

Prikkelende visies op de zorg in 2030

Onder de noemer ‘Building the future by building bridges’ organiseerde ABN AMRO een ronde tafel waarin twee teams van jonge zorgprofessionals hun visie op de zorg in 2030 belichtten. Het bleek voer voor stevige discussie over hoe onze zorg er dan uit zal zien.

Hoe ziet onze wereld er in 2030 uit? Mark Schipper van creatief bureau Freshmark signaleerde in een korte introductie een aantal trends die in het antwoord op die vraag nu al richtinggevend zijn. Polarisering bijvoorbeeld. “Er is meer dat ons uit elkaar speelt dan dat ons bindt”, zei hij. Maar ook een groeiende roep om samenredzaamheid door

met een persoonlijk behandeladvies op afstand.”

Stellingen gaven richting aan de discussie na de pitch. Om te beginnen de stelling: privacy is in 2030 geen issue meer. Volgens Beerepoot klopt dit. “We gaan er dan makkelijk mee om”, stelde ze, “het maakt ons niet zoveel meer uit.” Maar dit ging een aantal aanwezigen

dat de patiënt centraal kan staan. Maar als die echt centraal staat, kan die dan ook zelf de financiële verantwoordelijkheid dragen, vroeg iemand anders. Dan is de zorgverzekeraar niet meer nodig. In stelling drie – de patiënt logt zelf in op het multidisciplinair overleg – konden de meeste aanwezigen zich goed vinden. Sommigen spraken zelfs de hoop uit dat dit niet tot 2030 zou duren. Maar anderzijds: veel patiënten hebben niet de kennis om mee te praten in zo’n overleg. Een coach – bijvoorbeeld de huisarts – blijft dus essentieel.

Een virtuele coach, gespecialiseerde huisartsen en wijkzorg die bottom-up tot stand komt

de terugtrekkende overheid. En: feminisering, flexibilisering van ons leven dankzij internet, robotisering en duurzaamheid. Van de twee teams van jonge zorgprofessionals wilde hij horen welke gevolgen dit voor de zorg van 2030 zou hebben.

Vergaande digitalisering

In de eerste pitch, gepresenteerd door neuroloog in opleiding Shanice Beerepoot – stond digitalisering centraal. Ze vertelde: “In 2030 heb ik lange werkdagen, congressen, een gezin met twee kleine kinderen en dus veel stress. Ik word ‘s nachts wakker met pijn op de borst en wil nú weten wat er aan de hand is. Ik zet mijn VR-bril op en open mijn virtual digital doctor app. Mijn virtuele coach vertelt mij precies hoe ik ervoor sta. Hij geeft mij een gezondheidsprofiel, een leefstijladvies en verwijst mij naar een arts. Die ziet digitaal mijn gegevens en kan ter plaatse beslissen of hij mij live wil zien of kan volstaan

duidelijk te snel, omdat zij privacy juist zagen als voorwaarde om het door haar geschetste scenario te laten slagen. Anders kan de zorgverzekeraar mensen op hun leefstijl gaan aanspreken en kunnen bedrijven mensen gaan betalen om hun gezondheidsdata te delen. Maar zeker de helft van de aanwezigen – vooral de jongeren – zag in dit laatste geen probleem, mits het ertoe bijdraagt dat de zorg efficiënter wordt en de zorgkosten dalen.

Stelling twee: in 2030 is er geen eerste, tweede of derde lijn meer. Zo zal het inderdaad gaan, stelde Beerepoot. Er zal nog wel een huisarts zijn, voor lichaamsgebonden onderzoek dat een virtuele coach niet kan doen, maar dat is dan een gespecialiseerde huisarts en geen generalist meer. Toch moet er wel een persoonlijk coach voor de patiënt blijven, wierp iemand tegen. En er moet begeleiding zijn vanuit de zorgverleners om kennis te bundelen en te delen, zo-

Community care

In de tweede pitch, gepresenteerd door Nitika Chouhan, klonk een heel ander geluid. Zij stelde dat de gemeenschap bepaalt hoe de zorg er in de eigen wijk uitziet. “Die zorg moet bottom-up tot stand komen, afhankelijk van wat er in die wijk nodig is. Er ontstaat een vorm van community care waarin de burger ook wordt aangespoord tot een gezonde leefstijl. Het menselijk contact blijft de basis, met ondersteuning van technologie.”

De eerste stelling voor de discussie over deze pitch – de zorg bepaalt straks



waar je woont – verwijst naar een situatie die nu al realistisch is in Groningen en Drenthe: gebieden die vergrijzen en waar jonge zorgprofessionals zich niet willen vestigen. Een situatie die voor tweedeling in de samenleving kan zorgen, omdat die ertoe kan leiden dat mensen die het zich kunnen veroorloven, kiezen voor wonen in een gezonde wijk waar goede zorg voorhanden is. Dit kan worden opgelost door sterke communities te stichten die de kracht hebben zorgaanbod naar zich toe te trekken, stelde Chouhan. Maar verschillende aanwezigen waren het erover eens dat ook een andere oplossing mogelijk is: veel meer investeren in preventie. Het gesprek daarover wordt nu vaak pas gevoerd als iemand al ziek is.

De tweede stelling: wordt jouw zorg bepaald door normen en waarden? Het was direct duidelijk dat deze stelling niet los kon worden gezien van Machteld Huber's gedachtegoed over Positieve Gezondheid. Steeds meer zal gekeken worden naar wat iemand die niet gezond is nog wél kan. En daarbij hoort automatisch de vraag of de hulp die zo iemand nodig heeft om te blijven participeren in de samenleving zorg heet en dus door een arts moet worden geleverd, of dat het gaat om ondersteuning die uit de samenleving zelf moet komen. Een van de in de zaal aanwezige zorgaanbieders kwam hierbij tot een boeiend zelfinzicht: misschien moeten wij ons als zorgverleners minder belangrijk vinden en een deel van het geld

dat we nu aan zorg uitgeven heralloceren naar het sociaal domein.

Het was een stelling die duidelijk aansloot op de vraag die in dit laatste deel van de discussieronde ook aan de orde kwam, namelijk welke investeringskeuzes in de zorg het best kunnen worden gemaakt om die zorg betaalbaar te houden en om te waarborgen dat de solidariteit behouden blijft. Die vraag is in de discussie over de toekomst van onze zorg steeds dominanter aan het worden. En het feit dat de solidariteit nu al onder druk staat, maakt die actueler dan ooit. <<

Tekst: Frank van Wijck

Foto's: ABN AMRO

