

KOOS VAN DER VELDEN

Arts in de samenleving van morgen

INTRODUCTIE

Wie kiest voor een toekomst als arts doet er goed aan na te denken over de ontwikkelingen, die de samenleving van morgen zullen vormgeven. Die samenleving wordt bepaald door enerzijds een groot scala van voorspelbare zaken, die we nu reeds kennen zoals economische globalisering, demografische ontwikkelingen en veranderende ziektepatronen. Anderzijds blijven er minder voorspelbare zaken, waar we al wel rekening mee kunnen houden, zoals de verslechtering van het milieu en het grilliger klimaat, biotechnologische ontwikkelingen, maar ook noodzakelijke aanpassingen van ons gezondheidssysteem. De succesvolle arts van de toekomst zal dus naast zijn medische bagage vooral ook kennis uit niet-medische bronnen dienen te verwerven, zodat hij of zij de beste keuze voor zijn/haar bijdrage aan de samenleving en uiteraard carrière kan maken. In dit hoofdstuk wordt een schets gegeven van wat ons artsen mogelijk te wachten staat en welke competenties van de arts verwacht worden.

DE SAMENLEVING EN HAAR GEZONDHEID VERANDERT

De samenstelling van onze bevolking verandert door ontgroening (minder kinderen), vergrijzing (meer ouderen) en verkleuring (veel immigranten). De levensverwachting bij geboorte in Nederland is nu voor mannen ruim 76 jaar – en neemt toe – en voor vrouwen bijna 81 jaar maar deze

lijkt te stagneren. De verwachting is echter dat zowel de levensverwachting als de gezonde levensverwachting in de westerse wereld de aankomende periode zal toenemen. Hartvaatziekten en kanker zijn nog steeds de belangrijkste doodsoorzaken, maar het aandeel van chronische degeneratieve ziekten zoals dementie, M. Parkinson en reumatische aandoeningen neemt toe, terwijl de Wereldgezondheidsorganisatie er vanuit gaat dat psychische problemen, in het bijzonder depressie, in 2020 de belangrijkste bedreiging van de gezondheid in de wereld zullen zijn. Ongewis is de terugkeer van infectieziekten als belangrijke bron van sterfte en ziekte.

Tegelijkertijd zullen de gezondheidsverschillen tussen en binnen landen toenemen. Deze zijn terug te voeren op ongelijke economische ontwikkeling, ongelijke verdeling van inkomen en niet goed functionerende opleidings- en gezondheidssystemen. Belangrijke determinanten van gezondheid in de wereld maar ook in ons land zijn de toenevende sociale scheidslijnen vooral tussen arm en rijk en daaraan gekoppeld de invloed van religie, de milieu- en klimaatveranderingen, de veiligheidssituatie en wetenschappelijke ontwikkelingen.

DE ZORG VERANDERT

De invoering van het ziekenfondsbesluit tijdens de Tweede Wereldoorlog is een belangrijk markeringsmoment voor de zorg in Nederland geweest. Het leidde na de oorlog tot overvolle spreekuren bij vooral de huisarts. Mensen vonden het prettig dat ze met hun zorgen en problemen bij die huisarts terecht konden zonder dat zij hoefden te tobben over de kosten. Naast de huisarts kwamen de medisch specialist en het ziekenhuis op, waaruit zich een hele zorgsector – internationaal vaak aangeduid met de term gezondheidssysteem – heeft ontwikkeld. Gezondheidssystemen, gedefinieerd als ‘alle activiteiten die gericht zijn op

het bevorderen, herstellen of handhaven van gezondheid', zijn meestal complex, en opgebouwd uit verschillende subsystemen, inclusief publieke, private, en traditionele of informele sectoren. Deze systemen omvatten zorg aan individuele patiënten, alle activiteiten ter bevordering van de gezondheid van de hele bevolking, zoals vaccinatie en intersectorale maatregelen, zoals rond verkeersveiligheid. Gezondheidssystemen dienen naast collectieve maatregelen dus vooral de behoeften van patiënten te lenigen in slim verdeelde netwerken van zorgvoorzieningen, waarin goed opgeleide hulpverleners snel en adequaat hun werk verrichten. Het gezondheidssysteem levert inmiddels een grote bijdrage aan onze kennis- en diensteneconomie – de sector geeft rond het miljoen mensen werk en er wordt ruim 9 procent van ons bruto nationaal product aan gespendeerd – maar dient ook de sociale cohesie. De kwaliteit van de samenleving kan worden afgemeten aan de kwaliteit van zorg die verleend wordt aan sociaal zwakkeren en chronisch zieken. Voorkomen moet worden dat sociaal zwakkeren de dupe worden van de koopkrachtige vraag van babyboomers met goede pensioenvoorzieningen.

Het is eigenlijk niet vreemd dat de verwachtingen van betrokken partijen rond dit systeem vaak heel divers zijn en niet makkelijk te verenigen: patiënten willen vooral veiligheid en zorgzaamheid, hulpverleners zoeken het in kwaliteit, communicatie en organisatie, terwijl beleidsmakers kijken naar de totale ziektelast van een bevolking, naar het handelen op basis van 'evidence based medicine', kosteneffectiviteit van interventies en garantie op gelijke kansen op gezondheid. In een goed lopend systeem krijgt de patiënt de juiste aanpak van zijn probleem op de juiste plek op de juiste tijd door de juiste hulpverlener tegen redelijke prijs, maar dat is lang niet altijd het geval. Nu de overheid steeds meer gereguleerde concurrentie introduceert is één van de belangrijkste uitdagingen gezondheid voor iedereen blijvend te garanderen.

Voor de zorgaanbieder betekent een en ander vooral dat de patiënt beter zicht en meer transparantie verwacht op de kwaliteit en kosten van de dienstverlening. Een belangrijk middel daartoe is een grotere mate van risicodragendheid van zorgaanbieders en verzekeraars. Deze prikkelt hen zicht te krijgen op hun kostenstructuur om zo de kosten te beheersen. Tegelijkertijd kan veel bureaucratische regelgeving worden afgeschaft, waardoor de zorgaanbieder en verzekeraar meer beleidsvrijheid krijgen om de klant koning te maken en organisatorische vernieuwingen door te voeren, waardoor de arbeidsvreugde in de hele sector weer kan toenemen. De kunst zal zijn om een goede balans te vinden tussen deze vernieuwingen van financieel-organisatorische aard en dagelijkse problemen van patiënten die (blijvend) behoefte hebben aan aandacht of steun op moeilijke of belangrijke momenten in hun leven.

DE OPDRACHT VAN DE SAMENLEVING MET BETREKKING TOT GEZONDHEID

Het begin van de 21ste eeuw kenmerkt zich door de roep om reflectie op bestaande opvattingen over de inrichting van onze samenleving. De traditionele verzorgingsstaat wordt gezien als deel van een voorbije samenleving. Immers de overheid hoeft niet meer, maar vraagt eigen verantwoordelijkheid van de burger en stimuleert de opkomst van door aandeelhouders gecontroleerde dienstverleningsinstellingen in een cultuur, waar de maakbaarheid van het leven van het individu centraal staat. De garantie op bestaanszekerheid i.c. opleiding, werk, inkomen wordt niet meer door de overheid alleen maar door een groot aantal partijen geleverd waarbij niet altijd meer zichtbaar is wie de regie heeft. De bestrijding van sociale ongelijkheid tussen groepen heeft de laatste jaren minder hoge prioriteit in het beleid gehad, maar er lijkt een kentering op komst, zoals met de aandacht voor probleemwijken.

Omgekeerd verwacht de overheid wel dat de individuele burger meedoet in de samenleving, zich redelijk gedraagt en ook nog plezier heeft.

Wat betekent dit nu voor de opdracht om gezondheid van mensen te creëren? Het individu staat voorop, de bevolking als hechte gemeenschap veel minder. Het gevaar is dan dat we de sociale context van veel gezondheidsproblemen veronachtzamen. We zijn meer bezig met de ontwikkeling van kosteneffectieve interventies ter verlaging van prevalenties van ziekten dan met de politieke omstandigheden die aan de basis staan van veel ziekten. Uit veel onderzoek weten we dat gezondheid vooral buiten de zorg wordt geproduceerd. Ter illustratie: in een recente peiling van het *British Medical Journal* over wat de belangrijkste medische mijlpaal van de afgelopen 150 jaar zou zijn, werd verbetering van sanitatie, dat wil zeggen: veilig drinkwater en goede riolering als nummer één aangewezen. Deze passieve protectie tegen gezondheidsdreigingen is nog steeds de beste manier om de volksgezondheid te verbeteren. Goede analyse van onderliggende problemen en juiste politieke keuzen maken zijn daarvoor cruciaal. Een eind maken aan roken in de horeca ter bescherming van het personeel en indirect van de bezoekers en aan de nog steeds doorgaande verkoop van alcohol in de supermarkt aan met name jongeren zijn de goede en slechte kant van dezelfde moderne medaille van collectieve maatregelen. Welke plek is er voor de zorg?

WELKE ZORG AAN MENSEN IS DAN NODIG?

De afgelopen vijftig jaren stond de bevordering van de volksgezondheid in het teken van de individuele burger, met name via biomedische interventies rond preventie, diagnose en behandeling van ziekten. Deze interventies werden geïmplementeerd aan de hand van veelal door de beroepsgroepen ontworpen standaarden en protocollen

en waren tot op zekere hoogte succesvol. Echter voor een toenemend aantal problemen zoals obesitas of depressie biedt de spreekkamer niet zoveel soelaas meer. De resultaten van de spreekkameraanpak in termen van vermindering van sterfte en ziekte zijn geringer en de kosten veel hoger ten opzichte van eerdergenoemde succesvolle collectieve maatregelen. Ons huidige ziektemodel behoeft aanpassing. De aandacht zal zich meer moeten gaan richten op het bevorderen van gezondheid van de hele bevolking door preventieve acties en de kwaliteit van sociale relaties. Met name de gezondheidsvoordelen en positieve psychosociale effecten van vriendschappen en sociale netwerken blijken van groot belang. Toch kunnen we met elkaar natuurlijk niet zonder de basiszorg voor de zieke medemens, maar die gaat er wel anders uitzien. De rol en positie van de medische professional en de zorginstelling zijn als zodanig niet in het geding, maar er zijn vanwege ontgroening, vergrijzing en verkleuring van de samenleving, technologische ontwikkelingen en kostenaspecten wel aanpassingen nodig, wil het gezondheidssysteem goed kunnen blijven functioneren.

EEN SCHETS VAN DE ZORG IN 2025

In de toekomstige zorg zal de klant centraal staan. Deze klant vraagt meer zorg thuis of direct om de hoek. Thuis-technologie maakt dat ook mogelijk. De klant is kritisch en mobiel. Voor de arts doemt het conflict op, dat deze wel het beste voor de patiënt in petto heeft maar dat de samenleving binnen de beschikbare middelen maximale gezondheidswinst verwacht. De arts moet zich waarschijnlijk gaan omvormen van een op het individu georiënteerde superspecialist tot een maatschappelijk betrokken hulpverlener. Een inperking van de individuele handelingsvrijheid van de arts ligt voor de hand. Niet voor niets wordt de professionele autonomie van de arts al uitgedaagd. Finan-

cieel gesproken wordt de arts gedwongen af te stappen van een verrichtingsstelsel naar een stelsel waarin verantwoordelijk financieel gedrag centraal staat. Eigenlijk zullen we een veranderende professionaliteit zien: niet de professie staat centraal maar hoe professioneel de arts als maatschappelijk ondernemer opereert.

Wat kan hierop het antwoord van de arts zijn? In de allereerste plaats zijn artsen gehouden aan de (nieuwe) eed van Hippocrates, waarin het belang van de patiënt centraal staat, de patiënt geen schade mag worden aangedaan, de geheimhoudingsplicht wordt betracht, de verantwoordelijkheid jegens de samenleving wordt benadrukt en misbruik van medische kennis wordt verboden. In de nieuwe zorgmarkt zal het spanningsveld rond de belangen van de individuele patiënt, de arts en de samenleving opnieuw worden getest. De druk van patiëntgroepen, al dan niet in combinatie met slimme marketing van de industrie en andere partijen, moet worden gewogen en desnoods weerstaan, juist ter wille van die patiënt en diens samenleving. De meeste geëigende rol en positie van de arts blijft derhalve die van vertrouwenspersoon voor de patiënt. Instrumenten die de toekomst van de arts bepalen om zijn of haar positie te bestendigen zijn marketing, wetenschap en arbeidsmarkt(regelingen).

DE MEDISCHE PROFESSIE IN HET MODERNE MAATSCHAPPELIJK KRACHTENVELD

De medische beroepsgroep is bij uitstek het voorbeeld van een professie en model voor veel andere beroepsgroepen. Men is zelf verantwoordelijk voor de opleiding, stelt zelfstandig eisen aan (de toelating tot) het uitoefenen van het vak, bewaakt zelf de kwaliteit van de beroepsuitoefening en bepaalt zelf de hoogte van het honorarium. De legitimatie ligt enerzijds in de wetenschappelijke basis van het werk, anderzijds in het risico dat ondeskundige hulp met

zich meebrengt voor de samenleving. Het werk is wel sterk afhankelijk van het vertrouwen dat de patiënt geeft aan de inzet van de beroepsbeoefenaar en dat niet mag worden beschaamd. De positie van de arts is door een aantal ontwikkelingen, in het bijzonder de Wet op de beroepen in de gezondheidszorg (wet BIG), echter sterk veranderd, hetgeen vooral de beroepsidentiteit in het functioneren als persoon minder dominant heeft gemaakt. Naast de grotere aantallen artsen zijn ook veel andere hulpverleners actief in de zorg geworden. Artsen werken steeds vaker in teamverband, waardoor de één op één verantwoordelijkheid niet meer een zaak van de arts alleen betreft. Artsen werken ook steeds vaker in dienstverband, waardoor men niet meer 24 uur per dag dokter wil zijn. Het werken conform standaarden beperkt de marges van de vrijheid van handelen. Patiënten, vooral chronisch zieken, zijn 'proto-professionelen' geworden, die behoorlijk deskundig kunnen zijn. De media en het internet dragen daar sterk aan bij en men kan zelfs de arts voor bijvoorbeeld het bestellen van geneesmiddelen passeren. Al deze veranderingen zouden een einde kunnen betekenen van de arts als primair vertrouwenspersoon voor de patiënt. Niets is minder waar. Juist in veelal complexe situaties van leven en dood, waar ingewikkelde besluitvorming aan de orde is, zijn de geoefende zintuigen, gepast gebruik van interventies en organisatorische vaardigheden van de arts van groot belang. De relatie met de patiënt en de samenleving is wel anders. Vooral zakelijker, waarbij competenties als deskundigheid, veiligheid, doelmatigheid, communicatie en organisatie centraal staan. De arts, die 2025 wil overleven, zal zich moeten bewijzen op kwaliteit, maatschappelijke betrokkenheid en bereidheid tot samenwerking. Dit vergt investeringen in voldoende artsen, die naast de zorg ook actief dienen te zijn in wetenschap, management en beleid, en daarvoor op zoek gaan naar inspiratie. De professie wordt professioneel.

LITERATUUR

- A.L. Bovenberg, *De toekomstagenda voor de zorg*, ESB 2007, 21 september: 548-551
- M. Marmot, 'Health in an unequal world', *The Lancet*, 568(2006), 2081-94
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Vertrouwen in de arts*. (Den Haag 2007).
- J. van der Velden, *De toekomst van de public health*, [oratie] (Nijmegen 2005).