Symposium De Rode Hoed 2018: Netwerk in de zorg

Samenvattingen

René ten Bos

In zijn lezing houdt Denker des Vaderlands René ten Bos een spiegel voor over welke elementen van belangrijk zijn bij het bouwen aan netwerken. De hoogleraar filosofie gebruikt hiervoor de metafoor van een boom en een rizoom.

De boom met één stevige stam en de rizoom, een wortelstok met veel horizontale vertakkingen zijn in elke organisatie aanwezig en hebben elk hun eigen karakteristieken. 'Boom'organisaties kenmerken zich door een hiërarchie: berichten worden vanuit de top – de directie – doorgegeven naar 'beneden', de organisatie in. Maar elke boodschapper heeft zo zijn belangen en dus komen ideeën niet helder door. Dat is ook de bedoeling: deze bureaucratie vormt een veilige buffer om geen volledige verantwoordelijkheid te hoeven dragen. De boom functioneert dus nooit geheel optimaal.

Het rizoom-denken is gestoeld op horizontale vertakkingen: netwerken die niet van hogerhand zijn opgelegd, waarin van alles gebeurt tegelijkertijd, niet gepland, en van waaruit weer nieuwe activiteiten en relaties ontstaan. De activiteiten hebben wel effecten, maar de uitkomsten zijn niet van tevoren te voorspellen. Dat kan ook niet: als er een bewust doel is, zou de rizoom-structuur terugvallen op de hiërarchische boomstructuur.

Een laatste kenmerk van een rizoom is de onbeduidende breuk: wordt er iets weggehaald, dan is de structuur niet zomaar kapot. Ten Bos adviseert tot slot om deze principes mee te nemen bij het werken aan netwerkzorg en samenwerken: de werkelijkheid omvat meer dan codes en protocollen.

Jan Anthonie Bruijn

Eerste Kamerlid Jan Anthonie Bruijn schreef mee aan de laatste drie verkiezingsprogramma's van de VVD. Hij deed in die rol veel ervaring op met de gezondheidszorg vanuit macro-economisch perspectief. In zijn lezing gaat hij in op waarom zorguitgaven beteugeld moeten worden en waar de zorgakkoorden vandaan komen.

De Nederlandse gezondheidszorg kenmerkt zich door een hoge kwaliteit, laagdrempelige toegankelijkheid en een lage eigen bijdrage. Maar zonder ingrijpen kost de zorg Nederlanders in 2040 zo'n 40 tot 50 procent van hun inkomen, en dat dekt slechts 25 procent van de kosten: de overheid en het bedrijfsleven betalen de rest. En wat de overheid uitgeeft aan zorg, is niet te besteden aan andere zaken.

De hoogleraar immunopathologie bespreekt verschillende manieren om de kosten terug te dringen. Veel maatregelen, zoals het pakket verkleinen, de rol van de huisarts versterken of ongezond levende mensen een hogere premie berekenen, hebben op macro-economisch niveau geen effect of worden al ingezet. Hoewel dat ook geldt voor kostenbewustzijn, vindt De Bruijn dat artsen hierin wel stappen kunnen zetten en kosten kunnen meewegen bij de keuze voor wel of niet behandelen. Verder geeft preventie wel meer kwaliteit van leven, maar heeft het geen positief effect op de beheersing van de kosten. Dit komt omdat de zorgkosten pas stijgen naarmate iemand ouder wordt en meer (intensieve) zorg nodig heeft. Het verhogen van het eigen risico en de eigen bijdrage heeft wel een remmend effect, maar deze maatregel is politiek 'bevroren'. Wat rest is de 'kaasschaaf'-methode, die daarmee het ontstaan van de zorgakkoorden verklaart.

Anna van Poucke

Als partner van KMPG Health doet Anna van Poucke in haar presentatie uit de doeken ‘wie het met wie’ doet in de zorg en welke oplossingsrichtingen er zijn om een succesvol zorgnetwerk te bouwen.

Nederland raakt haar positie kwijt als het aankomt op toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Dat blijkt uit het onderzoek dat KMPG Health sinds 2012 jaarlijks verricht naar allianties in de zorg onder de naam ‘wie doet het met wie in de zorg’ en een enquête op LinkedIn onder ziekenhuisbestuurders. De feiten bevestigen dit beeld: zo zijn de kosten voor medisch-specialistische zorg tussen 2006 en 2016 met 55 procent toegenomen, en moeten sommige afdelingen sluiten wegens onvoldoende personeel. Bovendien staat 25 procent van de ziekenhuizen financieel zo onder druk dat er geen investeringen gedaan kunnen worden om fit te zijn voor de toekomst.

KPMG ziet drie oplossingsrichtingen: een centrale regie over een decentrale, regionale transformatie, het optimaliseren van financiële prikkels en het benutten van data en technologie. De adviesorganisatie is voorstander om samenwerking in plaats van concurrentie. Dit vraagt om per regio te kijken naar de populatie en welke vormen van zorgverlening nodig zijn voor specifieke groepen. Goede afspraken maken over wie wat aanbiedt vraagt ook dat partijen bereid moeten zijn om iets weg te geven.

Voor die focusverschuiving – van verrichtingen of (dbc-) producten naar regiogebonden zorg – is een stelselverandering niet nodig indien de bestaande ruimte goed wordt benut. Tot slot signaleert KPMG dat succesvolle (digitale) zorgnetwerken slim gebruikmaken van data en technologie en systemen met elkaar verbinden.

Peter Langenbach

Vanuit zijn rol als voorzitter van de raad van bestuur van het Maasstad ziekenhuis vertelt Peter Langenbach vanuit de praktijk welke rol ziekenhuizen kunnen vervullen in een zorgnetwerk.

In 2012 heeft het Maasstad Ziekenhuis de concurrentiestrategie ingeruild voor samenwerking. Eén van de vijf ambities van het ziekenhuis is dan ook netwerkzorg. Dat krijgt onder meer vorm via landelijke samenwerking binnen Santeon. Hierin wordt aan verbetering van de kwaliteit gewerkt met uitkomstindicatoren en van elkaar geleerd.

Samenwerking krijgt ook vorm in de regio: zo werkt het Maasstad bestuurlijk en inhoudelijk samen met een aantal ziekenhuizen en is er één elektronisch patiëntendossier ingevoerd waarin alle zorg- en ondersteunende processen zijn geharmoniseerd. Daarnaast is er samenwerking met de huisartsenpost en de SEH, om de juiste zorg op de juiste plek te bieden. Daaronder valt ook het ‘transferium’ voor de ambulancedienst: patiënten die niet het ziekenhuis in hoeven, kunnen in deze ruimte noodzakelijke acute zorg krijgen en dan weer verder. Een medisch manager zorgt dat de belangen tussen de drie loketten parallel lopen.

Een belangrijke factor voor het succes is dat medische staf samen met de raad van bestuur voor een strategie kiest. De continuïteit van het ziekenhuis is een gezamenlijk belang: een strategie waar iedereen achter staat, levert bovendien meer draagvlak op. Netwerkzorg stimuleren vraagt soms om buiten de gebaande paden te denken: om bijvoorbeeld beweging te krijgen in de juiste zorg op de juiste plek, wordt het MSB gecompenseerd bij het verplaatsen van zorg naar de eerste of anderhalvelijn. Tot slot zijn zorgverzekeraars betrokken om de juiste financiële prikkels te stimuleren, door afspraken te maken op basis van kwaliteit.

Erik Jan Vlieger

Arts en ondernemer Erik Jan Vlieger belicht in zijn lezing dat de arts van de toekomst veel meer kan, maar minder weet. En dat het onderdeel uitmaken van een klinisch netwerk uiteindelijk bijdraagt tot betere zorg.

Klinisch handelen loopt gemiddeld 17 jaar achter op de wetenschap. Dat komt omdat er elke dag ontzettend veel nieuwe kennis bij komt – elke 23 seconden verschijnt een nieuw wetenschappelijk medisch artikel. Die kennis wordt gebundeld in richtlijnen, maar ook die zijn niet altijd up-to-date. Omdat de literatuurstroom alleen maar zal toenemen, zal de kennis van de arts verder gaan achterlopen.

Een manier om daar slimmer mee om te gaan, is als artsen gaan samenwerken in klinische netwerken: niet langer een kleine richtlijnencommissie, maar een grote groep samenwerkende artsen die elk een aantal nieuwe artikelen leest. Ook richtlijnen zelf krijgen een ander karakter: ze zijn handelingsgericht en dynamisch bij te houden. Ook kan een protocol meerdere ‘routes’ bevatten, afgestemd op patiëntdoelen als zo lang mogelijk of zo goed mogelijk leven.

De beste zorg ontstaat wanneer artsen protocollen strak volgen, maar dit geeft artsen minder professionele vrijheid. Toch zijn die werelden te verbinden, indien artsen hun creativiteit op een ander vlak kwijt kunnen. Hun rol is superviserend het team aansturen van verpleegkundig specialisten, nurse practioners en het contact met para- en niet-medische partijen rondom de patiënt. Tot slot staat De Vlieger stil bij output en input: uitkomsten worden steeds vaker al vastgelegd, maar input – zoals patiëntvoorkeuren en kenmerken – nog niet. Die kunnen echter waardevol zijn om tot goede behandelalgoritmes te komen.