



TOEKOMSTWIJZER MANAGEMENT, ORGANISATIE & MEDEWERKERS

Redactie mr. drs. J.J. Brouwer

Professor dr. Roland Bal, hoogleraar Bestuur en Bestuur van de Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam

Drs. Gerco Blok, lid raad van bestuur Emergis

Professor dr. Diana Delnoij, Bijzonder hoogleraar 'Sturing op kwaliteit en doelmatigheid van de zorg', Erasmus Universiteit Rotterdam

Professor dr. Marcel Dijkgraaf, Hoogleraar Health Technology Assessment, Universiteit van Amsterdam

Professor dr. Jaap van den Heuvel, bestuursvoorzitter van het Rode Kruis Ziekenhuis, professor in Health Care Management, Universiteit van Amsterdam

Professor dr. Mark van Houdenhoven, bestuursvoorzitter Maartenskliniek, hoogleraar Economische bedrijfsvoering in de gezondheidszorg, Radboud Universiteit Nijmegen

Professor dr. Frits van Merode, lid raad van bestuur UMC+, hoogleraar logistiek en operations management in de zorg, Universiteit van Maastricht

Professor dr. Hans Strikwerda, hoogleraar aan de Faculteit der Economische Wetenschappen en Econometrie van de Universiteit van Amsterdam

Professor dr. Taco van der Vaart, hoogleraar Supply Chain Management, Rijksuniversiteit Groningen



1. INLEIDING

Voor u ligt de Toekomstwijzer Management, organisatie & medewerkers. Deze toekomstwijzer is tot stand gekomen op basis van gesprekken met een aantal deskundigen in samenspraak met de betreffende denktank. Het is een van de zes Toekomstwijzers die het platform Koplopers in de Zorg in 2019 wil publiceren. De andere Toekomstwijzers zijn de Toekomstwijzer GGZ, de Toekomstwijzer Kwetsbare groepen, de Toekomstwijzer Jeugd, de Toekomstwijzer Ouderen en de Toekomstwijzer Ziekenhuiszorg. Alle Toekomstwijzers worden besproken op invitationale conferenties van de respectievelijke denktanks. Op deze invitationale conferenties worden de Toekomstwijzers vertaald naar de praktijk van organisaties, professionals en gemeentes. De thema's die daar uit naar voren komen, worden onderdeel van de Agenda voor de toekomst, de meerjarige roadmap van het platform Koplopers in de Zorg.

BEWEGING 2025/AGENDA VOOR DE TOEKOMST

KOPLOPERS IN DE ZORG

Koplopers in de Zorg heeft op verzoek van een aantal organisaties begin 2019 twee projecten geïnitieerd, te weten Beweging 2025 en Agenda voor de toekomst.

Beweging 2025

De Beweging 2025 is een vereniging i.o. met als doel de zorg een volgende stap in haar ontwikkeling te laten zetten. Uitgangspunten van Beweging 2025 zijn:

- meer vertrouwen in mensen en organisaties en daardoor minder bureaucratie
- minder administratieve lasten en daardoor meer vrijheid voor mensen in de zorg
- politieke beslissingen die getoetst zijn op zinvolheid en ervaringsfeiten
- gebruiken van wetenschappelijke inzichten om besluiten te onderbouwen
- ontwikkelen en uitdragen van een inspirerend en uitdagend beeld van de zorg in de toekomst
- de juiste zorg op de juiste plaats.

De vereniging zorgt er voor dat de uitgangspunten levend blijven en inspireert mensen en organisaties om het anders te gaan doen. Om haar doelen te bereiken wil de vereniging de denk- en doekrachten van de wetenschappers, professionals, organisaties en cliënten rondom een aantal strategische thema's bundelen.

In de *Agenda voor de toekomst* worden deze thema's projectmatig verder uitgewerkt en naar de praktijk vertaald (van denken naar doen) met als doel dat het niet bij woorden blijft maar er ook daadwerkelijk verandering in de praktijk plaatsvindt. De thema's worden ook vertaald naar randvoorwaarden te stellen aan de centrale overheid, zorgverzekeraars et cetera.

Agenda voor de toekomst

Beweging 2025 heeft ook een eigen agenda om van denken naar doen te komen, de *Agenda voor de toekomst*. De Agenda wordt gevoed door de thema's uit de Toekomstwijzers en hun vertaling naar zorgorganisaties, thema's die door zorgbestuurders worden benoemd en thema's die cliënten aandragen. In deze Agenda analyseren wij met onze partners deze thema's en gaan na hoe we het beste op deze thema's kunnen inspelen met inachtneming van de uitgangspunten van Beweging 2025. Er wordt ook nagegaan wat in de omgeving moet veranderen willen overheid en zorgverzekeraars aan de uitgangspunten van Beweging 2025 voldoen.

Als u geïnteresseerd bent om lid te worden van Beweging 2025 of partner van de Agenda voor de toekomst, dan kunt u contact opnemen met het secretariaat: secretariaat@koplopersindezorg.nl

In de volgende hoofdstukken gaan we allereerst in hoofdstuk 1 in op het begrip complexiteit en hoe dat de zorg domineert. In hoofdstuk 2 gaan we in op toekomstige ontwikkelingen en hoe deze zich vertalen naar de wijze waarop de zorg is georganiseerd. We zullen stilstaan bij de volgende onderwerpen:

- strategie
- innovatie
- processen
- structuur
- leiderschap
- medewerkers
- technologie.

We sluiten af met een terugblik waarin de belangrijkste thema's nog een keer worden benoemd.



1. COMPLEXITEIT IN DE ZORG

Voordat we ingaan op de onderwerpen management, organisatie en medewerkers willen we stilstaan bij het begrip complexiteit en de complexiteit van de zorg in Nederland. Deze complexiteit bepaalt in grote mate hoe wij handelen, welke bewegingsvrijheden we daarbij hebben en de wijze waarop wij in de realiteit van elke dag zorg leveren. Complexiteit gaat ook niet weg en is ook niet weg te denken, en zal ook alleen maar toenemen, dus alle reden om ons te verdiepen in het fenomeen complexiteit.

Huidige context (Strikwerda)

Als we kijken naar de zorg in Nederland in de breedte, één van de betere in de wereld, dan zijn de sterke kanten van onze zorgorganisaties onze goed opgeleide artsen en verpleegkundigen met een hoog verantwoordelijkheidsgevoel. Een zwakke kant zijn de bestuurders, die - zoals een faillissementsadvocaat in de zorgsector opmerkte - vaak onvoldoende kennis van bestuursinstrumenten hebben of daar niet mee weten om te gaan. Een ander zwak punt is ook en vooral de financiële functie binnen zorgorganisaties. Deze is te conventioneel, vaak nog teveel gericht op financial control en zwak in de management control en daardoor onvoldoende in staat complexiteit te absorberen zoals dat in de moderne (ziekenhuis)organisatie nodig is. Het gevolg is dat die complexiteit dan bij de patiënt en zorgverleners terecht komt.

Een andere ontwikkeling is de toename in zorgvraag, vooral door de vergrijzing: hierdoor is er sprake van een toename van patiënten, met name ook van patiënten met een complexe zorgvraag. Dat vereist, afhankelijk van de specifieke aandoening, samenwerking tussen afdelingen en ook tussen instellingen. Deze samenwerking wordt nu nog teveel overgelaten aan de goede wil, vertrouwen en de blauwe ogen van betrokkenen. Die samenwerking moet dus gefaciliteerd worden, onder meer met behulp van goede informatie, die maar al te vaak ontbreekt. De praktijk leert dat zonder goede informatie veel medewerkers last van stress krijgen. Bestuurders hebben hier vaak weinig oog voor. Verder gaat het gemak van de facilitaire afdelingen en de bestuurder vaak boven die van de patiënt: toen de voorzitter van een raad van bestuur kreeg uitgelegd wat er voor nodig is een multidisciplinair zorgpad goed te organiseren, concludeerde hij dat het weliswaar voor de patiënt simpel zou worden, maar 'het voor mij en mijn financiële afdeling complexer wordt'. Om die reden zag hij daar van af.



Complexiteit

Binnen de door deze bestuurder geconstateerde complexiteit zijn verschillende typen complexiteit te onderscheiden, die elk een specifieke bestuurlijke en organisatorische aanpak vragen om daar constructief mee om te gaan. Het gaat hierbij van klein naar groot om:

- Complexiteit van (de zorgvraag van) de patiënt
- Complexiteit in de diagnose
- Complexiteit in de behandeling
- Complexiteit van de organisatie
- Complexiteit van de samenwerking over instellingen heen
- Complexiteit van informatie tussen professionals onderling en tussen hen en het administratieve systeem
- Financiële complexiteit
- Complexiteit van wet en regelgeving.

De aanpak, die men kiest om om te kunnen gaan met complexiteit, kan liggen in andere organisatievormen, bredere opleiding, ondersteunende processen, parameters waarop gestuurd wordt, informatie. In het algemeen geldt dat bredere kennis en meer data de in de medische wereld noodzakelijke (niet-reduceerbare of Kolmogorov-) complexiteit beter hanteerbaar maakt. Juist ook in de medisch wereld speelt *big data*, dus big data kunnen aanknopingspunten bieden om de complexiteit het hoofd te bieden. Een data-element ontbeert context en heeft op zich geen betekenis, data krijgt pas betekenis in de context van een wetenschappelijk of professioneel model. Dat maakt dan het perspectief van waaruit big data en daarmee AI, algoritmes en dergelijke worden ingezet bepalend is. Is dat vanuit de bestaande ideeën over de zorg en de organisatie van zorg? En daarmee vooral voor efficiency verbetering? Of gebruiken we de nieuwe technologische mogelijkheden om het idee van zorg en zorgverlening te herdefiniëren en zo op een ander niveau nieuwe inhoud en vorm te geven? De potentie van personal devices, big data, algoritmen en dergelijke, wordt bepaald door deze nieuwe ideeën over inhoud en vorm, want anders mechaniseer je alleen maar de bestaande praktijk. Dit vraagt om leer- en ontwikkelprogramma's die ervoor zorgen dat meer medewerkers met een hogere complexiteit kunnen omgaan, met als doel het voor de



patiënt eenvoudiger te maken. Het vereist ook een betere kennis en ervaring op financieel terrein om deze complexiteit te managen en besturen.

Complexiteit en de effecten van marktwerking

Er zijn in het verleden wel mogelijkheden geweest om de groei in complexiteit van ons huidige systeem te beteugelen. Als we terugkijken zien we dat in 2005 de contouren van een integrale aanpak op velerlei terreinen zichtbaar waren. De gereguleerde marktwerking heeft dit proces grondig verstoord, waarbij de zorgverzekeraars een kwalijke rol hebben gespeeld. De resulterende complexiteit van de zorg wordt veroorzaakt – naast het toenemend gebrek aan medewerkers – door de schotten binnen organisaties en de tussen organisaties. Hierbij overheerst de mentaliteit – mede door de eerder genoemde marktwerking - van ieder voor zich, gemeenschappelijke doelen ontbreken grotendeels want daar heeft men geen belang bij. De organisaties die hier grip op zouden moeten kunnen krijgen en voor verandering zouden kunnen zorgen, de zorgverzekeraars, ontberen elke vorm van visie waardoor belangrijke onderwerpen aan de krachten van het veld worden overgelaten.

Op deze gereguleerde markt richt een ieder zich er op het behouden van de eigen business. In de ziekenhuizen bijvoorbeeld is dit de kolom van het medisch specialistisch bedrijf dat zich – vanuit hun optiek terecht – verzet tegen elke verandering, die hun positie en de omzet zou kunnen bedreigen. Maar zo zijn er niet alleen binnen ziekenhuizen, maar ook daarbuiten binnen en tussen zorgorganisaties kolommen te onderscheiden, die zich verzetten tegen elke verandering die hun positie zou kunnen verzwakken. Deze ontwikkeling staat haaks op de steeds populairder wordende zorgpaden, die dwars door alle kolommen en organisaties heengaan en daardoor de nodige weerstand oproepen. Tussen deze twee divergente ontwikkelingen is de patiënt te vinden, die zijn weg moet zoeken in dit complexe zorgsysteem. Waarbij het adagium is hoe complexer het systeem, des te meer regels. Waarbij opvalt dat men zich binnen de zorg ook houdt aan regels nadat deze al lang zijn afgeschaft: zo ontstaan er parallelle werkelijkheden die een nieuwe dimensie geven aan het begrip complexiteit.

Toenemende complexiteit



Deze complexiteit zal in de toekomst niet minder worden: de genoemde netwerkvorming en samenwerking op basis van o.a. zorgpaden zullen een rol blijven spelen en zich steeds meer op verschillende geografische niveaus gaan afspelen: wijk, gemeente, regio, provincie, nationaal en internationaal. Een en ander maakt dat de bestaande meerlagigheid van het systeem nog complexer wordt, doordat er nu niet alleen tussen organisaties maar ook tussen verschillende op zich al complexe systemen (zorg, welzijn, gemeente) relaties gaan ontstaan en zaken moeten worden geregeld. Samenwerking tussen zorgorganisaties wordt ook gestimuleerd door de krapte op de arbeidsmarkt, die maakt dat ieder voor zich voor de uitdaging staat de productie (en soms zelfs de organisatie) overeind te houden. Dit geldt zowel voor het platteland, als voor de steden waar bijvoorbeeld de SEH en de OK's onder druk staat. Krapte op de arbeidsmarkt dwingt organisaties tot samenwerking en dat leidt tot toename van de complexiteit. Als laatste zorgt de overheid door het krampachtig in stand houden van de mythe van de markt telkens voor nieuwe regels, die bijdragen aan de complexiteit.

Onderzoeken van de complexiteit

Met het bovenstaande in het achterhoofd is het de uitdaging om er achter te komen hoe de zorg kan worden aangestuurd, welke onderliggende mechanismen daarbij een rol spelen en hoe te verklaren is dat onder bepaalde omstandigheden de ene maatregel of instrument wel en de ander niet werkt. De zorg is opgebouwd uit meerdere systemen zoals we hebben gezien (een professioneel systeem, een zorgsysteem, een financieel systeem et cetera, ieder met zijn eigen dynamiek) en is meerlagig: het kent een macro-, meso- en microniveau, waarin iedereen met andere typen instrumenten stuurt, zoals procedures, financiën, indicatoren, DBC's, ZZP'en. Deze beïnvloeden ieder voor zich de zorgrelaties. Dit geheel maakt het allemaal erg complex en het is van tevoren moeilijk voorspelbaar welk instrument of maatregel onder welke omstandigheden welk effect heeft. Oftewel, déze wijze van benaderen biedt weinig kans op succes. Hoe dan wel?

Hoe om te gaan met deze complexiteit?

De praktijk biedt gelukkig handvatten. Er zijn namelijk zeer veel manieren waarop men in de praktijk om kan gaan met deze complexiteit en waarop men in het verlengde daarvan de zorg kan organiseren. En daarvoor hoeft men op zich helemaal geen ingewikkelde zaken te ontwikkelen, maar



nuchter na te denken. Een goed voorbeeld is de oudere die 's avonds of in het weekend noodgedwongen in het ziekenhuis wordt opgenomen. Deze zorg is niet zinnig, te duur en niet nodig. De oplossing is de oudere thuis door een eerstelijnsvoorziening op te laten vangen. Hiermee reduceer je in feite de complexiteit, die wordt veroorzaakt door het opnemen van de oudere in het ziekenhuis met zijn andere zorg-, organisatie- en financieringssysteem, logistieke bewegingen, informatieoverdracht et cetera. En zo zijn er veel meer van dit soort voorbeelden te vinden, die leiden tot voorkomen of vereenvoudiging van de complexiteit.

Een andere wijze om meer vat op de complexiteit te krijgen is het versimpelen van de zorg. Dit moet niet gebeuren door middel van een groots plan maar door een stap-voor-stap benaderingen. Hierbij dient de vraag 'waar doen we het voor' als uitgangspunt en dient consequent doorredenerend vervolgens stapje voor stapje veranderingen te worden doorgevoerd. Hierbij kan de volgende gefaseerde aanpak worden gebruikt:

- Wat is voor de klant van belang?
- Waar wat wil je voor de klant bereiken?
- Welke simpele interventies kunnen dit bewerkstelligen?
- Welke mensen moeten we erbij betrekken om dit tot een succes te maken? Bij deze laatste vraag gaat om mensen die direct bij de zorgverlening zijn betrokken en niet beleidsmakers et cetera, de mensen dicht bij de patiënt weten immers wat wel en niet werkt.
- Welke stappen moeten we zetten, waarbij een stap voor stap aanpak de meeste kans op succes biedt.

Een derde vorm van het omgaan met complexiteit is minder met vastomlijnde ideeën of vormen te werken, maar meer zaken uit te proberen en te kijken hoe ver je komt. Omdat 'we' niet weten wat de meest effectieve vormen van zorg zijn, zeker waar het gaat om geïntegreerde zorg die ook steeds meer samenhangt met andere domeinen als welzijn, wonen, etc. Dit kan betrekking hebben op organiseervormen, samenwerkingsvormen maar ook arbeidsvormen. Al werkende weg 'knutselt' men wat in elkaar – incrementele innovatie – en spiegelt voortdurend: men verbetert kortcyclisch door te monitoren en naar bevind van zaken een en ander aan te passen. Met een duur woord heet dit ook wel 'experimentele sturing', waarbij het erop aankomt variatie toe te laten, maar wel te monitoren en te bespreken zodat geleerd kan worden van ervaringen.



Om de zorg minder complex te maken is het daarnaast van belang dat het hele systeem wordt gedepolitiseerd omdat dit bijdraagt aan de complexiteit: de politiek heeft sterk de neiging net die korte termijnbeslissingen te nemen, die op de langere termijn tot grote problemen leiden. Zo leidt het adagium 'de juiste zorg op de juiste plaats' vaak helemaal niet tot het beoogde doel, namelijk goedkope zorg. Bij ouderen bijvoorbeeld leidt dit tot zorg in de thuissituatie, waarvan bekend is dat dat juist meer kost. De politiek is gewoonweg niet in staat om de onderwerpen te adresseren die er werkelijk toe doen, richt zich op ondergeschikte onderwerpen, die dan in de uitwerking een averechts effect hebben.

Technology assessment

Nog een andere wijze om vat te krijgen op complexiteit is technology assessment. Technology assessment heeft anders dan de term doet vermoeden betrekking op veranderingen in de zorg op een breed terrein, namelijk niet alleen technologie, maar ook hulpmiddelen, methodieken, besluitvorming et cetera. Technology assessment richt zich dus op een breed spectrum van onderwerpen. Hierbij wordt behalve naar de persoon als patiënt ook gekeken naar de persoon als verzekerde en premiebetaler: deze heeft belang bij betaalbare en duurzame zorg. Deze zorg en de kosten daarvan moeten ook op langere termijn kunnen rekenen op de solidariteit van verzekerden, alle reden om kritisch naar technologie te kijken.

De laatste jaren wordt ook door VWS op deze wijze naar zorg gekeken: het moet zinnige zorg zijn, die voldoende zuinig is. De neuzen staan dezelfde kant op met als doel de zorg doelmatiger te maken: tegenover kosten moet voldoende zorgwinst staan anders is een ingreep niet zinnig; daarnaast zijn kostenbesparingen in het kader van het vergroten van de doelmatigheid ook onderwerp van onderzoek. Er is met andere woorden een voortdurende afweging tussen doelmatigheid (kwaliteitswinst) en kosten. Dit doelmatigheidsdenken kent een lange historie en staat al twee decennia centraal in het onderzoek. Na de crisis in 2008 is daar het voorkomen van zinloze zorg bij gekomen. Het resultaat van al dit onderzoek is dat het steeds beter te voorspellen is wanneer welke interventie bij wie welk effect heeft, waardoor er meer weloverwogen keuzes gemaakt kunnen worden. Bijvoorbeeld: als in 1 van de 1.000 gevallen een bepaald onderzoek tot vervolgonderzoek en



eventueel behandeling leidt, is het de vraag of het zinvolle zorg is. Dit zijn afwegingen die steeds meer gemaakt worden en waar op het ogenblik zeer veel onderzoek aan wordt gewijd. Een ander voorbeeld van de breedte van het onderzoeksveld is dat naar het aanbrengen van een kippengaasje in de hersenen bij een infarct. Dit blijkt te leiden tot een beter herstel en daardoor tot grote besparingen in het vervolgtraject. En doet er dus toe. Er zijn zeer veel van dergelijke innovaties, waarbij men zich ook moet realiseren dat 'back office' de financiering moet worden aangepast wil de innovatie succesvol geïmplementeerd kunnen worden. Oftewel: het synchroniseren van complexe systemen. Alhoewel dat aanpassen over het algemeen snel gaat, draaien de ziekenhuizen in de tussentijd van soms anderhalf jaar op voor de kosten, terwijl downstream juist aantoonbaar besparingen te zien zijn, oftewel het probleem van de asynchroniteit. Los van het externe financieringsvraagstuk speelt binnen de ziekenhuizen hier de discussie nog bij over de verdeling van de kosten van een nieuwe interventie intern over de budgetten van de verschillende afdelingen, zij zijn immers op zich al een complex systeem. Dat maakt het er allemaal niet gemakkelijker op en een van de gevolgen is dat men dan geneigd is de innovatie te laten voor wat het is en zich te beperken tot de oude methodieken. Met andere woorden: je moet vooraf goed nadenken hoe de financiering intern en extern geregeld gaat worden als men een nieuwe wijze van werken of innovatie introduceert anders neemt de complexiteit verder toe. Los daarvan moeten de verschillende hulpmiddelen (devices) – van looprek tot stent - hetzelfde traject doorlopen als medicijnen: de 'time to market' kan dus net als de 'time to finance' aardig oplopen.

De cliënt en complexiteit

Binnen al deze complexiteit moet de cliënt zijn weg weten te vinden, en dat is niet makkelijk. Bij de introductie van de gereguleerde marktwerking een klein decennium geleden waren de verwachtingen over de kiezende consument hoog gestemd. Het is misschien niet geworden wat men er van had verwacht, maar toch oriënteert 17% van de patiënten zich op de arts of organisatie door wie men geholpen wil worden. Een reden voor dit relatief lage percentage kan zijn dan de uiteindelijke keuze de laatste stap is in een meeromvattend proces dat begint bij de diagnose, en wordt gevolgd door een beeld welke behandelmogelijkheden er zijn. Dan ligt het in theorie voor de hand dat men nagaat welke behandelaar als goed bekend staat er door wie men behandeld zou



willen worden. De realiteit laat echter zien dat men gedurende de eerdere fasen van het ziekteproces al een relatie heeft opgebouwd met een behandelaar en relaties tellen zwaar, dus ligt het wisselen van behandelaar verderop in het proces niet echt voor de hand, uitzonderingen daar gelaten. Daarnaast bestaan er vaak meerdere opties dan alleen behandelen, waaronder afzien van behandeling. Oftewel: wat op zich een logische reeks van ervaringen en keuzes lijkt, werkt in de praktijk anders uit. Dat maakt het lastig te voorspellen wat de toekomst ons gaat brengen, maar er zal hoe dan ook de komende jaren een groep patiënten blijven die willen nagaan waar de beste zorg te vinden is.

Aangezien complexiteit is 'here to stay' zullen we aan de ene kant moeten leren omgaan met de huidige complexiteit en aan de andere kant moeten voorkomen dat er nieuwe elementen aan het systeem worden toegevoegd die bijdragen aan de complexiteit. Maar misschien belangrijker is dat we met zijn allen constateren dat het systeem complex is en politieke quick fixes gewoonweg niet werken, maar bijdragen aan de complexiteit van het geheel. En dat systeemwijzigingen zoals de introductie van marktwerking, de WMO en de nieuwe Jeugdwet gevaarlijke experimenten zijn: niemand kon de oude systemen doorgronden, laat staan met zekerheid aangeven hoe de nieuwe systemen zouden gaan werken. En politiek – levend in een parallel universum – creëert haar eigen werkelijkheid, die tot stand is gekomen op basis van politieke onderhandelingen. Dat deze politieke werkelijkheid botst met andere wordt geïllustreerd door rechtelijke uitspraken vanuit een andere werkelijkheid over de klimaatdoelstellingen, stikstof en Pfas. Ook rondom de WMO zijn allerlei rechtelijke uitspraken te zien die in lijn liggen met het advies van de Raad van Rechtspraak: volledig genegeerd door de politiek, maar wel een leidraad voor rechters in geschillen tussen gemeenten en zorgaanbieders. Tussen deze parallele werelden in bevinden cliënt, professionals, manager en bestuurder zich.

Na deze schets van de wereld waarin we leven, gaan we in het volgende hoofdstuk in op de wijze waarop organisaties, bestuurders/managers en medewerkers hierop zouden moeten gaan inspelen.



2. BEELDEN VAN DE TOEKOMST

In dit hoofdstuk zullen we eerst een aantal ontwikkelingen op hoofdlijnen schetsen. Vervolgens gaan we in op het profiel van de zorgorganisatie van de toekomst aan de hand van de volgende onderwerpen:

- strategie
- innovatie
- processen
- structuur
- leiderschap
- medewerkers
- technologie.

We sluiten dit hoofdstuk af met een terugblik.

2.1 Toekomstige ontwikkelingen

Toekomstige context

In de toekomst kan de organisatie van de zorg niet langer gezien worden in termen van opzichzelfstaande organisaties. In de toekomst zal de zorg *thuis* of *on the move* (remote diagnoses/monitoring) worden geleverd; er zullen meerdere zorginstellingen bij betrokken zijn, een en ander afhankelijk van de complexiteit van de vraag van de patiënt en de fase van zijn care life cycle. De zorg zal per cliënt modulair worden samengesteld en geleverd vanuit verschillende aanbieders. Centraal in de organisatie van de zorg komt het digitale patiënten dossier te staan - daar komt alles bij elkaar - en niet langer de instelling, deze is volgend. Het patiëntendossier zal dus per patiënt georganiseerd moeten zijn, niet per instelling. Dit vraagt om een nationale infrastructuur en aanpassingen in wetgeving.

Meer specifiek is in de nabije toekomst een groot aantal inhoudelijke ontwikkelingen met grote effecten te onderscheiden:



- er zullen allereerst steeds meer complexe patiënten zijn, wat te maken heeft met het ouder worden van de populatie
- technologie zal de zorg makkelijker maken en er zal meer zorg buiten het ziekenhuis mogelijk zijn. Kanttekening is dat de zorgmedewerkers binnen het ziekenhuis deze veranderingen wel aan moeten kunnen
- er zal als onderdeel van de ketenzorg steeds meer focus op specialistische zorg binnen het ziekenhuis komen
- ziekenhuizen zullen op diverse manieren de vinger aan de pols houden bij lichtere patiëntenpopulaties buiten het ziekenhuis
- ziekenhuizen zullen mede-eigenaar van satellieten blijven om op termijn over voldoende opleidingskader te beschikken.

Een andere instrument om de zorg zoveel mogelijk uit het ziekenhuis te krijgen is *preventie*. Er wordt, zeker in verhouding tot de andere kosten van de zorg, in Nederland erg veel te weinig in preventie geïnvesteerd. Daarbij moet het anders: waar landelijke campagnes nu het beeld bepalen, dient de invalshoek de menselijke maat te zijn, waarbij men er achter moet zien te komen waarom mensen bijvoorbeeld roken, drinken of teveel eten om daar effectief preventief actie op te kunnen ondernemen.

2.2 Strategie

De bovengenoemde ontwikkelingen leiden tot een groter aantal interdependenties en door deze toegenomen interdependenties kunnen zorginstellingen niet langer zelfstandig strategisch positioneren, hooguit hun positie in het netwerk van zorg rondom de patiënt bepalen. In dat netwerk zal de patiënt centraal staan en bepalen de kwaliteit en efficiëntie van het portfolio van de organisatie in relatie tot die van anderen, de positie. Daarbij geldt dat, anders dan sommigen beweren, er geen marktwerking in de zorg is: prijzen mogen immers niet gepubliceerd worden en openbare prijzen zijn nu eenmaal een *conditio sine qua non* voor marktwerking. Maar de patiënt heeft wel recht op informatie om waar dat mogelijk is, keuzes te maken. Dat betekent dat kwaliteitsgegevens per instelling, per behandelaar gepubliceerd moeten worden.



2.3 Innovatie

Het is goed om in dit kader ook stil te staan bij *innovatie*. En om met de deur in huis te vallen: eigenlijk is er weinig nieuws onder de zon: innovaties komen veelal uit andere sectoren en het gaat dus veelal om het toepassen van bestaande methodes in de eigen organisatie. Daarbij komt dat implementeren niet de sterkste kant van de zorg is en blijven projecten vaak half afgemaakt door drukte, wijzigingen in personeel, verleggen prioriteiten et cetera.

Daarbij moeten we ons realiseren dat innovaties ook vaak niet echt uit de zorg zelf komen, maar van buiten en erg aanbod gericht zijn: *product push*. Het zijn bedrijven die voortdurend nieuwe zaken ontwikkelen, waarbij het niet altijd even duidelijk is welke meerwaarde de soms kleine wijzigingen in het bestaande product hebben. Idealiter zou de professional als gebruiker kritischer naar het bestaande productaanbod moeten kijken, meer moeten reflecteren op de kwaliteit en andere toepassingsmogelijkheden van de bestaande producten, om dan eventueel naar de producent stappen met de vraag voor een aanpassing of een nieuw product. Op deze wijze krijg je meer vraagsturing op het terrein van technologie, *market pull*.

Punt van aandacht daarnaast is dat innovaties in de zorg projectmatig worden aangepakt en op een gegeven moment 'klaar' zijn: hierdoor vindt er geen structurele substitutie plaats – het 'oude' systeem blijft ook bestaan – en wordt er niet gekeken naar de voordelen die de nieuwe technologie zou moeten brengen. Terwijl bij bedrijven altijd scherp kijken naar de opbrengsten van de investering/innovatie, ontbreekt dit besef in de zorg volledig.

2.4 PROCESSEN

Processen zullen het leidend principe worden waaromheen organisaties zich positioneren. Binnen de aldus ontstane netwerken zal de zorg zich kenmerken door een concentratie van specialistische zorg op bepaalde plaatsen, maar ook een herverdeling en uitruil van activiteiten onderling tussen zorgorganisaties. Deze verplaatsingen worden overigens nu vaak door bestuurders op mechanistisch rationale wijze uitgevoerd zonder oog voor de effecten daarvan op medewerkers, patiënten,



werkcultuur, samenwerkingspartners, interne cohesie et cetera. Bestuurders en andere betrokkenen zien vaak deze dimensies niet, net zo min als de eerder genoemde meerlagigheid en complexiteit van het systeem en de effecten daarvan. Het gevolg is dat de huidige wijze van netwerkvorming vaak niet het beoogde effect heeft en het uiteindelijk alle partijen erg veel energie kost om de samenwerking overeind te houden. Als dat al lukt.

Het past in het beeld van voortdurend verschuivende panelen, waarbij bijvoorbeeld ketens geheel andere eisen stellen aan de betrokken organisaties, niet alleen op het terrein van de inrichting van de samenwerking en de achterliggende organisaties, maar ook bijvoorbeeld op het terrein van financiering (welk deel wordt door welke wet en door wie gedekt?). Het leidt ook tot andere onderlinge verhoudingen en verlies van autonomie, en stelt ook geheel andere eisen aan toezicht houden (door wie wanneer waarop?). Deze toenemende complexiteit vereist volstrekt andere competenties van degenen die bij deze processen betrokken zijn. Omdat zij er zelf midden in zitten, hebben de deelnemers ook behoefte aan duiding door mensen buiten het systeem om alles weer in context te kunnen zien. Deze veranderingen stellen geheel andere eisen aan leiders, zie hoofdstuk Leidinggeven.

Primair proces/zorgproces

In de aldus ontstane netwerken zal het primaire proces/zorgproces - zeker voor complexere patiëntaandoeningen - het zorgpad centraal komen te staan, met name ook als *accountable entity* (wat kost het en wat levert het op?). Het zorgpad is ook de primaire planningsdimensie binnen en tussen de zorginstellingen in het netwerk. In deze context transformeert de klassieke organisatiestructuur tot een infrastructuur ten behoeve van de zorgverleningsprocessen, die voortvloeien uit de zorgpaden. Dit betekent ook dat de zorgpaden de basis moeten worden voor vergoedingen, de eerder genoemde *accountable entity*. Sowieso zal het vergoedingensysteem op nationaal niveau anders opgezet moeten worden, want de sector lijdt aan de ziekte van Baumol: de zorg wordt steeds duurder omdat – in tegenstelling tot de industrie – productiviteitsstijging niet altijd mogelijk is, bijvoorbeeld waar een behandeling te maken heeft met tijdsduur. Daar zal wat aan



moeten gebeuren, bijvoorbeeld door processen beter te analyseren en keten aan te sturen (supply chain management).

Productiviteit

In het verlengde van het denken in processen zou de Nederlandse zorg een stuk efficiënter en dus productiever kunnen zijn als men meer aandacht zou hebben voor procesverbetering met als doel te komen tot vereenvoudiging van de werkzaamheden. Hierdoor ontstaan, zeker in ziekenhuizen, de mogelijkheid om lager opgeleid personeel in te zetten. Deze werkwijze is heel normaal in het buitenland en maakt dat daar – in ieder geval de ziekenhuizen – vaak veel productiever zijn dan de ziekenhuizen in Nederland. In de Toekomstwijzer Ziekenhuiszorg wordt hier verder op ingegaan.

Supplychain management

Een ander belangrijk en weinig gekend onderwerp binnen de zorg is supply chain management: het zo effectief & efficiënt mogelijk besturen van de cliëntstroom in en tussen zorgorganisaties. Toegegeven, er zijn soms zorgpaden en er is ketensamenwerking maar dat is bepaald geen supply chain management. De prikkels om de verschillende onderdelen van het zorgproces op elkaar af te stemmen ontbreken grotendeels, met name ook door het ontbreken van heldere doelstellingen over doorlooptijden. Het ontbreken van supply chain en performance management leidt in de zorg tot wachten dat vindt in het geval van de ziekenhuizen vooral thuis plaats. Daar merken degenen die daar verantwoordelijk voor zouden moeten zijn, niets van en maakt dat het niet als probleem wordt ervaren: de wachtenden zijn niet in de zorgorganisatie te vinden maar thuis, én er is in vraag genoeg, dus niemand merkt het op, dan wel vindt het relevant. Dat dit niet hoog op de agenda staat en performance indicatoren ontbreken komt ook doordat men kwaliteit – zeker in de cure, in de care ligt dat genuanceerder - nog steeds definieert als kwalitatief goede zorg. Als men beter naar de patiënt zou luisteren spelen er heel andere factoren een rol bij de klantbeleving, namelijk factoren als bejegening, informatievoorziening, maar ook wachttijden en doorlooptijden. In de Toekomstwijzer Ziekenhuiszorg wordt hier verder op ingegaan.



Keerzijde ketens

Er is overigens wel een keerzijde aan ketens en ketensamenwerking en de juiste zorg op de juiste plaats als je het bekijkt vanuit de keuzevrijheid van de cliënt. Binnen ketens maken zorgorganisaties in het kader van de juiste zorg op de juiste plaats afspraken wie wanneer welke zorg levert, op deze wijze de keuzemogelijkheden van de patiënt inperkend. Dat staat haaks op de gedachten achter gereguleerde marktwerking. Idealiter kunnen patiënten hun stem laten horen, dan wel, indien daar geen gehoor aan wordt gegeven, met hun voeten stemmen, i.c. hun heil elders zoeken. Dat gaat bij deze (gesloten) ketens niet op: het enige alternatief is dat men buiten de eigen regio naar een nieuwe behandelaar of zorgorganisatie op zoek gaat, maar dat zullen maar weinigen doen. Ook dit zou je natuurlijk als marktwerking kunnen zien, maar dat kan nooit de oorspronkelijke bedoeling zijn geweest.

Een alternatief hiervoor is het creëren van een *countervailing power* in de vorm van een overleg met patiënten, waarbij (professionele) patiëntvertegenwoordigers de ervaringen inbrengen van patiënten die te maken hebben met de keten en de wijze waarop de verschillende elementen op elkaar zijn afgestemd en in de realiteit werken. Daarvoor kan bijvoorbeeld gebruik worden gemaakt van kwalitatief onderzoek in de vorm van blogs, verslagen et cetera, die ter inspiratie kunnen dienen en een goed beeld kunnen geven van wat de patiënt verwacht en welke keuzemogelijkheden men heeft. Dit brengt weer de nodige scherpte/diepte in de keten en haar deelnemers.

Despecialisatie: van specialistische naar generalistische zorg

Nu de zorgpaden tussen zorgorganisaties steeds belangrijker worden en zorgorganisaties in het verlengde daarvan steeds meer domeinoverstijgend zullen gaan werken, worden ze ook meer generalistisch van aard. De reden hiervoor zijn de demografische ontwikkelingen, financiële krapte en krapte op de arbeidsmarkt: we kunnen ons eenvoudigweg geen sterk opgesplitst specialistische systeem veroorloven. Deze ontwikkeling naar generalistische zorg is een duidelijke trendbreuk ten opzichte van de afgelopen decennia waarin juist de nadruk op specialistische zorg lag. Deze trend zal allereerst tot uiting komen in krimp- en rurale gebieden, waarbij bijvoorbeeld de acute zorg steeds generalistischer benaderd zal moeten worden omdat deze zorg gewoonweg niet overal voldoende beschikbaar is. Om de overgang van specialistische naar generalistische zorg in goede banen te leiden zal triage een steeds belangrijke rol gaan spelen bij het toedelen van schaarse specialistische



capaciteit. Deze ontwikkeling van zorgpaden zal worden ondersteund door (informatie)technologie, die de schotten tussen de eerste, tweede en derdelijn zal doen verdwijnen. In het verlengde hiervan is er een toenemende behoefte aan professionals die over de domeinen heen – en dus generalistischer - kunnen kijken en werken. Ook in de Toekomstwijzer Ziekenhuiszorg wordt ingegaan op de noodzaak tot despecialisatie, een trend die al enkele decennia in het bedrijfsleven herkenbaar is.

Ondanks de ontwikkeling naar meer generalistische zorg zal er naast de netwerken qua structuur een zekere mate van specialisatie in een klassieke organisatiesetting blijven bestaan. Deze netwerken bewegen zich mee met de klant en zullen zich steeds op andere wijze zullen gaan organiseren, afhankelijk van ontwikkelingen in de vraag van de klant. Met organisaties die steeds fluïder worden en nieuwe vormen van organiseren wordt vooralsnog onbekend terrein betreden.

Patiëntendossier cruciaal

Met domeinoverstijgend werken wordt ketensamenwerking en processturing (supply chain management) belangrijker. Dit is een ingewikkeld vraagstuk met name omdat de cruciale informatiedrager, het patiëntendossier, geprivatiseerd is : private marktpartijen zijn hier verantwoordelijk voor en hebben hun eigen doelen. De praktijk laat zien dat iedere aanbieder voor zich een patiëntendossier ontwikkelt en aan de markt aanbiedt; deze dossiers sluiten niet op elkaar aan waardoor er informatie tussen de verschillende domeinen niet op elkaar aansluit. Er pleit veel voor om te komen tot één dossier, onder overheidsregie, omdat anders het sluitstuk in de domeinoverstijgende informatievoorziening ontbreekt. Dit onderwerp is met andere woorden, zeker gezien de eerder geschetste ontwikkelingen, te strategisch om aan de markt over te laten.

2.5 Structuur

Structuur

Het combineren van netwerken en bestaande organisaties leidt uiteindelijk tot de matrix als vorm voor de structuur: de zorgpaden lopen door alle kolommen en organisaties heen, de structuur die dat het beste faciliteert is die van de matrix. Duidelijk is dat er ergens in deze zorgpaden beslis- en



informatieoverdrachtspunten komen te liggen; deze moeten helder omschreven worden en in simpele afspraken worden neergelegd. Voor het ziekenhuis houdt dit in dat de facilitaire diensten als laboratoria, Ok's, pathologie et cetera zich moeten gaan voegen naar deze zorgpaden. Naar verwachting zullen deze kolommen zich ieder op hun eigen wijze verzetten tegen deze veranderingen.

Al met al kunnen de geschetste ontwikkelingen worden gezien als een disruptief moment met grote gevolgen voor onze wijze van organiseren. Bepalend voor de ontwikkeling is de wijze waarop de beschikbare (informatie)technologie wordt ingezet, maar ook de wijze waarop de politiek wetgevingstechnisch en qua financiële structuur meebeweegt in deze ontwikkeling. Als dat niet gebeurt dreigen er meerdere parallelle werelden te ontstaan en gaat de complexiteit nieuwe dimensies krijgen. Voor organisaties is het zaak om zo veel mogelijk de medewerkers te betrekken bij deze ontwikkelingen en samen na te gaan op welke wijze we de gewenste stip op de horizon kunnen bereiken. Zij weten waar het over gaat en zij zullen er mee aan de slag moeten gaan.

2.6 Leiderschap

Kennis van en betrokkenheid bij primaire processen uitgangspunt

Met de geschetste ontwikkelingen in het achterhoofd, kunnen we kanttekeningen zetten bij de huidige opvattingen over en type leider dat noodzakelijk is: decennia filosoferen over leiderschap en leiderschapstypen heeft ons uiteindelijk niets vooral bijgedragen aan de verwarring over leiderschap. Daarbij is teveel de aandacht verschoven naar het visionaire en minder aandacht voor de architectonische dimensies van leiderschap: de visie moet ook vertaald worden naar de praktijk van de organisatie. Met andere woorden: een discrepantie tussen het richten enerzijds en het inrichten en verrichten anderzijds. Bij sommige bestuurders ontstaat het beeld dat ze amper weten wat besturen en inrichten van een organisatie is. Dat dit fenomeen zich niet tot de zorg of tot beperkt blijkt uit de literatuur.¹ Dit heeft overigens weinig gevolgen gehad voor de Nederlandse zorgsector.

¹ Pfeffer, J. (2015). *Leadership BS: fixing workplaces and careers one truth at a time* (First edition. ed.). New York, NY: Harper Business, an imprint of HarperCollins Publishers. *BS staat voor bull shit*



Integendeel, ondanks dit behoort de kwaliteit van de zorg in Nederland tot de betere in de wereld en dat is geheel te danken aan de professionaliteit van de vakmensen, die er werken. Het is echter wel een van de duurste ter wereld, dus daar kunnen wel een aantal efficiëncyslagen gemaakt worden, zoals bijvoorbeeld de analyse uit de paragraaf Processen laat zien. Om efficiënter te kunnen werken is kennis van *operations management*, en in het verlengde daarvan kennis over *lean organiseren*, *total quality management*, *supply chain management* et cetera bij bestuurders nodig. Oftewel een gedegen kennis van de primaire processen, zowel qua inhoud als structuur. De vraag is of alle bestuurders op dit ogenblik over deze kennis beschikken, het beeld varieert over de gehele sector. Wel is duidelijk dat kennis van de processen en het vak cruciaal zijn voor de leider van de toekomst. Ook andere onderdelen van de organisatie moeten weer worden teruggegeven aan de vakman: zo moet informatievoorziening rondom het primair proces door vakmensen en niet door IT-ers of accountants worden opgezet.

We kunnen het ook anders beschouwen, namelijk dat leiders nu te veel bestuurlijk-institutioneel bezig zijn, en zich (veel) te weinig directeur van een productiebedrijf voelen. Van toekomstige bestuurders verwachten we dat ze kennis van alle productieprocessen en supply chain management hebben en er voor zorgen dat de vakmensen binnen kaders optimale vrijheid krijgen. Bestuurders leven nu veelal teveel in een parallelle wereld van spreadsheets en budgetten, op grote afstand waar het werkelijk gebeurt: in de interactie tussen medewerker en patiënt.

Vrijheid voor medewerkers

Toekomstige leiders moeten kunnen omgaan met de complexiteit van de zorg binnen en tussen hun organisaties. Leiderschap moet zich met andere woorden richten op *complexity leadership*. Daar onder verstaan we het werk zo organiseren en medewerkers faciliteren dat ze hun werk - de zorg - zoveel mogelijk via zelfcoördinatie (niet dus zelfsturing) kunnen doen. Medewerkers kunnen, gegeven een gesteld doel en geformuleerde kaders (tijd, geld, plaats, kwaliteit, regelgeving) e.d., oftewel de 'wat'-vraag, zelf organiseren hoe ze het gestelde doel binnen die kaders zo efficiënt mogelijk zullen realiseren, de 'hoe'-vraag. Dit vereist overigens een platformachtige infrastructuur waarin de traditionele stafafdelingen en ondersteuning opgaan. Medewerkers moeten tevens de mogelijkheid hebben zich niet alleen zélf te ontwikkelen, maar ook zélf te innoveren door in te



mogen spelen op veranderende problemen en wensen van patiënten of cliënten. Met andere woorden: bestuurders moet de medewerkers vrij laten en een lerende organisatie durven te laten ontstaan. Dat blijkt ook in de praktijk goed te werken².

Sturen op verbinding en vertrouwen

In deze wereld van netwerken en zorgpaden kenmerkt het leiderschap zich ook door het bouwen aan relaties en bouwen aan vertrouwen. Onder dit laatste onderscheiden we twee kanten: een houding en werkwijze, die andere partijen vertrouwen geeft én het vertrouwen in de ander. Je zal voor jezelf steeds moeten toetsen of die beide kanten van vertrouwen aanwezig zijn.

Een plaats in het maatschappelijk debat

Van *leiders* mag men ook verwachten dat ze zich veel meer richten op het laten zien wat men doet, in het maatschappelijk debat een plaats opeisen en zichtbaar zijn. Nu overheerst over het algemeen de neiging tot klagen en levert men geen proactieve bijdrage.

Managers

In het verlengde van de veranderende eisen aan leiders mag van *managers* worden verwacht dat ze andere competenties gaan ontwikkelen: ze moeten minder gericht zijn op beheersing, meer op communicatie en het flexibel houden van mens en organisatie. Centraal hierin staat de visie waarop men de verantwoording wil regelen: kiest men voor vertrouwen en vrijheid of voor wantrouwen en angst. Angst leidt tot regels, uitgebreide verantwoording en dus complexiteit. En dat past niet bij de toekomstige organisatie waar vertrouwen centraal moet staan. Vertrouwen in de mensen en jezelf als manager is dan ook een randvoorwaarde voor de toekomstige manager. Hij moet daarnaast ook in staat moet zijn de gelaagdheid van het systeem op alle niveaus – organisatie, wet- en regelgeving, financiën et cetera - te doorgronden. De manager van de toekomst geeft meer ruimte aan reflectie, gaat uit van de professionaliteit van medewerkers en spreekt medewerkers op diezelfde professionaliteit aan, zijn stijl is coachend en faciliterend.

² Roland Bal, Anne Marie Weggelaar en Iris Wallenberg, 'Op zoek naar goede leefsysteem. Zorgrebellien en het doen van kwaliteit', Erasmus School of Health Policy



2.7 Medewerkers

Beschikbaarheid cruciaal

De krapte aan *medewerkers* maakt dat de discussie de afgelopen jaren is verschoven van de beschikbaarheid van geld naar de beschikbaarheid van menskracht. Een centrale vraag de komende jaren zal zijn hoe kunnen we kwaliteit kunnen blijven leveren in een krimpende arbeidsmarkt. Dit vereist voortdurend investeren om het vak op peil te houden. Ondanks de discussies rondom BIG II zal men iets aan beroepsdifferentiatie moeten doen, maar dan niet in wet- en regelgeving, maar op een andere manier.

Van specialist naar generalist

In het verlengde van de verschuiving naar meer domeinoverstijgende, generalistische zorg én de krapte op de arbeidsmarkt zal een deel van de medewerkers veel meer generalist moeten worden en in meerdere contexten moeten kunnen werken. De teams waarin men werkt, zullen steeds van samenstelling wisselen en bestaan uit mensen van diverse organisatie. Daar moet men mee leren omgaan en het zal nog wel wat tijd kosten om een ieder uit de bestaande structuur los te weken. Daarnaast is een cultuurverandering nodig, waarbij de medewerker steeds kritisch zich de vraag moet stellen 'ben ik degene die een oplossing moet zien te vinden of hoort de vraag elders – buiten het medische domein – thuis'. De reden is dat hulpverleners sterk de neiging hebben om te allen tijde zorg over te nemen in plaats van kritisch te kijken of zij de aangewezen persoon zijn om in een specifiek geval zorg te bieden.

Deze *despecialisatie* – van specialisten naar generalisten - is ook al genoemd in de paragraaf Processen.

Domeinoverstijgend werken biedt ook vanuit een ander oogpunt veel mogelijkheden om medewerkers flexibel in te zetten. In de 'oude' structuur leert de ervaring dat in intramurale instellingen medewerkers boven de 55 vaak tegen hun fysieke grenzen aanlopen, in de ggz zijn het juist vaak de medewerkers tussen de 30 en 40 die uitval door stress kennen. Uitwisselen van medewerkers zou voor beide categorieën een oplossing kunnen zijn.



Vrijheid voor de professional

De *medewerkers* worden in de huidige structuur teveel aangesproken op regels en niet op hun professionaliteit. In het verlengde van een andere stijl van leidinggeven met de nadruk op kennis van het primair proces en zorgpaden zal dit gaan veranderen en zal vakmanschap (professionaliteit) en vertrouwen weer het uitgangspunt worden. De ervaring en onderzoek leert dat medewerkers ook prima met die hen geboden vrijheid omgaan: uit onderzoek – ‘Op zoek naar goede leefsysteem. Zorgrebellie en het doen van kwaliteit’ - blijkt dat goed functionerende teams onderling veel communiceren, samen de diagnose stellen en samen de therapie instellen, een en ander losjes binnen de bandbreedte van de regels. Men evalueert ook kortcyclisch de voortgang en stelt de therapie zo nodig bij. Men gunt zichzelf daarnaast de tijd om zaken uit te zoeken, te reflecteren waardoor men als team veel leert en er ruimte voor verbetering ontstaat. Deze wijze van werken doet een groot beroep op de professionaliteit van de medewerker en de mate van vrijheid die men van de manager/organisatie krijgt, maar leidt tot effectievere teams en betere zorg.

Andere rollen door shared decision making

Transparantie is ook een onderwerp dat invloed zal hebben op de kennis, vaardigheden en houding van medewerkers. Transparantie in de zorg werd tien jaar geleden vooral uitgelegd als beschikbaarheid van informatie over de kwaliteit van zorg. Tegenwoordig wordt het begrip transparantie breder ingevuld. Het gaat om het delen van informatie met de patiënt; maar niet alleen op websites als kiesbeter.nl of zorgkaartnederland.nl, maar ook in het gesprek tussen arts en patiënt: *shared decision making*. Kanttekening daarbij is dat lang niet elke patiënt over evenveel kennis en gezondheidsvaardigheden (health literacy) beschikt; dat dit niet iedereen even makkelijk af gaat en niet iedereen er geïnteresseerd in is: een deel van de patiënten geeft er de voorkeur aan de suggesties van de arts te volgen. Dat maakt dat ook hier geen eenduidig beeld ontstaat van hoe een en ander in de praktijk uitpakt, persoonlijke factoren en omstandigheden bepalen op welke wijze men er mee omgaat.

Het bovenstaande is vooral relevant voor interventies in de cure, in de care is de behandeling vooral iteratief: het betreft het dagelijks leven van de patiënt, is daardoor veel meer en veel vaker



onderwerp van gesprek en bestaat uit veel kleinere onderdelen waarover afzonderlijke beslissingen kunnen worden genomen. Nadeel daarvan is dat de scherpte/diepte uit de relatie kan verdwijnen en men als patiënt teveel onderdeel wordt van het systeem van de aanbieder en te weinig kritisch is.

Bovenstaande transparantie, al dan niet binnen shared decision making, vereist ook een andere rol van zowel arts als patiënt. De vraag is hoe beiden daar mee omgaan, zeker in de interactie tussen hen. Dit kan van persoon tot persoon en situatie tot situatie verschillen, dus eenduidige uitspraken zijn hier niet over te maken, maar dat zaken gaan veranderen is duidelijk.

Risicomanagement

Op het terrein van risicomanagement moet ook het nodige veranderen wil de professional weer de vrijheid krijgen die hij verdient. De verkrampde wijze van omgaan met risico's en de daaruit voortvloeiende strikte regels zijn gericht op het uitsluiten van elk vorm van risico en laten geen ruimte voor de professionaliteit van de medewerkers. Dit leidt tot een gesloten, angstgedreven cultuur, terwijl die cultuur juist open moet zijn: men moet over risico's en incidenten durven praten en elkaar er op durven aanspreken. Dit is noodzakelijk voor zorgorganisaties in de toekomst. De Inspectie is al voorzichtig meer langs deze lijnen aan het denken, waardoor hier in de toekomst de nodige ruimte kan gaan ontstaan.

Meer gelijkwaardigheid

Daarnaast zal er veel meer gelijkwaardigheid moeten worden georganiseerd in de zorg: iemand met een Mbo-opleiding kan even waardevolle input hebben als een arts. De klassieke scheiding tussen de medische staf en de rest van de organisatie zal in het verlengde hiervan ook moeten verdwijnen om de zorgpaden en de zorg zelf te optimaliseren.

2.8 Technologie

Bij het onderwerp technologie past een woord vooraf: technologie wordt vaak als oplossing voor alles gezien, maar de vraag is of dat zo is. Deze terughoudendheid over de mogelijkheden van technologie wordt ook in andere Toekomstwijzers genoemd. Het optimisme bij dit onderwerp is



grenzeloos en vele problemen zouden er door kunnen worden opgelost, met name met behulp van inzet van big data. Dat is zeker wel mogelijk, de vraag is alleen wanneer. Het ligt voor de hand dat dat eerder over 30 jaar is, dan morgen, de tijdsdimensie die ons steeds wordt voorgehouden en waar iedereen zich aan spiegelt. Daardoor ontstaat het imago dat de zorg achterloopt, wat ver bezijden de waarheid is: het probleem is veel meer dat de sector zichzelf op dit terrein slecht verkoopt.

We lopen in het onderstaande de mogelijkheden van de verschillende technologieën langs.

Digitalisering

Onderlinge communicatienetwerken zijn de droom van een ieder in de zorg, maar toch zitten we nog ver af van deze gedroomde werkelijkheid. Er zijn uitzonderingen: ChipSoft heeft in de ziekenhuiswereld laten zien hoe alles met elkaar kan laten communiceren. Omdat alle andere sectoren voor andere systemen hebben gekozen behoort een soepele informatie-uitwisseling tussen de verschillende zorgorganisaties vooralsnog niet tot de mogelijkheden. De toekomst is aan die systemen, die de zorgpaden als uitgangspunt nemen, deze volgen en daar aan gekoppeld zijn. Het EPD in de vorm van een pasje leek ooit ook zo'n handig instrument, maar ook hier zie je dat ieder voor zich systemen heeft ontwikkeld die niet te koppelen zijn en een soepele informatieoverdracht onmogelijk maken. Met andere woorden: onderlinge communicatie als basis voor netwerken en zorgpaden zal lang op zich laten wachten, waarmee de communicatie- en informatievoorziening binnen deze netwerken en zorgpaden ernstig wordt belemmerd.

AVG en Informatiebeleid

Alle toekomstige ontwikkelingen als het verplaatsen van ziekenhuiszorg naar extramuraal vereisen een soepel informatiebeleid. Er is echter nog een andere kink in de kabel: de AVG beperkt de handelingsvrijheid op het terrein van informatieoverdracht waardoor ketenzorg gefrustreerd kan worden. Ook voor het (wetenschappelijk) onderzoek is de AVG een obstakel omdat men ook daar om de patiënt te kunnen volgen van zeer diverse organisaties en delen van de keten informatie moet kunnen opvragen. Op deze wijze vormt de AVG een serieus obstakel op zowel operationeel (rondom de cliënt), tactisch (tussen organisaties) en strategisch niveau (wetenschap).

Beeldbellen



We hebben al gezien dat de zorg steeds meer vanuit het ziekenhuis naar de wijk en de patiënt thuis wordt verplaatst. Nieuwe technieken als *beeldbellen* zullen het klassieke bezoek aan de arts/begeleider ingrijpend veranderen en de klassieke spreekkamer zal meer en meer gaan verdwijnen. Beeldbellen is niet alleen efficiënter maar biedt alle partijen veel flexibiliteit. En het voorkomt dat de patiënt het ziekenhuis of de zorgorganisatie moet bezoeken met alle logistieke bewegingen en gedoe van dien. Kwetsbare groepen als ouderen kunnen prima via de iPad dagelijks gegevens invoeren of zichzelf monitoren, bij afwijkingen kan er vanuit de 'gekoppelde' zorgorganisatie contact worden opgenomen met de oudere. Met deze eenvoudige toepassingen valt men andere woorden grote stappen te zetten.

Naast deze communicatietechnologieën biedt *e-health* ook veel mogelijkheden, bijvoorbeeld op het terrein van *blended care*, het aanbieden van de combinatie van face-to-face contact en contact via iPad, laptop of PC.

Mobile devices

De op het lichaam gedragen *mobile devices* voor monitoring, diagnose, betere medicijntoediening et cetera zullen snel een plek binnen het hele spectrum veroveren. De algoritmes om diagnoses te stellen zullen zich verder ontwikkelen, naast Artificial Intelligence.

Artificial intelligence en chatbots

Artificial Intelligence (AI) is een ontwikkeling die grote mogelijkheden biedt, alhoewel dit naar verwachting niet al te snel zal gaan aangezien er wiskundig nogal wat problemen te overwinnen zijn. AI kan de arts ondersteunen bij het stellen van een diagnose: cruciale informatie gekoppeld aan beslismomenten zijn in kaart gebracht zodat de besluitvorming van de arts kan worden ondersteund. Op termijn zouden veel diagnoses langs deze weg tot stand kunnen komen waarbij AI altijd over de meest actuele en relevante informatie beschikt. AI-toepassingen kunnen nu al meeluisteren tijdens het gesprek tussen patiënt en arts en het dossier geautomatiseerd invullen: de arts dient alleen nog een en ander na te lezen, eventueel aan te vullen en te accorderen. Dit zou een geweldige vermindering van administratieve druk met zich meebrengen. *Chatbots*, die de meest voorkomende vragen en problemen kunnen beantwoorden, bieden de mogelijkheid om enerzijds de



arts/begeleider te ontlasten en anderzijds de patiënt/cliënt op dat moment te woord te staan waarop het hem het beste uitkomt.

Overigens is wel weer een waarschuwing wel op zijn plaats hier: alhoewel Artificial Intelligence (AI) zeer veel mogelijkheden biedt, zie je nu al dat het te veelomvattend en complex aan het worden is. Men is daarmee het contact met de werkelijkheid aan het verliezen, zoals met zovele onderwerpen in de zorg. Ook hier valt veel te halen, maar nogmaals met kleine stapjes en uitgaan van diversiteit: een ieder er bij betrekken.

Machine learning

Machine learning kan een goede praktische ondersteuning van het primair proces worden: als er bepaalde patronen in de gegevens van de patiënt te zien zijn, weet de machine al wat er aan de hand is, en voert op basis daarvan interventies uit. Voorbeelden hiervan zijn apps, die hartritmestoornissen in een vroeg stadium herkennen, waardoor monitoring op afstand mogelijk is en polibezoek wordt voorkomen.

Big data

Big data over effecten van behandelingen in combinatie met automatische vastlegging van handelingen en transacties (administratieve big data) zal ook de ondoorzichtigheid van de kosten in de zorg oplossen en efficiency afdwingen. Daarbij is het wel zaak - zie Porter's value based healthcare - dat dan eerst wordt vastgelegd wat we onder kwaliteit van de zorg verstaan; als we dit niet eerst meetbaar vastleggen, focussen we ons op kostenreductie en dat is niet hetzelfde als efficiency verbetering.

Databestanden

Een andere ontwikkeling is dat er steeds meer grote databestanden beschikbaar komen, waar veel lessen uit te destilleren zijn of behandelingen nuttig zijn; daarnaast bieden ze een goede basis voor preventieve doeleinden/opsporing van ziektes, want bij preventie is de grootste winst te behalen.

Robotchirurgie



Er zal steeds meer gebruik worden gemaakt van de mogelijkheden die robotchirurgie biedt.

Gamen

Gamen biedt de mogelijkheid om tijdens de opleiding allerlei aspecten op het terrein van diagnostiek en therapie te oefenen.

Kortom, op velerlei terreinen zien we dat technologie in de brede zin van het woord effect heeft op de zorg in de toekomst, waarvan de implementatie grote gevolgen kan hebben voor de werkwijze maar ook voor de financiering et cetera, waarbij de vraag centraal zal staan of de zorg er daadwerkelijk doelmatiger van wordt. In de verschillende andere Toekomstwijzers worden nog meer voorbeelden van (de mogelijkheden van) technologie beschreven.

2.9 Terugblik

In de vorige paragrafen is een beeld van de toekomst geschetst. De hoofdlijnen zoals deze naar voren komen zijn:

- processen staan centraal, organisaties leveren de infrastructuur voor processen
- bestuurders moeten kunnen omgaan met de complexiteit die hier uit voortkomt (complexity leadership), zowel intern als extern, en voorkomen dat de complexiteit doordringt in de processen
- bestuurders/managers moeten kennis hebben van processen (inhoud en vorm), lean kunnen organiseren, kennis hebben van supply chain management, procesoptimalisatie et cetera ('directeur van een productiebedrijf in de supply chain')
- de bestuurders/managers moeten hun vakmensen alle ruimte geven en sturen op basis van verbinding en vertrouwen, en hun faciliteren hun werk goed te doen
- procesoptimalisatie en supply chain management dienen te leiden tot verhoging effectiviteit en efficiëntie
- Despecialisatie zal leiden tot het vergroten van de inzet van minder hoog opgeleide medewerkers en daardoor tot het verhogen van de productiviteit en vermindering van druk op de arbeidsmarkt
- technologie biedt zeer vele interessante mogelijkheden voor de toekomst, als



- innovaties niet langer als interessante projecten worden gezien maar als investeringen die moeten worden terugverdiend.