogleraar obstetrie verbonden aan het UMC in Leiden