

**Cross Over: Werken in de zorg
Samenwerking van technici en zorgverleners
KIVI NIRIA, 11 oktober 2012**

**Door dr. ir. Hans Hoek
directeur C3 adviseurs en managers**

Syllabus

Werken in de zorg betekent voor technici een vorm van Cross-over, tussen heel verschillende disciplines. Een geslaagd voorbeeld van Cross-over Music is de samenwerking tussen Rockstar Freddy Mercury van Queen en operazangeres Montserrat Caballé. Zij zongen samen het lied 'Barcelona'.

Cross-over is de basis voor samenwerking tussen zorgverleners en technici in de zorg. Dat geeft niet altijd zulke mooie resultaten als op de video. Vandaag ga ik in op werken in de zorg en de samenwerking tussen de werelden van zorg en van techniek. Ik vertel u eerst iets over mijn eigen ervaringen.

Over Hans Hoek

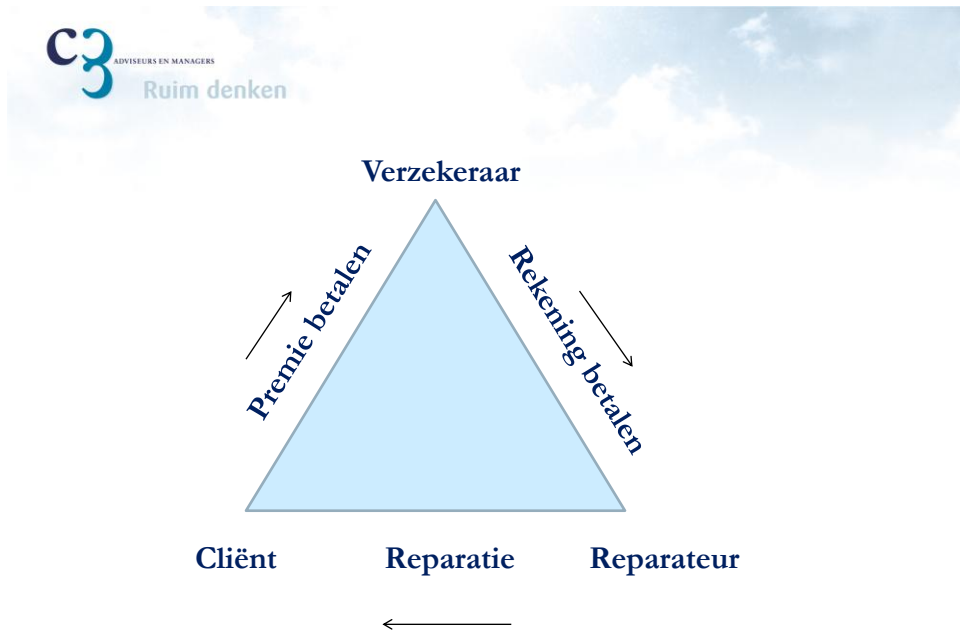
Ik maakte zelf 25 jaar geleden de overstap van techniek naar zorg. Ik ben afgestudeerd als civiel ingenieur in Delft, specialiteit verkeerskunde. Ik heb 10 jaar in mijn vak gewerkt als onderzoeker, beleidsmaker en manager. Dat managen ging een steeds grotere rol spelen, zeker toen ik de planvorming voor een groot bedrijventerrein in Brabant leidde. Omdat ik bij al mijn banen ook bij organisatieontwikkeling en MD-trajecten betrokken was, was ik inmiddels meer organisatiekundige en manager dan ingenieur.

Ik ging dus op zoek naar een baan waar die kennis en vaardigheden tot hun recht konden komen. Min of meer toevallig bleek dat het AZU, toen nog gevestigd aan de Catharijnesingel. Ik kreeg de opdracht om samen met twee hoogleraren de laboratoria voor te bereiden op de overgang naar de Uithof. Veertig verschillende laboratoriumeenheden, verspreid over de paviljoens op het terrein moesten fysiek en organisatorisch in één eenheid onder onze leiding. Dat lukte me goed en ik vond de gezondheidszorg wel heel boeiend om in te werken. Ik besloot in de zorg actief te blijven. Omdat er toen geen specifiek adviesbureau voor de gezondheidszorg was, heb ik dat met twee anderen opgericht. Dat is nu bijna 25 jaar geleden. Sindsdien ben ik als interim-manager en adviseur in de zorg werkzaam en leid ik C3. Vanuit die ervaring ga ik in op werken in de zorg en het samenspel tussen zorgmensen en technische mensen.

Hoe zit de gezondheidszorg in elkaar?

Als je in de zorg wilt werken, moet je wel een beetje weten hoe deze in elkaar zit. Daar ga ik nu op in. Eerst de financiering.

In hoofdzaak wordt de gezondheidszorg betaald via schadeverzekeringen. Het systeem is dus gebaseerd op dezelfde principes als verzekeringen voor autoschade. De cliënt betaalt premie voor een cascoverzekering. Als hij schade heeft wordt deze door een reparateur hersteld, die zijn geld ontvangt van de verzekeraar. Experts van verzekeraar en reparateur maken te voren afspraken over de reparatie en de kosten.



Als de verzekeraar teveel schades moet vergoeden, dan gaat de premie omhoog. Je kunt als verzekerde een eigen risico hebben en je krijgt korting als je lang geen schade hebt gehad. Een casco schadeverzekering is niet verplicht. Als je die niet hebt moet je de schade zelf betalen of er mee doorrijden.

De schadeverzekering in de gezondheidszorg bestaat uit drie verzekeringen, waarvan er twee verplicht zijn: de basisverzekering en de premie voor de AWBZ. Iedere burger betaalt premie voor die twee verzekeringen en voor werkenden betaalt de werkgever mee (helpt inkomensafhankelijke premie). Daarnaast is er de vrijwillige aanvullende verzekering waarvoor je als burger wel of niet kunt kiezen. Ook bij de zorgschadeverzekering heeft de verzekerde een eigen risico en voor sommige diensten moet hij een eigen bijdrage leveren. Hij krijgt alleen geen korting als hij weinig schade declareert.

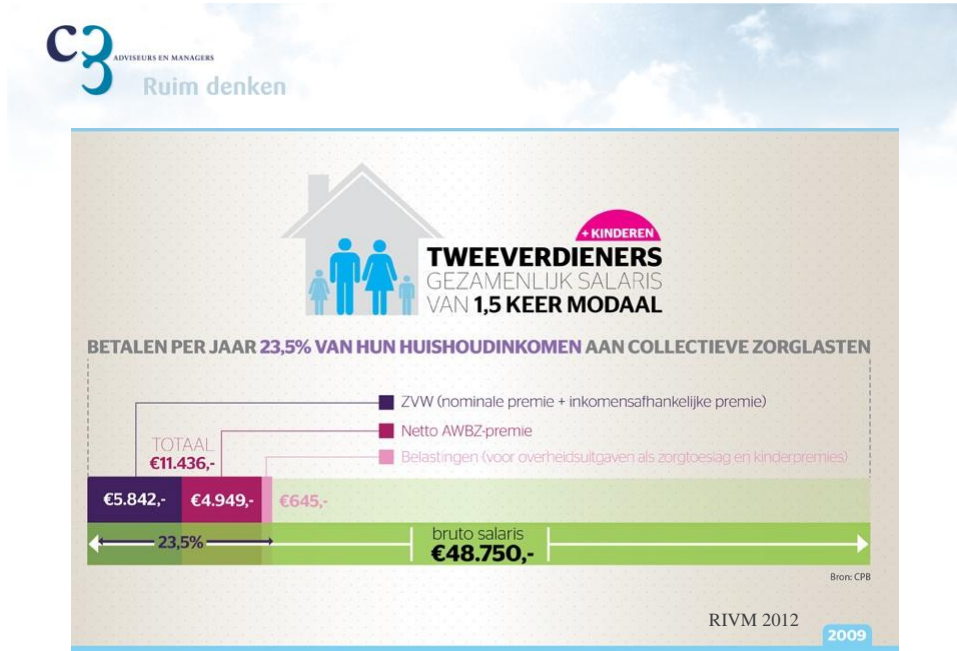
Tot zover lijkt het simpel, maar het wordt ingewikkeld door de vele manieren waarop de overheid zich met de zorg bemoeit.



In de gezondheidszorg gaat in 2012 € 90 miljard om. Dat is 13% van het BNP en het percentage stijgt. Daarom wil de overheid de kosten in de hand houden. Dus mogen de premies niet zomaar verhoogd worden, zoals bij autoschade. Bovendien worden verplichte sociale verzekeringen in EU verband tot 'collectieve uitgaven' bestempeld. Ze tellen dus mee bij het begrotingstekort en moeten beteugeld worden.

Overigens wordt 14% van het BNP aan vakanties besteed, dus de burger geeft meer geld uit aan vakantie dan aan zorg (Arjo Klaver). Dat de zorg onbetaalbaar voor de burger wordt valt wel mee.

Van die € 90 miljard betalen burgers en werkgevers samen 85%. Maar 15% komt uit belastingen (waarvan 4,5% opgaat aan de zorgtoeslag). Hier ziet u een paar plaatjes van het RIVM over kosten en bestedingen in de zorg. Daaraan ziet u dat de burger en niet de overheid de meerderheid van de zorgkosten betaalt.



Toch wil die overheid grip hebben op de zorgkosten. Daarvoor zijn een paar redenen. De eerste is dat kosten van verplichte verzekeringen meetellen bij het begrotingstekort van de overheid. De tweede is het inkomensplaatje. Wat de burger uitgeeft aan zorg, kan hij niet aan iets anders uitgeven. Vanuit inkomenspolitiek wil de overheid zich dus eveneens met de kosten van de zorg bemoeien.

Bovendien heeft de overheid een grondwettelijke taak voor de zorg. In de praktijk is dat vertaald naar vier publieke doelen voor de gezondheidszorg:

- Betaalbaarheid.
- Beschikbaarheid.
- Toegankelijkheid.
- Kwaliteit.

Vanuit die vier doelen bemoeit de overheid zich intensief met de zorg, waarbij de laatste jaren vooral betaalbaarheid en kwaliteit aandacht krijgen. Men probeert de toegang te beperken, de kosten te verschuiven, het geld te maximaliseren, het systeem te wijzigen of zaken uit het verzekerde pakket te halen. Ook is veel geld en aandacht besteed aan een soort productcatalogus waar geld tegenover staat: DBC/Dot voor de cure en ZZP voor de care. Een heel oude maatregel is de toegang tot duurder zorg te beperken door echelonnering.

In 1974, dus bijna 40 jaar geleden, bedacht toenmalig staatssecretaris Hendriks dat je kosten kon besparen als de toegang tot specialistische zorg moeilijker werd gemaakt. De burger mocht niet meer direct naar het ziekenhuis, maar moest een verwijzing hebben van de huisarts. En hij mocht alleen maar naar nog specialistischer voorzieningen op verwijzing van de ziekenhuisspecialist. Zo ontstond een systeem met vier echelons, waar we nog steeds aan vast zitten.

Als u leest over ‘versterking van de eerste lijn, ambulantisering psychiatrie, extramuralisering, meer zorg thuis, dan gaat het er steeds om zorgvragers uit de duurdere instellingen te houden. Dat is deels door kosten ingegeven, deels door de wens van patiënten en cliënten en deels door ideologie. Het is na 40 jaar nog niet echt gelukt. Maar het is goed dit begrip te kennen, omdat veel van het huidige beleid nog steeds op de indeling in echelons is gebaseerd.



Andere begrippen die u moet kennen, is het onderscheid tussen cure en care. Cure is alles wat met behandeling te maken heeft. Huisartsen, ziekenhuizen, revalidatiecentra en een deel van de psychiatrie maakt onderdeel uit van ‘Cure’. ‘Care’ is de verzamelnaam voor alles waar gezorgd wordt voor mensen, die herstellende zijn of niet meer beter worden. Care vindt plaats in de verpleeghuizen, gehandicaptenzorg, psychiatrie en thuiszorg. U ziet dat de indeling cure-care dwars door de echelonering heen loopt. Dat geldt ook voor het onderscheid intramuraal = binnen een instelling, en extramuraal= thuis of ambulante. Iedere indeling heeft zijn beperkingen, maar het is goed ze te kennen.

Een ander belangrijk element is de bestuurlijke organisatie van de zorg. Het algemene beeld is dat gezondheidszorg een onderdeel van de overheid is of was en dat de overheid dus in alles moet kunnen ingrijpen. Dat is niet zo. De gezondheidszorg is in Nederland ontstaan door particulier initiatief van kerken, socialisten en gegoede burgers. Pas na de Tweede Wereldoorlog is de overheid zich intensief met de zorg gaan bemoeien. Maar zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars zijn private organisaties, die opereren binnen publieke kaders. Ze hebben bovendien te maken met professionals die zich apart georganiseerd hebben en voor een deel niet in dienst zijn van de zorgaanbieder.

Dit alles leidt tot een uiterst ingewikkeld spel, waarin de spelregels en de verantwoordelijkheden niet duidelijk zijn. Dat merk je als in de Kamer aan de minister gevraagd wordt in te grijpen bijvoorbeeld bij slechte zorg in een instelling. Daar gaat de minister niet over en dat zegt ze dan ook steeds. Toch blijven politici en media er in geloven dat de overheid de zorg betaalt en van alles in die zorg voor elkaar kan krijgen. Beide is niet waar. Maar door al die ingewikkelde bemoeienis van de overheid is er van het principe van schadeverzekering, waar ik mee begon, weinig meer over.

Cultuurverschillen tussen zorgverleners en technici

Er is natuurlijk nog veel meer te vertellen over de inrichting van de gezondheidszorg, maar ik volsta hiermee. Ik ga over naar het volgende onderwerp, de samenwerking tussen technici en zorgverleners. Wat zijn daar de verschillen en overeenkomsten en hoe kunnen beide groepen samenwerken? Is een geslaagde cross-over mogelijk? En wat kun je daar als persoon aan bijdragen? Of waar moet je maar mee leren leven? Ik vertel u een deel van mijn ervaringen en de patronen, die ik de afgelopen 25 jaar meen te zien.

Laten we eerst eens kijken naar de cultuurverschillen tussen technici en zorgverleners.



Techniek en Zorg

Ontwerpen
Construeren
Onderhouden
Onderzoeken problemen
Repareren
Verzorgen

(Onderhouden)
Onderzoeken problemen
Repareren
Verzorgen

Technici worden opgeleid voor het gehele traject van ontwerpen, construeren, onderhouden, zoeken naar problemen en het repareren of vervangen wat kapot is. Ze kiezen later op welk deel van deze cyclus ze zich richten.

De eerste twee onderwerpen zijn bij zorgverleners niet aan de orde. Er mag verschillend gedacht worden over de ontwerper van de mens, dat is in ieder geval niet de zorgverlener.

Behalve bij haar eigen kinderen is de zorgverlener ook niet de constructeur. Mensen onderhouden zichzelf, maar hebben daar soms hulp van de zorgverlener bij nodig. Ze komen bij de zorgverlener als er iets mis is. Vanaf dat moment zijn de soort activiteiten van technici en zorgverlener vergelijkbaar.

In de zorg wordt meestal onderscheid gemaakt tussen preventie, cure en care. Preventie zou je kunnen zien als bijdragen aan het onderhoud van de mens. Cure betekent letterlijk repareren of herstellen. Daar zijn dokters ook voor opgeleid. Ze heten niet voor niets geneeskundigen. Maar veel ziekten, waar dokters mee geconfronteerd worden, zijn helemaal niet te herstellen of te genezen. Bij chronische ziekten kunnen de artsen niet veel meer doen dan door behandeling verergering van het probleem voorkomen of uit te stellen. Voor werkers in de cure is dat nog steeds frustrerend. Ze zijn immers vooral als reparateur opgeleid. Technici hebben dat probleem minder. Reparatie is heel vaak mogelijk en als dat niet kan, kun je tot volledige vervanging overgaan en de nieuwste techniek weer leveren.

In de care is het verschil nog groter. Zorgverleners helpen mensen, die niet zo goed meer functioneren, om zo goed mogelijk te leven. Ze verzorgen deze mensen bij hun dagelijkse onderhoud en bij het zo veel mogelijk gebruiken van wat er nog rest aan vaardigheden. Die verzorgende kant speelt bij technici alleen een rol bij oude techniek zoals de Riley op de foto. Die verschillen in de range van activiteiten, het werken aan een mens of aan techniek en het verschil in succeskansen maakt volgens mij dat zorgverleners en technici verschillend in het leven staan.

Een ander verschil dat ik zie is de tijdshorizon en de planbaarheid. Als technicus leer je lang voort te denken. Een brug kun je alleen bouwen als je voor lange termijn plant en projectmatig kunt werken. Ook onderhoud en vervanging wordt voor langere termijn uitgezet. Alleen bij reparatie ga je als technicus van het ene probleem naar het andere.

Dat ritme hebben dokters ook. Ze zien iedere zeven minuten een andere patiënt in de spreekkamer. Dan moeten ze direct de diepte in om te ontdekken wat er aan de hand is. Zeven minuten later moet de dokter dat proces herhalen met een andere patiënt. Een arts is dus gericht op oog voor detail, diep doorgraven om het probleem te vinden. En snel schakelen van het ene naar het andere probleem. Dat geldt voor de verpleging ook min of meer, al kunnen die het dagritme beter plannen. Zorgverleners gaan dus van incident naar incident, waarbij ze ieder geval als uniek beschouwen. Toen net het proces van standaardisatie van behandelprocessen op gang kwam, zoals met de borstkankerpoli, kostte het artsen moeite om mevrouw Pieterse, mevrouw Janssen en mevrouw Van Deventer niet alleen te zien als unieke individuen, maar ook als dames met een vergelijkbaar probleem, waarvoor je dezelfde diagnostiek steeds in dezelfde volgorde kunt verrichten. Nu is dat in de zorg wat meer ingesleten.

Om technisch iets voor elkaar te krijgen, moet je een proces met veel mensen en middelen kunnen managen. Daarom krijgt zeker de TU ingenieur veel kennis van management aangereikt. Tot een paar jaar geleden maakte management geen deel uit van de opleiding tot dokter en kwam het bij verpleegkundigen pas in de vervolgopleiding ter sprake. Dat betekent niet alleen dat veel zorgverleners moeite hebben met managementtaken, maar dat sommigen er ook een regelrechte afkeer van hebben. Dat wordt nog versterkt door de vele bureaucratische registraties, die de laatste jaren zijn ingevoerd.

Daar komt de roep vandaan om de zorg terug te geven aan de professionals. Dat lijkt me geen goed idee. Zorg is te complex om zonder een vorm van management te kunnen, al schiet de hoeveelheid managers soms wel door.

Om een technisch project te realiseren is samenwerking tussen verschillende disciplines noodzakelijk. Dat gaat vaak niet goed, maar de noodzaak is voor betrokkenen evident. In de zorg is samenwerking nog steeds niet vanzelfsprekend. Verpleegkundigen werken in hun eigen team samen, maar samenwerking met dokters en met andere teams, is niet gemakkelijk. Dokters werden lang opgeleid om in de isolatie van hun spreekkamer als individu heroïsche dingen te doen. Ze zijn nog steeds niet gewend om met elkaar en met andere disciplines samen te werken, al worden jonge dokters daar beter voor getraind. Een voorbeeld: op de OK geldt tegenwoordig een 'time-out' procedure. De operateur, de anesthesioloog en de OK-assistenten moeten allemaal bevestigen dat dit de juiste patiënt is, dat het instrumentarium beschikbaar is en dat ze weten welke operatie aan welk lichaamsdeel moet worden uitgevoerd. Pas dan mag de operatie beginnen. Er zijn nog steeds snijdende specialisten, die dat onzin vinden: ik als chirurg beslis of we opereren.

Dat brengt me op een ander punt, waar ik me 25 jaar geleden bij mijn overstap naar de zorg (en nog) over verbaasde. Dat is de enorme hiërarchie of beter gezegd pikorde in de zorg. Dokters staan bovenaan de pikorde, daarna volgen de paramedici, dan een hele tijd niets en dan de verpleegkundigen. Technici bungelen onder aan die pikorde, tenzij ze essentieel zijn, zoals bij beeldvormende vakken. Binnen de dokter is ook een duidelijke pikorde, waarbij snijdende specialisten bovenaan staan en kinderartsen onderaan, maar nog steeds ver boven huisartsen en verpleeghuisartsen, laat staan sociaal geneeskundigen. Dat maakt samenwerking, maar vooral onderlinge correctie heel lastig. Durft een OK-assistente tegen de orthopeed te zeggen dat hij niet mag opereren omdat hij te veel gedronken heeft? Niet dus.

Natuurlijk heb je in de techniek ook een pikorde, waarbij TU-ingenieurs zich verheven voelen boven HBO-ingenieurs en waarbij hiërarchie belangrijk is. Maar een zo sterke gelaagdheid heb ik in mijn ingenieurstijd niet gezien.



Cultuurverschillen tussen technici en zorgverleners

Grote lijnen en lange termijn
Standaardisatie
Planbaar
Management nodig
Functionele hiërarchie
Samenwerking in team is
vanzelfsprekend
Zwart- wit
Overtuigd van eigen gelijk



Oog voor detail en diepgang
Ieder geval is uniek
Incidenten zijn bepalend
Management belemmert
Stringente pikorde
Samenwerking tussen
disciplines moeizaam
Ieder mens is anders
Overtuigd van eigen gelijk



Als ik dit allemaal noem, dan klinkt dat misschien als een negatief oordeel over de werkers in de zorg. Dat is niet zo. De meeste zorgverleners doen hun werk met hart en ziel en grote betrokkenheid bij de patiënt/cliënt. Maar juist die dienstverlening en het moeten handelen in snel veranderende omstandigheden van leven en dood maken dat mensen snel terugvallen op de patronen, die ze in hun opleiding hebben geleerd. Levensreddend handelen verdraagt zich niet vanzelf met teamwork. Hoewel goede training helpt. Kijk maar naar de samenwerking binnen de teams in de traumahelikopters.

Ik heb deze cultuurverschillen vooral genoemd, omdat je ze moet kennen als je als technicus in de zorg gaat werken en gaat samenwerken. Voor ik overga naar het volgende onderwerp noem ik nog één verschil. Technici zijn vaak binaire mensen. Iets is zwart of wit, een schakelaar staat aan of uit. Zorgverleners moeten zich voortdurend de vraag stellen of ze het goede doen en of de patiënt naar verwachting op de behandeling reageert. Het menselijk lichaam is echter geen machine en reageert vaak anders dan verwacht. Bovendien gebeuren er vaak onverwachte dingen, die het ritme in de war schoppen. Voor sommige technici is dat moeilijk te verkroppen: We hadden toch afgesproken dat ik nu de infuusapparatuur zou onderhouden en nu hebben jullie ze allemaal in gebruik. Technici en dokters hebben overigens één ding gemeen: Ze kunnen met grote stelligheid een waarheid verkondigen zonder gevoelig te zijn voor argumenten van de ander. Overigens schept dat eerder verwijdering dan een band.

Zorg en techniek

Genoeg over de cultuurverschillen. Laten we nu eens kijken welke rol technologie in de zorg kan spelen en hoe zorgverleners daar naar kijken. Om met dat laatste te beginnen.



	Interesse	Geen interesse
Cure	Geïntegreerd	Ondersteunend
Care	Ondersteunend	Afwijzend

Ik zie daar een verschil tussen cure en care en daarbinnen tussen zorgverleners, die wel of niet geïnteresseerd zijn. Ik begin bij de cure. Daar zie ik een groot verschil tussen specialisten die met techniek werken, zoals radiologen, nucleair geneeskundigen en laboratoriumartsen aan de ene kant en beschouwende specialisten en verpleegkundigen aan de andere kant. Voor de eerste groep is technologie essentieel, zonder dat kunnen ze hun werk niet doen. Ze zijn zelf in techniek geïnteresseerd en weten dat ze technici en laboranten nodig hebben. De samenwerking tussen techniek en zorg is op deze afdelingen vaak uitstekend. Zorgverleners en technici vormen één team die samen zorgt dat alles goed werkt. En die samen verlekkerd kijkt naar nieuwe technologie en probeert die zo snel mogelijk in huis te halen.

Voor veel dokters en verpleegkundigen op bijvoorbeeld beschouwende afdelingen is techniek bijzaak. Het moet er zijn en het moet werken. Er moeten altijd voldoende bloeddrukmeters, infuuspompen etc. aanwezig zijn en je moet geen moeite hoeven doen om te begrijpen hoe die dingen werken. Doen ze het niet, dan moet een ander (de techneut) maar zorgen dat het werkt, ook al vergeet ik hem te melden dat het ding kapot is. Dit zie je bijvoorbeeld bij de zogenaamde 'point of care' apparatuur. Er is al heel wat analyseapparatuur voor bloed en bloedgasen, die aan het bed noodzakelijke informatie geeft. Toch neemt het gebruik van die apparatuur geen hoge vlucht en stuurt men liever bloedmonsters naar het lab. Point of care apparatuur is gevoelig en vraagt goed onderhoud en goede kalibratie. Daar is op de Spoedeisende hulp en de verpleegafdeling geen gevoel en aandacht voor. Dus moet er een 24 uren lab zijn, natuurlijk ook omdat de klinisch chemici graag onmisbaar zijn.

In de care is de acceptatie van techniek veel minder. Het heeft bijvoorbeeld lang geduurd voordat tilliften algemeen gebruikt werden.

De verzorging vond dat onpersoonlijk, met de hand ging het gemakkelijker, het contact met de bewoner was directer en bovendien was patiënten tillen een belangrijk onderdeel van je vak. Nu worden tilliften wel gebruikt en zijn er veel minder rugklachten. Op dit moment worden apparaten voor het aantrekken van steunkousen nog verschillend gewaardeerd. De een vindt het bijdragen aan de onafhankelijkheid van de cliënt, de ander vindt het onmenselijk dat je bij zoiets intiem niet door een mens wordt geholpen.

Er is veel verzet tegen en twijfel over het gebruik van domotica en zorg op afstand. Zowel bestuurders als zorgverleners vinden dat communicatie via een LCD scherm koud is en de menselijke warmte mist. Dat zeggen ze terwijl in de recreatieruimte Oma op haar iPad zit te skypen met haar kleindochter in Australië. Als er tenminste WIFI in het verpleeghuis is, want ook dat ontbreekt nog weleens. In de care zie ik een grote groep zorgverleners die bang is voor techniek en er afwijzend tegenover staat. Er is maar een kleine groep die technologie als ondersteunend ziet en als verbeterend voor zorgproces. In sommige intramurale instellingen blijven de technische voorzieningen voor ICT, digitalisering en sociale media dus nog fors achter. Als technicus heeft u in zo'n instelling een ondankbare taak en moet u veel missiewerk verrichten.

Ontwikkelingen

Welke ontwikkelingen in de zorg zijn nu bepalend voor het samenspel tussen zorg en techniek? In de cure bepaalt de techniek de zorg en niet omgekeerd. Iedere nieuwe technologie wordt toegepast en leidt tot nieuwe diagnostiek en behandeling. Werken in de cure is veelal 'Handelen in hoop'. Alles wat je doet geeft de patiënt de hoop dat hij langer kan leven, minder pijn heeft of zelf kan genezen. Dat is in de meeste gevallen niet zo, maar hoop doet leven geldt zeker in de cure. Er is nu het begin van een tegenbeweging onder leiding van Bas Bloem van het Radboud om patiënten goed voor te lichten en hen zelf te laten kiezen. Die beweging wordt in de kiem gesmoord door het rapport van Klink, die nu al berekend heeft dat er wel eenderde minder behandeld kan worden. Maar iedere technologische ontwikkeling geeft hoop voor de individuele patiënt en mogelijkheden voor de dokter. Dus draagt technologie in de cure sterk bij aan de verkoop van hoop. Het is dan ook niet verwonderlijk dat technologie bijdraagt aan meer vraag naar zorg en dus aan meer kosten. Noch marktwerking noch budgettering kunnen deze handel in hoop stuiten. Aan de andere kant wordt technologie soms in een te vroeg stadium omarmd. Denk aan de eerste generatie operatierobot die in ziekenhuiskelders staan te verstoffen omdat de deskundigheid voor het gebruik ontbrak en het instellen per operatie te veel werk was.

In de care zie ik de omgekeerde beweging. Daar zou inzet van technologie de kwaliteit kunnen verbeteren en de inzet van minder mensen nodig maken. In Japan zijn al experimenten met een zorgrobot, die taken van verzorgenden overneemt. De bejaarden waarvoor de robot werkt vinden dat nu al heel gewoon. In Nederland is grote weerstand tegen dat soort ontwikkelingen. Dat wordt door verpleging en verzorging als ongewenst en onmenselijk gezien. Dat is ook wel logisch want het beroep verandert daardoor wezenlijk. Iets soortgelijks is aan de hand met zorg op afstand. De techniek laat nu al toe dat iemand thuis woont en op afstand gemonitord wordt, zodat zij geholpen kan worden als er iets mis gaat. De techniek laat nu al toe dat diezelfde mevrouw alles in huis bedient zonder uit haar stoel te komen en haar boodschappen laat komen, zonder het huis uit te gaan. Maar die techniek wordt nog maar mondjesmaat toegepast.

Mij valt telkens weer op dat ouderen en hun familie vaak veel meer de nieuwe techniek heeft omarmd dan de zorgorganisatie. Ik noemde al het voorbeeld van de iPad. Voor veel ouderen is digitaal contact 'echt contact' en een enorme verbetering ten opzichte van de thuishulp of de wijkzuster, die maar een paar minuten langs mag komen. Ik hoorde laatst een mooi voorbeeld. Een oude mevrouw had via haar videoverbinding hulp aan de thuiszorgmedewerkster gevraagd om koffie te zetten. Ze wist even niet meer wat de volgorde was. Toen de koffie klaar was vroeg mevrouw in alle oprechtheid aan haar telehulp 'wilt u ook een kopje koffie'. Zorgverleners in de care vinden vaak dat technologie de zorg ontmenselijkt en de warmte eruit haalt. Ik ben overtuigd van het tegendeel. Gebruik van technologie in de care maakt de fysieke zorg gemakkelijker, waardoor de verzorging meer tijd voor contact kan hebben. Technologie kan de zelfstandigheid van ouderen en gehandicapten enorm vergroten en hun sociale isolement verminderen. Ook digitaal contact is menselijk contact. Door technologie kan ook het dreigende tekort aan zorgverleners opgelost worden.

Als laatste ontwikkeling noem ik de bijdrage die technologie aan de mondigheid van de cliënt/patiënt. Veel patiënten hebben zich via internet georiënteerd op hun mogelijke kwaal en stellen de dokter dan andere vragen. Negatief effect daarvan kan zijn dat patiënten altijd denken het ergste te hebben. Sites als patients like me stellen patiënten in staat ervaringen over zeldzame ziekten uit te wisselen en vormen op hun beurt een goede bron voor onderzoek. Er is al veel technologie voor zelfdiagnostiek en consult van de dokter op afstand. Kijk alleen maar eens hoeveel gezondheidsapp's er voor uw smartphone.

Werken in de zorg

Wat betekent dit alles nu voor een technicus die gaat werken in de zorg? U kunt op veel plaatsen terecht komen, waar het gebruik van technologie niet vanzelfsprekend is. Met uitzondering van de linkerbovenhoek van mijn schema komt u in situaties waar zorgverleners niet echt warm lopen voor technologie. Dat kun je op twee manieren benaderen. Denk aan het oude grapje van twee schoenverkopers die tussen de twee wereldoorlogen naar Afrika gestuurd werden. De ene telegrafeerde terug 'Ze lopen hier op blote voeten. Er is geen markt voor schoenen. Ik kom onmiddellijk terug'. De ander schreef: 'Ze lopen hier op blote voeten. Een enorme markt. Stuur onmiddellijk een schip met schoenen'.

Als technicus in de zorg bent u het beste af met de laatste mentaliteit. Er is een markt, maar u zult al uw charme en overredingskracht in moeten zetten om zorgverleners te laten zien hoe ze nuttig gebruik kunnen maken van techniek. Dat is best lastig want charme en overredingskracht zijn meestal niet de sterkste eigenschappen van technici. De techniek spreekt vanzelf, toch?

U zult zich bewust moeten zijn van de cultuurverschillen tussen zorg en techniek en ook van de spanning waarin mensen in de zorg, vooral in de cure steeds verkeren. Als u weer een zorgverlener tegenkomt die het liedje 'Opzij, Opzij ik heb ongelofelijke haast' in praktijk brengt, zult u soms opzij moeten stappen, maar soms ook haar tegenhouden om te laten zien dat ze het minder druk krijgt als ze 'uw' techniek gebruikt. Als technicus in de zorg moet u taal van de zorgverlener verstaan en begrijpen. U bent onmisbaar, maar laat dat vooral niet blijken. Laat de successen vooral bij de dokter, ook al kan hij die zonder techniek niet bereiken. Los problemen vooral op voordat de zorgverlener er last van heeft.

In IT gaat er veel gebeuren als we de overstap maken van het EPD van de zorgverlener over de patiënt, naar het gezondheidsdossier van de burger waartoe hij de zorgverlener toegang verleent. Hier kunnen technologen een opvoedende invloed in hebben op de zorgverleners. Ervaringen met creditcards, cloud computing en app ontwikkeling kunnen als voorbeeld dienen. Die opvoedende werking geldt nog meer voor de patiëntveiligheid, want in de techniek is veiligheid vanzelfsprekender en consequenter doorgevoerd, dan in de zorg.

Ik daag u graag uit om in de discussie meer geslaagde voorbeelden van cross-overs tussen zorg en technologie te noemen.

Ik sluit af met een paar stellingen, dat we kunnen gebruiken voor de discussie.



Stellingen

- 1. In de cure brengt technologie nieuwe hoop. Dat leidt tot meer behandelingen en dus meer kosten.**
- 2. De care wordt veel menselijker als er meer technologie wordt gebruikt.**
- 3. Er is nog een wereld te winnen als het gaat om gebruik van technologie in de care.**
- 4. Om als technicus in de zorg te werken heb je charme en overredingskracht nodig.**
- 5. Cross-overs van zorg en techniek slagen alleen als technici en zorgverleners elkaar echt nodig hebben en open staan voor elkaar.**

Laten we hopen dat dit congres bijdraagt aan geslaagde cross-overs van zorg en technologie vergelijkbaar met het filmpje aan het begin van mijn presentatie.

dr. ir. Hans Hoek
C3 adviseurs en managers BV
Storkstraat 28A, 3833 LB Leusden
033-4343170
www.c3am.nl
06-54223147
h.hoek@c3am.nl
hanshoek.c3log.nl