



Jan Erik de Wildt: 'Organiseer zorg dicht bij de burger en geef preventie een dominantere plaats.'

sociaal domein niet financieel aan elkaar knoopt en het ziekenhuis niet als reparatiekliniek op afstand houdt. Alleen moet je dan de gemeenten niet financieel verantwoordelijk maken. Dat kun je prima beleggen bij de zorgverzekeraars. Die zijn minder goed in visieontwikkeling, maar kunnen wel goed een zorgkantoor-achtige functie vervullen voor het verdelen van de middelen." Een alternatief ziet De Wildt ook: schaarste creëren door een flink aantal ziekenhuizen te sluiten. "Dat lijkt in coronatijd een waanidee, maar als we zouden starten met het stoppen van alle onzinnige zorg, dan zijn we al een eind komen", zegt hij. "Zo hebben ze het in Israël succesvol aangepakt. Dan maak je versterking van de eerste lijn en het sociaal domein onontkoombaar. Maar dat is – helaas eigenlijk – met onze gefragmenteerde politieke landkaart geen haalbare zaak. Er is natuurlijk nóg een scenario: de ziekenhuizen de regie geven. Maar dan worden de eerste lijn en het sociaal domein opgeslokt."

#### Versterk de eerste lijn

Versterking van de organisatie van de eerste lijn én versterking op ict-gebied is nu essentieel, stelt De Wildt. "Combineer de arbeidsmarktproblematiek in de eerste lijn met de druk om in die eerste lijn steeds meer te doen voor steeds minder geld, en je ziet direct waarom dit

## 'Monodisciplinaire ketens die praktijken opkopen en bedrijfsvoering standaardiseren'

nodig is", zegt hij. "Maak op buurt/wijkniveau de verbinding met de wijkverpleegkundigen en openbare apotheek en organiseer wat nodig is op regionale schaal. Bijvoorbeeld ict. Als dat niet gebeurt, komen er monodisciplinaire ketens die praktijken opkopen en bedrijfsvoering standaardiseren en optimaliseren. Die ketens regelen de ict en komen tegemoet aan de wens van jonge huisartsen om niet fulltime of als praktijkhouder te werken. Maar die ketens kunnen ook zorginhoudelijk gaan sturen. Daarmee verandert dan wel iets substantieels aan het vak van de huisarts, die als spil in de eerstelijnszorg fungeert." Een somber toekomstperspectief. Ziet De Wildt het zover komen? "Ik hoop het niet. De beste garantie om een sterke, toegankelijke eerstelijnszorg te behouden, is stoppen met marktwerking in de huisartsenzorg, de wijkverpleging en wellicht de openbare farmacie. Maak de koppeling met het sociaal domein, organiseer dicht bij de burger in de buurten en wijken en geef preventie een veel dominantere plaats. Dat lukt niet met marktwerking, waarin er altijd iemand anders profiteert van de preventie-investering." <<

### OEUVREPRIJS

Jan Erik de Wildt neemt afstand (en afscheid?) van de eerstelijnszorg met de oeuverprijs van InEen voor zijn verdiensten. De vraag waar we hem gaan terugzien, laat hij open.



## Han Noten, voorzitter Ambulancezorg Nederland Geen vervoersbedrijven, maar mobiele zorgverleners

In de acute zorg gaat het erom mensen op het goede moment op de goede plek te krijgen. Niet eenvoudig, merkte Han Noten al snel na het aanvaarden van het voorzitterschap van Ambulancezorg Nederland (AZN) in 2018. Ambulancezorg is op zich vrij overzichtelijk, maar samenwerking in de keten is geen vanzelfsprekendheid.



Han Noten: 'Er is een groeiend gevoel van urgentie om de acute zorg nu samen goed te regelen.'

TEKST: FRANK VAN WIJCK FOTO: SUCCO / PIXABAY

De kern van de acute zorg is heel simpel, stelt Noten. Het vraagt om samenwerking van de partijen die deze zorg moeten verlenen, en het vereist van degene die de zorg levert dat hij bereid is tijdelijk zijn autonomie op te geven. Dat klinkt eenvoudig, maar is het niet; dat hoeft je Noten – organisatiepsycholoog aan de TU Eindhoven en afgestudeerd op systeemleer – niet uit te leggen. Hij is geïnteresseerd in mensen binnen systemen en hoe die systemen hun gedrag beïnvloeden. "Hoe complexer het systeem, hoe kleiner mensen zich voelen", zegt hij. "En als ze zich klein voelen, worden ze kwaad. Het systeem moet ze juist helpen." Over de vraag of hij het voorzitterschap van AZN wilde vervullen, hoefde hij niet lang na te denken. Hoewel de meeste mensen hem alleen kennen uit zijn tijd als voorzitter van ActiZ, Eerste Kamerlid en burgemeester

van Dalfsen, heeft Noten een veel bredere carrière achter de rug, bij het spoor en in de Rotterdamse haven bijvoorbeeld. Een carrière waarin onderwerpen als logistiek en beschikbaarheidsplanning een hoofdrol vervulden. "Typisch onderwerpen waarover het in de ambulancezorg gaat", zegt hij. "Een sector waarin heel praktijkgerichte, resultaat-gedreven mensen werken. Mensen die soms meer op details dan op hoofdlijnen letten, maar dat is in acute zorg natuurlijk terecht. Maar het betekent ook meteen dat je in zo'n functie nooit in een gespreid bedje stapt. Gespreide bedden zijn er voor de patiënten."

#### Beschikbaarheid organiseren

De ambulancezorg is een mengeling van particuliere bedrijven, familiebedrijven, beursgenoteerde bedrijven, van alles. "En ieder denkt dat zijn opzet de beste is", zegt Noten. "Er was wel een zekere gezamenlijkheid, maar mijn taak was die veel vanzelfsprekender te maken. En de politiek te verlossen van het beeld dat het vervoersbedrijven zijn. We zijn mobiele zorgverleners. Daarom heb ik me ook zo verzet tegen de 45-minutennorm, want die reduceert ons tot een openbaar vervoerder die volgens een dienstregeling moet rijden. Het gaat erom hoe snel we een medische interventie kunnen starten en dat kunnen we steeds vaker al thuis, op straat of in de ambulance. We experimenteren met een *smart glass*. Een arts kan op afstand meekijken en behandelbeslissingen nemen. De kwaliteit van het werk van de ambulancediensten is in de loop der jaren enorm omhooggegaan en dat wilden we ook terugzien in een kwaliteitskader. Maar tegen de doorontwikkeling van zo'n kader bestond ook weerstand, want als het er wel is, word je dan niet weer op een eenzijdige manier afgerekend, zonder dat rekening wordt gehouden met omstandigheden? Denk aan de toenemende files of de SEH's die dichtgaan. Of het wordt een protocol dat je vakmanschap verkleint in plaats van vergroot." >>



## 'Niet alle huisartsen willen de autonomie opgeven die nodig is voor samenwerking'

Genoeg te doen dus. Ook omdat de ambulancesector jarenlang te kampen heeft gekregen met onduidelijkheid over de toekomst. Worden de ambulancediensten verplicht tot aanbesteding? Is de sector gericht op concurrentie of samenwerking? Blijven de 25 regionale ambulancevoorzieningen (RAV's) bestaan of worden ze geprivatiseerd? "Wat dat betreft is het spijtig dat de voorgenomen Wet ambulancevoorzieningen door het uitvallen van minister Bruno Bruins vertraging opliep", zegt Noten. "Die wet beschouwt de ambulancezorg als een niet-economische dienst van algemeen belang. Belangrijk, want dat helpt ons om onze beschikbaarheid goed te organiseren. En in de sectoren waarmee wij te maken hebben – de eerste lijn, de ziekenhuizen en de vvt-sector – groeit ook het gevoel van urgentie om de acute zorg nu samen goed te regelen. Dat is ook de enige manier."

### Actieplan

Noten maakte zich sterk om met het ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland tot een actieplan te komen. En hij stapte naar de ziekenhuizen, huisartsen en vvt-sector om mensen "op het goede moment op de goede plek te krijgen". Dat is geen vanzelfsprekendheid, heeft hij gemerkt. "Onze wereld is vrij overzichtelijk met 25 RAV's", zegt hij, "maar zo zitten de andere sectoren niet in elkaar en die hebben bovendien allemaal hun eigen culturen. Het betekent bijvoorbeeld nog niet dat de ziekenhuizen de artsen en verpleegkundigen paraat hebben om de patiënten op te vangen uit de 25 Covid-19-geschikte auto's die wij voor een tweede coronagolf optuigen. En het betekent ook niet vanzelfsprekend dat huisartsen zorgcoördinatie even belangrijk vinden als wij. Ze willen niet allemaal de autonomie opgeven die nodig is voor samenwerking. En omdat ik weet dat ik dát niet kan veranderen, ben ik gewoon begonnen met samenwerking te zoeken bij ketenpartners waarbij de bereidheid daartoe er wel is."

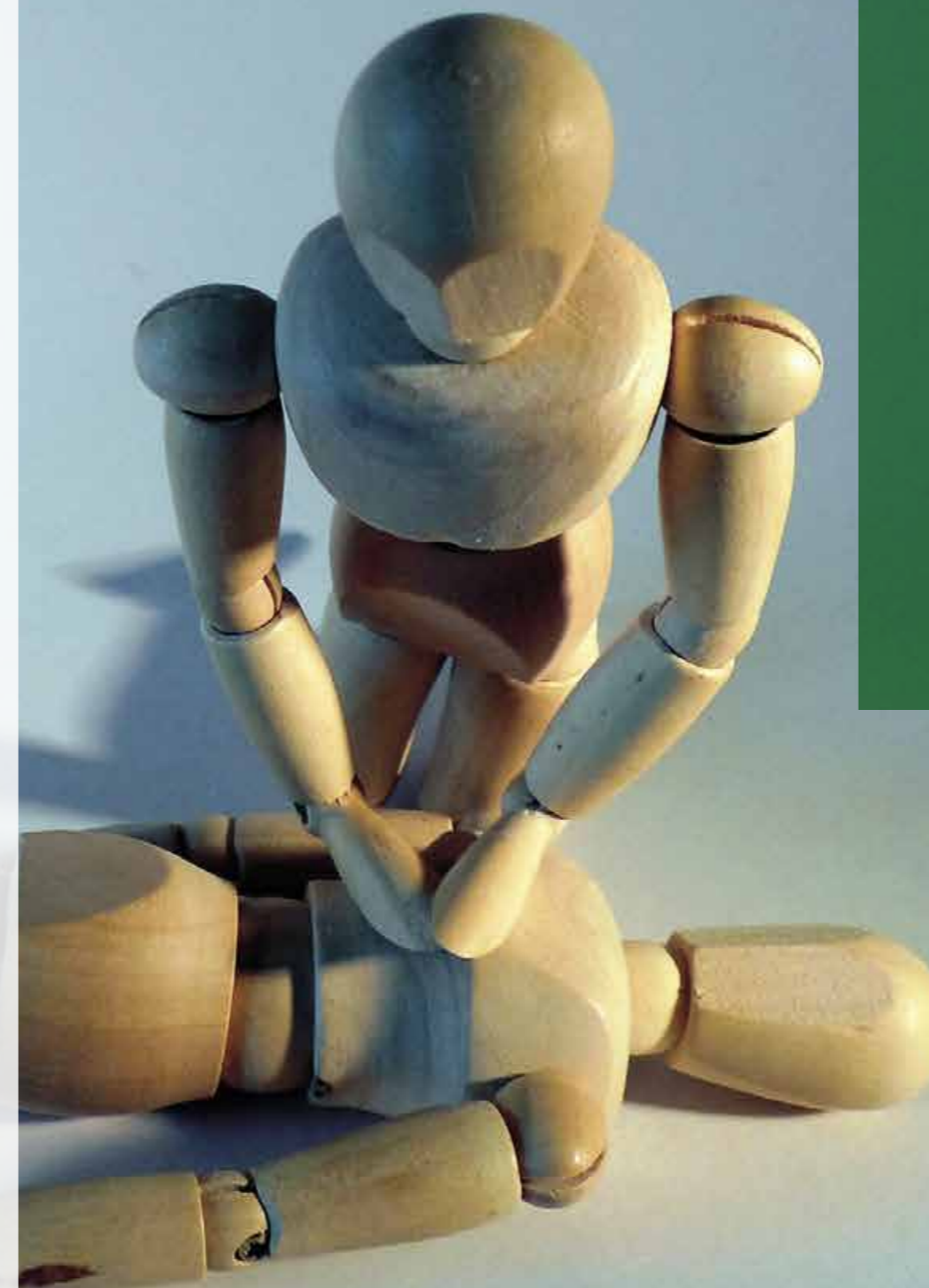
We laten ons tempo bepalen door de snelsten en de rest haakt dan vanzelf wel aan. Of niet natuurlijk. Ik kan wel structuurdiscussies gaan voeren, maar ik weet wat de Engelsen zeggen: *culture eats structure for breakfast*. Als mensen niet willen, willen ze niet."

### Leermomenten

Voorbeelden onderstrepen hoe de cultuur de structuur overheerst. "Voor de huisartsenposten zijn de ambulancediensten soms echt een *last resort*", zegt hij. "We hebben meegemaakt dat een huisarts vond dat we een patiënt maar naar het ziekenhuis moesten vervoeren, omdat geen ander vervoer beschikbaar was. Ze stond met haar koffertje voor haar huis te wachten op de ambulance. Dan onttrek je capaciteit voor het acuut vervoer. Ook meegemaakt: een vrouw die met de huisarts had afgesproken niet meer te willen worden behandeld en dus niet meer naar het ziekenhuis te willen. Toen ontstond een acute situatie waarin de dochter de druk opvoerde. Gelukkig lukte het net op tijd de huisarts te bereiken, zodat de wens van de vrouw kon worden ingewilligd en de ambulance weer kon vertrekken. Het zijn dit soort voorbeelden waarvoor we als AZN het *Springplank-project* hebben opgezet, waarin we huisartsen, vvt-sector en ambulancediensten bij elkaar zetten. Daar ontstaan de leermomenten."

### Staatsloterij

De oplossing is in ieder geval niet: meer dokters, meer verpleegkundigen en meer auto's, stelt Noten. "Wie dat stelt, moet ook zeggen: meer mensen die de Staatsloterij winnen", zegt hij. "En bovendien houd je de handelingsbekwaamheid niet op peil als je het zo dun spreidt. Je kunt de organisatie van de acute zorg niet inrichten op basis van de pieken. Je kunt wel zorgen dat je die zorg zó inricht, dat je in staat bent de pieken op te vangen." Wat ook niet helpt, aldus Noten, is dat ziekenhuizen nu de beslissing kunnen nemen een SEH te sluiten als die onvoldoende rendabel is. "Ambulances halen mensen niet alleen op", zegt hij, "we moeten ze ook nog ergens naartoe brengen. Sluitingen of opnamestops plaatsen ons dus voor enorme problemen. En er is nog iets dat ons niet helpt: het feit dat de huisartsen een andere urgentieclassificatie hebben dan wij. Gelukkig zijn we daarover nu met ze in gesprek." Maar het is duidelijk niet het enige gesprek dat Noten nog moet voeren over de keten van acute zorg. <<



## LANDELIJKE SPREIDING SEH'S, TRAUMACENTRA EN HAP-PLUS

De keten van acute zorg kraakt, aldus Prabath Nanayakkara, hoogleraar acute interne geneeskunde Amsterdam UMC. "Volledig mee eens", zegt Han Noten.

"En dat los je alleen op door die acute zorg ketenspecifiek te organiseren, de samenwerking strak vorm te geven. Dat kun je niet aan de markt overlaten, beschikbaarheid kost geld. Mijn ideaalbeeld is een landelijke spreiding van SEH's, traumacentra en wat ik maar HAP-plus noem. Daarmee bedoel ik een setting waarin pakweg tachtig procent van de vragen kan worden afgevangen. Dat kan makkelijk, want tachtig procent van wat nu op de SEH's terecht komt is geen bloedsnelheid. De herseninfarcten en hartaanvallen zijn maar een beperkt percentage van wat we acute zorg noemen. Een patiënt stabiliseren kan ook in een HAP waarin artsen werken die daarvoor geëquipeerd zijn."

