



Hoe krijgen we de samenhang terug in de zorg?

Kom naar het publiek debat
Zorg voor samenhang!

14 december 2019
13.30 uur
 Spaanse Trap
(Wijnhavengebouw)
Turfmarkt 99 Den Haag

Prominente denkers, betrokken bestuurders en praktische doeners in de zorg zoeken samen naar oplossingen waar politiek, zorgverzekeraars en zorgverleners mee aan de slag kunnen.

voor meer info ga naar
www.hetroermoetom.nu



INLEIDINGEN UITGESPROKEN
TIJDENS HET PUBLIEK DEBAT
ZORG VOOR SAMENHANG

Inhoud

Inleiding Publiek Debat Zorg voor Samenhang	2
Herman Tjeenk Willink, Minister van Staat	2
Inleiding Publiek Debat Zorg voor Samenhang	5
Lucas Fraza, huisarts en lid Actiecomité Het Roer Moet Om	5
Inleiding Publiek Debat Zorg voor Samenhang	6
Leonard Witkamp, dermatoloog en directeur Ksyos	6
Inleiding Publiek Debat Zorg voor Samenhang	8
Derk Runhaar, huisarts	8
Inleiding Publiek Debat Zorg voor Samenhang	10
Igor Tulevski, cardioloog en oprichter Cardiologie Centra	10
Inleiding Publiek Debat Zorg voor Samenhang	11
Hans van Santen, huisarts en oud-hoofdredacteur Medisch Contact	11

Inleiding Publiek Debat Zorg voor Samenhang

Herman Tjeenk Willink, Minister van Staat

De bijeenkomst van vandaag is belangrijk niet alleen voor huisartsen en de medische zorg maar voor de hele publieke dienstverlening. Problemen vergelijkbaar met die waarmee huisartsen worstelen, spelen ook elders. Het lijkt wel of 'plotseling' overal problemen rijzen, gaten vallen en grenzen zijn bereikt. Het moge duidelijk zijn: de wijze waarop we de afgelopen decennia met de publieke dienstverlening zijn omgegaan levert niet op wat wel werd voorgespiegeld. En dat was: goedkoper maar ook beter door maatwerk gericht op degenen die het echt nodig hebben. Maar juist zij blijken in de praktijk als eersten buiten de boot te vallen. Dat tast het vertrouwen in de vertegenwoordigende democratie aan en zet het rechtsgevoel onder druk. De democratische rechtsorde is een normatief concept dat verbindt en insluit ('leder telt mee'), niet uitsluit. Daarom is onze democratische rechtsorde ook een sociale rechtsorde. De kwaliteit van de sociale rechtsorde wordt afgelezen aan de wijze waarop met de meest kwetsbaren in de samenleving wordt omgegaan.

In een democratische rechtsorde geldt het primaat van de politiek. Dat primaat verwijst naar verantwoordelijkheden. Allereerst naar de verantwoordelijkheid die politici hebben om uiteindelijk vast te stellen wat het algemeen belang in concrete omstandigheden inhoudt. Daarnaast verwijst het primaat naar de politieke verantwoording die ministers ten overstaan van de volksvertegenwoordiging moeten afleggen voor het te voeren en gevoerde beleid. In de praktijk kost het volksvertegenwoordigers en ministers grote moeite het primaat van de politiek waar te maken. Door het denken, ook in de politiek, in kosten en baten op korte termijn is het zicht op het algemeen belang verduisterd en is de politieke functie 'zoek geraakt'. Dat is een direct gevolg van de wijze waarop we de laatste jaren over de overheid hebben gedacht. In dat denken stonden drie opvattingen centraal. Allereerst de opvatting dat de overheid als een bedrijf moet worden gezien dat goed gemanaged moet worden. Publieke taken konden beter worden verzelfstandigd of geprivatiseerd. Geen 'onverdeeld succes', ook al omdat publieke en private verantwoordelijkheden door elkaar zijn gaan lopen en vaak niet meer duidelijk is wie verantwoordelijk is voor wat. De tweede opvatting is dat de burger vooral een homo economicus is, zowel klant als kostenpost. Burgers worden geacht zich te gedragen overeenkomstig de aannames bij de overheid. Die aannames zijn vaak budgettair bepaald en op de korte termijn gericht. Zo konden de verzorgingshuizen wel weg want burgers willen toch zo lang mogelijk, ook alleen, thuis blijven wonen. De ervaring leert inmiddels dat als door de overheid alleen op geld wordt gestuurd en de inhoud/lange termijn wordt verwaarloosd de uiteindelijke kosten aanzienlijk hoger zijn. De derde opvatting is dat het succes van het overheidsbeleid vooral kan worden afgemeten aan de groei van de economische welvaart via de private sector (De voorzitter van het VNO-NCW verwoordde die opvatting onlangs kort en krachtig zo: 'Wij verdienen de centen, wij maken de banen, de politiek moet naar ons luisteren, nu! '). In die

opvatting is de overheid een kostenpost. Gevolg: de nadruk kwam de laatste decennia vooral te liggen op wat de (centrale) overheid om financiële redenen – al werd dat soms anders verpakt – niet meer zou *kunnen* doen, in plaats van op wat een overheid in een democratische rechtsorde in ieder geval *moet* doen. De gevolgen worden inmiddels dagelijks zichtbaar. Voor mij is maar één conclusie mogelijk: de weg van de overheid als bedrijf, de burger als homo economicus en economische welvaart via de private sector als ijkpunt voor succes, loopt dood. De maatschappelijke schade wordt te groot en het vertrouwen van burgers in de overheid slinkt. De mensen in de zwakste positie zijn daarvan het eerste het slachtoffer. Er is dus een paradigmawisseling nodig: van een overheid als bedrijf ten dienste van de economische welvaart via de private sector naar een overheid ten dienste van de democratische rechtsorde, als gemeenschappelijk fundament. Dat is meer dan een kwestie van extra geld voor publieke voorzieningen om de meest zichtbare achterstanden die de afgelopen jaren zijn opgelopen op te vangen. Hoe belangrijk dat ook is. Het gaat om een anders kijken naar – en een anders denken over overheid en publieke dienstverlening. We moeten alsnog de vragen stellen die we 40 jaar geleden, toen de ontzuiling doorzette, hebben laten liggen. Wat bedoelen we als we zeggen dat de democratische rechtsorde een normatief concept is dat 'insluit' (ieder telt mee) en niet 'uitsluit'. Welke invulling geeft de overheid daarvoor bijvoorbeeld aan artikel 22, eerste lid van de Grondwet: 'De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid'. Op welke zorg kunnen alle burgers rekenen? Het antwoord op die vraag is uiteindelijk een politiek antwoord. Maar wat houdt de politieke functie nog in en waarin onderscheidt deze functie zich van de bestuurlijke en de ambtelijke functies? Politiek is – behoort althans te zijn – een inhoudelijke koers uitzetten, het bredere perspectief schetsen en daarbinnen steeds opnieuw bepalen wat het algemeen belang vereist. Dat bredere perspectief wordt niet meer geboden door grote ideologische visies op mens en maatschappij. Daarvoor zit de wereld te ingewikkeld in elkaar. Wat politici en politieke partijen kunnen doen is proberen problemen en hun oplossingen in beeld te krijgen door de vaak ongemakkelijke feiten – tijdig – onder ogen te zien, nieuwe inzichten tot zich te laten doordringen, scherper zicht te krijgen op wat in de uitvoering gebeurt en op basis daarvan keuzen te maken. Het is vervolgens aan de bestuurders – voorop de bewindslieden – de regie te voeren en ervoor te zorgen dat die keuzen worden uitgevoerd en de onderlinge samenhang wordt bewaakt, maar vooral ook dat de voorzieningen allereerst diegenen bereiken die het meest van die voorzieningen afhankelijk zijn. Ambtenaren tenslotte moeten over de inhoudelijke deskundigheid beschikken om te bepalen welke instrumenten moeten worden ingezet om de regie effectief te doen zijn, te bewaken dat het doel van de voorzieningen wordt bereikt en eventuele onvoorziene effecten te signaleren en voorstellen voor correctie te doen. Maar zo is de laatste decennia niet meer over deze functies gedacht. Politiek is steeds meer besturen, besturen steeds meer regelen, regelen steeds meer procesmanagement geworden. We kunnen niet volstaan met dat te

constateren, daartegen te protesteren en te verwachten dat 'de politiek' of 'den Haag' op eigen kracht zal veranderen. Dat zal niet gebeuren; niet uit (persoonlijke) onwil, maar uit (functionele) onmacht. De eigen dynamiek van het bestaande te sterk is. Zo moet volgens mij ook de reactie van minister Bruins op de publicatie 'Patiënt tussen wal en schip' worden verklaard. Eigenlijk zegt de minister: het gaat niet om inhoudelijke keuzen, maar om het beter inrichten van het proces. Einstein had gelijk: problemen kunnen niet worden opgelost met het denken dat die problemen heeft veroorzaakt. Of in mijn eigen woorden: 'Dat de afgelopen 30 jaar binnen de overheid en in de publieke dienstverlening het managementdenken met zijn aandacht voor organisatie, kostenbewustzijn en productie zo overheersend is geworden, is een gevolg van het ontbreken van tegenwicht. Het besef dat 'beleid' en 'uitvoering', beleidsbepalers en professionals op de werkvloer, wederzijds van elkaar afhankelijk zijn was te zwak. Maar juist vanuit dat besef van wederzijdse afhankelijkheid en dus ook van gemeenschappelijke verantwoordelijkheid zitten we hier.

Professionals op de werkvloer, waaronder de dokter, ondervinden in hun contacten met burgers, hun patiënten, aan den lijve de problemen waarvoor beleidsbepalers oplossingen aandragen. De wijze waarop zij met die problemen omgaan bepaalt in belangrijke mate de geloofwaardigheid van de overheid. Zonder professionals op de werkvloer komt van geen enkel beleid iets terecht. Zonder de huisartsen als stevig fundament van het hele 'gezondheidsgebouw', stort dat gebouw in elkaar. Toch is de politieke aandacht voor de uitvoerbaarheid en de uitvoering van het beleid tot nu toe gering geweest. Onder druk van de feiten verandert dat. Juist nu worden politici – niet alleen bewindslieden maar ook volksvertegenwoordigers – er soms hardhandig aan herinnerd dat zij uiteindelijk niet worden beoordeeld op hun beleidsvoornemens en de modellen en vooronderstellingen die daaraan ten grondslag liggen, maar worden afgerekend op de gevolgen van het beleid, ook het beleid dat door hun voorvoorgangers in gang is gezet. Meer dan ooit zijn zij voor de noodzakelijke veranderingen afhankelijk van de kennis en ervaring, de diagnoses en de receptuur, van de professional op de werkvloer.

Wederzijdse afhankelijkheid vereist vertrouwen; vertrouwen dat de ander zijn eigen functie kent en competent is om die functie naar behoren uit te oefenen; vertrouwen in de bereidheid de gemeenschappelijke verantwoordelijkheid te aanvaarden voor de instandhouding van de democratische rechtsorde, de inclusieve samenleving, waarin de gezondheidszorg – het blijkt uit alle onderzoeken – voor burgers zo'n belangrijke plaats inneemt.

De problemen die op dit ogenblik in de publieke sector zo scherp naar voren komen kunnen tot somberheid leiden, maar kunnen ook de ogen openen van al diegenen die geloofden in een publieke dienstverlening waarin het accent meer ligt op concurrentie en controle dan op samenwerking en solidariteit. Het blijkt niet te werken. Dat biedt dus ook kansen om het anders te gaan doen. 'Never waste a good crisis'. En daarom zijn we vandaag hier

bijeen onder het motto: 'Niet de opdracht tot concurrentie, maar de wil tot samenwerking moet in de zorg leidend zijn'.

H. D. Tjeenk Willink

Inleiding Publiek Debat Zorg voor Samenhang Lucas Fraza, huisarts en lid Actiecomité Het Roer Moet Om

Zorg is mensenwerk.

Vraagt u zich wel eens af hoe de zorg er over 20 jaar uit ziet? Of hoeveel zorg er nog is, in het jaar dat u kwetsbaar bent geworden. Is er dan nog een luisterend oor van een vertrouwde dokter? Of een kundige hand van een verpleegkundig aan uw bed? Vindt u nog een beschikbare verzorgende in uw directe omgeving? Of bent u tegen die tijd op zoek en tevreden over 24-uur beschikbare digitale zorg.

Nog een aantal vragen voor de toekomst: wat heeft u nodig als u bent gestruikeld over uw zorgrobot en met een gebroken heup op de grond ligt achter uw eigen voordeur? En waaraan heeft u behoefte als u steeds onzekerder bent geworden van alle tegenstrijdige adviezen van onzichtbare digitale dokters? Wie neemt u bij de hand, raapt u op en op wie kunt u nog steunen? En, heel belangrijk, wie durft en kan de kaf van het digitale koren te scheiden?!

Mijn inzicht als huisarts met 20 jaar ervaring is; we willen graag door mensen geholpen worden. Omdat je gewoon gehoord en gezien wil worden. Omdat je behoefte hebt aan iemand die je vertrouwt. Wat je écht nodig hebt als je kwetsbaar bent geworden is een dokter of verpleegkundige die luistert met je meedenkt en je even aanraakt als troost. Die persoonlijk en professioneel advies geeft in wat kan en wat soms niet meer hoeft.

Iedere zorgvezel in mij growt van de gedachte dat we voorsorteren op een zogenaamd digitaal zorg Walhalla. Je eigen zorg autonoom en zelfbewust via je scherm regelen is hip en sexy als je hip en sexy bent, maar wordt pas voelbaar eenzaam en kwetsbaar als je eenzaam en kwetsbaar bent geworden. Kwetsbaar betekent ook dat het niet lukt om de goede knoppen te vinden.

Misschien moeten we het eens omdraaien en vragen wat voor digitale ondersteuning *zorgverleners* nodig hebben om hun werk goed te kunnen doen!! Hoe maken we de zorg slim en efficiënt, in plaats van een onwerkbare

dagelijkse warboel van niet passende digitale stekkers en financiële schotten. Hoe maken we het zo goed, dat onze generatie de volgende laat zien dat het leuk is om in de zorg te werken.

Het gaat uiteindelijk om het behoud van het unieke evenwicht tussen de beperkte hoeveelheid mensen die echt hulp nodig heeft en voldoende zorgmensen die daar verstand van hebben.

Dit debat is DE kans om te zorgen dat de menselijke maat niet verloren gaat voor patiënten die het nodig hebben, dankzij of ondanks alle digitale ontwikkelingen.

Debaters aan u de taak om de balans te hervinden. Hoe voorkomen we, met de hulp van de ICT, dat de zorg geen wereld van permanente schermen en rondslingerende zorgrobots wordt. Hoe zorgen we dat de zorg begrensd en menselijk blijft. Hoe zorgen we dat je gehoord, gezien en geholpen wordt op het moment dat je voelt dat je kwetsbaar bent.

Veel vragen en nog weinig antwoorden, aan u nu het woord (?)
Stel ons niet teleur.

Inleiding Publiek Debat Zorg voor Samenhang Leonard Witkamp, dermatoloog en directeur Ksyos

Digitale transformatie als voorwaarde voor behoud van menselijke zorg, voor iedereen.

De overheid wil ongecontracteerde zorg inperken door minder marktwerking, om explosieve kostenstijging te beteugelen. Maar met de keuzevrijheid van een snel vergrijzende generatie is dit een verloren strijd. De oplossing ligt in digitale transitie.

Wij leveren nu zorg volgens de principes van de jaren zeventig. Een regulier ziekenhuis is vijftig procent van haar inkomsten kwijt aan kolossaal vastgoed, personeel dat niet bijdraagt aan zorg en peperdure administratieve ict. Kosten die niets toevoegen aan het eigenlijke zorgproces. In de bankwereld, reiswereld en andere sectoren vindt sinds de jaren negentig een digitale transitie plaats. De gebruiker kan overal zijn of haar zaken zelf regelen.

Bankieren via de app, jas kopen bij Bol.com, een kamer huren bij Airbnb, series kijken wanneer je wilt. Naast betere dienstverlening aansluitend bij de wensen van de consument hebben deze toetreders niet de overhead van de oude wereld. In de zorg is het proces van digitale transformatie nog niet op

gang gekomen. En marktwerking met nieuwe toetreders - ook ongecontracteerd - zou juist weleens de motor kunnen zijn voor deze broodnodige digitale transformatie.

Onder digitale supervisie van de huisarts, de paramedicus of de patiënt zelf kan de medisch specialist vijftig procent van de fysieke bezoeken aan het ziekenhuis voorkomen. Partijen als het door mij bestuurde Ksyos, maar ook Optometristen Collectief Rijnmond (OCR) en Therapieland bewijzen op grote schaal dat digitale transitie leidt tot betere zorg, zonder wachttijd, dicht bij de patiënt, tegen een eerlijke prijs.

Zo ziet Ksyos als landelijk opererende digitale zorginstelling samen met 7500 huisartsen en 4500 medisch specialisten en paramedici in 2019 meer dan 350.000 nieuwe patiënten en verwacht het een forse groei de komende jaren. Digitale transitie dwingt ziekenhuizen zichzelf te veranderen in gespecialiseerde centra voor acute, ernstige en sociaal zwakkere patiënten. En tot heroriëntatie van vastgoed, personeel en ICT. Maar zullen zij dit zelf kunnen? Zij zijn immers niet gericht op innovatie, zeker niet als deze leidt tot het opheffen van de bestaande structuur.

Hier komt de innovatieve toetreders naar voren - vaak ondernemers die werken met gedreven mensen die de zorg willen verbeteren. Die bereid zijn om alles op alles te zetten om hun idealen te bereiken, bijvoorbeeld om gezondheid naar de Nederlander te brengen met behulp van digitale transitie. Die dat doen binnen de regels van de zorg en die samenwerken met publieke of semipublieke - instellingen.

Die gecontracteerd worden door zorgverzekeraars, maar die ook in onderaanneming werken van andere zorginstellingen. Die de zorginstellingen verder helpen in het proces van digitale transitie - innovatie komt immers van buitenaf. En die hebben aangetoond in een behoefte van de burger te voorzien.

Deze toetreders zijn van vitaal belang voor het bereikbaar houden van zorg voor onze ouders, onszelf en onze kinderen. Zorgverzekeraars, overheid en conventionele zorginstellingen hebben de plicht tegenover hun verzekerden, burgers en patiënten om deze toetreders op te schalen. Als dit onvoldoende gebeurt binnen de gecontracteerde zorg, moeten zorgverleners en zorgvragers de mogelijkheid houden om voor deze betere innovatieve zorg te kiezen op ongecontracteerd basis.

De burger wacht op brede inzet van verbeterde zorg die bewezen binnen handbereik is. Ook met gedreven toetreders die liefst gecontracteerd en - indien door verzekeraars of overheid gedwongen - ongecontracteerd echt betere zorg leveren ten behoeve van hun patiënten.

Leonard Witkamp Dermatoloog en bijzonder hoogleraar e-health aan Amsterdam UMC. Tevens directeur van Ksyos, een instelling voor medisch specialistische zorg.

Inhoud deels eerder gepubliceerd als opiniestuk in Het Parool.

Inleiding Publiek Debat Zorg voor Samenhang Derk Runhaar, huisarts

Wat is optimale medische zorg?

Op weg naar mijn ochtendspreekuur luister ik in de file naar de radio. Het reclameblok gaat grotendeels aan mij voorbij tot ik de naam van een orthopediekliniek herken en nog net een flard meekrijg van het spotje: "Van wachten wordt niemand beter. Onze orthopeden opereren snel." Nog maar net uit de file zie ik een reclameposter van een grote ggz-aanbieder: "Wacht niet te lang! Ga naar je huisarts!" Mijn eerste patiënt die ochtend wordt gestuurd door zijn fysiotherapeut. Er moet nu toch echt een MRI gemaakt worden van de knie. Of anders had hij nog wel een goeie tip voor een orthopeed... inderdaad, van diezelfde orthopediekliniek.

Een belangrijk deel van mijn werk als huisarts bestaat uit geruststellen en normaliseren. Dat is leuk werk omdat ik de meeste mensen in mijn praktijk inmiddels ken en zij kennen mij. Dat geruststellen en normaliseren werkt omdat er vertrouwen is. Maar vertrouwen gaat niet automatisch, dat moet je verdienen. Het is een voortdurende balans tussen niet willen overbehandelen, maar ook niet willen onderbehandelen.

Die balans wordt steeds moeilijker. Reclame, krantenartikelen, ervaringen van BN-ers: steeds vaker sta ik onder druk om te verwijzen zonder medische noodzaak. Omdat de angst te groot geworden is voor mijn geruststelling. Een ziekmakende angst die leidt tot overbehandeling van gezonde mensen. Want gezonde mensen zijn aantrekkelijke patiënten voor zorgaanbieders: lichte problematiek, snelle geruststelling, prima marges.

Het gevaar van selectie op lichte problematiek geldt niet alleen voor grote commerciële zorgaanbieders, maar ook voor mij als huisarts. Het is commercieel aantrekkelijker om verkouden kinderen steeds opnieuw na te kijken en ouders zijn blij met de geruststelling. Maar het is zinvoller om uit te leggen dat verkoudheid geen medische zorg behoeft. Zo blijft er tijd over voor meer aandacht aan ernstig zieken. Voor optimale medische zorg.

Ook in mijn praktijk merk ik de stille ramp van onderbehandeling van onze kwetsbaren. Zij die niet woedend naar het Malieveld kunnen trekken, maar die ik dagelijks in mijn spreekkamer en op huisbezoek zie. Ik kan ze als huisarts niet goed helpen, maar krijg ze nergens in zorg. Ik ben aan het overbruggen, aan het pappen, aan het nathouden. Ik probeer eens wat met medicatie die ik nooit eerder voorschreef. Het kost tijd en energie. En dat gaat ten koste van mijn poortwachtersrol. Ik normaliseer minder en verwijst sneller door.

Ziek makende angst en disfunctionele selectie aan de poort. Twee uitwassen van een marktgedreven zorgstelsel waar alleen plek is voor patiënten die in een rendabele zorgstraat passen. Een marktgedreven zorgstelsel met verkeerde zorg op de verkeerde plaats. Specialisten die huisartsenwerk doen en huisartsen die specialistenwerk doen. Ergens moet die vicieuze cirkel doorbroken worden. Want zowel overbehandeling als onderbehandeling zijn schadelijk voor de patiënt.

Overbehandeling is vaak subtiel. Medische diagnostiek en therapie zijn zelden zwart-wit. Dat geldt niet alleen voor de psychiatrie, maar zelfs bij een gebroken been kunnen chirurgen eindeloze nuances plaatsen over operatie-indicaties. Geneeskunde is een vak met veel onzekerheden, veel kansberekening en veel grijs tinten. Dat maakt het voor niet-medici vrijwel onmogelijk om overbehandeling te bestrijden. Actie zal dus vooral van zorgverleners zelf moeten komen.

Overbehandeling vindt vaak plaats op de grensgebieden van de geneeskunde. Niet elke vorm van lijden heeft een medische oorzaak. Toch lijkt onze maatschappij pas bereid tot compassie wanneer een medisch stempel is gezet. Daarom krijgen kinderen een medische diagnose. Of worden ziek makende werkomstandigheden gereduceerd tot een persoonlijke aandoening van de werknemer. Preventieve interventies klinken ook zo sympathiek: niet wachten op een ziekte, maar er vroeg bij zijn. Jammer dat we er zo slecht in zijn. Het wetenschappelijk bewijs voor grote bevolkingsonderzoeken blijkt flinterdun. We laten grote groepen mensen allerlei potentieel schadelijk onderzoek ondergaan zonder effect op de totale sterfte. Toch wordt de roep om uitbreiding van screeningsprogramma's steeds groter.

Bij optimale medische zorg gaat de meeste zorg naar de ziekste patiënt. Een medisch inschatting is nodig om zowel onderbehandeling als overbehandeling te voorkomen. Als je dan niet langer meer als zorgverlener luistert naar je patiënt, maar als zorgaanbieder naar je klant, dan verschuiven de accenten in de spreekkamer wat mij betreft in ongewenste richting.

Inleiding Publiek Debat Zorg voor Samenhang

Igor Tulevski, cardioloog en oprichter Cardiologie Centra

Minder bureaucratie en duidelijke spelregels

Ik ben trots op het feit dat ik als doctor werk in een land waar iedereen recht heeft op topzorg. Zorg is in Nederland een van de belangrijkste sociale rechten en zo moet het blijven, daar zit de uitdaging, wij moeten ons focussen om zoveel mogelijk zorg te leveren met lage kosten, goed kwaliteit en daarmee hoofd bieden aan de toenemende vraag naar zorg. De levensverwachting stijgt gestaag, wij worden ouder met toenemende behoefte aan zorg. De technologie gaat met grote stappen vooruit, er is steeds meer mogelijk en de burger zal steeds meer zorg claimen.

De solidariteit is een belangrijk gemeengoed die helaas komt onder druk te staan, niet zozeer door overconsumptie maar door bureaucrativering, gebrek aan lef, visie en toch regelmatig incompetentie. De vraag is natuurlijk hoe gaan we de solidariteit in stand houden.

De overdaad aan regelgeving en het ontbreken aan duidelijke spelregels zijn grote ergernis van veel zorgaanbieders. De discussie gaat nu over wel of geen marktwerking en terug naar een ziekenfonds. Marktwerking in de zorg hebben we niet echt, of laat ik het zeggen niet waar het zou evt kunnen werken. Het gaat om politieke semantische discussie ipv om de inhoud, de discussie moet gaan over betaalbare en duurzame zorg en kiezen voor de "best practice", soms zou reguleren een betere optie zijn maar op een andere vlak zou juist de marktwerking de juiste keuze kunnen zijn. Alleen staat gestuurd of alleen privaat werkt niet daartegen public-privaat kan een goede oplossing zijn. Laten we deze discussie met argumenten voeren en niet met emoties en vooroordelen.

Wij hebben wellicht de best georganiseerde 1^{ste} lijn die er is, maar deze piept en kraakt onder de druk. Er wordt te veel over de bühne gegooid zonder juiste ondersteuning. De pogingen om met substitutie van 2^{de} naar de 1^{ste} lijn de consumptie in de 2^{de} lijn te verlagen en daarmee de kosten te temperen is geen daverend succes. Overgieten van een nokvolle vat van 23L (lees 23 miljard 2^{de} lijn zorg) naar een andere nokvolle vat van 2L (lees 2 miljard 1^{ste} lijn zorg) gaat niet, er komt overspill en er is op dit moment weinig opvang voor. De tussenschotten (1^{ste} 2^{de} en tussen de 2^{de} lijn instellingen) maken de innovatie en acceleratie bijna onmogelijk. Het antwoord is in een grondige revisie van de 2^{de} lijn, daar zit veel kennis, patiënten en resources. De 1^{ste} lijn moet even rust en juiste ondersteuning krijgen, een patiënt met hartfalen krijgt b blokkers en rust om tot kracht te komen, opjagen heeft geen zin.

In deze constellatie is het moeilijk om te zeggen dat de klant/patiënt de koning is. De patiënt of klant afhankelijk moet ook kunnen bepalen want die betaald ook de rekening. Alleen men moet bewust zijn dat je krijgt wat je bereid bent om te betalen. Het is bijzonder dat je alles vanuit je stoel kunt kopen en regelen maar als het om de zorg gaat moet het ingewikkeld zijn en in principe niets mag tenzij.... Overconsumptie van zorg is een misnoemer en suggereert dat de consumptie van zorg omlaag kan. Overconsumptie is alleen mogelijk in stelsels waar de zorg niet goed geregeld is; Men neigt om

dit met administratieve maatregelen te reguleren, een kansloze exercitie. Ik ken niemand die naar de dokter gaat voor haar/zijn plezier. De vraag is natuurlijk hoe gaan we om met deze toename aan de zorgvraag, zijn we in staat om te beginnen met preventie, educatie, goede voorlichting, goede triage (juiste patiënt op de juiste moment op de juiste plek), goed organiseren van chronische zorg, speciale aandacht voor de oudere kwetsbare. De versoering van de ouderen zorg, toename van de wachtlijsten in de curatieve zorg zullen zorgen voor vergaande “verstopping” van het systeem. Het is tijd om lef en visie te tonen en investeren in schaalbare, betaalbare en daarmee haalbare zorg. Stoppen met eindeloze pilots en subsidiëren van projecten die geen implementatie kans hebben. Haal de tussenschotten weg, laat de beste groeien en durf soms pijnlijke besluiten te nemen. De tijd dat het (nog) goed gaat moeten we gebruiken om gewaagde veranderingen in te brengen, het systeem corrigeren in crisis is een risicovolle exercitie, daarom moeten we niet wachten en snel handelen, het roer moet om, de richting is vrijwel duidelijk, nu nog de kaptein en bemanning vinden die durft.

Inleiding Publiek Debat Zorg voor Samenhang

Hans van Santen, huisarts en oud-hoofdredacteur Medisch Contact

Sinds 1988 ben ik huisarts in Velp. Daarnaast ben ik onder andere vice-voorzitter van de LHV en hoofdredacteur van Medisch Contact geweest. Afgelopen decennia werd de huisarts poortwachter, spil in de zorg en regisseur van de zorg genoemd. Mooie woorden maar werd dat wel mogelijk gemaakt? Over die regie in de zorg wil ik het graag met u hebben. Ik vind dat de zorg vraagt om meer centrale en gemeenschappelijke regie en gelukkig ben ik niet de enige. Geen regie die alles voor ons bepaalt, maar regie die kaders geeft waarbinnen ruimte is voor vernieuwing.

Dit wordt geen abstract verhaal; ik wil graag aan de hand van een praktijkvoorbeeld laten zien waarom ik dat vind.

Velp is een dorp waarin het aantal 75+ -ers 2x zo hoog is als gemiddeld in Nederland. Dat legt een grote druk op de huisartsen en de eerste lijn in het algemeen. In 2011 benaderde Ester Bertholet, een specialist ouderengeneeskunde in opleiding, ons met de vraag of ze bij ons in het GC een zelfstandige praktijk als SO kon vestigen na het afronden van haar opleiding. Haar overtuiging was dat daarmee de medisch zorg voor ouderen met complexe problematiek veel meer gericht kon worden op het beter

laten functioneren van deze ouderen. Dat bleek een groot succes. Samen met een team van verpleegkundigen en in samenwerking met andere eerstelijns disciplines en inmiddels een 4-tal SO's krijgen deze ouderen zorg die een ultieme vorm van de juiste zorg op de juiste plaats is. En nadat die zorg op de rails is gezet worden patiënten weer terug verwezen naar de huisarts. In die zin werkt het net zo als bij een verwijzing naar een medisch specialist.

Iedereen blij: patiënten, mantelzorgers, huisartsen. Minder verwijzingen naar de tweede lijn, opnames in verpleeghuis uit- of afgesteld. Succes compleet. Iedereen heeft Ester en dit initiatief dan ook op het schild gehesen. Overal in het land heeft ze er over verteld, Tweede Kamerleden zijn langs geweest, minister De Jonge is onlangs komen kijken.

Vele deskundigen, inclusief NZa, hebben gesteld dat de ouderenzorg zoals we die in Velp organiseren de meest wenselijke en noodzakelijke vorm is. Ga het vooral uitrollen over het land wordt gezegd, dit is de toekomst.

Maar dan komt de vraag: hoe financieren we dit en wordt het ineens ingewikkeld. Ik zal u niet vermoeien met het hele proces, maar de uitkomst is dat er na 8 jaar nog steeds geen structurele vergoeding is voor deze vorm van zorg, dat er nog steeds op projectgelden gewerkt wordt, dat de accountmanager van de dominante zorgverzekeraar, weer om een businesscase gevraagd heeft, die we ook al in 2012 en 2015 hebben aangeleverd en dat Ester, inmiddels moegestreden, haar fantastische werk misschien wel moet gaan opgeven.

Maar in de tussentijd hebben we in Velp wel te maken gekregen met 6 ZBC's, met rond de 15 thuiszorgorganisaties, is het woud aan GGZ-leveranciers ondoordringbaar geworden en heeft de gemeente Rheden, 43000 inwoners, waar Velp bij hoort 556 aanbieders van jeugdzorg en WMO gecontracteerd. Het failliet van de jeugdzorg is nabij en dat van de zorg voor ouderen zal snel volgen.

De mantra van ministers en de politiek is dat het aan het veld is om oplossingen te vinden. Ik vind dat een gotspe. Dat veld wil graag, maar loopt vast in de stroop van regelgeving en maatregelen waarover het veld helemaal niet geraadpleegd is en waarover het al helemaal geen regie kán voeren. De bestuurders van de zorgverzekeraars lijken best van goede wil te zijn, maar het lukt ze niet die wil breed in hun organisaties door te laten dringen.

Dames en heren, het door mij gegeven voorbeeld is helaas exemplarisch voor hoe het vaak gaat als professionals het initiatief willen pakken. Dat is niet alleen frustrerend voor de professionals, die dag in dag uit keihard werken, maar het is vooral slecht voor de zorg aan patiënten. Dat kan zo niet doorgaan.