



SPECIAL

Inhoud

"De vrijblijvendheid met betrekking tot kwaliteitsindicatoren en complicatieregistratie moet binnen drie jaar weg zijn!"



"Ik verwacht dat specialisten anders zullen gaan samenwerken."



"De meeste patiënten zien de dokter nog steeds als iemand die alles weet."



Een uitgave van Biomet Nederland BV
jaargang 10 • nummer 2

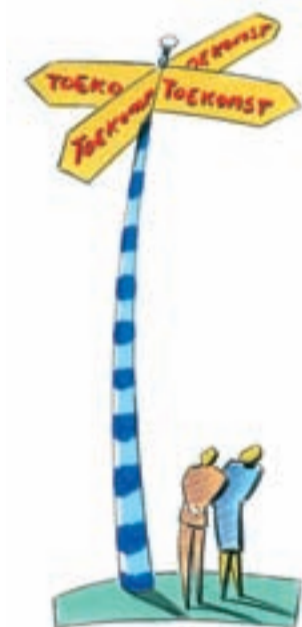
De Gezondheidszorg "Natuurlijk in Beweging" is een initiatief van Biomet Nederland BV, gevestigd in Dordrecht. Deze uitgave is een nieuwsbrief, die belangrijke ontwikkelingen met leuke wetenswaardigheden in de gezondheidszorg combineert.

Medisch Specialistische zorg in de toekomst

"Vroeger zag de toekomst er anders uit"

Binnen de Nederlandse gezondheidszorg spelen veranderingen zich in een rap tempo af. Herziening van het zorgstelsel heeft allerlei effecten tot gevolg. De stelselherziening op zich is gebaseerd op het gegeven dat de zorg in de toekomst, bij ongewijzigd beleid, onbetaalbaar is. Demografische ontwikkelingen en innovaties veroorzaken kosten, evenals de benodigde capaciteit in mensen en middelen. Een visie zou leidend moeten zijn in het vormgeven en organiseren van de medisch specialistische zorg in de toekomst. Elementen die bepalend zijn voor de toekomst zijn onder andere economische en sociaal-culturele ontwikkelingen, ontwikkeling van de zorgvraag, en de impact van ICT en medische technologie.

In 2020 zal de gezondheidszorg er heel anders uitzien. Maar hoe anders? Van de toekomst heeft men zich nooit een exacte voorstelling kunnen maken: vroeger zag de toekomst er anders uit. Ook nu zal niemand kunnen voorspellen hoe de medisch specialistische zorg er in 2020 uit zal zien, laat staan dat een enkel toekomstbeeld ook daadwerkelijk bewaarheid wordt. Discussies over de toekomst kunnen wel helpen een verbinding te leggen tussen toekomstbespiegelingen en de dag van vandaag. Incrementeel bouwt men de eigen toekomst, door vanuit een visie "toekomstgetrokken" richting te geven aan de hedendaagse situatie. Het is daarom van belang binnen het eigen vakgebied een visie te ontwikkelen op hoe de zorg binnen het eigen werkgebied er over een aantal jaren uitziet.



gekenmerkt wordt door een lagere bevolkingsgroei dan voorheen, lagere emigratiedrempels en meer ouderen. Ondanks de toenemende arbeidsparticipatie komt de arbeidsmarkt hierdoor steeds meer onder druk te staan. Daarbij lijkt het erop dat de Nederlander van de toekomst vitaler, zelfbewuster en welvarender wordt, langer leeft en werkt en ook langer zelfstandig blijft wonen. Het aantal huishoudens blijft hierdoor toenemen met een gespannen woningmarkt tot gevolg.

Vier scenario's schetsen de toekomst
Tegen deze sociaal culturele achtergrond schetst 'Niet van later zorg' met behulp van vier scenario's hoe onze toekomst eruit kan zien:

- Het scenario 'Collectieve Voorspoed' legt de nadruk op een grote verantwoordelijkheid van de overheid bij enkele succesvolle hervormingen van het sociale zekerheidsstelsel en een hoge economische groei.
- Bij 'Keuzerijk Perspectief' gaat het om het vergroten van de individuele verantwoordelijkheid van de burger bij een versoberd sociale zekerheidsstelsel en een hoge economische groei. Hierbij vindt een verschuiving plaats van collectieve naar private regelingen.
- Dit staat lijnrecht tegenover het scenario 'Samen Delen' dat juist de collectieve verantwoordelijkheid benadrukt. Hervormingen hebben hierbij meer collectieve arrangementen tot gevolg.
- 'Selectieve Groei' is ten slotte gericht op een grotere individuele verantwoordelijkheid bij een lage economische groei. Hierbij is bijverzekeren noodzakelijk naast de basisarrangementen die er zijn in zorg en sociale zekerheid.

Deze Thema Nieuwsbrief hoopt een bijdrage te kunnen leveren aan het ontwikkelen van toekomstgetrokken visie en beleid. Niet alleen gebaseerd op hoe het was of is, maar hoe het zou kunnen zijn of wellicht ook gewoon wordt. Dat genereert energie bij zorgprofessionals en bestuurders. De veranderende betekenisgeving van zorg wordt ook gekenschetst als een ontwikkeling van: "make me better", naar "make me beautiful" tot "make me happy". *Reacties op dit themanummer ontvangen we graag. U kunt ze opsturen per mail naar yvankemenade@wxs.nl*

Niet van later zorg (VWS)

In het recent door VWS uitgebrachte rapport 'Niet van later zorg' wordt een beeld geschetst van de toekomstige spelers op het zorgveld. Door gebruik te maken van scenario's is het mogelijk om een completer beeld te schetsen van hoe de toekomst eruit kan zien. De uiteindelijke uitwerking van een hedendaags idee is daarmee makkelijker voor te stellen. Vragen die dan opkomen, zijn onder andere: wat moeten we doen om ook in de toekomst kwalitatief hoogwaardige zorg voor iedereen toegankelijk te houden, hoe maken we ruimte voor eigen initiatief en verantwoordelijkheid en kunnen we dit doen binnen realistische economische kaders?

De directeur van het Sociaal Cultureel Planbureau, Paul Schnabel, blikt in het eerste hoofdstuk van de bundel vooruit door het Nederland van 2020 te schetsen. Een Nederland dat





De toekomst van de medisch specialistische zorg

volgens Prof. Dr. Rob G.H.H. Nelissen, orthopedisch chirurg, Leiden

Ziekenhuis als bedrijf

Het ziekenhuis zal in de toekomst meer als bedrijf fungeren, dus met alle specialisten in loondienst. Het belang van de patiënt kan dan nog meer voorop komen te staan. Want op die manier zijn de specialisten makkelijker aan te sturen voor afdelingsoverstijgende ziekenhuis- en dus patiëntenbelangen. Wel zal de medisch specialist, als vakgroep acterend, de medisch inhoudelijke zaken zelf moeten kunnen blijven bepalen, daarbij ondersteund door een meer bedrijfsmatig georiënteerde manager.

Bij complicaties afrekenen

De specialist zal in de toekomst meer te maken krijgen met kwaliteitsindicatoren. Naar mijn mening zullen alle orthopeden in Nederland zich hieraan conformeren omdat dit ook het belang dient van de patiënt. Een enigszins financiële consequentie kan hierbij helpen. En daarmee bedoel ik dat specialisten in de toekomst niet alleen betaald worden voor extra initiatieven maar ook zullen worden afgerekend op complicaties die boven de norm liggen, en op fouten. Dit impliceert dat bij het optreden van meer complicaties dan gemiddeld voor de procedure, die tevens niet verklaard kan worden uit een patiëntenprofiel, er geen betaling zal plaatsvinden. Veel complicaties betekent dan weinig inkomsten. De beroepsvereniging kan hier ook een sterke rol in gaan vervullen door specialisten aan te spreken op slechte resultaten; dit gebeurt overigens al 15 jaar maar voornamelijk op een te vrijblijvende manier. We kunnen hier alleen verandering in krijgen als de kwaliteit van werken per individuele orthopeed transparanter wordt. Kortom, we moeten open zijn over complicaties binnen de beroepsgroep. Hierbij is communicatie met patiënten belangrijk in voor hen begrijpelijke taal, die recht doet aan de grote mix van patiënten bij de verschillende ziekenhuizen. De vrijblijvendheid met betrekking tot kwaliteitsindicatoren en complicatieregistratie moet binnen drie jaar weg zijn!

Kwaliteitsindicatoren moeten objectiever

Ik vind overigens wel dat kwaliteitsindicatoren objectiever dienen te worden. Transparantie is goed als dat ook betekent een objectievere weergave van de kwaliteitsindicatoren. Nu worden er nog te vaak appels met peren vergeleken met oneigenlijke waardeoordelen tot gevolg.

Wat de kwaliteit van de zorg ook ten goede komt is onze registratie van implantaten. Op deze manier kunnen we namelijk de patiënt volgen op de langere termijn. We moeten er daarbij wel voor blijven waken dat de inkoper van zorg zich niet gaat bemoeien met de inhoud van de medisch specialistische zorg. De keuze van implantaten moet bij de orthopeed zelf liggen op basis van bewezen effectiviteit. Nieuwe implantaten zullen

prospectief geëvalueerd moeten worden. Hierbij heeft een microbewegingsstudie met RSA een bewezen rol om binnen twee jaar te voorspellen wat de 10 jaarsresultaten zullen zijn.

Core business is en blijft patiëntenzorg

We moeten er naar toe dat we meer verantwoordelijk worden voor het proces, lees de patiënt. Op landelijk niveau zijn voor de orthopedie proces- en structuur indicatoren ontwikkeld (NOV samen met CBO). Deze indicatoren zijn gericht op verbetering van de patiëntenzorg. De logistiek kan nog zo goed geregeld zijn, als het primaire proces niet klopt krijg je alsnog slechte patiëntenzorg.

“De vrijblijvendheid met betrekking tot kwaliteitsindicatoren en complicatieregistratie moet binnen drie jaar weg zijn!”

Het is niet bedoeld als borstklapperij maar wij, Nederlandse orthopeden, zijn gewoon goed in patiëntenzorg. Een orthopeed in Nederland functioneert qua opleidingsniveau en scherpe kwaliteitstoetsingen van werkwijze binnen de Europese top drie.

Dit zie ik in andere landen wel anders waar minder zware standaarden voor patiëntenzorg worden gehanteerd. Publiekelijk wordt dat niet altijd herkend, dit geeft aan dat de communicatie met het publiek (lees de gezonde bevolking) nog verder verbeterd kan worden.

Tot slot

Transparantie is goed ter verbetering van de kwaliteit van de patiëntenzorg, maar het mag geen “Big brother is watching you” worden. Kwaliteitsindicatoren moeten vooral zelfcorrigerend werken, zodat specialisten er zelf van leren en de patiëntenzorg er beter van wordt.”

‘Niet van Later zorg’ onderwerp van debat

Betrokkenen in de zorg dienen minder defensief te reageren, moeten meer moed tonen en zullen intensiever moeten samenwerken om trots te kunnen zijn op hun sector. Pas dan ontstaat de nodige dynamiek om serieuze marktinitiatieven te doen slagen. Voorlopers zullen bovendien meer moeten worden gestimuleerd. Krachtige voornemens die werden gebezigd in een discussiebijeenkomst naar aanleiding van het rapport ‘Niet van later zorg’.



In een discussiebijeenkomst georganiseerd door het ministerie van VWS bevonden zich onder de aanwezigen veel topambtenaren, zorgverzekeraars, ziekenhuisdirecteuren en vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen. Opvallend was dat zij in meerderheid een grote voorkeur aan de dag legden voor het meest marktgerichte toekomstscenario, ‘Keuzerijk Perspectief’. Volgens dat scenario trekt de overheid zich verder terug en ligt de nadruk in 2020 op meer individuele verantwoordelijkheid. Tegen die tijd zijn de sociale zekerheidsstelsels grondig verbouwd en is de arbeidsmarkt veel flexibeler dan nu. De arbeidsproductiviteit - ook in de zorg - is hoog, en zowel de arbeidsdeelname als de inkomensverschillen zijn groot.

Dokters moeten weer risicodragend worden

Om de kans te vergroten dat een dergelijk marktgericht toekomstscenario wordt gerealiseerd, pleitte Chiel Bos, directeur zorg van koepelorganisatie Zorgverzekeraars Nederland (ZN) ervoor de geldende financiële beperkingen van vaste overheidsbudgetten per zorginstelling nu al, dus voor het einde van 2007, af te schaffen. ‘De keus is: budget of product,’ aldus Bos. Hij sprak zich uit voor betalingen per ingreep. Met andere woorden: dokters moeten weer risicodragend worden. Nederland moet een werkbaar scenario kiezen, de koers bepalen en volhouden. Gemeten in uitgaven en aantallen werknemers - er werken 1,3 miljoen mensen in zorg en welzijn - is de zorg een van de voornaamste sectoren van de Nederlandse economie, een sector waarin veel verandert. Technologisch is steeds meer mogelijk. De individualisering neemt toe. Mensen worden ouder, en de druk op ziekenhuizen en zorgverleners neemt toe. Bovendien dreigt er een ernstig tekort aan werknemers te ontstaan. Bij gelijkblijvende arbeidsproductiviteit moeten er de komende twintig jaar in de zorg elke dag 175 werknemers bijkomen om de stijgende vraag aan te kunnen (minVWS 2007).

‘Focused factories’ voor electieve zorg

Gelet op de ontwikkelingen in de vraag naar en het aanbod van medisch-specialistische zorg, blijft het algemeen (basis)ziekenhuis de ruggegraat van de zorginfrastructuur, zeker in dunbevolkte gebieden. Voor de komende 10 tot 15 jaar wordt een aanzienlijke toename van de vraag naar ziekenhuiszorg verwacht. Tegelijkertijd verschuift echter de samenstelling van de vraag. Zeker is dat zowel het aantal chronische aandoeningen als het aantal ouderdomsgerelateerde slijtageaandoeningen (zoals staar en versleten heup) zal toenemen. Door de introductie van marktwerking zal de differentiatie in verschijningsvormen voor ziekenhuiszorg verder toenemen, met name in de vorm van klinieken die zich op deelmarkten richten. Organisatie van de zorg volgens het ‘focused factory’ concept, waarbij men zich richt op een beperkte productenmix, bevordert de doorstroming, efficiency en klantgerichtheid. ‘Focused factories’ kunnen gerealiseerd worden binnen de muren van een algemeen ziekenhuis en in zelfstandige klinieken; in het laatste geval wordt gesproken van profielziekenhuizen of focusklinieken. De ‘focused factories’ en marktwerking zullen zorgen voor evenwicht tussen vraag en aanbod voor de electieve hoogvolume zorg (waaronder de ouderdomsgerelateerde slijtageaandoeningen).

Voor de chronische aandoeningen is een tendens naar evenwicht tussen vraag en aanbod minder vanzelfsprekend. Het op genezing gerichte (medische) ziekenhuismodel is niet toegesneden op langdurige zorg en begeleiding. Ontwikkeling van nieuw zorgaanbod met een integratie van eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg en aanpalende welzijnszorg is dan ook noodzakelijk. Dit nieuwe zorgaanbod kan het beste zoveel mogelijk gerealiseerd worden in goed bereikbare kleinschalige voorzieningen buiten de hoofdlocatie van het ziekenhuis. (College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen 2005).

Kort bericht - Kort bericht - Kort bericht - Kort bericht - Kort bericht - Kort bericht - Kort bericht

Daar in die haven

In Rotterdam onderzoekt het Havenziekenhuis in die stad de mogelijkheden om in de haven een ambulante medisch centrum te vestigen. Hierin zou het ziekenhuis kunnen samenwerken met havenartsen en speciaal geschoolde huisartsen. Op dit moment wordt nagedacht over een bijscholing voor huisartsen die in het nieuwe initiatief actief willen worden. In die nascholing ligt de nadruk op tropenziekten. De Rotterdamse haven is bij uitstek het gebied waar zorg in zo’n niche kan floreren. En door de voorgenomen samenwerking kunnen de partners hierin een vooraanstaande positie gaan vervullen, zodat ze concurrenten buiten de deur kunnen houden of minstens op achterstand kunnen plaatsen.

Het Havenziekenhuis is slechts een van de vele partijen in de zorg die op dit moment nadenken over hun positionering in de markt die nu langzaam aan het ontstaan is. Ze beginnen te beseffen dat de patiënt een zorgconsument aan het worden is en dat het belangrijk is een goede band op te bouwen met de verwijzers. (Arts & Auto april 2007)





Medisch specialisten in perspectief

- De medisch-specialistische zorg kenmerkt zich de komende jaren door zowel concentratie als deconcentratie. Aan de hand van een indeling van de medisch-specialistische zorg in segmenten kan dit inzichtelijk worden gemaakt (zie figuur). De stelregel hierbij is dat hoe groter de voorspelbaarheid en/of consensus over de uitkomst van de zorg is en hoe hoger het volume aan zorg, hoe geschikter de zorg is voor deconcentratie en marktwerking en omgekeerd.

	Voorspelbaarheid e/o consensus over de uitkomst van de zorg: Hoog	Voorspelbaarheid e/o consensus over de uitkomst van de zorg: Laag
Volume hoog	Segment 4: Spoedeisende zorg, ernstige (chronische) multipole pathologie	Segment 1: Basiszorg
Volume laag	Segment 3: Topreferente zorg en complexere zorg, ontwikkelingsgeneeskunde	Segment 2: complexere zorg en topzorg

- Medisch-specialistische zorg wordt steeds meer proces- en bedrijfsmatig georganiseerd. Dit komt de doelmatigheid en patiëntgerichtheid ten goede.
- Het medisch-specialistische beroep zal in toenemende mate differentiëren, onder andere in:
 - organisatorische werkomgeving – breedte en diepte van de beroepsuitoefening
 - parttime/fulltime – functiedifferentiatie – inkomen – wijze van vestiging.
- De organisatorische verbondenheid van medisch specialisten zal deels gekenmerkt worden door verdere integratie en deels door ontvlechting. De integratietendens zal het sterkst zijn in die segmenten van de medisch-specialistische zorg die zich meer lenen voor concentratie en minder voor marktwerking. De ontvlechtingstendens zal vooral te zien zijn in de segmenten die zich meer lenen voor deconcentratie en marktwerking.
- Opleiding van artsen en medisch specialisten wordt steeds meer een zaak van de UMC's en de algemene ziekenhuizen samen.
- Medisch-wetenschappelijk onderzoek staat steeds meer onder druk.

Conclusie

Organiseer de medisch-specialistische zorg zoveel mogelijk in segmenten. Door de zorg organisatorisch en in marktpositionering meer te benaderen vanuit combinaties van voorspelbaarheid en volume zijn grote voordelen te behalen in termen van doelmatigheid en patiëntgerichtheid. (Orde Medisch Specialisten. Medisch specialisten in perspectief. 2005)



Medisch specialistische zorg in 2020

De gezondheidszorg is in turbulent weer gekomen. Vanuit het oogpunt van kwaliteit en doelmatigheid zoekt men naar vernieuwing. Centraal staat dan de toekomst van de medisch specialistische zorg. Niemand kan zeggen hoe die er in 2020

uitziet of zou moeten zien. Toch liggen de kansen om die toekomstige zorg zelf te sturen nu voor het oprapen. Een visie op elementaire kenmerken van de specialistische zorg, en als afgeleide daarvan nieuwe organisatievormen, is essentieel om aan de juiste knoppen te draaien. Segmentering in 5 deelgebieden biedt de gelegenheid om op essentiële zaken te sturen en te organiseren. Meervoudigheid en differentiatie zullen het toekomstbeeld typeren; het zorglandschap zal niet langer bestaan uit de 98 ziekenhuisorganisaties die Nederland nu kent.

Het is denkbaar, zelfs wenselijk dat de zorg per segment anders georganiseerd wordt. De kenmerken zijn immers wezenlijk anders; dit brengt andere optimale werkvormen met zich mee. Voor segment 1 (relatief eenvoudige electieve basiszorg) zal de zorg meer plaats gaan vinden in gespecialiseerde (privé)klinieken of ZBC's, die zich toeleggen op een bepaald stukje van deze deelmarkt (b.v. heupoperaties). Daarnaast blijven grootschalige ziekenhuizen bestaan, waar met name de complexere basiszorg en topzorg (segment 2) en spoedeisende zorg (segment 4) wordt verleend.

Segment 3, de topreferente en ontwikkelingsgeneeskunde, blijft grotendeels buiten de invloedssfeer van de marktwerking. Op basis van vergunningen in WBMV wordt deze functie aan bepaalde middelgrote en grote ziekenhuizen en UMC's toegewezen. Tussen de UMC's zal misschien, meer dan nu het geval is, een zekere verdeling komen van specialisaties en onderzoeksgebieden, hetgeen zich ook zeker leent voor prestige doelstellingen buiten de landsgrenzen (internationale expertcentra). In segment 5 (chronische zorg) is een ontvlechting, dan wel deconcentratie, van het ziekenhuis te verwachten. Er zullen diverse kleinschalige voorzieningen ontstaan, dicht bij de patiënt. Hierbij moet worden gedacht aan multidisciplinaire, wijkgerichte voorzieningen, waar door medisch specialisten samen met eerstelijns werkers zorg wordt verleend.

In de toekomst zal het ziekenhuis zich meer gaan richten op de core business, hetgeen zal bestaan uit complexere zorg en top(klinische)zorg (segment 2), acute en spoedeisende zorg (segment 4) en voor een deel, samen met UMC's, op segment 3, topreferente zorg en ontwikkelingsgeneeskunde. Een eventueel conglomeraat met een holdingstructuur, heeft naast de 'ziekenhuisfuncties' (segmenten 2, 3 en 4), ook een aantal expertcentra/focusklinieken in de vorm van BV's of ZBC's. In deze focusklinieken (segment 1) vindt de relatief eenvoudige electieve zorg plaats georganiseerd rondom de zogenaamde straten (zoals de heupstraat). De chronische zorg (segment 5) in de regio zal voornamelijk in eerstelijns georganiseerd worden bij de huisartsgroepen/centra, kleinschalige ziekenhuizen of buurtzorgcentra. Het ziekenhuis kan hierin hooguit nog een ondersteunende en faciliterende rol vervullen en daar waar gewenst een regierol. (Kemenade Y./ Hopstaken L. Zorgvisie mei 2007)

De toekomst van de medisch specialistische zorg

volgens Karel Nicolas, zorgverzekeraar CZ, projectmanager zorgvernieuwing

Klanten en hun keuzes

Klanten zullen veel bewuster keuzes gaan maken voor een zorgverlener. Daarin speelt mee dat klanten steeds alerter worden op kwaliteit van leven na de operatie. De keuze van de klant is bovendien afhankelijk van het type behandeling. Zo zal men voor een acute blinde darmoperatie niet snel even op internet gaan kijken welk ziekenhuis de beste kwaliteit levert, bij een electieve planbare behandeling gebeurt dat wel. De kwaliteitsinformatie op internet is nu veelal gericht op de spelers/aanbieders/verzekeraars in het veld, en nog onvoldoende gericht op klanten. De kwaliteit van de aangeboden zorg zal dan ook veel transparanter moeten worden.

Toekomststrategie CZ

"Gids in de zorg zijn" is onze strategie. Dat gebeurt op basis van criteria die wij kunnen monitoren, statisch dus, net als het befaamde ANWB-bord. In de toekomst zal dat veel dynamischer worden. Meer in de zin van een navigatiesysteem, waarbij wij de klant ondersteunen om op de juiste plek terecht te komen. Dat vraagt dus ook weer meer transparantie over de kwaliteit van de geboden zorg. CZ zal ook scherper haar zorg gaan inkopen dat wil zeggen, selectiever zijn met contracten. Hoe beter de informatie hierover, des te transparanter en ook toetsbaarder we zijn. We kunnen dan ook goed uitleggen aan de klant waarom we bepaalde aanbieders wel of niet contracteren.

Organisatie van de zorg

De organisatievorm in de zorg zal in de toekomst meer hybride worden. Er zullen meer combinaties ontstaan van publieke en private aanbieders. De acute zorg bijvoorbeeld zal waarschijnlijk publiek blijven, onder meer vanwege eisen van bereikbaarheid. Electieve zorg zal meer privaat worden aangeboden, misschien ook wel door ziekenhuis consortia. Ziekenhuizen zullen zich sowieso veel bewuster moeten worden van welke zorg ze wel leveren en welke zorg niet. Daarvoor zal een herdefiniëring van het begrip ziekenhuis moeten plaatsvinden. De rol van het ziekenhuis wordt misschien meer die van facilitair bedrijf, waar meerdere klinieken gehuisvest kunnen zijn.

Nu hebben we vooral te maken met fusies tussen ziekenhuizen. In de toekomst zullen we ook te maken hebben met 'shop in the shop'. Zorg zal zich dan meer categoriaal gaan organiseren waardoor je horizontale samenwerkingsverbanden krijgt, bijvoorbeeld een keten van orthopedische klinieken. Binnen de regio's krijg je hierdoor waarschijnlijk een herschikking van het zorgaanbod.

Zorgprocessen

Eerste en tweedelijns zorg zullen in de toekomst meer geïntegreerd zijn. Daardoor zal ook een deel van de zorg naar de eerstelijns gaan. Ook op logistiek terrein is er nog veel te winnen, qua efficiency en qua effectiviteit. De nadruk zal meer komen te liggen op 'evidence based' en health management. Data zullen daarbij een grotere rol krijgen. Verder verwacht ik dat specialisten meer zullen gaan samenwerken. De aandoening of het zorgpad van de patiënt zal centraler komen te staan! De wijze waarop je dat achter de schermen organiseert staat daar los van. Nu is het nog bijzonder specialisme of afdeling gericht. Het werken met 'best practices' zal breed worden ingevoerd, niet voor één behandeling, maar voor het hele zorgproces, dus van verwijzing van de huisarts tot nazorg na ontslag uit het ziekenhuis.

"Ik verwacht dat specialisten anders zullen gaan samenwerken."

Tot slot

In de toekomst zal er een spanningsveld ontstaan tussen zorg die wel in het pakket zit en de zorg erbuiten waarvoor men een aanvullende verzekering kan afsluiten. Als er meer onderscheid komt in kwaliteit van aanvullende zorg zal men zich wellicht voor aanvullende zorg op verschillende kwaliteitsniveaus gaan verzekeren.

Ontwikkelingen gaan voort, er wordt steeds meer mogelijk, ook steeds meer behandel-mogelijkheden, maar daarbij, alles wordt ook steeds duurder. Daarop zijn de premies niet gebaseerd. Er zal ongetwijfeld een maatschappelijke discussie komen over wat besteed 'mag' worden aan gezondheidszorg."





De toekomst van de medisch specialistische zorg

volgens Linda Riemens, officemanager
Stichting Patiëntenbelangen Orthopedie (SPO)

Patiëntentevredenheid op lange termijn

Een goede ontwikkeling is dat de tevredenheid van patiënten steeds meer wordt gemeten, denk maar aan de CQ-index. Er is echter nog te weinig aandacht voor het gehele zorgtraject van de patiënten. Een ziekenhuisopname is immers maar een klein onderdeel van de patiëntenzorg. Men zou meer naar de langere termijn moeten kijken, vooral als het om kunstgewrichten gaat. Wat ik vanuit de SPO ervaar is dat het besef hiervoor, met name bij relatief jonge patiënten, nog niet echt aanwezig is. Alles is nu nog te veel gericht op de korte termijn.

Informatie op internet lang niet voor iedereen toegankelijk

De meeste patiënten zien de dokter nog steeds als iemand die alles weet. We zien hier wel verandering in komen, onder meer door de vele informatie op internet. Die overdos is aan informatie verschaft ons overigens ook een zeker bestaansrecht. Er is zoveel te lezen dat veel patiënten dit niet echt op waarde kunnen schatten. Het verbeteren van die informatiestroom en het meer toegankelijk maken ervan wordt nu een belangrijke taak van de SPO in de toekomst.

Een van onze doelstellingen als SPO is het geven van keuze ondersteunende informatie 'op maat' aan patiënten met orthopedische klachten. Dit gebeurt via onze informatiedesk. Daarbij gaat het om de individuele keuze van patiënten voor een specialist in een specifieke situatie. Door de komst van internet is het accent verschoven naar de grootste patiëntengroepen. Zo steekt de overheid veel energie in 80 tot 90% van de patiënten. De SPO krijgt echter te maken met grote groepen ouderen, dit zijn mensen die lang niet allemaal internet gebruiken. Een groot deel van de beschikbare informatie gaat dan ook aan hen voorbij. Voor deze ontwikkeling is te weinig oog, vinden wij.

Waar zijn de criteria voor kundigheid?

De meest gestelde vraag aan de informatiedesk is: waar vind ik de beste specialist voor mijn probleem? Hét antwoord: die bestaat niet. Er zijn nog steeds geen criteria beschikbaar om te kunnen bepalen wie de beste dokter is. Ook kun je hierbij niet alleen afgaan op het oordeel van patiënten over een orthopeed. Waar de ene patiënt razend enthousiast is over een bepaalde orthopeed, krijgen we van een ander over diezelfde orthopeed binnen een week klachten. Waar hangt het eigenlijk vanaf of patiënten tevreden zijn?

Zo hebben we patiënten de volgende vraag voorgelegd: als je een keuze zou moeten maken tussen een orthopeed die technisch goed is of een orthopeed die aardig is, wie zou je dan kiezen? Het blijkt dat iedereen kiest voor de orthopeed die technisch goed is, zonder dat daarvoor criteria voorhanden zijn. Terwijl de meeste klachten gaan over bejegening en communicatie.

Witte lijsten geven patiënt houvast

Orthopedie is een breed vakgebied, waarin steeds meer orthopeden zich toeleggen op bepaalde aandachtsgebieden, subspecialisaties of op specifieke ingrepen. Wat de SPO doet is jaarlijks inventariseren bij orthopeden waar hun aandachtsgebieden liggen inclusief subspecialisaties en specifieke ingrepen. Aan de hand van die gegevens maken wij zo (regio)lijsten van bepaalde extra expertise waar de patiënt weer zijn voordeel mee kan doen. De SPO werkt eigenlijk alleen met witte lijsten. Komen er echter een aantal klachten binnen over een bepaalde orthopeed, dan zal via het bestuur hiervan melding worden gemaakt bij de betreffende maatschap.

"De meeste patiënten zien de dokter nog steeds als iemand die alles weet."

Tot slot

Ik vind de ontwikkeling van indicatoren en informatie op internet een zeer goede ontwikkeling. Dat is op dit moment denk ik, ook het meest haalbare. Nu er ook meer informatie beschikbaar komt zullen steeds meer patiënten zelf gaan nadenken.

Je kunt het zien als een ontwikkelingstraject. Alleen is er nog niet genoeg transparantie in voor de orthopediepatiënt belangrijke indicatoren om een goede keuze te kunnen maken. Concreet kan een patiënt er nog niet zoveel mee. "



De toekomst van gezond Nederland

Het is 2015. De huisarts houdt spreekuur via breedband. De bejaarde roept via een camera de hulp van de wijkzuster in. Een robot herinnert een patiënt aan de tijden waarop hij zijn medicijnen moet innemen. Een geautomatiseerde huisvriend neemt taken van de thuiszorg over. In Japan experimenteert men al met de geautomatiseerde thuiszorg, de door Mitsubishi ontwikkelde robot 'wakamaru'. Volgens de makers kan de wakamaru sociale taken van de thuiszorg overnemen. Wordt dit ook ons voorland.



In Nederland zal het voorlopig zo'n vaart nog niet lopen, maar volgens Adriaan Meij, ICT-specialist bij AME Research in Meppel, ontkomt het zorgstelsel van de toekomst niet aan een zekere vorm van technologie. Meij benadrukt dat 'de zorg in levende lijve' niet vervangen mag worden. Maar ouderen zouden een stuk onafhankelijker worden als ze bijvoorbeeld gebruik maakten van camera's in huis die in verbinding staan met de thuiszorgcentrale. "De patiënt praat tot de camera in geval van een hulpvraag, waarop een soort wegwacht langskomt. Door automatisering van veel tijdrovende processen, blijft er bovendien meer tijd over voor persoonlijke aandacht." Volgens Meij zullen de patiënt en de aanbieder van zorg in de toekomst veel meer gebruik gaan maken van technologie.

Zorg wordt onpersoonlijker

Breedband en mobiele communicatie zijn middelen die ingezet zullen worden. "De huisarts kan via breedband en via camera's met de patiënt praten die thuis ziek in bed ligt. De arts kan bepalen welke patiënten hij aan de hand van technologie kan 'behandelen', en welke patiënten hij moet bezoeken." Zorg wordt onpersoonlijker, steeds meer zaken zullen in de zorg via het internet afgehandeld worden. Een groot tekort aan huisartsen ligt hier aan ten grondslag. Ook de solopraktijken zullen meer gaan verdwijnen omdat huisartsen worden gedwongen om meer te gaan samenwerken. De patiënt ziet hierdoor meer en meer verschillende artsen. Het ouderwetse beeld van de huisarts als vriend van de familie houdt geen stand meer. Wegens het tekort aan huisartsen zullen steeds meer taken uitbesteed worden. Huisartsen zullen bijvoorbeeld bij diabetespatiënten de diabetesverpleegkundige gaan instrueren. In plaats van elke maand, zullen huisartsen dan slechts om de drie maanden daadwerkelijk contact hebben met de patiënt.

ICT in handen van de patiënt

De kans is klein dat mechanische alternatieven, zoals robots voor thuishulp, in 2015 een oplossing zullen bieden voor de toenemende zorgvraag en het gelijktijdige stagnerende zorgaanbod. Maar als patiënten in de toekomst een grotere rol zouden moeten of mogen spelen, dan kan dat alleen als de patiënt de zorgmarkt gaat sturen. Niet de zorgaanbieder, maar de zorgafnemer zal de ICT in de toekomst in handen moeten krijgen. In de toekomst is er een digitaal dossier dat door de patiënt beheerd wordt. De zorgaanbieders zullen zich dan naar de wensen van de patiënt moeten richten. Als een huisarts in eigen gemeente bijvoorbeeld geen thuisbevalling wil doen, dan heeft de toekomstige patiënt via internet zo een ander gevonden die dat wel doet. (Neos/Planet Internet)

Kort bericht - Kort bericht - Kort bericht - Kort bericht - Kort bericht - Kort bericht - Kort bericht

Meer commerciële ziekenhuizen

Als het aan Eureko ligt, het moederbedrijf van zorgverzekeraars Achmea en Zilveren Kruis, zal het Slotervaart op termijn niet het enige commerciële ziekenhuis van Nederland meer zijn. Zorgdirecteur Willem van Duin heeft immers aangekondigd dat Eureko ziekenhuizen wil overnemen. Het hoopt op die manier meer grip op de stijgende kosten van de gezondheidszorg te kunnen krijgen. Eureko heeft al eigen ziekenhuizen in Griekenland en Roemenië, bestemd voor de mensen die bij deze verzekeraar ook hun zorgpolis hebben afgesloten.

Het Slotervaart zal als eerste ziekenhuis in Nederland de integratieve medicatie ziekenhuisbreed gaan invoeren, hetgeen een manier is om de zelfredzaamheid van de patiënt te vergroten. De arts fungeert meer als coach en geeft de patiënt de ruimte en de middelen om op te treden als mederegisseur van zijn ziekte. Bovendien is er aandacht voor de hele mens, inclusief diens culturele en spirituele achtergrond. De bedoeling is om pijn, angst en stress bij patiënten te verminderen.

Als het Slotervaart erin slaagt om dit principe bij alle medisch specialisten te laten postvatten, kan het goud in handen hebben. Von Rosenstiel stapte drie jaar geleden over van het AMC naar het Slotervaart met de bedoeling om daar integratieve medicatie ziekenhuisbreed vorm te geven. Alle behandelaars hebben immers patiënten bij wie angst en stress een rol spelen gedurende de behandeling. Integratieve medicatie stelt de patiënt centraal! (Arts en Auto april 2007)

COLOFON

Redactie: Dr. Yvonne van Kemenade, Hilbrand Bodewes, Mr. Annette van der Hoek

Vormgeving en Illustraties: Rob Verhoeven Concept & Illustratie

Lithografie & druk: Samplonius & Samplonius

Oplage: 1050 stuks