

Summary Boek

“Behandelplan voor een betere gezondheidszorg

Zeven routes naar meer maatschappelijk leiders en meer regie door patiënten”

De gezondheidszorg staat al langer onder druk en onder verhoogde publieke en politieke aandacht. Zeker sinds de coronapandemie is het voor velen duidelijk dat de zorg in ons land substantieel en structureel een andere kant op moet. Welke strategische visie wijst ons de richting voor een betere gezondheidszorg en vooral: wat brengt de boel eindelijk in beweging in die goede richting?

Vanuit die urgentie en noodzaak tot fundamentele verandering heb ik vanuit het werk voor mijn denktank Public Space Foundation veel mensen gesproken en om inzichten gevraagd, nationaal en internationaal. Dit was vaak in debatten en op congressen over de toekomst van de gezondheidszorg, met vragen over wat er op sommige onderdelen aan de hand is of wat er moet gebeuren. Zo ontwikkelde ik een visie. Ook verzamelde ik veel inspirerende voorbeelden van hoopgevende initiatieven in de zorg, gebaseerd op succesvol maatschappelijk ondernemerschap.

Het resultaat van dit alles zijn de volgende zeven transformatie richtingen die de beoogde vernieuwing van de Nederlandse gezondheidszorg samenvatten:

1. Naar stimuleren van maatschappelijk leiderschap
2. Naar bevorderen van gezondheid
3. Naar financieren van werkelijk toegevoegde gezondheids- en levenswaarde
4. Naar beter organiseren van zorgprofessionals met ruimte voor hun praktische wijsheid
5. Naar ontwikkelen van platform organisaties en een andere stijl van management
6. Naar realiseren van zorg dicht bij de woonomgeving en vanuit eigen regie van de patiënt
7. Naar moedig leiderschap

1. Naar stimuleren van maatschappelijk leiderschap

Mijn belangrijkste conclusie: we hebben meer maatschappelijk leiders nodig. Gelukkig zijn er nu al veel ‘civil leaders’ bezig die de zorg de goede kant op duwen en krijgen. We moeten hen opsporen en aanmoedigen. Laten we hen zeker niet tegenwerken door allerlei beter wetende personen die wijzen op procedures, protocollen, eerdere afspraken of lopende polder overleggen. Dat wordt wachten op sint juttemis.

Een maatschappelijk leider is zich sterk bewust van zijn of haar rol in de samenleving, gaat voor maatschappelijk rendement en lost maatschappelijke problemen op. Dit nieuw type leider gaat als het moet door roeien en ruiten en kijkt verder dan alleen de taak die op zijn of haar bordje ligt. Zo zie ik er velen. Zij lopen voorop. We hebben ze als kopgroep nodig om het peloton van de hele gezondheidszorg in beweging te krijgen en op koers te houden. Er lopen in de zorg nog veel meer goedwillende en betrokken personen rond die alle steun verdienen. Het zijn mensen voor wie deze kopgroep inspirerend is en waarvan ik hoop dat ze gaan aanhaken.

Mijn visie op dit noodzakelijk leiderschap vind je terug in het volgende motto.

*“Leadership is an activity, not a position.
Anyone can lead, anytime, anywhere.
Leadership starts with you and must engage others.
Your purpose must be clear.
It’s risky.”*

[Principles of the Kansas Leadership Center]

Hierbij past dat we dit *civil leadership* op vele plaatsen en in vele functies terugzien: bestuurders en managers, zorgprofessionals, zoals dokters en verpleegkundigen, zorgverzekeraars, patiënten en patiëntenverenigingen, onderzoekers en opleiders. De beweging is al op vele plaatsen zichtbaar en effectief. Dit is het moment om deze beweging vooral groter, spannender en sneller te maken.

Daarbinnen kan de klassieke Nederlandse bestuurlijke gewoonte van polderoverleg best helpen. Dat lukt vooral als de polderpartijen niet alleen mooie woorden spreken over de richting waar het heen moet, maar hun rol en bevoegdheden ook werkelijk gebruiken voor de aanpakken op hun domein. Daarbij helpt het als ze ook zien waar de grootste pijnpunten zitten in deze beweging in deze richting. Die zijn heel goed op te halen bij al die maatschappelijk leiders die al in de zorg bezig zijn. Het helpt als ze daar open en transparant over zijn en vervolgens het aandurven daar ook gerichte actie op te ondernemen, desnoods tegen het kortetermijnbelang van een andere partij in. Dit is een oproep aan de polder om zelf het juiste leiderschap te gaan vertonen!

Laten we het polderen moderniseren door het in dienst te stellen van de goede beweging van maatschappelijk leiders, zorgprofessionals en patiënten die hier al mee bezig zijn.

Iedereen kan hier dagelijks aan bijdragen. Vandaar mijn oproep aan de lezer om zich tot zo’n maatschappelijk leider in de zorg te ontwikkelen. Hoe? Door dagelijks verstandige keuzes te maken, klein en groot, in lijn met deze 7 oplossingsrichtingen. Zo zullen we beweging brengen en maatschappelijke resultaat boeken voor een betere gezondheidszorg.

2. Naar bevorderen van gezondheid

We zien meer en meer een verschuiving naar bevordering van gezond gedrag. Om dit in perspectief te kunnen zien sta ik kort stil bij de ontwikkelstadia van (Westerse) zorgsystemen tot nu toe. Het doel van een zorgsysteem is bijdragen aan een langere, gezonde levensduur van patiënten. We weten inmiddels dat we nu in de volgende fase zitten. In deze fase levert de levensstijl van mensen zélf een belangrijke bijdrage aan gezonde levensduur.

Goede voorlichting en informatie zijn daarbij van groot belang. Uitgangspunt is de kennis die al is opgebouwd binnen de gezondheidszorg. Deze transformeren we tot nieuwe informatie die de échte vragen van patiënten en naasten beantwoordt. Dit maakt mensen bewuster over hun eigen gezondheid en wat ze daar zelf aan kunnen bijdragen. Dit komt de gezonde levensduur van zowel hen zelf als die van familie en vrienden ten goede. Mensen kunnen voor zichzelf goede keuzes maken, zoals blijkt uit de recente grote en spontane groei van fitnesscentra. Die groei is immers niet het resultaat van officieel beleid, polderoverleg of overheidsbemoeienis, maar van maatschappelijk initiatief, waar marktpartijen slim op ingespeeld hebben.

Deze transformatie van de zorg rekt dan ook af met verkokering.

- Transformatie gaat om samenwerking met maatschappelijk ondernemers.
- Het vraagt een andere manier van denken: een bredere kijk vanuit de burger, patiënt.
- Het vormt een economische bedreiging voor bestaand zorgaanbod, het huidige stelsel is immers ingericht op financiering van geleverde 'zorgproducten'
- Het vergroot echter ook verder de verschillen in gezondheid tussen arm en rijk, die ook ons rijke en solidaire zorgsysteem niet heeft kunnen vermijden.
- De échte uitdaging is de omslag naar goede zorg vanuit deze échte menselijke aandacht voor wat mensen zelf willen en kunnen.

3. Naar financieren van werkelijk toegevoegde gezondheids- en levenswaarde

De bekostiging van zorg en zorgpartijen die deze beweging willen steunen en stimuleren vergt een grote verschuiving van financiering van *output* naar financiering van *outcome*. Deze verschuiving heeft grote gevolgen voor de bedrijfseconomie en 'het huishouboekje' van zorgpartijen. Het heeft ook gevolgen voor het management van die bedrijfsvoering en de keuzes in budgetten en investeringen. Dat geldt in sommige gevallen ook voor de bedrijfseconomie en het huishouden van zorgprofessionals die daar werken. Soms is hun betaling ook rechtstreeks gebaseerd op deze zorgproductie en dus deze omzet. We gaan van mooie woorden naar harde veranderingen, die neerslaan in geld en economie. Daar is dus veel weerstand tegen.

Al in 2006 herdefinieerde Michael Porter de zorg met de introductie van het *begrip Value Based Healthcare* (VBH), ofwel waarde creëren voor de patiënt. Dit werd toen al door veel partijen omarmd als de goede richting. Nu slaat dat weer neer in begrippen als 'passende zorg' of 'zinnige zorg'. Zorg vanuit *Value Based Healthcare* zet de cliënt en het gezondheidsresultaat centraal en als het serieus wordt toegepast, leidt het tot financiering op *outcome*. Het huidige financieringssysteem staat deze ontwikkeling in de weg.

Het huidige zorgsysteem financiert op *output*, met de volgende nadelen:

- Het stimuleert de inspanningen van de zorgprofessional en niet het behaalde gezondheidsresultaat bij de patiënt. Het kan zelfs haaks staan op het zo gewenste '*shared decision making*'. Daarbij maakt immers de patiënt zelf samen met de arts de afweging of het beoogde gezondheidsresultaat van operaties of medicijnen (inclusief alle risico's) opweegt tegen het beoogde gezondheidsresultaat. Als de zorgprofessional bij de uitkomst ook een economisch eigenbelang heeft is er minder ruimte voor de eigen wensen van de patiënt.
- Het zit samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders in de weg, sterker nog deze kunnen concurrenten zijn op dezelfde omzet.
- Het financiële systeem werkt soms zo averechts, dat de overheid, zorgverzekeraars en gemeenten gedwongen worden enorm op budgetten, kosten en tarieven te sturen. Ik typeer daarom ons huidige stelsel al langer als 'Chinazorg': een beetje, ogenschijnlijke, marktwerking aan de randen, voor het merendeel centrale en hiërarchische staatssturing.
- Het huidige systeem van $P(\text{roductie}) \times Q(\text{kwantiteit})$ neemt vaak niet alle achterliggende structurele kosten van goede zorg mee in de berekening.

Hoogste tijd om daadkrachtig de weg in te slaan naar financiering op *outcome*. Er ontstaan steeds meer innovatieve product-marktcombinaties die deze weg inslaan. Ook vanuit zorgverzekeraars lopen er al initiatieven tot nieuwe financieringsinstrumenten.

4. Naar organiseren van zorgprofessionals met ruimte voor hun praktische wijsheid

Geen overregulering vanuit wantrouwen of bureaucratische risico mijding. Het is tijd om de zorg te organiseren op basis van de praktische wijsheid van de meest wezenlijke factor: de kwaliteit van *deze* professional. Protocolen schieten hierbij tekort. Het oordeel van de zorgprofessional is leidend. Maar dan wel vanuit diens visie op *'care, cure and core'*. Dit laatste gaat over menselijke bejegening, de empathie voor patiënt én naasten.

Care, cure, core vraagt om vakmanschap en meer. De kwaliteit en houding van de zorgprofessional zelf is voor de patiënt en naaste de kern van de zorg en de meest doorslaggevendende factor in kwaliteit van diagnoses en behandel- en verzorgingsplannen. Het is ook van invloed op hoe goed dit vaak spannende traject afloopt.

Als je dit vraagt van professionals dan is een andere kwaliteitstoetsing nodig en een fundamenteel nieuwe visie op organiseren, werkcultuur en leidinggeven. Ontwerp daarom professionele kwaliteit en kwaliteitsbewaking vanuit lagen, waarbij de 1^e laag het belangrijkste en meest basale is:

1. Laag 1: Het basisuitgangspunt: de eigen en onderlinge ('peer-review') kwaliteitsbewaking van de professional zelf.
2. Laag 2: de organisatorische kwaliteitsbewaking, de daarop aansluitende en ten dele dwingende systemen van kwaliteitszorg door de organisatie zelf, die als het ware laag 1 ondersteunt, stimuleert en transparant maakt.
3. Laag 3: het meta-niveau van kwaliteitsbewaking, het externe optreden, vooral bij klachten en incidenten, die het incident zelf onafhankelijk en deskundig onderzoekt, maar tegelijk ook kijkt naar de eventuele zwaktes in de eerste twee lagen van kwaliteitsbewaking.

De huidige schaarste op de arbeidsmarkt, zeker rond goed opgeleide zorgprofessionals, gaat volgens mij de vernieuwing in de zorg flink bevorderen. Die concurrentie rond schaarse arbeid draait nu om de mate van 'goed werkgeverschap'. En goed werkgeverschap vraagt van organisaties met vooral professionals: de beste vormgeving, in organisatie, in cultuur, in kwaliteitsbewaking. De nieuwe generatie wil vanuit haar nieuwe kijk op patiënt en zorg meer ruimte krijgen om het werk goed te doen, ook naar eigen bevinding.

5. Naar ontwikkelen van platform organisaties en een andere stijl van management

Met de opkomst van nieuwe ICT- en mediatechnologieën hebben markten én politiek en publieke dienstverlening, zoals gezondheidszorg, te maken met de disruptieve macht van consument en burger. Het is belangrijk om te leren inspelen op deze *'disruptive power of patients'*. Digitalisering leidt tot platforms, een enorme 'disruptie' in de klassieke markteconomie. Tegelijkertijd geven die handige tools en apps ook keuze- organisatie- en informatiemacht aan burgers, cliënten en patiënten.

Daarom is het verstandig om rekening te houden met drie soorten nieuwe macht van burgers die deze technologische revolutie hen geeft:

1. Macht over de publieke opinie
2. Macht tot snelle en massale mobilisatie ('zwermleiderschap')
3. Macht tot het zelf verzamelen en delen van kennis

Tegelijkertijd ontstaan nieuwe mogelijkheden dankzij de nieuwe data infrastructuur. Er komen varianten van het elektronisch patiëntendossier.

Ook organisaties worden platforms, met veel meer mogelijkheden tot decentrale besluitvorming en coördinatie op de (professionele) werkvloer. Het leidt dus tot veel meer zelfmanagement en ander management, met grote gevolgen voor organisatie en bestuur:

1. Keiharde noodzaak voor duidelijke kaders, die immers de decentrale coördinatie en besluitvorming moeten gaan begrenzen.
2. Andere samenwerking door en op de beschikbaarheid van data.
3. Platformtechnologie verplaatst management naar de werkvloer.

Tot slot benoem ik nog enkele misverstanden rondom nieuwe technologie, zoals de misvatting dat managers overbodig zijn en meteen vervangen kunnen worden door zelfsturing of teamsturing. Daarvoor is toch echt eerst een grote investering nodig in feedback-informatie, duidelijke kaders en ICT-systemen die allemaal 'hands on' en actuele feedback-informatie en duidelijke kaders bevatten.

6. Naar realiseren van zorg dicht bij de woonomgeving, vanuit eigen regie van de patiënt

Nieuwe ontwikkelingen maken het mogelijk zorg op een andere manier te organiseren. Dit gebeurt fysiek maar steeds vaker ook digitaal, in en om het huis, of de omgeving van de patiënt. Patiënt en naasten kunnen zo eigen regie voeren over de behandeling, zelfs met hulp van de buurt. Het zorgaanbod wordt fysiek dicht bij huis aangeboden en tegelijk krijgt de patiënt beter toegang tot (digitale) informatie.

Er ontstaat een partnership tussen patiënt en zorg. Dit vraagt om begrijpelijke en actuele informatievoorziening. Zo kan de patiënt, eventueel samen met zijn of haar naaste(n), naar eigen inzicht, omstandigheden en perspectief de eigen zorg monitoren en sturen. Vanuit huis! Dit kan als je de hele keten goed managet, met een ICT-infrastructuur die verder reikt dan de eigen instelling, en als je in verbinding staat met de sociale omgeving van de patiënt.

Daarbij constateer ik drie nieuwe fenomenen:

1. Ketenmanagement over de hele keten moet toenemend gebeuren vanuit *deze* casus van *deze* patiënt. Dit wordt belangrijker dan ooit, ook door deze richting van verandering. Het vergt echter een veel beter doordenken en regelen van de zorgprofessional, die dit ketenmanagement moet uitvoeren. En ook die zorgprofessional zal dicht bij de patiënt moeten staan.
2. ICT-infrastructuur gaat zich uitbreiden vanuit zorginstellingen tot aan het huis van de patiënt.
3. 1e lijnsorganisatie staat (weer) meer in verbinding met de sociale omgeving van de patiënt.

Daarnaast is opschaling aan de gang, zoals marktpartijen die huisartsenpraktijken opkopen en samenvoegen. Efficiency is goed, maar ook daar met ruimte voor de praktische wijsheid van professionals en niet vanuit een te beheersmatige of schijn-efficiënte management logica.

Ik sta kort stil bij het Persoonsgebonden Budget (PGB) als een hierbij passende manier van financiering, namelijk vanuit het perspectief van de patiënt en diens eigen keuzes. Daar horen ook de huidige kinderziektes bij. Deze hebben vooral te maken met dreigende fraude en misbruik en tegelijk

onvoldoende weten wat het exacte effect is op de zorg die de patiënt krijgt.

Wanneer je de zorg als een partnership organiseert samen met de patiënt neemt het rendement toe. Immers, we weten inmiddels dat de levensstijl van mensen zélf een belangrijke bijdrage levert aan een gezonde levensduur.

7. Naar moedig leiderschap

Dit boek is een uitnodiging aan de lezer om het verschil te maken. Zet de stappen die je kunt zetten, en schroom daarbij niet om buiten de gebaande paden te treden. De geschetste 7 richtingen geven hierbij houvast. Aarzel niet om anderen in je omgeving ook te steunen, wanneer zij keuzes maken die niet direct passen binnen het (oude) systeem maar die daarmee wel deze nieuwe richting inslaan. Vernieuwing kan gedijen wanneer we elkaar meer ruimte geven en niet te kort houden. Het is net als met een peloton fietsers, samen kom je het verst. Ieder neemt binnen de groep z'n plek in en is daarmee dienend aan het grote geheel. En soms neem je het voortouw, maar dan loop je voorop om de richting aan te geven.

Willen we een betere gezondheidszorg, dan is het tijd om te innoveren. En ja, fouten maken mag. Zonder proberen en fouten durven maken is geen enkele vooruitgang te boeken. Laten we hiervoor een passende omgeving creëren. Innoveren vraagt durf en is ook altijd *risky*.

Dr. Steven P.M. de Waal
Utrecht, december 2022