

Vijf belangrijke elementen van de curatieve zorg anno 2018

Onder de titel 'Ontdek de nieuwe zorg' organiseerde Berenschot op 17 september jl. een discussieavond. Aanleiding was het verschijnen van het handzame boekje 'Beter worden!' van een tweetal Berenschotconsultants. Hierin beschrijven zij verschillende scenario's voor de curatieve zorg in 2018. De redactie van Zorginstellingen heeft zorginnovatiedeskundige Ruud Dirkse gevraagd om van deze bijeenkomst een verslag te maken en de voorgestelde vergezichten van commentaar te voorzien.

door Ruud Dirkse

De discussieavond over curatieve zorg anno 2018 vond plaats in de Rode Hoed in Amsterdam. In de zaal zaten zo'n honderdvijftig mensen, overwegend dertigers. Voor de zaal zat een stevig samengesteld bestuurlijk forum, met daarin Jack Thiadens (voorzitter RvB Martini Ziekenhuis Groningen), Maarten Rook (voorzitter RvB Mesos MC), Diana Monissen (DG-curatieve zorg bij VWS), Theo Camps van Berenschot zelf en tot slot Edwin Velzel (voorzitter RvB Uvit Zorgverzekeringen). Avondvoorzitter was voormalig arts en hockeycoach Tom van 't Hek. Kortom, ingrediënten genoeg voor een leuke avond en dat werd het ook.

De avond startte met een animatiefilm, waarin vijf elementen van de curatieve zorg anno 2018 werden neergezet. Deze elementen waren:

- *Zorgonline*: Op ieder moment van de dag kunnen eenvoudige onderzoeken via de laptop worden gedaan, waarbij contact is met een virtuele verpleegkundige. Na het afgeven van bijvoorbeeld bloed komt binnen een paar minuten een analyse en het antwoord op een vraag.
- *Centra voor Zorg en Welzijn*: Dit is een lokaal centrum, waarin onderdelen van het voormalige ziekenhuis, de huisarts, tal van paramedische diensten en tal van welzijndiensten zijn ondergebracht. Kleine aandoeningen kunnen hier worden gediagnosticeerd en behandeld, maar er is ook aandacht voor de sociale context en voor preventie.
- *Het Behandelhuis*: Hier worden gestandaardiseerde ope-



Naar verwachting zal met verdere specialisatie de efficiency en de kwaliteit van behandelwachten om steeds dezelfde handelingen te verrichten.

raties uitgevoerd. Behandelhuizen hebben allemaal hun eigen specialismen.

- *Het Herstelhotel*: Na een operatie kunnen mensen hier verblijven, maar ook bijkomen in geval van bijvoorbeeld psychische overbelasting.
- *Het Expertisecentrum*: Dit zijn gespecialiseerde topinstellingen voor ingewikkelde operaties en ziektebeelden. De expertisecentra werken internationaal samen. Voor bijvoorbeeld cardiologie zijn er slechts drie expertisecentra in het land. Patiënten vinden het geen probleem hiervoor wat verder te moeten reizen.

enten van no 2018



lingen toenemen. Anderzijds zit geen enkele specialist of verpleegkundige erop te

Toekomstscenario's

Na de verhelderende animatiefilm, werd de forumleden gevraagd te reageren op deze toekomstscenario's. Alle forumleden waren het in hoofdlijnen eens over de vlucht die online zorgtoepassingen gaan nemen, de verdergaande specialisatie van ziekenhuizen en de directere koppeling van ziekenhuiszorg aan welzijn en preventie. Bij het herstelhotel werd met name door Edwin Velzel van Uvit een vraagteken gezet; hij verwacht daar niet zo'n heel grote vlucht van ondanks de huidige groei van zorghotels. De meeste mensen willen gewoon thuis herstellen en dat gaat dankzij de vele nieuwe manieren van zorg op afstand steeds beter. Ik ben dat met hem eens.

Behandelhuis en expertisecentrum liggen qua concept dicht bij elkaar, aldus het forum.

In het debat werd vervolgens ingezoomd op de steeds verdergaande specialisatie van ziekenhuizen. In de huidige arbeidsmarkt is voor het management van een ziekenhuis vooral ook van belang om aantrekkelijke en uitdagende banen te kunnen bieden. Dan ontstaat een lastige spagaat. Enerzijds vinden bijvoorbeeld artsen het heel belangrijk om topzorg te kunnen leveren. Zij willen de beste in hun vakgebied zijn. Met verdere specialisatie zal de efficiency en de kwaliteit van behandelingen toenemen, is de algemeen geldende verwachting. Anderzijds zit geen enkele specialist of verpleegkundige erop te wachten om min of meer als lopendebandwerk steeds dezelfde handelingen te verrichten. In het debat hierover kwam men er niet goed uit. Waar liggen de grenzen van specialisatie? Een andere ontwikkeling die hierop aansluit is de verschuivende samenwerking tussen eerste en tweede lijn. De ontwikkeling van wijkpoliklinieken die nauw samenwerken met huisartsenpraktijken en paramedici is hier een voorbeeld van. Opvallend vond ik dat er in dit kader helemaal niet werd gesproken over een andere ontwikkeling, namelijk ziekenhuizen die steeds meer opschuiven richting thuiszorgorganisaties. De opnametijd in ziekenhuizen daalt al decennia. Dit komt mede doordat mensen na operaties sneller uit het ziekenhuis ontslagen worden, maar wel veel nazorg krijgen door ziekenhuismedewerkers in de vorm van online begeleiding, telefonisch contact en soms zelfs huisbezoek. Ook bij chronische ziekten zie ik een verschuiving van het ziekenhuis naar thuis. Zo vinden nierdialyses soms al thuis plaats, terwijl iemand 's nachts slaapt, met monitoring op afstand in het ziekenhuis.

Inzichtelijkheid goede zorg

Diana Monissen sneed in het kader van de wens van de patiënt om goede zorg te hebben en daar desnoods wat verder voor te reizen, een ander thema aan. Namelijk de inzichtelijkheid waar goede zorg geboden wordt. Hier zijn de afgelopen jaren goede stappen voorwaarts gezet, maar er is ook nog een wereld te winnen. Het gesloten bastion van de zorg moet nog verder open. Goede zorg gaat daarin verder dan alleen de behandeling zelf, maar ook bejegening, wachttijden en samenwerking met anderen in de zorgketen zijn daarbij belangrijke aandachtspunten. Monissen heeft hier natuurlijk groot gelijk in. Tegelijkertijd was het jammer dat zij geen concrete maatregelen van haar ministerie noemde waardoor deze openheid wordt afgedwongen. Het blijft op dit punt in de zorg teveel polderen.

Eén van de opvallende punten deze avond was overigens de volledige afwezigheid van de patiënt en/of diens vertegenwoordigers. Of ze niet waren uitgenodigd, of dat ze zelf niet konden weet ik niet, maar ik vond de discussie van de avond redelijk typerend op dit punt. Het waren vooral bestuurders die praten over de hoofden van patiënten heen. En dat gebeurt te vaak in de zorg.

Betaalbaarheid zorgsysteem

Natuurlijk ging het deze avond ook over geld. De betaalbaarheid van het zorgsysteem komt mede dankzij de vergrijzing onder druk te staan. Meer efficiency, mede dankzij de al eerder genoemde specialisatie, is daarom nodig vonden alle forumleden. Uvit kondigde aan dat zij voor sommige behandelingen bewust niet meer alle zorginstellingen contracteren. Dit om hierin harder te sturen dan tot nu toe. Ook meldde Velzel dat zij sinds enige tijd een speciale jongerenpolis hebben, waarin als verplichting voor de patiënt zit, dat zij — indien het ziektebeeld dat toestaat — eerst een online consult moeten doen, voor zij fysiek naar een arts toegaan. Dit blijkt goed aan te sluiten bij de huidige jongerencultuur en slaat daarom goed aan. De kostenbesparingen zijn enorm. Mij moet van het hart dat ik dat mooi vind klinken maar dat dit volgens mij nog niet goed ingebed is in de huidige financieringssysteem. De vergoedingen voor e-consult en online behandeling zijn nog uiterst minimaal. Zo meldde één van de aanwezige ziekenhuisbestuurders dat neurologen bij hem een bewezen uitstekend webconsult hebben, maar er vanwege financieringsvraagstukken geen reclame voor maken.

Bij veel ziektebeelden is er nog een wereld te winnen bij preventie. De huidige financieringssysteem is niet echt stimulerend om preventie naar een hoger plan te tillen. Als een arts door goede begeleiding en advisering weet te voorkomen dat iemand behandeld moet worden, krijgt hij daar geen vergoeding voor. Voor behandelingen en consulten krijgt hij wel betaald. Zoals één van de forumleden het zo plastisch uitdrukte: 'what you pay, is what you get'. Het was jammer dat de forumleden deze constatering terecht doen, maar tegelijkertijd niet met concrete oplossingen kwamen voor dit lastige vraagstuk. Meer bestuurlijke moed is nodig.

Het boekje en deze avond pretendeerden over de hele cure te gaan. In praktijk ging het vooral over ontwikkelingen in de ziekenhuiswereld. Huisartsen, GGZ en andere onderdelen van de cure kwamen niet tot nauwelijks aan bod. Dat is een gemiste kans, want om draagvlak voor veranderingen te krijgen is communicatie met alle betrokkenen van belang. Zorg gaat over mensen. Veel mensen hebben niet alleen met de cure te maken, maar zeker zoveel met de care. Denk maar eens aan alle chronische ziekten. Chronische patiënten klagen steen en been, dat zij voor ieder deelaspect van hun aandoening weer met andere zorgorganisaties, financieringsstromen en beslissers te maken hebben. Niet hun gezondheid en hun welzijn, maar de organisatie van zorg en welzijn ervaren zij als leidend gegeven. Juist in de care zien wij dat het meer centraal stellen van de echte vraag van cliënten en van het welzijnsthema tot nieuwe verrassende oplossingen leidt. Ik noem hierbij als voorbeelden de opkomst van kleinschalig wonen, het steeds meer zelf koken van bewoners in alle sectoren van de care, maar ook spelenderwijs bewegende ouderen met daar omheen

1 Zorgonline



2 Centrum Zorg & Welzijn



3 Behandelhuis



4 Herstelhotel



5 Expertise-centrum



De vijf modellen die in het boekje 'Beter Worden!' worden gerepresenteerd.

veel sociale activiteiten. De rol van nieuwe toetreders op de zorgmarkt kan bij het innovatieproces een katalyserende werking hebben, doordat patiënten alternatieven krijgen aangeboden voor het huidige zorgaanbod. Afgelopen jaren hebben de komst van de Maartenskliniek en enkele andere vergelijkbare gespecialiseerde klinieken in de cure een dergelijke rol vervuld. In de care zien wij bijvoorbeeld dat de komst van Buurtzorg met zijn kleine zelfstandig werkende buurtteams en goede samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundige voor beweging bij vele reguliere thuiszorgaanbieders heeft gezorgd.

Het is goed dat met het boekje 'Beter worden!' en deze avond een aanzet is gedaan tot een debat. De voorgespiegelde centra voor gezondheid en welzijn kunnen hierin een belangrijke rol spelen, als we er met elkaar in slagen om nog verder los te komen van het medisch model. De uitdaging is nu hoe wij de rest van de zorgketen beter kunnen betrekken bij dit debat, met de patiënt/cliënt als regisseur in een centrale rol. ♦

Over de auteur:

Ruud Dirkse is directeur van Zorginnovatiebureau DAZ.