

Steffi Rombouts, voorzitter De Jonge Specialist.

Zijn wij goede voorouders?

Steffi Rombouts wil graag het kortetermijndenken in de zorg inruilen voor het langetermijndenken. Medisch specialisten moeten volgens de jonge specialist op hun strepen staan om zo te zorgen voor gezonde collega's en betere arbeidsvoorwaarden voor zorgprofessionals.

“Als artsen blijven uitvallen door ziekte, burn-out, of het vak verlaten en studenten niet meer kiezen voor het vak geneeskunde, wie zorgt er dan in de toekomst voor de patiënt?” Vraagt Rombouts zich af. “Ziekteverzuim in 2021 was 8,5% onder zorgmedewerkers, dat is het dubbele van andere sectoren. Ruim 60% van de zorgprofessionals kampt met fysieke en mentale klachten, door hun werk tijdens covid. 14% van de jonge artsen kampt met burn-out. Een op de vier jonge artsen zou niet opnieuw voor het medische vak kiezen en één op de vier AIOS overweegt voortijdig te stoppen. Tot slot laat een peiling van de Federatie en LAD volgens Rombouts zien dat 15% van de medisch specialisten erover nadenkt om te stoppen.

Volgens het WRR-rapport is de personele houdbaarheid de meest acute en knellende dimensie van de houdbaarheid van de zorg, stelt Rombouts. Een op de drie mensen moet in 2060 in de zorg werken. Nu is dat een op de zeven mensen. De WRR stelt dat er niet aan deze toenemende arbeidsvraag kan worden voldaan. Rombouts stelt een aantal vragen: “Zijn wij goede voorouders? Want wij willen die kwalitatief goede en betaalbare zorg wensen aan de volgende generaties?”

De belangrijkste reden om te stoppen, is volgens de jonge specialist de lange werkweek, met structureel acht uur overwerk. “Die resulteert in werkweken van gemiddeld 52 uur. Mensen zijn overwerkt en moeten hun werk te gehaast doen. Dat geeft vaak onnodige administratieve rompslomp.”

Rombouts besluit haar betoog met een roep om betere arbeidsvoorwaarden en omstandigheden voor zorgprofessionals. Rombouts: “De patiëntenzorg staat op de eerste plaats. We moeten echt op onze strepen staan, om onze collega's voor de zorg te behouden. Artsen zorg voor uw collega's en uzelf, geef het juiste voorbeeld voor de jonge generatie. Raad van bestuur van ziekenhuizen, zorg voor uw personeel. Verzekeraars, maak eerlijke en haalbare prijzen. Politici, zorg tenslotte voor genoeg budget voor voldoende goed personeel.”

Marcel Levi, hoogleraar interne geneeskunde UvA en voorzitter NWO

De blik van buiten

We zullen niks opschieten met een ander zorgsysteem. Daar wordt geen patiënt, dokter of ziekenhuis beter van. Binnen het huidige systeem zijn er veel mogelijkheden ter verbetering. Marcel trekt in zijn voordracht een vergelijking tussen het Nederlandse en het Engelse systeem en concludeert dat het gras niet altijd groener is aan de overkant.

Levi werkte vijf jaar in een ander gezondheidssysteem in London. Levi: “Je leert zo veel over het Nederlandse systeem. Het zorgsysteem is anders in design. In Engeland is 90% geregeld in de National Health Service (NHS). Het betreft een top-down systeem waarbij de minister zelfs de kleur van de paperclips bepaalt. In Nederland werkt het anders. Je kunt in Nederland als zorgprofessional of ziekenhuisdirecteur in het private systeem makkelijker je eigen keuzes maken. Levi: “In Engeland wordt bovendien veel uitbesteed. De hele radiologie, of het hele lab is uitbesteed aan commerciële partijen. Je managet geen diensten meer, maar een contract en verliest daarmee expertise.”

Levi volgt het zorgdebat in Nederland met veel interesse en vraagt zich af of we naar een ander zorgsysteem moeten na invoering van de zorgverzekeringswet (Zvw). Niet iedereen is namelijk tevreden met het huidige systeem. “Veel mensen praten met nostalgie over het ziekenfonds. Maar dat systeem zat ook vol met problemen”, stelt Levi.

Levi: “Het zorgproduct heeft een prijs en volume, en dan weet je het budget. Het werkt echter niet zo. Het ging in gesprek met de zorgverzekeraars over het budget en niet over P en Q. Het zijn virtuele prijzen die niets te maken hebben met kostprijzen.” Patiënten kregen nota's met bedragen, dat mag inmiddels niet meer. Marktwerking vereist volgens Levi een genuanceerde kijk op de zorg. Spoedeisende zorg, geboortezorg en kankerzorg lenen zich niet voor marktwerking. Dat zouden publieke voorzieningen moeten zijn en ook zo georganiseerd moeten worden.

Levi: “Minister de Jonge wil graag minder marktwerking. Er zijn wel elementen in de zorg die zich wel lenen voor marktwerking. Als patiënt kun je dan navragen waar het goed georganiseerd is en je laten leiden door marktwerking en kwaliteit.”

Je moet het per regio organiseren, meent Levi. “Doe de geplande ingrepen in een ziekenhuis en vorm netwerken voor de zorg dicht bij huis, minder personeel, minder infrastructuur.” Dat is zoals het in Londen is georganiseerd. Je had verschillende centra in Londen die elk een regio bestreken en gedifferentieerd waren in specialistische zorg. “Er was geen interventiecardioloog in mijn ziekenhuis. Maar bij een interventie stond de ambulance klaar voor een ritje van tien minuten naar het hartcentrum.”

In Nederland kunnen we dat volgens Levi ook bereiken. We hebben namelijk sinds 1997 de [Wet op bijzondere medische verrichtingen](#). Levi: “Je kunt daarmee planningsbesluiten nemen en organiseren waar je bepaalde zorg verleent. Een barrière bij centralisatie van zorg is dat er eenrichtingsverkeer ontstaat. Een ziekenhuis doet de meest innovatieve ingrepen, maar houden de eenvoudige ingrepen ook op het menu, terwijl ze die zouden kunnen uitbesteden aan de kleinere ziekenhuizen.”

Wat betreft de regie stelt Levi dat niemand in de lead is. Levi: “De zorgverzekeraars doen het niet. Ze missen de kennis en inzichten om het proces in te richten. Ziekenhuizen en medisch specialisten komen met goede ideeën, maar je mag dan de markt niet verdelen. De minister heeft in Nederland weinig te zeggen. VWS beantwoorde 40% van de kamervragen over covid die aan VWS werden gesteld, met: ‘daar ga ik niet over’. In Nederland is dat blijkbaar normaal.”

Nederland verschilt qua infrastructuur van Engeland dat is gemedicaliseerd in ziekenhuizen. Levi: "In Engeland doen ze per persoon twee keer zoveel MRI's als in Nederland. Maar in Nederland staan twee keer zoveel machines om twee keer zo weinig scans te doen. Dat geldt voor alles. Nederland heeft tweemaal meer pet scans, driemaal meer Da Vinci robots. Terwijl de evidence voor het gebruik van deze technologie flinterdun is (Zie ook de lezing van Ruurda, die het niet helemaal eens is met Levi). Ook hebben we in Nederland tweemaal minder IC-bedden." Die verdeling is volgens Levi vreemd. "Veel apparaten die stil staan en leiden tot kapitaalvernietiging, terwijl er te weinig bedden zijn."

Levi tot slot: "Ook in gebouwen is in Nederland veel geïnvesteerd, terwijl in Engeland dezelfde zorg wordt geleverd met oudere gebouwen. Het geld om te bouwen leen je bij de bank. Je betaalt rente, de overheid zou garant moeten staan of betalen. Maar een groot deel van het zorggeld gaat daarom naar de banken, die er rijk van worden. Het is een waanzinnig systeem, waar niemand beter van wordt. De burger moet zich realiseren dat een groot deel van de zorgpremie naar de banken gaat."

Marcel Canoy, ACM, VU, Socielevraagstukken.nl, Advies Commissie Pakket Zorginstituut NL
Waarom de menselijke maat in de zorg ons geld gaat opleveren

Canoy bespreekt vanuit zijn rol als econoom de menselijke maat in de zorg. Het vergt echter geduld om dat in te voeren in ons systeem. Pas wanneer het diep in de cultuur van de organisatie zit, werkt het.

Canoy: "We hebben een bundel gerealiseerd met vijftien voorbeelden waarin staat hoe de menselijke maat ingevuld kan worden in het sociale domein." Het WRR-rapport zegt je kunt doelmatig en slimmer doen. Er moeten scherpere keuzes gemaakt worden voor deze complexe materie. Politici durven die keuzes niet te maken. Dat komt volgens Canoy door het 'identifiable victim effect'. Wij kennen een groter gewicht toe aan dingen die zichtbaar zijn. Als wij niet kosteneffectieve geneesmiddelen aanschaffen, zien wij niet de patiënten die dan onthouden worden van de juiste zorg."

Scherpe keuzes gaan dus ten koste van iets. We moeten slimmere keuzes maken. En die gaan over de menselijke maat. De 'street level bureaucrate' moet autonomie hebben om te kunnen afwijken van een bepaalde regel. Dat verschilt per domein. De regels zijn er niet voor niets. Maar je moet, waar mogelijk, maatwerk kunnen leveren.

Menselijke maat is iedereen z'n zin geven en kost geld. Maar met goed luisteren en breed kijken kun je ook beslissen om iets niet te doen. Wij mogen niet afwijken want dat gaat ten koste van rechtmatigheid, maar dat is de ontkenning van de menselijke maat. Je moet gelijke situaties gelijk behandelen. Dus ook ongelijke situaties ongelijk behandelen.

Canoy: "Men denkt dat implementeren van de menselijke maat een vermogen kost aan extra ambtenaren en zorgprofessionals. Maar dat is een misverstand. Je kunt namelijk investeren in breed kijken en goed luisteren, maar er staat tegenover dat het iets oplevert." Verschillende pilots bij dementie laten zien dat mensen minder snel worden opgenomen in verpleeghuizen, en dat mantelzorgers minder stress hebben.

“Veel zorgzaken zijn door vrijwilligers en studenten over te nemen. De kwaliteit van leven gaat daardoor vooruit. Die baten wegen op tegen de kosten. Dit geldt voor GGZ, jeugdzorg en alle mensen op grensvlak zorg en sociaal domein.”

“Laten we het morgen invoeren”, zegt Canoy, maar dat is niet zo simpel. “Menselijke maat werkt pas wanneer het diep in de cultuur van een organisatie zit. Het moet in de hele organisatie worden aangepakt. Je kunt niet investeren in iets waar een andere partij baten van heeft. Je wil er zelf op afgerekend worden.”

Tot slot stelt Canoy: “Het menselijke maatprobleem ligt in de zorg. De precedentwerking bij het zorginstituut. De toezichthouders moeten daarin mee willen gaan. Wanneer de toezichthouders naar gaan doen, red je het niet.”

