

Korte analyse van het zorglandschap, de vragen en de suggesties.  
Geschreven vanuit vraagstellingen over de huisartsenzorg.

Ik herken de vraagstukken, de thema's, de knelpunten en mis opties in beleid.

Met deze analyse en bijbehorende vragen en aanbevelingen zou ik dit graag willen toelichten vanuit het perspectief van een huisarts.

### Welke veranderingen zijn er nodig?

Niets hoeft te blijven zoals het is, functies zijn niet heilig en een onafhankelijk financieel zorgsysteem zou opnieuw bedacht kunnen worden. Zelfs de waarde die we hechten aan gezondheid hoeft niet dezelfde te blijven. Zoals onze manier van leven in enkele decennia vele nieuwe patronen heeft gecreëerd en doorbroken, zal deze in de toekomst nog vele malen veranderen. Vaak zal het escaleren voor het beter wordt. Vele keuzes zullen gemaakt worden op grond van kortetermijnwinsten.

Een groot vraagstuk is hoe de gezondheidszorg zo te organiseren, dat er een nieuwe balans gevonden wordt tussen zorgvraag en aanbod. Hoe kan de organisatievorm en cultuur eraan bijdragen dat de dreigingen worden omgezet in kansen?

### De disbalans tussen zorgvraag en het kunnen leveren van zorg.

Onder de streep wordt onze gezondheidszorg afgerekend op de balans tussen zorgvraag en zorgaanbod.

Om de zorgvraag te analyseren splits ik deze op in de "**oorzaak van de zorgvraag**" en de "**onderdelen van de zorgvraag**". Onder de eerste noemer vallen de volgende hoofdstukken te beschrijven: Ziekte, beperking, ouderdom, eenzaamheid en verwachting. De vergrijzing gaat gepaard met een grotere zorgvraag door beperking en ziekte. Onze levensstijl gaat gepaard met een sterke toename van onder andere hart en vaatziekten, suikerziekte, stress, depressie. De jeugdzorg kampt op dit ogenblik met een toegenomen zorgvraag omdat kinderen niet meer de veerkracht wordt bijgebracht op een manier waarop dit in het verleden gebeurde.

Binnen de onderdelen van de zorgvraag valt er te differentiëren tussen geneeskundige zorg, niet geneeskundige zorg, bed gebonden zorg, huis gebonden zorg, vervangend-huis gebonden zorg en vervangend-bed gebonden zorg. Daarnaast bestaat de zorg voor de mensen die (tijdelijk) buiten eigen huis en vervangend huis verblijven. Daarnaast ontstaat door marktwerking een zorgvraag door het aanbod.

Vervolgens een korte analyse van **zorgaanbod**. Soms is er een tekort en soms een overschot in het zorgaanbod. Redenen voor het huidige tekort zijn aan te wijzen binnen de manier waarop onze bevolking is opgebouwd en waarop zij een bijdrage leveren binnen het zorgaanbod. We kunnen voor de kansen om zorgaanbod te creëren kijken naar leeftijdsopbouw, naar scholingsniveau, naar tijdsbesteding, naar welvaart, naar gezinsopbouw, naar woonplaats en gemeenschapsvorm. We kunnen kijken naar de waarde die de bevolking toekent aan goede zorg en naar de waarde die een gemeenschap hecht aan gezondheid. We kijken naar de veerkracht in de samenleving en de manier waarop mensen elkaar beïnvloeden in het omgaan met ziekte. Zelfzorg, dat ook onder zorgaanbod te scharen is, bestaat uit persoonlijke veerkracht.

Klopt het beeld binnen de samenleving over gezond zijn, gezond leven en de verantwoordelijkheden die we gezamenlijk hebben als het gaat om zorgverlening?

In hoeverre draagt het huidige gezondheidssysteem bij aan het gedeelde beeld van gezondheidszorg?

Waar zit de weerstand en wat kunnen we hiervan leren?

Daarnaast moeten we natuurlijk kijken naar de mensen die van de zorg hun beroep hebben gemaakt, de vergrijzing die hier plaats vindt, de manier waarop gewerkt wordt en de invloed die zorgverleners

hebben op de politiek en op het beeld dat men heeft van zorg. De politieke statistiek die ten grondslag ligt aan het huidige beleid is in deze complexe veranderende tijd, vooral in de zorg, niet afdoende om het juiste beleid uit te zetten.

Zo lijken ook de managementlagen, vanuit de zorgverlener en patiënt gezien, vaak het spoor bijster en is theorie vaak niet voldoende om het gewenste resultaat te boeken.

Een dreiging die bijdraagt aan de ontwikkeling in de zorg is de **toestroom van particuliere partijen, marktwerking, en diverse samenwerkingsverbanden** die uit beste intentie een bijdrage willen leveren aan de zorg. Daarbij wordt vaak voorbijgegaan aan de kwetsbaarheden in dit kostbare systeem. Grotere partijen beheersen de markt. ICT-leveranciers die ontstaan zijn uit kleine initiatieven om de zorg efficiënter te laten verlopen hebben een marktaandeel dat tegen alle concurrentie beschermt lijkt te moeten worden. Veel geld gaat verloren aan dure abonnementen voor patiëntendossiers, verwijs-software, beveiligde telefoonlijnen, dataopslag, e-health, etc. En daarbovenop niet te vergeten de hiervoor verantwoordelijke managementlaag die vaak niet weet welke uitwerking het gebruik van deze producten op de werkvloer heeft. De vele uren die door zorgpersoneel besteed worden aan de implementaties, cursussen, storingsen en vergaderingen stapelen zich op en kunnen niet aan patiëntenzorg besteed worden.

Een andere dreiging die hierop aansluit is dat de **marktwerking vanuit kapitalistische drijfveren** toegang heeft tot het zorglandschap. Daarbij is alles geoorloofd, zelfs het beïnvloeden van de patiënt en zorgverlener met betrekking tot de vermeende zorgbehoefte. Excuses en verhalen die er voor invoering van een zorgproduct worden aangedragen beloven vaak meer, dan de uiteindelijke toegevoegde waarde. Zolang nieuwe technologie niet de handen aan het bed vervangt, vloeit er veel waarde weg, die niet besteed kan worden aan zorg door mensenhanden.

#### **De organisatie:**

Een laatste en misschien wel de grootste dreiging is: **Hoe kunnen we ook in een toekomst zonder sterk financieel systeem ontwikkelen, waarbinnen de gezondheid en ondersteuning van Nederlanders gewaarborgd is.** Dit ten aanzien van de komende decennia, waarin de economische groei niet langer haalbaar is, laat staan te verantwoorden is door de beperkingen die de aarde ons biedt en oplegt. Gepaard gaande met een mogelijke rampspoed uit klimaatsverandering.

Er moet gezocht worden naar nieuwe vormen van gezondheidsorganisatie waarbinnen iedereen zijn rol en passie kan beleven vanuit een gezamenlijk doel. Hierin zal het product niet volgens de principes van een waarde gedreven markt kunnen leveren. De waarde gedreven markt schept vanuit zijn principes binnen de zorg namelijk te veel beperkingen voor efficiënte en goede zorg en staat daarbij zijn eigen waarde creatie in de weg. Daarbij zou de zorg wel nog de aansluiting moeten houden bij het bestaande economische systeem.

Kansen zijn er zeker en kunnen ook uit bovenstaande dreigingen geëxtraheerd worden. Daarnaast zijn we heel tevreden met de zorg zoals deze nu geregeld is. Gaat het wel zo slecht met de gezondheidszorg en moeten we wel ingrijpen om deze te beschermen? Waar kunnen we aan de knoppen draaien, zonder dat we schade berokkenen aan positieve ontwikkeling?  
De huisartsenzorg.

#### Organisatie huisartsenzorg

Binnen het grote speelveld van het zorgvraag en zorgaanbod staat de huisartsenzorg. Kijken we op organisatorisch niveau naar deze eerstelijnsvoorziening dan zijn er verschillende lagen te onderscheiden. (mindmap).

De huisartsenzorg is georganiseerd rond de professie en kerntaken van de huisarts. (Kerntaken in de praktijk, 2019) Er zijn 5028 huisartsenpraktijken, gerund door 7784 praktijkhouders. In dienst van

deze praktijkhouders zijn 2458 huisartsen (HIDHA) en daarnaast werken er ongeveer 2500 huisartsen in waarneemverband als ZZP'er. (Batenburg, 2019) Er zijn huisarts als directeur van zijn eigen huisartsenpraktijk, dan wel gezamenlijk in een maatschap van meerdere huisartsenpraktijken of andere bedrijfsvorm.

Huisartsen zijn aangesloten bij zogenaamde HAGRO's, dat staat voor huisartsengroep. Dit is een samenwerkingsverband van huisartsen in dezelfde wijk die van oorsprong vaak de avonden nachten en weekenden voor elkaar waarnamen. Op dit ogenblik heeft een HAGRO deze functie alleen nog maar bij vakantiewaarneming of als eerste aanspreekpunt voor acute waarneming binnen de HAGRO. Verder dient een HAGRO als samenwerkingsvorm tussen praktijken in de wijk en is het een aanspreekpunt voor andere zorg gerelateerde organisaties in de wijk. Verder vindt er binnen de HAGRO intercollegiaal overleg plaats en wordt er kleinschalige nascholing georganiseerd. Praktijkhouders zijn aangesloten bij een huisartsenpost waarvoor ze diensten leveren om zo aan de 24uurs zorgverleningsplicht in de avond nacht en weekend (ANW) te voldoen. Deze huisartsenposten zullen op advies vanuit de overheid samengaan met spoedeisende hulp posten van ziekenhuizen, waardoor spoedposten ontstaan. Over de invulling en organisatie van zo'n spoedpost en de taak van de huisarts op zo'n spoedpost zal de komende jaren nog veel te doen zijn. Wat waarschijnlijk is, is dat hier regionaal invulling aangegeven zal worden, al naar gelang de vraag van patiënt, maar ook zorgverlener.

Praktijken zijn aangesloten bij de zorgketens voor chronische zorg rond diabetes, hart- en vaatziekten, psychologie en psychiatrie, COPD en astma, en jeugdzorg. Binnen de zorgketens worden de specialisten, behandelaren en instellingen gecontracteerd om chronische zorg of verplaatste zorg te leveren. Contracten worden veelal aangeboden via zogenaamde zorggroepen, waarvan er ongeveer 100 zijn in Nederland. De zorggroepen zijn samen met praktijkhouders opgericht om substitutie van zorg mogelijk te maken en zo een bezuiniging mogelijk te maken op de gezondheidszorg. De zorggroep werd richting de huisarts vertaald als organisatie die de benodigde overhead, detachering, opleiding en accreditatie rond deze zorg over kon nemen. Geen enkele zorggroep is dezelfde, maar zijn vaak wel georganiseerd rond dezelfde groep huisartsen die ook aangesloten zijn bij dezelfde huisartsenposten of draineren op hetzelfde ziekenhuis. Daarnaast heeft iedere zorggroep zijn eigen organisatievorm, regionale cultuur en eigenschappen. Daarnaast is het zorgaanbod afhankelijk van de preferente zorgverzekeraars en wordt er hierdoor op veel verschillende manieren in het land omgegaan met de zorgvraag. Huisartsen zijn over het algemeen aangesloten bij 1 zorggroep.

Huisartsen kunnen lid zijn van verschillende organisaties die als belangenvertegenwoordiger, verbinder, regelgever en ondersteuning op treden. De LHV, de landelijke huisartsvereniging is de grootste brancheorganisatie voor huisartsen. Als ondersteuner voor wetenschappelijke onderbouwing van het handelen door huisartsen is de NHG, Nederlands huisarts genootschap, opgericht. Een jongere partij heeft zichzelf in het leven geroepen onder de naam InEen, deze vertegenwoordigd van oudsher de grotere gezondheidscentra en huisartsenposten, maar lijkt zich op dit ogenblik te bemoeien met alle huisartsenzorg. Hier kunnen individuele huisartsen geen lid van zijn. Als luis in de pels is de VPH ontstaan uit wat iets meer dan 10 jaar geleden een beweging was die zich de vrije huisarts noemde. De vereniging praktijkhoudende huisartsen is opgericht als belangenvertegenwoordiger voor de praktijkhouder, omdat onder andere de LHV steeds vaker voorbijging aan het belang van de praktijkhouder die steeds meer autonomie moest inleveren, maar ook merkte dat veranderingen binnen de huisartsgeneeskunde niet strookten met de eigen ambitie en ondernemerschap.

Daarnaast bestaan nog vele andere organisaties waar een praktijkhouder lid van moet zijn of contracten mee moet aangaan, wil hij zijn praktijk draaiende houden. Te denken valt aan de preferente en perifere zorgverzekeraars, VZVZ, Vecozo, LSP, Zorgdomein, huisartsinformatiesysteem leverancier, e-health leverancier, accreditatie abonnement, point of care diagnostiek leverancier, ,

PGO, SSFH, gemeente, ROS en waarschijnlijk nog enkele andere die ik vergeten ben.

De organisaties in de zorg die van oudsher aanwezig waren om bestaande zorg efficiënter te laten verlopen is in de eerste stap van deze taak geslaagd. Chronische zorg wordt geprotocolleerd aangeboden, hier is extra personeel voor opgeleid en aangenomen en veel chronische zorg is vanuit het ziekenhuis naar de huisarts verplaatst.

(Een volgende stap zal bestaan uit het automatiseren van geprotocolleerde zorg en regie en uitvoering zoveel mogelijk door de patiënt en omgeving laten doen. De benodigde technologie hiervoor komt nu langzaam beschikbaar, maar er is nog een paradigma verschuiving nodig wil dit op een goede manier worden ingezet.)

De zorgorganisaties die het mogelijk maakten dat zorg verplaatst en geprotocolleerd kon worden, zagen dat hierdoor de zorg voor patiënt, de zorgverzekeraar en op economisch gebied ook voor de huisarts goed uitpakte. Na afronden van de substitutie van de meest voor de hand liggende zorgvragen vonden verzekeraars en zorggroepen elkaar in de zoektocht naar verhoging van kwaliteit en besparen van kosten, door deze te verschuiven naar de huisartsenpraktijk. Met goedkeuring van zelfs een kleine minderheid van de aangesloten huisartsen, konden de organisaties zelfstandig aan de slag gegaan om dit trucje voor andere zorgvragen in pilots te herhalen. Hierin werd gelobbyd door private partijen en zorgverzekeraars die telkens wel een kleine groep praktijkhouders als voorloper konden enthousiasmeren. Met name de zorggroep en niet de huisarts werd hierdoor de enige partij die kon onderhandelen over zorgvernieuwing. Hierdoor hebben de zorggroepen de afgelopen jaren een steeds grotere positie verworven en houden ze zich op dit ogenblik bezig met nieuwe, waaronder ook zelf gecreëerde zorgvragen namens hun leden aan te bieden aan de zorgverzekeraars en patiënt. Daarmee worden er taken toegevoegd aan de functie van de huisarts, die personeel moet opleiden en een versnippering van ICT moet faciliteren om de nieuwe zorg te kunnen bieden zoals deze is aangeboden of zelfs wordt afgedwongen door de zorgverzekeraar.

#### Diversiteit en individuele invulling

De manier waarop het zorgaanbod en zorgvraag op elkaar zijn afgestemd verschilt per praktijk. De combinaties van de manieren waarop per praktijk zorg wordt aangeboden, maakt dat de invulling van de complexe blauwdruk zeer divers is. Er is een stijgende toename van vernieuwingen binnen de geneeskunde. Wetenschappelijke ontdekkingen dragen bij aan betere diagnostiek en effectievere behandeling. Deze ontwikkelingen gaan op dit ogenblik nog aan de huisarts voorbij, maar waar deze efficiënter zijn uit te voeren in de huisartsenpraktijk zal ook hier de huisarts zijn rol krijgen.

#### Gebrek aan overzicht

Huisartsgeneeskundige behandelprotocollen en wetenschappelijke ondersteuning wordt door het Nederlands huisartsgenootschap aangeboden en zijn voor iedere huisarts toegankelijk. Het ontbreekt aan overzicht van regionale en individueel vormgegeven zorgaanbod. Er is geen volledig overzicht van innovaties en combinaties van innovaties die elkaar versterken. Er is geen overzicht van innovatieve praktijken. Mocht dat overzicht er zijn, dan nog is het moeilijk om als individuele praktijk aansluiting te zoeken of mee te werken aan deze innovatie. Managementlagen en regionale netwerken bepalen welke innovatie er wordt doorgevoerd en waar en hoe financiering voor innovatie verdeeld worden. Het vertrouwen van individuele huisartsen in deze organisaties is door gebrek aan communicatie en transparantie en verlies aan autonomie verminderd, waarmee de kloof tussen huisarts en managementlaag steeds groter dreigt te worden.

Iedere huisartsenpraktijk is verantwoordelijk voor de basiszorg aan zijn ingeschreven patiënten. Deze is in de loop der jaren niet veel anders is geworden. Wel is de financieringsstructuur aangepast waarbij de basiszorg in segment 1 ruimte heeft moeten scheppen voor ketenzorg in segment 2 en innovatie in segment 3. (Allen gebonden aan een budget plafond.) Binnen deze segmenten wordt

ook door private partijen gezocht naar nieuwe verdienmodellen die vaak onder S3 gecontracteerd worden, (waarbij efficiëntie voor de zorgverlener niet altijd op de eerste plaats staat). Het kost een huisarts zeer veel energie, om naast zijn veeleisende verantwoordelijke baan ook nog een nieuwe zorgstraat in te richten. Zo voelt het namelijk meestal, al gaat het om een kleine innovatie die plug en play gebruikt kan worden, dan nog is de administratie die hieraan voorafgaat om het vergoed te krijgen buitensporig complex en stroperig. De huisarts moet hierin meer vrij te besteden budget voor hebben. Er dient een database te komen van kwalitatief efficiënte innovaties die hun geld terugverdienen, dan wel zich in waarde uitbetalen voor de patiënt of zorgverlener.

## Positie van de huisarts

Kijken we naar de positie van de huisarts dan staat deze gezien vanuit organisatorisch aspect niet centraal. Binnen de strategieën van de vele organisaties lijkt het belang van de huisarts als professional zijn functie te hebben als onderdeel in een productieketen.

Als schakel tussen diverse zorgverleners en instanties, door de laagdrempelige toegang van de patiënt, is de Nederlandse huisarts de centrale hub in vele zorgketens. De rol van de huisarts, als primair regiehouder over de gezondheid van individuen binnen het gezin en zijn omgeving, waarbij persoonlijke kennis van de patiënt erg belangrijk is, staat meer en meer onder druk. De gezondheidsvoelspriet in de wijk en gezin is een van de meest belangrijke pijler waarop de Nederlandse gezondheidszorg in het verleden zijn efficiëntie te danken heeft.

### In andere woorden:

De simplistische abstractie van “de Nederlandse gezondheidszorg”, zoals ik dit vaak in media, maar ook in wetenschappelijke literatuur tegenkom lijkt goed te verklaren binnen het politieke klimaat en de veranderingen in de maatschappij. De culturele verschuivingen en de manier waarop het beeld van de huisarts worden geschetst zijn voortdurend aan verandering onderhevig.

“De Nederlandse gezondheidszorg” en “de huisarts” heeft, door beeldvorming en politieke sturing in de afgelopen decennia, binnen de politiek en maatschappij een heel andere betekenis gekregen. De invulling van het vak door huisartsen heeft door maatschappelijke ontwikkelingen een meer zakelijk karakter gekregen, waarmee huisarts tegenwoordig meer te bestempelen is als beroep dan professionele ambacht.

Iedere huisarts die al iets langer werkzaam is in de zorg zal zich herkennen in de volgende voorbeelden van de vele veranderingen: De huisarts is een onderdeel geworden van gezondheidszorg ketens. De huisarts is een kleiner onderdeel geworden van de praktijkvoering. Huisartsen zijn meer samen gaan werken. Huisartsen zijn nu overwegend van het vrouwelijk geslacht. Huisartsenzorg is afhankelijk geworden van digitalisering. Er ontstaat in sommige streken van Nederland een tekort aan huisartsen. Contact met collega's is zakelijker geworden. Er is binnen een praktijk meer wisseling van huisartsen. Huisartsen lijken onmisbaar geworden binnen iedere denkbare samenwerking rond de patiënt. De huisarts komt tegenwoordig nooit meer een kopje koffie drinken..

### Minder veerkracht en flexibiliteit

Een latente verandering waarvan met name de oorzaken genoemd worden is de volgende. De Nederlandse huisartsenzorg heeft door de vele veranderingen in de afgelopen 10 jaar minder veerkracht en flexibiliteit. Dit waren de eigenschappen die de huisarts als poortwachter in de zorg zo krachtig maakten.

De veerkracht is op [diverse dimensies](#) uit balans geraakt. Binnen de huisartsenzorg is er een verschuiving gaande van werk/privé balans. Een verschuiving in de wens om samen te werken. Een verschuiving in de manier waarop je opgeleid bent. Misschien wel een verschuiving in persoonlijkheid en competenties en identiteitsgevoel als huisarts.

Met betrekking tot de individuele huisarts als persoon lijkt deze een andere werkervaring te hebben dan 10 jaar geleden. Per persoon verschillend zou deze in het drukke bestaan meer stress te ervaren. Stress door drukte in zijn praktijk, stress door toegenomen administratieve lasten, stress door toename van informatiestromen en informatie die hij verstandelijk moet verwerken. Stress ook door alle innovaties die nog komen gaan en steeds verder van de professie af lijken te staan. Willen we deze stress neutraliseren dan zou er voldoende tijd moeten blijven voor ontspanning en is een stabiele werkomgeving zeer wenselijk.

Kijken we als hierboven naar controle en regie, dan is deze in individueel verschillende mate onderdrukt door de organisaties die beslissen over de manier van werken, de extra taken, de financiering en de vrijheid de eigen tijd in te delen. De huisarts zal moeten accepteren dat het niet wordt zoals het was. Daarnaast zou deze op initiatief betrokken kunnen worden bij besluitvorming en zou hij een stuk vrijheid terug moeten krijgen met betrekking tot het inhoud geven van zijn functie. Ook zal hij beloond moeten worden voor zijn inspanning om zelf een bijdrage te leveren aan efficiëntere, betere zorg, waarbij hij de vrijheid krijgt, samen te werken in zijn persoonlijke netwerk. Een netwerk waarvan de professional als beste de samenwerking op de juiste waarde kan schatten en inzetten.

De professional dient zich gesteund te voelen door zijn collega's in het veld en door de maatschappij en politiek.

Het groepsgevoel: "dat het niet goed gaat", wordt pas omgezet in een gezamenlijke perspectief als zelf de regie is teruggewonnen. Daarbij zou de huisarts zijn plaats in het zorglandschap duidelijk op de kaart moeten zetten, zodat deze gezien wordt.

Het liefst zullen er harde garanties gegeven moeten worden, waar de huisarts op terug kan vallen als deze de zorg niet meer alleen kan leveren en hulp nodig heeft. Zij het financieel, zij het hulp van de overheid. Hij moet buiten de praktijk steun vinden in het kunnen afgrenzen van de functionele kaders. Daarnaast is het belangrijk dat huisartsen elkaar weer weten te vinden en weten te steunen. Mocht de steun ontbreken, dan is er nu, mede door technologische mogelijkheden, de kans een collectief te vormen, waarbinnen de individuele huisarts steun kan vinden bij collega's of organisatie. Waarbij ook steun gevonden kan worden bij collega's met dezelfde filosofie, praktijkvorm of belangen.

Om de morele balans op te maken zou er gekeken moeten worden naar de waarden en normen binnen de maatschappij die betrekking hebben op de zorg en de professional. Deze moet weer overeen gaan komen met die normen en waarden die de professional er zelf op na houdt. Dit vraagt zelfreflectie van beide kanten. Er moet gezocht worden wederzijdse empathie en waardering, dat alleen plaats kan vinden door de juiste communicatie en beeldvorming.

Met betrekking tot maatschappelijke cultuurverandering lijkt de feminisatie te vragen om een andere manier van organiseren. De demografische verschuiving brengt bijvoorbeeld met zich mee dat een generatie die vroeger vanuit armoede en crisis vanuit een hoog plichtsbesef en opofferingsgezindheid het land hebben opgebouwd vanuit dezelfde principes verwachtingen hebben over de zorgverlening. Hiertegenover staat een groeiende groep zorgverleners die minder gericht is op grote instellingen en organisaties en hun loyaliteit is meer gericht op personen dan op de gevestigde orde. Daarbij betreedt de groep "screenagers" de werkvloer die vaak vanuit een veilige omgeving hun volledige jeugd in aanraking zijn geweest met nieuwe media en digitalisering waaruit alle mogelijkheden voor verandering lijken voort te moeten komen. (Busari, 2015)

Kijken we naar veerkracht in de zin van efficiëntie dan vallen er op praktijkniveau een aantal dingen op die ook hier de balans verstoord hebben.

De kleinschalige praktijk met 1 á 2 huisartsen en een minimale bezetting aan assistentie was beter in staat om te gaan met een wisselende zorgvraag die van dag tot dag en seizoen per seizoen heel verschillend kon zijn. Deze flexibiliteit bestond door een minder vastgelegde (vanzelfsprekende) functieomschrijving, weinig protocollen, geen ketenzorg, en minder gevolgen van marktwerking. De praktijkvoering vond plaats in een stabiele omgeving, waarbij zorgvraag en zorgaanbod door jarenlange ervaring zeer goed op elkaar aan sloten. Het toevoegen van werkprocessen, nieuwe collega's en functies gaat ten koste van de stabiele dynamische workflow, waarbij regelmaat en continuïteit, incidentele acutere zorg in de weg staan. Acute zorg (binnen enkele minuten tot uren te zien) is een veel voorkomende en nuttige onderbreking van het dagprogramma van de huisarts. Door ketenzorg en betere regulatie van chronische ziekten als diabetes en COPD, maar ook door preventie van hart- en vaatziekten lijken er niet minder acute zorgmomenten gekomen. Ook zijn de vele incidentele onderbrekingen toegenomen door meer overlegmomenten. Voorheen was er vaak 1 dagdeel per dag gereserveerd voor eigen invulling, visites, spoedjes, nuttige zaken en het inhalen van de patiënten die door onderbreking op een ander moment niet gezien konden worden. Het gevoel dat de huisarts drukker is geworden kan ook wel bestempeld worden als gebrek aan workflow en het gebrek aan mogelijkheden je als professional het meest nuttig te maken. De patiënten ervaren dit als, "waarom is de huisarts altijd zo druk en heeft deze zo weinig tijd voor mij?" De flexibiliteit die ruimte bood voor persoonlijke zorg ging uit van professionele autonomie. Deze vrijheid gaf ook ruimte voor een eigen invulling van de huisartsgeneeskunde. In het verleden werd voor deze invulling gekozen voor een persoonlijke band met de patiënt. De arts-patiëntrelatie was voor een huisarts een belangrijk hulpmiddel om, met empathie en kennis van de patiënten en omgeving, de onderliggende zorgvraag naar boven te halen. Zorgvragen die vaak met een goed gesprek en eenvoudige of doordringende adviezen af te handelen waren en die zo nodig werden doorgeschoven naar een collega in het ziekenhuis of zorgverlener in de wijk. Zorgvragen hoefden niet vertaald te worden naar streefgetallen en te meten gezondheidswinst, maar wel naar de persoonlijke verwachting van de patiënt. Ook was er ruimte om te hobbyen binnen de geneeskunde door je specialisatie in verloskunde, chirurgie, oogheelkunde etc.

Het netwerk van collega's en zorgverleners en het kunnen afstemmen van de zorgvraag rond deze kleinschalige praktijk was onderdeel van een efficiënt zorgsysteem. Collega's kenden elkaar persoonlijk en relaties waren opgebouwd uit jarenlange samenwerking. Je wist wat je aan elkaar had.

Vraagstelling: wat kun je eraan doen?

Vraagstelling: In hoeverre moet de functie, als huisarts hierop aangepast worden.

Vraagstelling: In hoeverre moet de huisarts de kerntaken beschermen?

Ten tijde van de intrede van ICT zou er, zo was het logische verhaal, nog meer tijd ontstaan voor de patiënt... Maar, in plaats daarvan moest er meer en beter geregistreert worden, moest men dure abonnementen en onderhoudscontracten afsluiten en was men afhankelijk van private partijen die in de loop der jaren monopolyposities verwierven en door ICT het werkproces bepaalden.

De huisarts moest nu tijd vrijmaken voor regelmatige nascholing over ICT in plaats van geneeskunde, over ketenzorgprotocollen en digitale spiegelrapporten. Er zijn zeker grote kwaliteitsslagen gemaakt. De patiënten informatie kan nu overzichtelijke worden aangeboden, zodat het niet meer nodig is dat er 1 huisarts is die de patiënt door en door kent. De positieve kant van de medaille is dat chronische zorg nu beter in kaart gebracht wordt en dat er door protocollen nu een betere controle en minder ziektelast waaronder ook acute zorgvraag is bij patiënten. Zorg kon vanuit het ziekenhuis verplaatst worden naar de huisartsenpraktijk en zo kon er op de een of andere manier goedkoper gewerkt worden.

Wordt de kwaliteit van huisartsenzorg op een andere manier ervaren?

Wat is een goede verandering?

Wat is geen goede verandering voor de patiënt?

Wat is geen goede verandering voor de huisarts?

Hoe kunnen we beter gebruik maken van ICT?

Is er voldoende regie door de huisartsenorganisatie op de invloed van ICT?

Bij oprichten van huisartsenposten zou er meer vrijheid ontstaan voor de praktijkhouders. Er is inmiddels echter geen ruimte in de agenda voor de praktijkhouder om bij diensten tijdelijk ontlast te worden van de dagpraktijk. De vergoeding voor diensten op de huisartsenpost staan niet in verhouding tot de werklust, onregelmatigheid, de kosten voor de eigen praktijk en de maatschappelijke waarde. Wel is de huisartsenzorg toegankelijker dan ooit en kunnen patiënten net als bij de supermarkt 24/7 naar de huisarts. Spoed is daarbij niet meer gerelateerd aan de overlevingskansen of noodzaak tot acuut ingrijpen, maar meer gerelateerd aan het geduld en het om kunnen gaan met ongemak.

Hoe gaan huisartsen de 24/7 zorg in de toekomst verdelen of overdragen?

Bij in dienst nemen van gespecialiseerde praktijkondersteuning (POH, PA, NP) zou de huisarts meer tijd vrij hebben voor de niet geprotocolleerde zorg. Wel was de huisarts belast door aansturing, ondernemersrisico en extra verantwoordelijkheid die niet gepaard gaat met evenredige winst.

Is het nodig deze personeelsleden in dienst te hebben?

Is het nodig deze personeelsleden in de praktijk te hebben?

Is het mogelijk bepaalde zorg ook buiten de praktijk te laten plaatsvinden?

Is het mogelijk de regie en aansturing centraal te organiseren?

Als de huisarts binnenkort over gaat op regionale bekostiging komen we erachter dat de huisarts misschien wel de belangrijkste persoon is die het overzicht heeft in het web en zich alleen nog maar bezig kan gaan houden met aansturen van alle zorg. Zorg die hij vroeger samen met de specialist zelf deed. Misschien was de zorg vroeger niet zo goed, maar achteraf gezien heeft de keuze voor het huidige zorgstelsel gezorgd dat de kwaliteit van gemeten zorg ten koste is gegaan van de waarde, de flexibiliteit, autonomie en werkplezier van de zorgprofessional.

Is het niet aan de huisarts zelf te danken dat het zelf de regie te weinig heeft genomen om mee te gaan met de tijd? Zou de huisarts terugkijkend een groot deel van de negatieve veranderingen kunnen terugdraaien, mits het op een correcte manier gebruik maakt van de ICT en organisatiemogelijkheid. Is het niet aan de huisarts zelf die als persoon ook andere eisen stelt aan de privé/ werk balans? Het is misschien tijd om de balans op te maken en de functie van "de huisarts" los te laten en naar persoonlijke wens eigen invulling te geven aan het vak, waarbij de competenties die meegegeven zijn in de opleiding leidend zullen zijn, maar waarbij continu geleerd moet blijven worden om mee te gaan met de nieuwe tijd. En misschien is het goed dat huisartsen zich op een betere modernere manier organiseren, zodat het slachtoffergevoel dat nogal eens overheerst bij huisartsen verleden tijd kan zijn.

Welke invloed had de politiek op de huisartsenzorg?

Het politieke bewind van de afgelopen 20 jaar krijgt vaak de schuld van veel mislukte interventies, maar binnen dit politieke klimaat is er wel getracht vooruitgang te boeken in de steeds sneller veranderende maatschappij. Daarbij moeten we ervanuit gaan dat dit voortkomt uit democratisch gedragen politiek, waarbij iedereen de mogelijkheid heeft gehad zijn stem te laten horen. Discussie hierover en wijzen met een vinger heeft geen zin.



De zorg wordt op dit ogenblik aangestuurd vanuit een (Neo) liberaal economisch mensbeeld dat verkocht wordt met socialistische verhalen. Vanaf 2006 is er, sinds privatisering van het ziekenfonds, binnen het zorgstelsel veel veranderd. Zorg is geworden tot een product en moet goed en goedkoop geproduceerd worden. De manier waarop het volk bediend wordt met goede en goedkope zorg is gericht op efficiëntie en marktwerking. Vanuit de overdracht van de verantwoordelijkheid voor de zorgverlening richting zorgverzekeraars is er nog steeds een zoektocht hoe de beste zorg voor het minste geld te kunnen leveren.

Het zorglandschap leidt aan politieke stokpaardjes met eindpunten waarvan niet gezien werd, dat deze op het moment van bereiken alweer achterhaald zouden zijn of toch niet het doel dienden waarvoor het bedacht was. Voortdurend moest en zou de nieuwste technologie ingezet worden terwijl de markt hier nog niet klaar voor was. Tijdens veranderingen in de zorg wordt er veel verwacht van professionals die voor deze verandering veelal niet zelf hebben gekozen.

Werkprocessen worden anders ingericht, waarbij veel energie gebruikt wordt voor het leveren van het nieuwe eindproduct. Dit ging goed, maar de huisarts is steeds minder instaat om zich als flexibele manager op te stellen en alle zorg naar zich toe te trekken. Een huisarts kan zich hierdoor minder richten op zijn taak als generalistisch specialist en moet dan ook vaker verwijzen.

De medisch professional wordt vaak betrokken om mee te denken over zorg-verbeter trajecten. Hierin is met name de 2<sup>e</sup> lijns professional (uit het ziekenhuis), vanuit economisch perspectief, de naar voor geschoven belanghebbende die moet komen met zorgvernieuwingen. Aanbevelingen kwamen vanuit een patiëntgericht holistisch zorgperspectief, waarmee de kans gegrepen werd te adviseren hoe het anders en beter kon. Deze zijn gericht op harde eindpunten op theoretische basis en een van de belangrijkste eindpunten was besparen van kosten. Deze theorieën boden echter zelden de ruimte voor de kritiek van de realiteit. Er bestond geen lerend proces en er werd te veel gestuurd op functie en locatie in plaats van functionaliteit. Opgehaalde inzichten van vooraanstaande professionals worden door de managementlagen sterk uitvergroot, geprotocolleerd en in een ander jasje aangeboden als zorgvernieuwingsproduct met beloftes die niet altijd waargemaakt kunnen worden. Nergens is er echter een archief met mislukte trajecten en het telefoonnummer van iemand die hier iets meer over kan vertellen. Als voorbeeld van de bizarre uitwerking:

Vanuit ziekenhuis werd zorg overgeheveld naar de huisarts omdat het hier “goedkoper” en efficiënter kon. Een patiënt met diabetes of hoge bloeddruk houdt daarmee dezelfde zorg, wordt beter geholpen, dichterbij huis, en volgens hogere standaarden behandeld bij de huisarts. Deze zorg is ook nog eens goedkoper. Terwijl niet werd gekeken waarom slechtere zorg voor dezelfde patiënt in het ziekenhuis vele malen duurder was. (Men noemt hierin vaak de kosten van het gebouw, duurdere specialisten maar nooit de sterkere lobby naar politiek en verzekeraars). Financiële schotten tussen 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> lijn zorgleveranciers, bleven als houvast voor de politiek en verzekeraars overeind en zijn op moment van schrijven nog steeds slecht te omzeilen. Zorgverleners worden afgerekend op het eindproduct dat zich toevallig in zijn spreekkamer/ verzorgingshuis aanbiedt zonder dat het mogelijk is samenwerking te zoeken die het mogelijk maakt om ziekenhuiszorg, verzorgingshuiszorg of huisartsenzorg te integreren waar nodig is. Met inmiddels 2400 verschillende beroepen in de gezondheidszorg is het daarom te kijken hoe al deze competenties en functionaliteiten (dus buiten functieomschrijvingen om) zo goed mogelijk in te zetten. (RVS, 2019)

De marktwerking zoals deze moest gaan gelden is niet van de grond gekomen op de plekken die hier het meest van zouden moeten profiteren. Verzorgingshuizen en verpleeghuizen staan voor een tekort aan personeel en middelen en vastgoed. Innovatie wordt hier vaak als noodzakelijke korte termijnoplossing ingezet en de WLZ is niet een markt waar veel private partijen in willen investeren. Marktwerking zal hier niet de oplossing bieden. Onderdeel van deze oplossingen was vaak de huisarts.

Zorginnovatie kan op dit moment slechts tijdelijk gepaard gaan met financiële winst voor ziekenhuis of huisarts, omdat de financiële winst wordt als straffe van budgetoverschrijding of ten koste gaat van budget voor andere innovaties.

Het resultaat van meer dan 10 jaar zorginnovatie is dat een huisarts, gedreven door innovatie en marktwerking (en bij niet meedoen door inkomstenkorting) meer en meer gespecialiseerd ondersteunend personeel in dienst kreeg, die na implementatie van zorgvernieuwing niet meer naar huis gestuurd kon worden. De patiënt krijgt hierdoor een versnipperd aanbod van huisartsenzorg door verschillende zorgverleners. Ook hadden huisartsen zich verenigd in coöperaties, verenigingen en zorggroepen om de bijbehorende overhead, complexiteit gezamenlijk te dragen. Onderhandelen met zorgverzekeraars was alleen maar mogelijk via dit soort zorggroepen. Dit werden zelfstandige organisaties die op dit ogenblik zichzelf en daarmee de huisarts van werk en zorgvernieuwing blijven voorzien..

Binnen zorgvernieuwing was “triple-aim” de afgelopen 10 jaar de belangrijkste peilstok voor verhogen van kwaliteit in de gezondheidszorg en was de kapstok waaraan nieuwe projecten werden opgehangen. Triple-aim is sturen op kosten, het verbeteren van kwaliteit en verhogen van gezondheid. Bij het opzetten van nieuwe zorgvernieuwing volgens deze filosofie heeft de rol van de zorgverlener en werkplezier nauwelijks plaats.

Mooi is ook te zien hoe een triple-aim gedachte voortkomt uit het product denken en de marktwerking en aandacht voor de patiënt in plaats van de eigen organisatiestructuur. Hieraan zie je dat zorgvernieuwing vaak opgedrongen wordt aan een bestaande organisatiestructuur die hier niet altijd de ruimte voor biedt.

Een ander voorbeeld is te zien in het invoeren van een PGO (patiëntgebonden omgeving). Hierin zou de patiënt zijn informatie uit het dossier van de behandelaar kunnen inzien. Vele miljoenen later lijkt er echter niemand die hier een verdienmodel in ziet en willen zorgverlener als patiënt hier niet voor betalen. Uitstel door corona: weer een half jaar.. Er is zo'n complexe constructie nodig geweest om inzage te krijgen dat je je af moet vragen of er bij de digitalisering van dossiers een keer helemaal van scratch af aan moeten starten met betere uitgangsprincipes. De kortetermijnvisie laat dit echter niet toe en men heeft niet in de gaten dat hierdoor misschien nog vele jaren gewacht moet worden op doorbraken voor de ontsluiting van alle data richting de patiënt of zorgverlener. Waarbij dan ook pas statistiek gedaan kan worden en een groot deel van de bureaucratie geautomatiseerd zou kunnen plaatsvinden. Achteraf is het makkelijk praten. Maar laten we niet 4 maar 10 jaar vooruitkijken, in die zin dat de veranderingen van vandaag, niet de veranderingen voor over 5 jaar in de weg moeten staan.

Het huidige zorgstelsel heeft de organisatiestructuur zo ingewikkeld gemaakt dat de vele weeffouten het onmogelijk maken om beter samen te werken of te vernieuwen.

Er is geen financiële ruimte voor innovatie en er is geen basisinkomen voor specialisten waardoor ze tijd krijgen laagdrempelig mee te denken over innovaties die het ziekenhuis mogelijk geld gaan kosten.

Er wordt bij het invoeren van triple-aim of substitutie of andere samenwerkingsvormen niet lang stil gestaan bij de natuurlijke organisatiestructuur en het ontbreken van een natuurlijk organisatienetwerk rond ditzelfde product. Daarbij ontbreekt ook nogal eens een gezamenlijk dossier van de patiënt. Er wordt tevens niet gekeken naar de oneerlijke concurrentie in samenwerking tussen kleine individuele zorgverleners met grote ziekenhuizen, de financieringsstelsels, de financiële schotten tussen 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn, het verknippen van één zorgproduct in DBC, ICPC of consult, (namelijk 1 aandoening van een patiënt) , de bureaucratische onmogelijkheden door de vele managementlagen, het niet aansluiten van ICT systemen tussen verschillende aanbieders die vanuit hun specialisme dezelfde patiënt met dezelfde aandoening zien.

De romantische vanzelfsprekendheid om je met ziel en zaligheid te storten op het huisartsenbestaan, (waarbij lange werkdagen en dienstbaarheid als ambitie gecompenseerd werd door autonomie, aanzien, respect, zingeving en avontuur), heeft bij veel huisartsen plaats gemaakt voor “een toewijding als arts om binnen de contractuele voorwaarden zorg te verlenen, waarbij de vrijheid bestaat dit ook parttime te kunnen doen.”

Inhoudelijk is er in de spreekkamer niets veranderd, consulten gaan net als 10 jaar geleden, nu ondersteund door betere software en digitalisering en ondersteuning, omdat het anders niet meer is te bolwerken. Mensen gaan met een goed product de deur uit. De functie is hetzelfde, de kwaliteit is beter en toch ontbreekt er iets.. De werkbeleving wordt ondanks de mindere belasting en gemeten betere efficiëntie als drukker ervaren.

### Wat doen de veranderingen met de gezondheidszorg?

Gezondheidszorg zou te beschrijven zijn als het ondersteunen van de medemens, waarbij gedrag en leefgewoonten gestuurd worden door natuurlijke rolfiguren, daarbij geholpen door mensen die hier voor gestudeerd hebben. Dit kan als maatschappelijk verworvenheid aanwezig zijn.

Vraag: Waarom is dit zo complex? Wat maakt het tegenwoordig complexer dan vroeger of complexer dan in andere landen?

#### Groepsgrote en groepsdynamiek

Opvallend is dat er binnen de huisartsenpraktijk tegenwoordig al snel een aantal boven de 7 personeelsleden werkzaam zijn, wat boven deze grens de natuurlijke gelijkwaardigheid binnen de groep aantast. Als men kijkt naar oude HAGRO structuren, dan bestond een Hagro de lokale huisartsen waar met gelijkwaardigheid als groep zonder veel machtsverschil goed overleg te voeren was. In 2002 was er het idee hier toch een manager voor aan te stellen die zijn handen vrij had om namens de huisartsen de zorginnovaties te begeleiden. Als men het heeft over de voordelen van kleinschaligheid, waarbij een half woord genoeg is en emotie en stemgeluid bijdraagt aan saamhorigheid, dan bestaat er op dit ogenblik geen ruimte meer in ons menselijk vermogen om nog meer kleinschalige samenwerkingsverbanden aan te gaan op binnen de praktijk. Extra aansturing is hiervoor nodig in de vorm van een manager en het is nodig te communiceren via verhalen die ontdaan van emotionele afstemming op verschillende manieren ontvangen kunnen worden. Dit is een sociale verarming van kleine organisaties. Aan de andere kant lijkt het ook voordelen op te leveren je in grote groepen te organiseren, omdat er vanzelf kleinere groepjes ontstaan waarin men elkaar misschien nog wel beter kan selecteren op karakter en functie. Ik denk dat dit, ten opzichte van 2 decennia geleden wel een van de oorzaken is, dat het gevoel van controleverlies en onpersoonlijke zorg en de daarbij behorende aversie tegen van boven opgelegde regie ontstaan is. Nu wordt er door nieuwkomers waarschijnlijk op een andere manier naar gekeken, omdat met geen vergelijking kan maken en omdat de cultuur veranderd is. Naast de organisatorische verandering en functieverandering zien we nog een andere verandering in de hele maatschappij die misschien wel het best te duiden is als individualisme. Een begrip dat een zekere leegte aanduidt van de individu in de samenleving. Daar waar politiek en bestuursorganen de burger vanuit economische overwegingen aansturen, werd vaak de regie over het hele systeem, dus ook over de niet economische belangen uit handen genomen en is er als tegenhanger voor een vrije markt zeer veel geïnstitutionaliseerd en zijn er zeer veel regulerende maatregelen (regels) bedacht.

Individualisme gaat gepaard met een gebrek aan eigen bijdrage aan een collectieve samenwerking. De gezondheidszorg is veel symboliek en ongrijpbare waarde verloren, een verschijnsel dat veel zorgverleners van de oudere generatie herkennen en zich uit als een melancholisch gevoel dat niet goed geduid kan worden. Het melancholische gevoel dat ik herken uit een tijd dat de personele bezetting van een praktijk bestond uit 1 a 2 assistentes die alle patiënten kenden en vaak aan een half woord genoeg hadden om de ernst van de vraag in te schatten. De administratieve last was niet groot en de organisatiegraad was voldoende om een patiënt van de juiste zorg te voorzien. Is dit onderdeel van het recept geweest voor arbeidsvreugde, veerkracht en flexibiliteit? Bestaat er in een drukke praktijk die strak gedirigeerd is nog ruimte voor improvisatie, het meeveren met de wisseling van seizoenen met verschillende soorten en veel of weinig zorg. Is er nog ruimte voor een spontane natuurlijke samenwerking met collega's? Vaak is er geen tijd meer voor een sociale visite bij een

oudere, waar je toevallig te horen krijgt dat het goed zou zijn ook nog even naar de buurvrouw te gaan, omdat deze een week geleden gevallen is en daarna niet meer buiten is gekomen. Door informeel te vragen naar haar omgeving met oudere mensen maakt de arts gebruik van een informeel netwerk om zo een extra oogje in het zeil te hebben. (Dit kan volledig AVG proof en hier kan een geprotocolleerde ouderenzorg door extra assistentie niet aan tippen).

Gezondheidszorg wordt beschouwd als een collectief verworven voorrecht. Deze is tot stand gekomen door samenwerking, belangenvertegenwoordiging en een collectieve verantwoordelijkheid voor de medemens. In de laatste decennia is het deel van de gezondheidszorg waar betaling gereguleerd moet worden niet alleen gestuurd op kosten, maar ook op het eindproduct en organisatie. Daar waar om vaak financiële redenen anders gewerkt moest worden zijn samenwerkingsverbanden vastgelegd in organisaties. Organisaties die precies aansloten bij het zorgproduct dat erbij gekomen was. Zo is er voor de ketenzorg op meer dan 50 plekken in Nederland een zorggroep ontstaan. Deze had het doel de keten van zorgverleners te verbinden, protocollen te maken, financiële contracten af te sluiten en extra personeel te detacheren. Daarnaast had de zorggroep de rol voor nascholing voor het betreffende zorgproduct en zou het de kwaliteitsregistratie onder haar hoede nemen. Hiervoor moeten managers aangesteld worden als schakel naar de huisartsenpraktijk en wordt er een directeur aangesteld die de verantwoording draagt voor het bestuur van de organisaties.

Er ontstonden huisartsenposten. Een door huisartsen zelf aangedragen oplossing voor de 24/7 spoedzorg die zo gedeeld kon worden met collega's. Zelfs nu dit een opzichzelfstaand bedrijf is geworden houden de praktijkhouders de verantwoordelijkheid voor het invullen van de diensten waarvoor ze markttechnisch te weinig voor betaald krijgen. Het grootste probleem is dat dezelfde praktijkhouders tegenwoordig niet meer in de gelegenheid zijn om compensatie/ rusturen in te lassen in de eigen praktijk.

Uitdaging: 24/7 huisartsenspoedzorg of andere oplossing? Hoe in te richten?

Nu er nieuwe zorgproducten ontstaan wordt er gebruik gemaakt van organisatievormen die geschikt waren voor ketenzorg, maar mogelijk minder geschikt voor e-health of samenwerking met andere partijen. Voor de overheveling van de basis-GGZ naar de huisarts werd er geen aparte organisatie opgericht die de keten met de psychologen en psychiatrie onderhield. Voor bekostiging van een praktijkmanager is de praktijkhouder afhankelijk van een zelfde organisatie. Het is tegenwoordig zeer moeilijk als individuele praktijkhouder om een persoonlijke zorgpakket aan te bieden. Het is niet mogelijk om voor nieuwe zorgproducten bij een andere zorggroep aan te sluiten. Het is niet mogelijk om zelf contracten aan te bieden aan de zorgverzekeraar. Er is zeer veel verschil in de opbouw en cultuur binnen zorggroepen. Er is zeer veel verschil in ondersteuning van een zorggroep en de contracten die er worden afgesloten met de preferente zorgverzekeraar.

Uitdaging: Een lerende omgeving maken van samenwerkende zorggroepen

Uitdaging: Minder bureaucratie in de zorggroep

Uitdaging: Kleine bewezen zorginnovaties lanceren over alle zorggroepen en leden die hier interesse in hebben.

Uitdaging: Transparantie in contractering voor de zorgondernemer

Uitdaging: Dynamische samenwerkingsverbanden in verschillende ketens, desnoods over zorggroepen heen.

Uitdaging: Zorggroepen moeten door praktijkhouders worden aangestuurd voor innovatie en moet geen kanaal worden waarlangs verzekeraars of politiek innovatie introduceren.

uitdaging: Hoe maak je de zorgorganisatie weer dienend en minder aanjagend.

institutionalisering, marktwerking en individualisme hebben de burger als zorgprofessional vrijwel ontdaan van de mogelijkheid autonoom verantwoordelijkheid te kunnen nemen. Het collectieve gemis van collectieve autonomie leek te worden gecompenseerd door opkomst van connectiviteit en onafhankelijkheid door het internet. Daarbij was er door toegenomen ICT en belangenvertegenwoordiging vanuit gezamenlijke organisaties een grote druk mee te gaan in politiek

bedachte veranderingen. Deze veranderingen, veelal nog steeds gestoeld op economische voorspellingen en niet op maatschappelijk geluk, moesten de zorg klaar maken voor de vele dreigingen die de komende jaren voltrekken. Voorspellingen die gedaan worden door statistici die uitgaan van getallen en zich niet lijken te verdiepen in de menselijke gedragingen, menselijke diversiteit en menselijke veerkracht in de samenleving.

Vanuit deze onwennige periode, waarbinnen veel zorgvernieuwingen zijn doorgevoerd, omdat de overheid hier de regie in nam, lijkt het nu tijd voor een beweging in de gezondheidszorg een stap te maken die het ook weer voor de zorgverlener aantrekkelijk maakt hier zijn bijdrage te willen leveren.

## Invloeden op de gezondheidszorg:

### *De vergrijzing:*

Het probleem van vergrijzing is, dat de generatie die nu oud is, er niet voor hebben gezorgd dat er voldoende kinderen zijn die voorzien in hun ouderdagsvoorziening.

Uitdagingen: Hoe kunnen we met minder personeel, dat meer gespecialiseerd is zorg leveren voor de ouderen.

Uitdagingen: hoe kunnen we de zorgvraag van ouderen verminderen

Uitdagingen: hoe kunnen we hierin gebruik maken van dezelfde vergrijzende groep (ze betrekken)

### *Ouder wordende mens*

Met de leeftijd neemt ook de kans op ziekte toe. Met goede gezondheidszorg zullen mensen een lange tijd van hun leven met meerdere ziekten rondlopen, wat de behandeling complexer en duurder maakt.

Uitdagingen: Hoe kunnen we zorgen dat mensen op latere leeftijd ziekten ontwikkelen.

Uitdagingen: hoe kunnen we zorgen dat mensen hun ziekten zoveel mogelijk zelf kunnen managen

Uitdagingen: hoe kunnen we complexiteit veroorzaakt door behandelingen die door elkaar heen lopen verminderen.

Uitdagingen: Hoe maken we de behandeling van complexe zorg goedkoper.

Uitdagingen: Hoe zorgen we dat we niet meer zorg bieden dan nodig.

### *De cultuur:*

Ons handelen wordt op dit ogenblik bepaald door ons onderwijs, onze politiek en economie. In ons drukke bestaan zijn we eraan gewend geraakt dat geld gelukkig maakt en dat positieve levenservaring gekocht kan worden. Een nog steeds overheersend kapitalistisch systeem houdt dit in stand. Al zijn er geluiden dat we hier een andere manier voor moeten vinden. (Rotmans, 2014) (Naïm, 2015) (Kelly, The inevitable, 2017)

Waar de huidige cultuur zijn oorsprong vindt, is in de vele geschiedenisboeken te vinden en heeft alles te maken met de manier waarop we in het verleden met de op dat moment bekende visie op het leven en de maatschappij zijn omgegaan met veranderingen en wat de huidige cultuur kenmerkt is hoe er op dit moment wordt omgegaan met veranderingen.

Het zorgproduct wordt nog steeds beschouwd als verworven recht en vanzelfsprekendheid in de samenleving, waarvoor door iedere burger zo min mogelijk betaald hoeft te worden.

De manier waarop onze scholen zijn gericht op het halen van diploma's. Het wordt daarbij belangrijk om ze te leren hoe om te gaan met de steeds sneller gaande verandering in de maatschappij en daarbij ook **zelfzorg** bij gebrek aan gezondheidszorg. Ook zal de manier waarop we in de toekomst kijken naar ziekte en gezondheidszorg veranderen. Daarbij zal ziekte altijd de kwetsbaarheid blootstellen van ons menselijk organisme en zal het ook dan niet gaan passen in het maakbaarheidsprincipe dat onze maatschappij draaiende lijkt te houden. Ziekten vormen op dit

ogenblik de zorgvraag. Zelfs data over ziekten en de voorspelbaarheid van ziekten worden als product verhandeld. De groeiende ICT infiltratie in het zorglandschap creëert op dit ogenblik zijn eigen zorgvraag uit een behoefte die niet altijd door zorgverleners en patiënten wordt onderschreven.

Vele ziekten zijn ook nog eens gerelateerd aan deze ratrace en consumptiemaatschappij en komen door de verslavingen als suiker, eenzijdige voeding, slapeloosheid, bewegingsarmoede, eenzaamheid en gebrek aan perspectief. Het is deze negatieve spiraal die op dit ogenblik het grootste struikelblok vormt voor hervorming in de volksgezondheid.

De filosofie die we hanteren op leven en dood is in het westen sinds de ontkerkelijking veranderd. Het feit dat ziekte en dood een grijpbare werkelijkheid lijken, en daarnaast het maakbaarheid en consumptiegedrag hanteren, geeft de rechtvaardiging, dat we onze gezondheid als een product zijn gaan beschouwen.

Uitdaging: Op dit ogenblik staan we voor een cultuurverandering, die erop gericht is, dat ons lichaam niet maakbaar is, maar dat we vanuit de wetenschap hebben geleerd hoe hier zuinig op te zijn.

Uitdaging: Hoe krijgen we grip op de vermarkting van ziekten en patiëntendata?

Uitdaging: Hoe krijgen we grip op de patiëntendata en kunnen ze in het voordeel werken?

Uitdaging: Hoe voorkomen we dat we data verzamelen waardoor er een extra zorgvraag ontstaat?

Uitdaging: Hoe koppelen we de patientendata uniform?

Uitdaging: Van wie zijn deze data?

Uitdaging: Hoe zorgen we voor een cultuursomslag van maak denken naar preventief en zuinig denken?

#### *Onze manier van denken*

De manier waarop er op dit ogenblik gestuurd wordt op het zorglandschap is gericht op statistiek, financiën, theoretische modellen en vastgelegde lange termijn doelen.

Uitdagingen: Hoe voorkomen we dat statistiek in een snel veranderende maatschappij minder bruikbaar wordt?

Uitdagingen: Hoe kunnen we zonder vastgelegde lange termijn doelen sturen?

Uitdagingen: Hoe kunnen we, wetende dat zorg wel betaald moet worden, de financiële sturing zoveel mogelijk loslaten?

Uitdagingen: Hoe kunnen we dynamisch theoretische modellen testen, vergelijken en ervan leren?

Het politieke beleid komt voort uit een democratische vertegenwoordiging van waarden en normen. In dit beleid wordt, in de vorm van wetten en regelgeving, de lijn uitzet waarnaar we als samenleving functioneren.

Uitdagingen: komen de waarden en normen vanuit de zorgvraag overeen met de normen en waarden in het zorg aanbod?

Waar komen de normen en waarden vandaan? Hoeveel zijn deze onderhevig aan lobbygroepen en zo ja, wat is het belang?

In hoeverre is de politiek of media verantwoordelijk voor beeldvorming en wat is het belang?

In hoeverre biedt het politiek beleid ruimte voor verandering?

We zijn gaan vertrouwen op het beeld dat door de overheid en media gecreëerd wordt. We zoeken naar houvast en klampen ons vast aan de partij die onze logica het best kan vertalen naar de politiek. Daar waar vroeger de bijbel en de pastoor een antwoord had, wordt nu antwoord gevonden op internet, op discussiefora, en binnen politieke partijen. Er is altijd wel online antwoord te vinden die aansluit bij ons eigen paradigma. Antwoorden bestaan met name uit bevestigingen van ons eigen denkbeeld en de online netwerken die ons eigen denkbeeld voeden met "gelijk". Dialoog ontbreekt en zonder nieuwsgierigheid en inlevingsvermogen in een ander verhaal ligt polarisatie op de loer. We besparen hiermee enorm veel energie, doordat we onze hersenen niet hoeven te gebruiken zelf te denken om zelf tot antwoorden te komen. Zouden we namelijk over de hoeveelheid informatie die ons wordt aangeboden ook nog eens moeten nadenken, om er een kloppend verhaal van te maken,

dan komen we tijd en energietekort. Big Brother zou jaloers zijn op de manier waarop de mensheid zichzelf lijkt te manipuleren. De mensheid is in zijn diversiteit in staat gebleken om conflicterende verhalen naast elkaar te accepteren, conflicten te vermijden en tot gemeenschappelijke consensus te komen. De maatschappij blijft te vaak uit de vele visies kiezen voor het verhaal dat de beste toekomst voorspiegelt. Een verhaal, dat voor het op dat ogenblik gestelde vraagstuk, de beste optie lijkt. Daarbij wordt er vaak gekozen voor resultaat op de korte termijn.

Uitdaging; in hoeverre klopt dit voor de zorg?

Uitdaging: Wat kan de zorgorganisatie zelf doen aan de juiste beeldvorming met ruimte voor verschillende visies?

### *Kansen van het digitale tijdperk*

We moeten ons er als gebruiker van software bij neerleggen, dat vrij denken meestal beperkt wordt en oplossingen die met digitale omgevingen worden aangedragen, geframed zijn als de digitale vooruitgang. Daarentegen doen juist apps die ruimte bieden voor creativiteit het bij de jeugd erg goed. Welke invloed deze ontwikkeling heeft op de samenleving zou nog wel eens verassend positief kunnen meevallen, waarbij misschien wel een afhankelijkheid zal ontstaan van de laatste technologie en communicatiemiddelen. We zouden ieders creatieve vermogen zo goed mogelijk moeten ontwikkelen om wendbaar en weerbaar te zijn bij tegenslagen en we moeten leren ons aan te passen aan een veranderende maatschappij of gezondheid.

### *Bureaucratische uitwassen*

Binnen de maatschappij is bij sommige groepen de verwachting ontstaan, dat alle zorgbehoeften door een overheidsorgaan zou moeten worden aangeboden

Als het gaat om “de Nederlandse gezondheidszorg” staan we als burger, maar ook als zorgverlener aan de zijlijn en is de ruimte voor eigen initiatief afhankelijk van besluitvorming door overheid en zorgverzekeraar. Participatie voor de zorgverlener is aan strenge regels gebonden. Als we zorg willen innoveren of optimaliseren op een manier die niet altijd in protocollen is te vatten of die slechts nodig is als patiënten tussen wal en schip vallen, is er altijd wel een instantie die hier binnen de regels van het door de overheid opgelegde spel een protocol voor moet schrijven. Vaker gebeurt het dat er dan geen toestemming wordt verleend of wordt weigert de gemaakte kosten te betalen.

De verwachting wordt tegenwoordig gevoed door beeldvorming van commerciële partijen die aangeven dat alle mogelijke service “gratis” verkrijgbaar is. Er bestaat wel degelijk krentenpikkerig gedrag van partijen waarmee niet geconcurrereerd kan worden door huisartsen of ziekenhuizen. Niet dat dit een slechte ontwikkeling zou zijn, maar de financiering voor de overblijvende complexere en duurdere zorg in de 1<sup>e</sup> lijns praktijk of ziekenhuis blijft daarmee achter.

De maatschappelijke norm over gezondheidszorg wordt gekleurd door een financieel denkraam. Een norm waarbinnen zelfs normaal eten, bewegen en sport als gezondheidszorg product verhandeld wordt.

Het verdienmodel op ongezonde producten kan volgens een economische norm nog steeds de schadelijke gevolgen buiten beschouwing laten.

Veel wijsheid gewenst,

Drs. Leon F. Mentink, huisarts n.p.