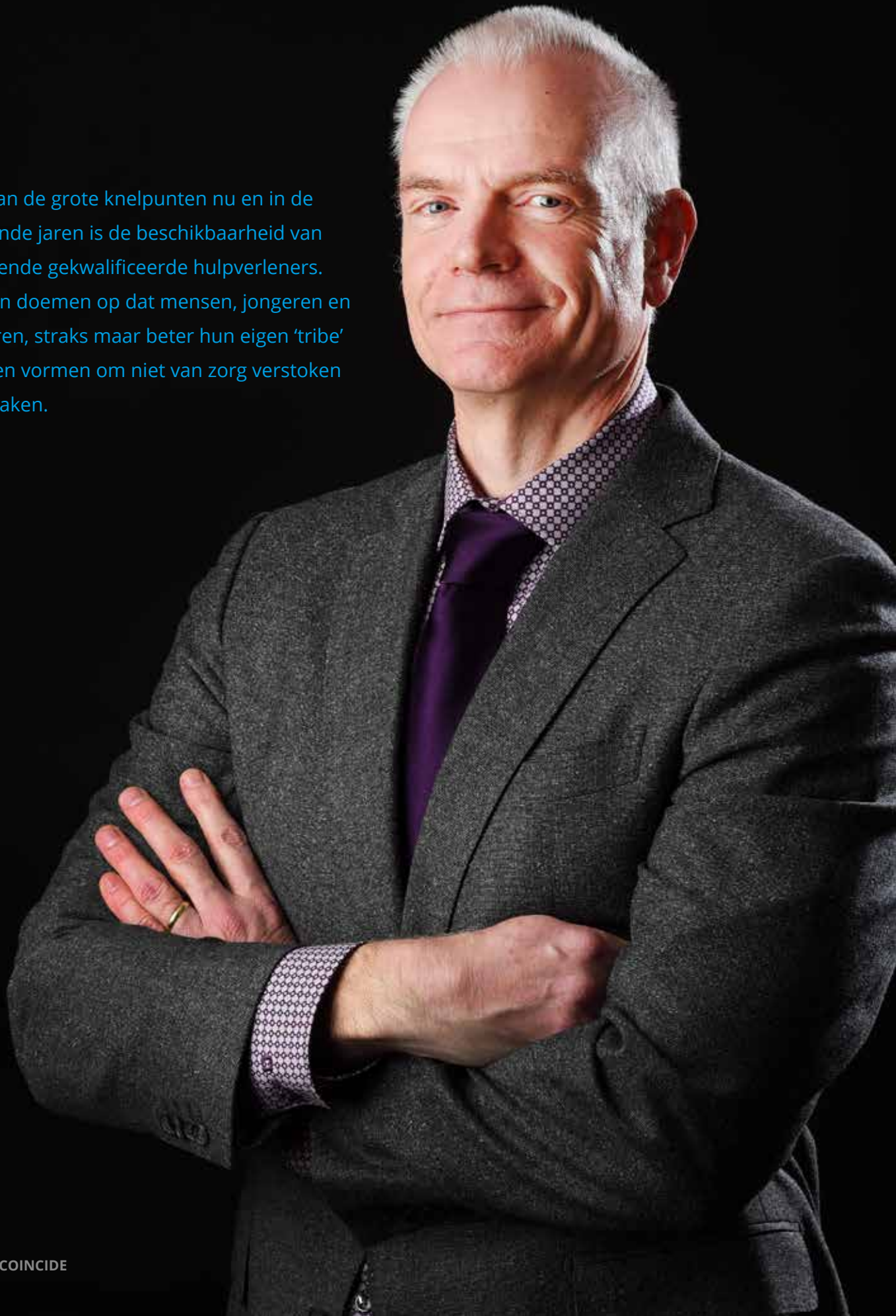


**Ron Akkerman**

*voorzitter raad van bestuur Pro Persona*

Een van de grote knelpunten nu en in de komende jaren is de beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerde hulpverleners. Zorgen doemen op dat mensen, jongeren en ouderen, straks maar beter hun eigen 'tribe' kunnen vormen om niet van zorg verstoken te geraken.





# LANGDURIGE ZORG: IS DE TOEKOMST 'TECHNOLOGY DRIVEN'?

*Tijd voor samenwerking in een Deltaplan zorg?*

**V**an echt anti-cyclisch beleid en proactief de arbeidsmarkt beïnvloeden lijkt geen sprake. Nu het toch is zoals het is, zal het arbeidsmarkttekort in de zorg wel eens een geheel nieuwe beweging kunnen uitlokken. Immers, als iedere aanbieder probeert de mensen te werven voor zijn organisatie en daarmee net iets eerder over de streep wil gaan dan andere aanbieders, dan is de schaarste alleen anders verdeeld. Een factor die politieke beleidsmakers en bestuurders niet altijd de juiste aandacht geven, is de invloed van de technologische ontwikkeling. Hoewel zich deze deels autonoom voltrekt en de wereld meer verandert dan vele expliciete beleidsbeslissingen in ministerraden en boardrooms, vraag ik me af of het niet nu juist de tijd is om op landelijk niveau een doorbraak te realiseren.

## **Deltaplan zorg**

In de zorgsector zijn tal van initiatieven om technologie in te zetten, maar het zijn nog initiatieven in de marge. Velen hebben een verkennend karakter en daadwerkelijke substitutie van personele inzet door technologie is beperkt. Bovendien zijn de initiatieven vaak lokaal in samenwerking met toevallig regionaal aanwezige technologische bedrijven.

Het gaat dan bijvoorbeeld om de inzet van camera's, visueel contact via internet, apps voor hoe GGZ cliënten zich voelen, bewegingsmelders en valdetectie apparatuur om in de late avond en nacht toezicht te kunnen uitoefenen. Allemaal initiatieven met de bedoeling de zorg en veiligheid van patiënten te kunnen waarborgen op een efficiënte wijze. Hier is de link met de arbeidsmarktcrisis. Het kan in de toekomst wel eens 'digitale' beslissingen vergen: je doet het met behulp van technologie of er is geen zorg. Door de arbeidsmarkt schaarste in vele functies dreigt sluiting van bepaalde klinische voorzieningen. Er worden 'doomsday' scenario's beschreven waarin in de nabije toekomst wel geld voor zorg is, maar geen handen aan het bed. In de praktijk blijkt echter vaak dat er dan toch juist door de structurele noodsituatie oplossingen worden gevonden die niet eerder in beeld zijn gekomen of wenselijk werden geacht. Dit is geen pleidooi voor laissez faire beleid, integendeel. Het lijkt me wenselijk en noodzakelijk, daarvoor is het probleem groot genoeg, om de creativiteit voor het vinden van nieuwe oplossingen een handje te helpen. Hoe? Door de fragmentatie aan te pakken. Decentrale initiatieven zijn prima, maar planmatige samenwerking op landelijk

niveau tussen de verschillende sectoren met het bedrijfsleven (groot en klein) en de rijksoverheid is nodig. Waarom geen Deltaplan voor de zorg gericht op het bundelen van kennis, ontwikkeling van nieuwe kennis en technologische toepassingen?

## **Het rendement van innovaties**

De focus is in de landelijke media, en daarmee kennelijk ook in de politiek, vooral gericht op kostenbeheersing vanwege de oplopende zorgpremies. Wat hebben we, de kiezer en belastingbetaler, over voor welke zaken en hoeveel? Hier behoort het publieke debat over te gaan zodat er ook iets te kiezen is op deze terreinen. Waar ik in het kader van dit artikel op wil wijzen is echter de mogelijkheid om de zorgsector, die voorziet in fundamentele levensbehoeften van mensen, nog veel innovatiever te maken. Innovatiever door juist meer in technologie te investeren als belangrijkste stimulator van verandering. Iedere zorgaanbieder afzonderlijk heeft daartoe maar zeer beperkte middelen, aangezien het netto rendement in enkele sectoren slechts 1 à 2 procent bedraagt, vaak zeer kwetsbaar is, en nodig is om het eigen vermogen te versterken. Met deze technologische innovaties die de zorg als dienst zullen gaan veranderen en waarbij nieuwe

*“Met deze technologische innovaties ontstaat een nieuwe impuls voor de groei van onze economie.”*

producten ontwikkeld zullen worden, ontstaat een nieuwe impuls voor de groei van onze economie.

### **Van decentraal naar overkoepelend**

Wat ik nu zie is overwegend geploeter in de marge. Iedereen probeert iets, met technologie. Waar zijn de ‘centers of excellence’? De broedplaatsen waar samengewerkt wordt aan technologische evoluties in de zorg door clustering van het talent en het schaarse geld? Is niet juist hier, in plaats van een decentrale aanpak, een overkoepelend kader nodig waarin de speerpunten worden vastgesteld en waar de schaarse middelen bij elkaar worden gebracht en geïnvesteerd? Zou dat niet tot een hoger maatschappelijk rendement kunnen leiden? Het chirurgische mes snijdt aan twee kanten. Enerzijds zal technologie, net als in andere sectoren, ook in de zorg wel degelijk een oplossing gaan bieden voor de arbeidsmarktkrapte. Anderzijds is er een link met het denken in termen van Value Based Healthcare (VBHC).

### **Technologie als complement**

Het paradigma van Value Based Healthcare is een interessant economisch paradigma. In de kern zou je het als formule kunnen omschrijven: De toegevoegde waarde van de zorg is de som van de gewenste uitkomsten van de zorg gedeeld door de daarvoor opgeofferde kosten. Het legt dus net als in andere sectoren een relatie tussen in- en output en veronderstelt dat dit meetbaar is en zich leent voor

onderlinge vergelijking. Er ligt nog een wereld braak als het gaat om de schaarse inputvariabelen te herordenen en de factor technologie relatief te vergroten ten opzichte van arbeid. Recent hoorde ik een voorbeeld van een collega die in Beijing door een robot een gaatje in zijn kies heeft laten vullen, via een volledig gedigitaliseerd proces. Ik prees hem om zijn lef. Bij thuiskomst liet hij het controleren door zijn tandarts die zei dat zijn Chinese collega het perfect had gedaan.

In de zorg is warme medemenselijkheid onvervangbaar, zeker in een maatschappij waarbij de participatiegedachte steeds meer iets van het verleden is. Het hoeft de richting om te investeren in meer technologie echter geenszins in de weg te staan, hoewel dat zeker in de GGZ nog geen geaccepteerd gedachtengoed is. In het recente verleden bleef de doorbraak van internetbehandeling voor psychische problemen zonder bijkomende problemen op andere levensgebieden helaas nog uit.

Twee lijnen komen hier bij elkaar: de toenemende schaarste aan zorgverleners enerzijds, en de wens en noodzaak om de zorguitgaven te beheersen en doelmatigheid te vergroten anderzijds. In de combinatie ligt de sleutel in anders denken in de zorg, namelijk naar waardecreatie door technologische veranderingen en de creatieve Schumpeteriaanse ‘destructie’ van organisatievormen die dit blokkeren.

### **Investeren in technologie**

Op het gebied van technologische research en innovatie is de BV Nederland naar mijn smaak meer gediend met samenwerking in de ontwikkelfase dan met concurrentie. Er is de afgelopen jaren door de rijksoverheid ingezet op tal van stelselwijzigingen, maar het is de vraag of die daadwerkelijk zullen bijdragen aan de houdbaarheid en kwaliteit van de zorg zoals wordt beloofd. Het is een set van beleids- en bekostigingsregels die vaak resulteren in meer bureaucratie in plaats van minder. Een investeringsfonds voor technologische vernieuwing van de (langdurige) zorg zou dit doel weleens eerder binnen bereik kunnen brengen. Met doorbraken in de technologische mogelijkheden en de daadwerkelijke grootschalige toepassing daarvan, kan de transitie naar Value Based Healthcare mogelijk worden versneld om een antwoord te geven op de arbeidsmarkt schaarste.