Hoofdstuk Visie op zorg

SAMENVATTING

*Einstein: "We can't solve problems by using the same kind of thinking we used when we created them."*

Werkend binnen de Massa Individualisering zagen wij steeds meer parallellen en overeenkomsten tussen de tendensen in de maatschappij en het bedrijfsleven die leidden tot vergaande consequenties voor organisatieprincipes en de veranderingen van de kenmerken van de huidige gezondheidszorg. Dit bracht ons ertoe te onderzoeken of de in het bedrijfsleven gevonden modellen en oplossingen ook in de gezondheidszorg kunnen worden toegepast. Het liefst met vergelijkbare resultaten, namelijk een gezondheidszorg op maat zonder meerkosten.

Samen met Bert Blom en TVA Developments is dit concept ontwikkeld:

* [www.tva.nl/toepassingen/5/Zorg.htm](http://www.tva.nl/toepassingen/5/Zorg.htm) en [www.care2u.nl](http://www.care2u.nl)
* Hoofdstuk 11 van Integratie Mens en Organisatie, Stoppen met Stilstaan, ISBN90-232-4031-6

De gezondheidszorg heeft zich ontwikkeld van een ambachtelijke tot een uitgesproken specialistische zorg. Daarbij heeft men geprobeerd industriële principes toe te passen die de zorg efficiënter zouden moeten maken en op die manier betaalbaar. De gezondheidszorg is nog altijd ambachtelijk, alleen met een nog almaar toenemend aantal functies en specialismen. De enige efficiëntieslag die is gemaakt is die van de schaalvergroting, in de verwachting dat de capaciteit beter (goedkoper) benut kan worden. Zonder succes.

In onze visie is die efficiëntieslag in elk geval niet gelukt in het primaire proces, de voortbrengingsprocessen van de zorg, maar wel bij bijvoorbeeld de facilitaire diensten. De laatste jaren wordt steeds duidelijker dat de rek uit de gedeeltelijk geslaagde (?) efficiëntieslag is.

Eigenlijk wordt de gezondheidszorg per definitie gekenmerkt door een klant die exceptioneel is.

De klant is namelijk per definitie uniek en zijn hulpvraag wordt altijd individueel, door meerdere factoren bepaald, waardoor hij niet ‘in vakjes’ in te delen is. Om die reden valt Gezondheidszorg binnen de “Event driven” organisaties, waarbij de organisatieprocessen dus omgekeerd gestuurd worden: niet vanuit de kenmerken van de organisatie, maar door de kenmerken van de klant; niet Push, maar Pull. Als men zich in de primaire (voortbrengings-)processen daar niet naar richt, gaat de Gezondheidszorg ten onder aan zijn complexiteitskosten. Dat beweerden wij al eind vorige eeuw, maar wij zien het nu nog steeds gebeuren

De uiteindelijke oplossing ligt in een Genetwerkte gezondheidszorg.

Stappen die wij wel zien en daar naartoe leiden:

* ketenomkering en ketenmanagement: dotMed b.v;
* samenwerkingsvormen in regio’s (Ziekenhuizen in Zeeland); CVA keten; dialyse gebruik;
* vermindering van aantal instellingen die op elkaar lijken en van functies die een grotere regio kunnen bevatten (Randstad);
* meer sturing door klant en keuzemogelijkheden (eigen bijdragen, medicijn gebruik e.d.);
* EPD (helaas is dit niet volledig uitgerold, op oneigenlijke argumenten. Het is een absolute voorwaarde voor kostenbesparing, foutreductie, respons snelheid etc. Men kan veel leren van Network Centered Warfare, TITAAN e.d bij Defensie).

Een aantal essenties van de persoonlijke visie / genetwerkte zorg:

* *‘Mens(kenmerk) gestuurde zorg van het welzijn’* = klant aan het stuur [www.maxgeldens.nl/publicaties/opuwgezondheid\_hoofdstuk2.htm](http://www.maxgeldens.nl/publicaties/opuwgezondheid_hoofdstuk2.htm);
* *Een feedback mechanisme voor de klant om te kunnen kiezen;*
* Zorg zowel transmuraal als ‘over de schotten heen’ van diverse welzijnsleveranciers;
* ‘Ketenomkering’ en Ketenmanagement ([www.skipr.nl/actueel/id10499-ketenzorg-levert-aantoonbaar-gezondheidswinst.html](http://www.skipr.nl/actueel/id10499-ketenzorg-levert-aantoonbaar-gezondheidswinst.html));
* een verantwoorde kennisverspreiding (kennismanagement):
	+ vrij toegankelijk en van hoge kwaliteit: <https://twitter.com/#!/mayoclinic>;
	+ genuanceerd en steunend bij het maken van de (voor deze patiënt) optimale keuzen: : [www.MijnZorgnet.nl](http://www.MijnZorgnet.nl);
* ICT-architectuur die enabler is van de primaire processen en situational awareness geeft aan patiënt en hulpverlener (referentie architectuur met bustechnologie) en EPD,
	+ Defensie: Network Centered Warfare;
	+ hoofdstuk 10 Integratie Mens en Organisatie, Stoppen met Stilstaan, ISBN90-232-4031-6;
	+ <http://nl.wikipedia.org/wiki/TITAAN>;
* **Paradigmaswitches**, zoals bijvoorbeeld:
	+ Benutten van faciliteiten en capaciteiten gaan voor het protocol;
	+ Ervaren arts eerste, dan onervaren arts (Meester – Gezel model);
	+ Patiënten in de ontslagfase gaan voor patiënten in de diagnosefase;
	+ SEH: drie diagnosen bij de voordeur: Opname, SEH behandeling, naar Huis;
* **Basisregels Genetwerkte Zorg**:
	+ Deelnemende “knopen”/ organisaties moeten van elkaar verschillen;
	+ Stretched Target is nodig = doel wat geen knoop zelf kan halen en waarbij men elkaar nodig heeft; bijvoorbeeld de kostenbeheersing of een totaal aanbod voor iedere portemonnee;
	+ Deelnemers moeten elkaar nodig hebben;
	+ Geen van de deelnemers mag een pay off krijgen (zero sum game);
	+ Duidelijk ontwikkelde serie spelregels: “Als … dan …regels”;
* **Valkuilen**:
	+ Te veel “gelijken” als deelnemers;
	+ Te veel deelnemers (subnetten van 12);
	+ Strijd om het intellectueel eigendom (publicaties);
	+ Budgettering en onderling afrekenen.

ONDERBOUWING

Genetwerkte gezondheidszorg: Zorg op Maat Zonder Meerkosten

*Als bij een (r)evolutie het denken en doen van de mensen niet verandert,
dan verander je alleen van gevangenis.*

# **Inleiding**

Werkend binnen de concepten van Massa Individualisering (met mijn medische achtergrond) en tijdens het ontstaan van het TACM (TransActional CombiModel, zie “Integratie Mens en Organisatie, ACJ Schuite, 2004) zagen wij steeds meer parallellen en overeenkomsten tussen de tendensen in de maatschappij die leidden tot vergaande consequenties voor het bedrijfsleven en de kenmerken van de huidige gezondheidszorg. Dit bracht ons er toe de oplossingen uit het bedrijfsleven toe te passen op de zorg.

**Achtergronden**

De gezondheidszorg heeft zich in de loop der eeuwen ontwikkeld van een ambachtelijke tot een uitgesproken specialistische zorg. Daarbij heeft men geprobeerd industriële principes toe te passen die de zorg efficiënter zouden moeten maken en op die manier betaalbaar.

Binnen het industriële perspectief zijn er onder de noemers ‘kwaliteit’, ‘wetenschappelijke verantwoording’, (juridische) ‘controle’ en (intercollegiale) ‘toetsbaarheid’ steeds meer tendensen in de gezondheidszorg om de klant te ‘segmenteren’ (diagnosticeren) en zo te komen tot ‘economies of scale’ (behandelingsprotocollen en diagnose behandelcombinaties, DBC’s).

Het risico is dat er zogeheten batches of wachtrijen ontstaan met op essentiële plaatsen bottlenecks.

In een klantgestuurde of genetwerkte gezondheidszorg gaan andere, niet aan de diagnose gekoppelde kenmerken van de klant een rol spelen in de weg langs onderzoek en behandelplaatsen.

Het segmenteren of specialiseren is echter op alle niveaus ingebakken in het huidige denken en inrichten van de zorg, zoals blijkt uit onderstaand lijstje:

* op supermacroniveau: extramuraal, intramuraal;
* op macroniveau: algemeen ziekenhuis, psychiatrische kliniek, bejaardentehuis;
* op mesoniveau: röntgenafdeling, orthopedie, praktijk voor …;
* op zorgaanbodniveau: thuiszorg, kraamzorg, bejaardenzorg;
* op functieniveau: internist, geriater, radiodiagnost, transfer-verpleegkundige, wijkverpleegkundige.

Ook het onderzoek naar de hulpvraag van de klant geeft deze segmentering (diagnostisering) te zien: diabetes mellitus, multiple sclerose, mammacarcinoom et cetera. Waarna de segmentering zich voortzet in protocollen, procedures en regels, DBC’s voor bijvoorbeeld hypertensie, stervensbegeleiding of euthanasie.

De financiering van de gezondheidszorg is minstens even gesegmenteerd: AWBZ, zorgverzekeraars, justitie (bij de jeugdhulpverlening), provincie, gemeenten, fondsen voor bijvoorbeeld de bestrijding van kanker of diabetes en ga zo maar door.

Deze segmentering en de consequenties ervan in het zorgaanbod neigen zich onder druk van de markt, die tendeert naar producten op maat, te ontwikkelen tot een dusdanige verfijning dat er een kostenexplosie te verwachten, is terwijl één en ander niet zal leiden tot maatwerk.

Eigenlijk wordt de gezondheidszorg per definitie gekenmerkt door een klant die uiterst exceptioneel is. De klant is dus per definitie uniek en zijn hulpvraag wordt altijd individueel, door meerdere factoren, bepaald. Daarnaast is segmentering een tendens die tegengesteld is aan de individualisering van de maatschappij.

Hoe gunstiger de conjunctuur, hoe meer het individualisme in het gedrag van de patiënt aan belang wint. Zoals in het theoretische deel van het TACM in mijn boek “Integratie Mens en Organisatie” al werd aangegeven bij de thema’s evolutie van het individu en de evolutie in de hiërarchie van processen, zijn niet alleen de maatschappij en het individu geëvolueerd, maar ook de patiënt. De gezondheidszorg zal, als organisatie, in zijn eigen evolutie ook deze weg (moeten) afleggen. De regressie lijkt een nieuwe motivator te worden voor een dergelijke verandering.

**De evolutie van de gezondheidszorg**



*Figuur 2: van ambachtelijk naar genetwerkt*

Uit het evolutiemodel en de consequenties en principes van het TACM-model volgt dat de zorg aan een aantal nieuwe principes in zijn organisatieperspectief moet voldoen. Zo moet de zorg aansluiten op het evolutieniveau van de patiënt, op zijn behoefte aan zelfsturing. Dit betekent niet zozeer dat de patiënt voortaan zelf de diagnose stelt, maar meer dat hij de inrichting en aanpassing van zijn leven in eigen hand neemt.
De patiënt koopt echter niet zelf in, ziet daardoor niet de consequenties van zijn zorgvraag en kan dus ook niet corrigeren.

***Het zal een fundamentele paradigmawisseling betekenen voor beide groepen: een*** ***‘mens(kenmerk) gestuurde zorg van het welzijn’***,

Vanuit het TACM gedacht ligt de oplossing voor zo’n organisatievorm in een ‘genetwerkte zorg’.

Initiatieven komen her en der al op, omdat de laatste jaren Internet en Social Media een enorme versnelling in informatieverspreiding heeft opgeleverd. www. MijnZorgnet.nl is hiervan een goed voorbeeld. Vervolgstap is om de organisatievorm die er bij hoort in te richten.

**Van een aanbod gestuurde naar een patiëntgestuurde zorg**

De theoretische onderbouwing van dit betoog is ontleend aan de samenwerking met TVA Developments / dotMed b.v. en fors ingekort.

Het is een duidelijke trend dat de klant niet alleen zijn huis, auto, bril en spijkerbroek kan laten maken volgens zijn eigen wensen, maar ook op andere plaatsen steeds meer zelf zijn leven in eigen hand neemt. Dat geldt dus ook voor het verkrijgen van zorg.

Er is kortom een verschuiving gaande van een aanbodgerichte naar een vraaggestuurde zorg. Het wordt in de toekomst steeds belangrijker de verschillen tussen de klanten te gebruiken om betere behandelingen te kunnen creëren, sneller te kunnen reageren, minder onnodige handelingen te verrichten en zo een andere toegevoegde waarde te creëren.

Dit is een groot verschil met de huidige situatie, waarin vooral de overeenkomsten tussen patiënten het aanbod van onderzoeken en behandelingen bepalen.

**Beperkingen van de huidige organisatieprocessen**

De complexiteit in de industrie ontstond vooral bij de overgang naar ‘heterogeen industrieel’ produceren: een auto maken op basis van klantwensen, -specificaties en -kenmerken. Ook in de zorg zie je dat door de toename van segmentatie, specialisatie, afbakening van taken en verantwoordelijkheden een (explosieve) toename aan complexiteit en daarmee gepaard gaande kosten is ontstaan.

Hieronder worden enkele aspecten van de gezondheidszorg tegenover elkaar gezet met de daarbij passende spanningsvelden.

Niet de zorg zelf, maar de kosten van de complexiteit en de beheerskosten van die complexiteit bepalen de prijs van de zorg in belangrijke mate.

Maar:

* Tegenover hoge complexiteitskosten staan lage, directe voortbrengingskosten (als gevolg van economies of scale). Het probleem is dat de winst van de economies of scale geneutraliseerd wordt door de complexiteitskosten
* Tegenover een beperkte responssnelheid (de tijd die verstrijkt tussen het moment dat de patiënt zich aanmeldt en het antwoord van de zorg hierop) staat de hoge kwaliteit van de uitvoering door specialisten.
* Tegenover een lage individualisering staat dat de gezondheidszorg voor iedereen beschikbaar is, en niet alleen voor een elite. Dit laatste dreigt overigens weer te ontstaan: de elite van de ‘werkende mens’.

De oplossing is een combinatie van de goede aspecten in het spanningsveld tussen de ambachtelijke en gespecialiseerde zorg, ofwel *Zorg op Maat zonder Meerkosten*.

Als je het zorgaanbod schematisch zou weergeven als een ‘oplossingslandschap’ (een ruimte met keuzemogelijkheden, begrensd door de mogelijkheden van de leverancier, waaruit de klant kan kiezen) dan ziet dat er in de huidige ‘industriële, specialistische’ zorg uit, zoals in figuur 2 weergegeven.



*Figuur 2:De interactie tussen patiëntvraag en zorgaanbod.*

Figuur 2 geeft het spanningsveld weer tussen de vraag van de patiënt en het aanbod van de zorg in drie situaties.

De **aanbodkant** biedt een reeks kwaliteitspieken, specialismen en segmenten waaruit een klant kan kiezen, gescheiden door ‘loze’ ruimten met voor de klant de vraag: “Waar moet ik heen als ik niet ziekte A heb, en niet ziekte B, maar iets er tussenin, of een beetje van A en een beetje van B met iets er tussenin?”

Het ‘**vraaglandschap’** van de klant ziet er dus anders uit: het is weliswaar ook een landschap met pieken en dalen (omdat er nu eenmaal meer mensen óf ziekte A óf ziekte B hebben en minder mensen iets er tussenin), maar de variatie is eigenlijk oneindig. In de huidige situatie moet de patiënt zich voegen naar het bestaande aanbod, terwijl je zou willen dat het aanbod zich voegt naar de patiënt. De oplossing moet dan ook gezocht worden in een combinatie van de voordelen van de ambachtelijke gezondheidszorg en die van de specialistische gezondheidszorg.

**Stakeholders**

In de zorg zijn verschillende belanghebbenden en/of belangengroepen (stakeholders)te onderscheiden:

* de klant (de patiënt of de verwijzer die op ander niveau weer klant is);
* de overheid (gemeente, provincie, landelijke overheid);
* de zorgverzekeraar;
* de zorgaanbieder met zijn medewerkers (artsen, verpleegkundigen et cetera);
* het bedrijfsleven.



*Figuur 2. De huidige stakeholder-relaties.*

De essentie van een stakeholders-coalitie is dat alle stakeholders vanuit een positieve keuze besluiten tot samenwerking.

Zij zullen dit slechts doen als tussen de stakeholders een gelijkwaardige uitruil van belangen of toegevoegde waarde ontstaat, maar wel als een ‘non-zero-sum game’, dat wil zeggen dat er geen uiteindelijke ‘overwinnaar’ uit de bus mag komen.

***Een voorwaarde is dat elke stakeholder beseft dat het ‘nieuwe doel’ uitsluitend samen met de andere stakeholders te bereiken is (bijvoorbeeld een Zorg op Maat, zonder Meerkosten).***

Daarbij horen organisatieprocessen in een hiërarchie passend bij deze evolutiefase.



*Figuur 3. De evolutiedriehoek van de zorg.*

De evolutiedriehoek in figuur 3 is hiërarchisch opgebouwd, in die zin dat het realiseren van mechanismen op een hoger niveau betekenisloos is als één of meer van de onderliggende niveaus ontbreken c.q. niet functioneren.

***Als in het stakeholders-model in figuur 3 de stakeholders wel, maar de interacties niet bestaan, kan zich geen stakeholders coalitie ontwikkelen.***

*Er is dus een nadrukkelijke oriëntatie op een hoger doel (TACM-fase 3) nodig van de respectievelijke interacties, en wel zo dat de visies van alle stakeholders in het interactieproces tot uitdrukking komen en gericht zijn op verbetering van de gelijkwaardige uitruil van belangen en toegevoegde waarde voor beiden.*

De oriëntatie op een hoger doel betekent ook realisatie van iets dat met de huidige interacties en/of relaties onmogelijk is: bijvoorbeeld dat de kwaliteit van de zorg stijgt en de kosten dalen met ten minste behoud van beloning en arbeidsvoorwaarden voor de medewerkers (ook zij zijn tenslotte stakeholder). Het is belangrijk een variabele te vinden die uitdrukking geeft aan deze generieke kwaliteitsverbetering.

Het besef van dit hogere doel voorkomt mede dat er een verbetering van de positie van één stakeholder ten opzichte van de ander ontstaat, wat alleen maar leidt tot herverdeling en niet tot ontwikkeling naar een hoger kwalitatief interactieniveau.

*Mislukte kostenbeheersing met een staartje*

*Als oud voorbeeld uit de praktijk gebruiken we de kostenbeheersing van het landelijk medicijngebruik. ZOALS HET GING: Er zijn hier feitelijk drie stakeholders: de farmaceutische industrie, de overheid (het bestuur) en de patiënt. In deze driehoek zijn er werkelijke relaties tussen de overheid en de farmaceutische industrie, maar niet tussen de farmaceutische industrie en de patiënt. Dat betekent onder meer dat de patiënt geen besef heeft van de werkelijke medicijnkosten. Hij krijgt over deze kosten geen feedback, maar kan zelf ook geen feedback leveren over de relatie met de leveranciers. Dat heeft tot gevolg dat er een dyadische belangenstrijd is ontstaan tussen de overheid en de leveranciers, zonder wederzijdse belangenuitwisseling. De gevolgen zijn dat er niet op prijs geconcurreerd wordt, maar op marges(bonussen en kortingen), dat er monopolisme per segmentatie (ziektebeeld) is en sponsoring beperkingen opgelegd krijgt. De patiënt is nu alleen afnemer. Een afnemer die geen inzicht in de prijs heeft en daardoor ook geen belang heeft bij een lagere prijs. Als stakeholder moet hij in staat gesteld worden zijn belangen en die van de leverancier te beoordelen en deze dan uit te ruilen, mede gebaseerd op de kostprijs (investering). Zo wordt het voor de leverancier ook belangrijk om tegen een acceptabele prijs een goed product te leveren, mede omdat een competitief element wordt geïntroduceerd.*

*De kosten voor de zogeheten ‘voorlichting’ aan artsen zullen op die manier verschuiven naar voorlichting aan de gebruiker, hetgeen wel eens goedkoper zou kunnen uitpakken. Daarnaast zou deze verschuiving meer invloed kunnen hebben op een verbeterd voorschrijf/adviesgedrag van de arts en/of apotheker en mogelijk zelfs ook op meer ‘inname-trouw’ van de gebruiker.*

*NU: Goede voorbeelden van de effectiviteit van dit model, behalve dat de interventie is opgelegd, zijn het verminderd gebruik van tranquilizers in de verpleeghuiszorg en het afnemend gebruik van antidepressiva. Nu nog vrijwillig gestuurd door de patiënt zijn eigen keuze.*

*Bovendien wordt het in de farmaceutische wereld dan interessanter de segmentatie/specialisatie te verminderen en met elkaar beter onderzoek te doen.*

Dit voorbeeld laat tevens zien dat de onderste drie lagen van de piramide (zie figuur 3) in feite het ontdekkingsmechanisme weerspiegelen in een dergelijke genetwerkte structuur.

Een lerende organisatie behoeft echter meer dan alleen dat ontdekkingsmechanisme.

De kracht van een lerende organisatie zit in het vermogen om de succesvolle ontdekkingen effectief door de organisatie te laten profileren. Hiervoor zijn twee mechanismen van belang: coderen/herkennen en recombineren (TACM-fase 4).

Op de eerste plaats is het daarvoor noodzakelijk successen te kunnen onderscheiden, en wel zodanig dat ze zijn geïsoleerd en geabstraheerd uit de context waarin het succes is bereikt. Zo ontstaan ontdekkingen die niet alleen in één interactieproces betekenis kunnen hebben, maar bruikbaar zijn in een groot aantal andere interactieprocessen. Deze ontdekkingen kunnen gezien worden als gedragsregels (vaak formuleerbaar in ‘als … dan’-termen). Zij vormen als het ware de bouwstukken van de ‘onbewust aanwezige, impliciete kennis’ of het ‘collectieve weten’ (tacid knowledge) dat de organisatie in haar ontwikkeling opbouwt. Het vermogen om deze kennis te destilleren en hanteerbaar te maken voor anderen in de organisatie vormt daarmee de sleutel tot het uiteindelijke verspreidingsproces (laag 5).

Hoewel deze verspreiding in veel organisaties gestalte krijgt door middel van personele mobiliteit is het in genetwerkte structuren vooral het netwerk zelf dat door de veelheid van steeds wisselende samenwerkingen een belangrijke drager is van het verspreidingsmechanisme.

Een lerende organisatie moet kortom in staat zijn mechanismen voor experimenteel ontdekken, mechanismen voor de doelgerichte selectie van succes en falen, én mechanismen voor verspreiding van de aldus ontstane kennis te creëren. Het delen en verspreiden van kennis moet dus voldoen aan de behoefte van of beter nog noodzakelijk zijn voor de stakeholders.



*Figuur 4. De gewenste dominante stakeholder-relaties.*

Gegeven de aard van de interactieprocessen in een stakeholder-coalitie zal dit leiden tot het verdwijnen van de functionele hiërarchie. In complexe organisaties leidt het volledig verdwijnen van elke vorm van hiërarchie echter tot een onbestuurbare chaos(of zelf-synchronisastie).

*(Het ontstaansproces van dit Innovatiboek is een voorbeeld hiervan).*

De complexiteit van taken en doelen maakt het voor zulke organisaties noodzakelijk een hiërarchie van processen te onderscheiden die een gelaagdheid in stakeholder-interactie oplevert en als het ware een derde dimensie toevoegt. In dit verhaal beperken we ons tot het verkennen van de dominante componenten in het eigenbelang van de onderscheiden stakeholder-groepen als basis voor een symbiotisch coalitiemodel.

**De belangen van de diverse stakeholders**

De overheid loopt steeds vaker aan tegen de onbeheersbare kosten van de zorgsector (bijvoorbeeld bij het medicijngebruik). Vergeleken met de omringende landen valt dat kostenelement trouwens nog mee. Ook lijkt het alsof meer sturing juist een tegenbeweging oplevert van minder gestuurd zijn (de wet van het omgekeerde effect).

### **Overheid**

Belangrijke componenten (deels grondwettelijk vastgelegd) in het eigenbelang van de overheid (en door de andere Stakeholders geaccepteerd) zijn:

* optimale bereikbaarheid en toegankelijkheid;
* kwalitatief goede zorg voor elke Nederlander;
* betaalbaarheid en beheersbaarheid van de kosten;
* een normale loonontwikkeling voor de zorgmedewerkers.

Al eerder is gesproken over de verschillende financiële stromen die de zorgsector bedienen. Deze financiële stromen zorgen er onder andere voor dat gezamenlijke activiteiten moeilijk op elkaar af te stemmen zijn. Het opheffen van een aantal schotten, bijvoorbeeld in de financiële stromen, zou goed zijn omdat het dwingt tot de ontwikkeling van gezamenlijke activiteiten, waarbij opeens wel met financiële middelen geschoven kan worden.

Het opheffen van schotten is sowieso noodzakelijk om te komen tot een betere samenwerking.

Probleem is echter wel dat dat alleen kan als de diverse onderdelen van de gezondheidszorg (patiënt, medici, instellingen, overheid) ook geëvolueerd zijn tot een niveau (TACM-fasen 4 en 5) waarin ze zonder angst zaken als kennis, geld, gegevens en inzicht in primaire processen met elkaar delen, ***in plaats van met elkaar te concurreren***.

De overheid kan deze mogelijkheden deels door wet- en regelgeving stimuleren. Ook in de relatie met de zorgverzekeraars kan de overheid een goed juridisch kader bieden, zodat naast onderlinge concurrentie ook een voor iedereen betaalbaar basisverzekeringspakket overeind blijft. De overheid blijft daarbij (mede)verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg, hoewel zij die nu probeert neer te leggen bij de zorgverzekeraars.

De salariëring en de arbeidsvoorwaarden zijn andere thema’s die voor de overheid van (indirect) belang zijn. Het verrichtingensysteem in de gezondheidszorg kent zijn beperkingen en in hoeverre dit gehandhaafd kan blijven valt te bezien. Er is in de zorg op verschillende niveaus een tekort aan personeel. DSit zorgt voor een te hoge belasting van mensen, met alle gevolgen van dien.

### **Zorgverzekeraars**

De zorgverzekeraars zijn gebaat bij een hoge responssnelheid en een lage kostprijs, zodat zij hun concurrentieposities kunnen versterken. Niet alleen winst is overigens belangrijk, maar ook geld om een concurrerende differentiatie te kunnen bieden. Hierbij is het dus zaak dat er een uitruil plaatsheeft tussen efficiency en differentiatie. Je ziet de verzekeraars hier dan ook veel energie in steken, overigens gegoten in het jasje “voor de klant/patiënt”. Sturing door de patiënt is nauwelijks aanwezig en waar wel (pakketkeuze) volledig ondoorzichtig.

Bovendien is objectieve keuze-informatie nauwelijks voorhanden, zodat de patiënt onvoldoende in staat is om keuzes te maken.

***Klant***

De klant op zijn beurt heeft belang bij:

* een hoge responssnelheid;
* een goede bereikbaarheid van de zorg;
* de locatie van de zorg;
* een lage kostprijs;
* betaalbare premies;
* keuzemogelijkheden aan zorg, die specifiek voor hem geschikt zijn;
* een goede onderlinge afstemming;
* hoge kwaliteit;
* een behoorlijke mate van eigen sturing en daardoor hoge mate van gelijkwaardige informatie

Als door toename van de heterogeniteit van Zorg niet alle Zorg overal geboden kan worden, zal de klant een grotere mobiliteit moeten bieden. Dit betekent dat de locatie van de zorg een rol gaat spelen in het keuzeproces van de klant. Ook zal hij mogelijk de persoonsgebonden zorg moeten loslaten of hiervoor een hogere prijs moeten betalen. Beide bewegingen zijn aan de gang, maar nogmaals eenzijdig opgelegd, zonder uitleg en zonder enige keuze. Het risico wordt een kostbare strijd van partijen die eigenlijk een coalitie zouden moeten sluiten.

### **Medewerkers**

De medewerkers in de zorg zullen in de toekomst een verschuiving ervaren van specialiseren naar generaliseren. Van kennis- en ervaringsbezitters naar regisseurs van de oplossingsruimte/keuzemogelijkheden van de klant. Ze moeten leren mét de klant voor de klant optimale keuzes te maken. Het specifieke regisseren wordt mogelijk een nieuwe taak. Maar iedereen zal zich moeten aanpassen of rekening moeten houden met de kenmerken van de klant. Daarmee verliezen medewerkers hun status, maar ook hun positie in de hiërarchie, immers hun specialisme is veelal gekoppeld aan een ‘beslissingsbevoegdheid’ en dus een hiërarchische positie. Dat betekent dus ook minder zekerheid en ontwikkelingsperspectief, zodat de behoefte aan employability toeneemt.

Genoemde verschuiving vereist tevens een andere oriëntatie van de zorg. Niet langer leverancier van zorg zijn, maar de aandacht meer richten op het keuzeproces van de klant binnen het hele zorgpalet en op de onderlinge afstemming van de gemaakte keuzen. Dit kan met zich meebrengen dat de motivatie ontbreekt voor de nieuwe invulling van de functie, waardoor de behoefte aan employability eveneens groeit. Het is belangrijk onderzoek te doen naar de motieven van medewerkers in de zorg, zodat duidelijk wordt hoe zij in de toekomst op een vrije en positieve wijze zouden kunnen kiezen voor deze nieuwe attitude.

Indien de binnen onze visie noodzakelijke ketenomkering plaatsvindt, hebben medewerkers (in de overgangssituatie) behoefte aan goede opleidingsmogelijkheden, goede salariëring (bonussysteem/winstdeling) en arbeidsvoorwaarden en een andere vorm van eigenwaarde, vermoedelijk in de relatie klant-medewerker, maar onderschat ook het plezier van meer generalisatie niet.

### **Bedrijfsleven**

Het bedrijfsleven heeft belang bij:

* een hoge responssnelheid (opheffen wachtlijsten);
* makkelijke toegankelijkheid;
* betaalbare zorg;
* korte behandeltijden.

Het bedrijfsleven kan zelf een bijdrage leveren aan de betaling van de zorg. Doordat het bedrijfsleven voor medewerkers die uitvallen gedurende een aantal jaren zelf de kosten moet betalen, heeft het veel baat bij een snelle responstijd en korte behandeltijden. Omdat bij zorginstellingen niet alle capaciteit aan middelen 24 uur benut wordt is het al zo dat bedrijven die capaciteit gaan kopen. Het is zelfs niet ondenkbaar dat bijvoorbeeld multinationals eigen instituten zullen oprichten om snel te kunnen beantwoorden aan de vraag naar zorg. Enkele grote bedrijven hebben voor onder meer psychotherapeutische hulp al afspraken met (particuliere) instellingen. Feit blijft dat dit soort activiteiten natuurlijk niet de werkelijke problematiek oplost of de kern van het zorgmechanisme verandert. Daarnaast zie je door de economische teruggang ook preventie activiteiten en coaching afnemen, welke eigenlijk zouden moeten toenemen.

### **Instellingen**

Ten slotte hebben zorginstellingen belang bij:

* een hoge responssnelheid;
* een lage complexiteit;
* lage beheerskosten.

**Stakeholders-coalities**

Uit bovenstaande lijstjes blijkt duidelijk dat de belangen van de diverse stakeholders veel overeenkomsten vertonen. De exploitatie van deze overeenkomsten, door een stakeholders-coalitie te vormen, is volgens ons dan ook de sleutel voor een andere aanpak van de zorg.

We zullen deze coalities nu vanuit diverse invalshoeken bekijken.

De instelling heeft onder meer met medewerkers en met klanten als stakeholders te maken. Zoals gezegd heeft een instelling belang bij een hoge responssnelheid, een lage complexiteit en lage beheerskosten. Ook voor de klant zijn dit belangrijke parameters, maar hij wil ook in toenemende mate zelf (mede)bepalen welke zorg hij op welke wijze en op welk moment krijgt. Het is natuurlijk niet mogelijk de klant te laten kiezen uit het oneindige aantal mogelijkheden, dus moet hem als het ware geleerd worden een keuzeproces aan te gaan met de medewerker van de instelling. Er moet sprake zijn van een oplossingsruimte die niet alleen dimensioneel beperkt is, maar die de klant ook in staat stelt de oplossingswaarde van het zorgaanbod vanuit zijn eigen context te interpreteren. En, zoals eerder aangegeven, zal er ook een uitruil voor de klant moeten zijn.

Essentieel in deze benadering is echter de continue dialoog waarin de medewerker op basis van informatie een hypothese formuleert die steeds dichter bij de specifieke kenmerken van de klant komen te liggen (bijvoorbeeld door middel van interactieve differentiaaldiagnostiek of werkhypothesen). Ook de communicatie-interface tussen klant en medewerker is van cruciaal belang. Zelfs bij redelijk geavanceerde diagnostische systemen is de benadering vaak gebaseerd op een beslissing achtige keuzestructuur, waarbij de klant gedwongen wordt een dialoog met de hulpverlener aan te gaan in termen die niet tot zijn belevingswereld horen.

De klant moet echter in staat worden gesteld zijn eigen belevingswereld gestalte te geven in de interface met de medewerker.

Er moet daarnaast sprake zijn van de-segmentering (ontschotting) op verschillende niveaus. Het is de vraag tot op welk niveau dit haalbaar is. De medewerker moet de consequenties van de keuzen van de klant aan die klant duidelijk kunnen maken (bijvoorbeeld door de kosten van verschillende medicijnen naast elkaar te zetten), maar hij moet ook een ‘plaatsingsbevoegdheid’ hebben voor de juiste zorg. Dit betekent dat hij een geactualiseerd inzicht moet hebben in bijvoorbeeld de mogelijkheden en capaciteiten van de diverse zorgleveranciers. Dit vereist naast ontschotting ook een geavanceerde vorm van informatietechnologie, met alle gevolgen van dien op ethisch en privacy-vlak.

Ten slotte moeten de communicatielijnen kort en helder worden. Een plaatsing bij een zorginstelling zou dan versterkt kunnen worden door onderzoek te doen dat toegevoegde waarde levert. Dat wil zeggen onderzoek dat meer gericht is op bevestiging van de plaatsingshypothese dan op ontkenning of uitsluiting van deze hypothese. Bovendien moet dat onderzoek geen herhaling zijn van wat al is gedaan.

Deze aanpak vereist dus mogelijk niet alleen een generalist die de interface met de klant bij eerste aanmelding moet vormgeven, maar mogelijk ook bij de interface van de zorgleverancier. Tenzij men vertrouwt op de plaatsingshypothese en een ‘specialist” in samenspraak met de klant’ onderzoek laat bepalen dat toegevoegd(e) (waarde) heeft voor deze klant.

Plaatsingscommissies, opnameteams, diagnostische centra, intaketeams et cetera verhogen de complexiteit met als gevolg tijdverlies en overdrachts- en beheerskosten. Zij verlagen de responssnelheid en de flexibiliteit, vormen een bottleneck, verminderen de bereikbaarheid en herkenbaarheid van de zorg en verlagen de sturingsmogelijkheden van de klant.

In het huidige systeem zou de generalist bij de eerste interface een huisarts kunnen zijn, maar dan bijvoorbeeld ingebed in een zorgcentrum of als poortwachter.

De huisartsen posten bij de Ziekenhuizen voldoen niet aan bovenstaande criteria. Het risico is dat de klant makkelijker daar naartoe zal gaan in plaats van naar de eigen huisarts, ook omdat hij geen terugkoppeling krijgt over het effect in het geheel.

Zorgcentra brengen de zorg ook dichter bij de klant en maken die zorg dus beter bereikbaar. Bovendien bieden ze meer mogelijkheden voor klantsturing, waardoor de complexiteit afneemt, de communicatielijnen korter worden en de mogelijkheden tot heterogeniteit toenemen. Een voorbeeld van een aanzet hiertoe was de Eerstelijns Voorziening Almere. Decentralisatie naar units werkt, gezien de bovenstaande wetenschap, echter alleen duurzaam als voldaan wordt aan de volgende zaken:

* een mate van sturing door de klant in een interactieve interface, dat is dus meer dan ‘zorg à la carte’;
* ondersteuning bij deze sturing;
* het delen van elkaars verantwoordelijkheden en vervaging van de segmentatie/specialisatie (men wordt gezamenlijk eigenaar van de zorgprocessen);
* een functionele hiërarchie in plaats van een positionele hiërarchie;
* een open financieringsstructuur op inter-unit- en interdisciplinair niveau;
* een juridische structuur die het delen van de verantwoordelijkheden mogelijk maakt.

**Oplossingsstrategieën**

De oplossingsstrategie komt op alle niveaus neer op een zo ver mogelijk doorgevoerde ontschotting.

Voor de financiering betekent dat het instellen van een regionaal budget voor de hele zorgsector, met de bedoeling een netwerkorganisatie van zorg te creëren, zodat instellingen zorg voor elkaar (elkaars klanten) kunnen leveren.

Ook zou het wenselijk zijn dat de zorgverzekeraars de gehele zorgsector financieren, althans *binnen het stakeholders-model*. Voorwaarden zijn dus onder andere dat er ***voldoende verschillende*** *verzekeraars* zijn en dat de **klant aan het stuur** staat.

Ook zou in dit verband gedacht kunnen worden aan een klantenorganisatie die de prestaties van instellingen beoordeelt: een soort keurmerk voor zorginstellingen dus. Er zijn al initiatieven, maar wij bedoelen iets anders dan die van het Algemeen Dagblad of de zorgverzekeraars.

 Het naar zich toetrekken van de regie door de klant kan gestimuleerd worden door:

* informatie over klachten(symptomen) en klachtenbenadering;
* gebruik te maken van interactieve differentiaaldiagnostiek, al of niet via informatietechnologie;
* stimulatie van eigen werkzaamheid, bijvoorbeeld door distributie van bloeddrukmeters of het zelf doen van eenvoudige laboratoriummetingen.

Wat de zorg zelf betreft, zou het goed zijn het zorgaanbod te ontdoen van protocollen en meer evidence based onderzoeken te doen, die gericht zijn op effecten van individuele kenmerken: [www.wddty.com](http://www.wddty.com)

Alle effecten van Zorg op Maat zonder Meerkosten / Genetwerkte Gezondheidszorg zijn SMART te meten.

Wij weten dat alleen al door ketenomkering en ketenmanagement een 30% besparing in de kosten kan worden bereikt.

Als het hele concept wordt gerealiseerd besparen wij op de huidige kosten een 50%, inclusief besparingen op dalingen aan “near accidents, accidents, overdrachtfouten, herhalingen in handelingen etc.

Met name zal door de vergrijzing meer worden bespaard, daar in deze sector heel veel onnodig verspild wordt en ketenomkering en genetwerkt georganiseerd zijn in deze sector een maximaal effect heeft.