

Samen sterk ?!

Teamwerk als fundament van de gezondheidszorg

Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar inwendige geneeskunde  
met als speciale leeropdracht de transmurale zorg, in het bijzonder de diabeteszorg  
op dinsdag 10 april 2007

door

Dr. H.J.G.Bilo

Personally I am always ready to learn, although I do not always like being taught.  
Winston Churchill

Meneer de Rector Magnificus, zeer gewaardeerde toehoorders, familie, vrienden, collega's,

De titel van mijn oratie zal slechts weinigen van u bevreemden. Wel heb ik begrepen, dat velen zich afvroegen, welke woorden ik zou uitspreken naar aanleiding van deze titel. Dat zal u in het komende half uur duidelijk worden. Laat ik beginnen met u te vertellen, dat dit verhaal niet gaat over diabetes mellitus, maar over u, en over de zorg voor mensen met één of meerdere chronische aandoeningen. In mijn rede zal ik regelmatig het woord "hij" gebruiken, daar waar "hij" en "zij" kan staan. Voor de voortgang van het verhaal moet u het mij maar vergeven, dat ik alleen het woord "hij" gebruik.

Aangaande het ziektebeeld diabetes mellitus heeft u de woorden mogen horen van de hoogleraar Bruce Wolffenbuttel op 22 juni 2004. Hij vertelde bij zijn inaugurele rede met het van hem bekende enthousiasme en zijn diepgaande kennis over diabetes mellitus, en dit met grote aandacht voor de pathofysiologie.

### De voorgeschiedenis

Bij de zorg voor mensen met een chronische aandoening zijn tegenwoordig vaak meerdere partijen betrokken, inclusief uiteraard de patiënt zelf. Eén individuele hulpverlener kan niet meer alle kennis en vaardigheden in zich verenigen, die bij die zorg noodzakelijk of gewenst zijn. Er moet dus samengewerkt worden.

De grote kunst hierbij is om het samen *moeten* werken te vertalen in samen *willen* werken, en het samen *wérken* te zien groeien naar *sámenwerken*.

Dit bleek in de regio Zwolle goed mogelijk. Als u overigens dacht, dat er in Zwolle geen transmurale samenwerking bestond vóór mijn komst in 1991, dan kan ik u geruststellen. Er liepen al vele initiatieven, waarbij er met name de nadruk lag op het maken van goede werkafspraken tussen de eerste en de tweede lijn. Met de eerste lijn bedoel ik hier de huisartsen en hun medewerkers, met de tweede lijn het ziekenhuis en de artsen, die daar werken.

In Zwolle bleek mij ook, dat er sprake is van een goed georganiseerde eerste lijn, die met trots haar vak verdedigt tegenover "het ziekenhuis".

Begin jaren negentig was echter al duidelijk, dat er van beide kanten behoefte was aan een verdieping van de samenwerking. Hierbij zijn goede resultaten bereikt op vele gebieden. Mijn inspanning is met name gericht op het gebied van de zorg voor mensen met type 2 diabetes mellitus.

De zorg bij type 2 diabetes mellitus is daarbij al lang niet meer een zaak van artsen alleen. Praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk (de POH-ers), al dan niet transmuraal werkende diabetesverpleegkundigen, podotherapeuten, diëtisten en vertegenwoordigers van thuiszorgorganisaties nemen een steeds belangrijker plaats in de teams in.

De samenwerking op het gebied van de diabeteszorg in de Zwolse regio heeft zich na een start met 61 huisartsen en 2660 patiënten uitgebreid tot inmiddels 330 huisartsen met meer dan 23.000 patiënten.

Ik vermeld hier met name het aantal huisartsen. Zorg voor de mensen met type 2 diabetes mellitus heeft haar zwaartepunt de eerste lijn, en dat is een goede zaak.

Afhankelijk van de regio in Nederland, wordt tussen de 65 en 84% van de mensen bekend met type 2 diabetes mellitus behandeld in de eerste lijn. Het zal u niet verwonderen, dat binnen de regio Zwolle dit percentage boven de 80% ligt.

De kwaliteit van de daarbij geleverde zorg wordt jaarlijks getoetst. Bij deze toetsing worden procesparameters, prestatieparameters, en uitkomstparameters betrokken. De uitkomsten laten in de loop van de jaren een gestage verbetering zien. De laatste jaren is daarbij zelfs

een daling van het risico op overlijden zichtbaar, en dit met vergelijkenderwijs minder kosten dan de traditionele zorg. Patiënten en zorgverleners geven een grote mate van tevredenheid aan.

Tot nu toe heeft u niet veel gehoord over organisaties, regelgeving en marktwerking. De reden hiervoor is, dat naar mijn mening de behaalde successen niet zijn bereikt door van buitenaf opgelegde maatregelen, maar door de wens van professionals om zorgprocessen te verbeteren.

## Aspecten van zorg

Blaise Pascal zei daarbij al: wij zijn in zijn algemeenheid beter te overtuigen door zaken die wij zelf ontdekken, dan door zaken die door een ander worden aangedragen.

De samenwerking in Zwolle lukt, omdat enerzijds mensen zelf zaken ontdekten, en er anderzijds geen eenvormig stramien werd opgelegd.

Het samen opbouwen van een goede zorg, waarbij het minder belangrijk is wie de zorg uiteindelijk doet, maar veeleer dat het gewoon gebeurt, heeft veel winst betekend. Hierbij werd van meet af aan centraal gesteld dat de geleverde prestaties transparant en toetsbaar moesten zijn, zowel in de eerste als in de tweede lijn. Dat is in de eerste lijn in ieder geval goed gelukt.

Om zover te komen hebben veel mensen gewoontes moeten afleren en meer inspanning moeten leveren, soms zonder dat daartegenover direct of zelfs later een afdoende beloning stond. Onder andere bij deze punten zitten de knelpunten bij het verder uitbouwen en bestendigen van de behaalde resultaten.

Zolang zorg mensenwerk blijft, zal bij intensivering van de zorg voor mensen met een chronische aandoening ook in mensen geïnvesteerd moeten worden. Hulpverleners willen hun werk zo goed mogelijk doen, en dat kost tijd. Dat heeft dan ook als consequentie, dat doelmatige zorg niet per definitie goedkope zorg is. Immers, menskracht kost geld.

De noodzakelijke investering is echter niet alleen een geldelijke, maar ook een investering in bij- en nascholing. Deze dient niet alleen ingericht te worden op de kennisdomeinen en vaardigheden van de eigen discipline, maar ook op de organisatie van en samenwerking in teams. Dit geldt voor alle betrokkenen bij multidisciplinaire zorgteams. Bij diabeteszorg denken we dan aan bijvoorbeeld praktijkondersteuners, diabetesverpleegkundigen, podotherapeuten, diëtisten en andere professionals.

Deze opleidingen en nascholingen zullen moeten aansluiten bij de standaarden en richtlijnen, zoals die binnen de eerste en tweede lijn worden geformuleerd en gehanteerd. Bewaakt dient hierbij te worden, dat deze scholing een goede, breed geaccepteerde en op bewijzen gebaseerde basis kent. Hierbij moet het natuurlijk aan aandacht voor vernieuwing niet ontbreken. Een voorbeeld van een organisatie, die objectieve nascholingen organiseert, is de Stichting Langerhans.

De kwaliteit van dit soort nascholing wordt onder andere bewaakt door het Nederlands Huisartsen Genootschap, en de Nederlandse Internisten Vereeniging. De Eerste Associatie voor Diabetes Verpleegkundigen speelt eenzelfde rol voor diabetesverpleegkundigen en praktijkondersteuners.

## Knelpunten

Een knelpunt binnen de gezondheidszorg is de domeinenstrijd tussen de verschillende disciplines van zorgverleners. Berucht zijn de voorbeelden van de jarenlange gesprekken over samenwerking, waarbij met een opmerkelijk oog voor detail de verdeling van taken van de verschillende zorgverleners wordt bediscussieerd. Deze discussie over werkverdelingen en gevoelde competenties staat dan veeleer centraal, in plaats van primair aandacht voor een goede zorg voor de patiënt.

Dat wat plaatsvindt onder het mom van een competentiestrijd blijkt overigens regelmatig een strijd om de inkomsten te zijn. Motieven helder krijgen bij het starten en doorzetten van samenwerking is daarbij essentieel.

Deze controverses kunnen zich op vele niveau's afspelen: binnen beroepsgroepen, academie versus periferie, internisten versus huisartsen, diabetesverpleegkundigen versus praktijkondersteuners, en de laatste beiden samen tegen de thuiszorg. Uiteindelijk zullen al deze hulpverleners zich in meer of mindere mate afzetten tegen managers, directies en raden van bestuur, de ziektekostenverzekeraars en "Den Haag".

## Geld, macht en wantrouwen

Voordat ik hoogleraar werd, vertelde ik de mensen altijd graag, dat de wereld draait om geld, seks en macht. Als hoogleraar wil ik mij meer prudent opstellen. Daarom zou ik u willen vragen om, bij het moeizaam verlopen van transmurale samenwerking, vanaf nu de punten geld, macht en wantrouwen in uw gedachten op te nemen.

De introductie van het marktdenken in de gezondheidszorg kan goede zorg voor mensen met chronische aandoeningen moeilijker maken. Lange termijnafspraken zijn absoluut noodzakelijk ten aanzien van de zorg voor deze mensen. Er moeten daarom zekerheden komen voor de deelnemende partijen wat betreft de borging op langere termijn.

Ziektekostenverzekeraars denken vaak in perioden van één tot maximaal drie jaar. De overheid lijkt in ieder geval niet langer te willen of kunnen vooruitzien dan de duur van de zittingsperiode van een kabinet. Bovendien kan bij verandering van de signatuur van de minister het beleid op het gebied van de gezondheidszorg nog eens 180 graden draaien.

Wil men effecten zien van een verandering in de prognose van mensen met een chronische aandoening, dan dient er in perioden van tenminste vijf tot tien jaar gedacht te worden. Dat is de tijd, die noodzakelijk is geweest in grote studies als de DCCT, en de UKPDS. De grotere interventiestudies met goede resultaten op het gebied van de bloeddruk, de nierziekten en de vetspectrumafwijkingen bij diabetes mellitus hebben vaak vijf jaar of meer gelopen.

Concurrentie en korte termijn doelen van de diverse spelers in het veld staan haaks op de noodzaak voor een zorgcontinuüm bij deze steeds groter wordende groep mensen met vaak meer dan één chronische aandoening.

Een klein stukje zorg voor een chronische aandoening uit het totaal lichten, en als afzonderlijk onderdeel managen zonder de inbreng van een primair verantwoordelijk medicus, is een slechte zaak. De diabeteszorg in een regio kan dan bijvoorbeeld worden geleverd door een huisartsenlaboratorium uit Brabant, de hartfalenpolikliniek wordt gerund door een franchise vanuit Groningen, de COPD-begeleiding door een Amsterdams consortium van banken en durfinvesteerders, de ambulante psychiatrie door een Duitse GmbH, en de bloeddrukbehandeling door de apothekersassistente. Immers, het beste (lees:het goedkoopste) aanbod wint, en als een ander in het jaar daarna zegt dat hij het beter kan (lees wederom: het goedkoper kan), dan gaat het aangenomen werk over naar de volgende holding.

Het toelaten van organisaties, die deze taak volledig van de huidige eerste lijn zouden overnemen, is in dezen wat mij betreft niet aanvaardbaar.

Waar een echte vrije markt economie binnen de gezondheidszorg toe leidt is overigens wel duidelijk: in de Verenigde Staten wordt 17% van het bruto nationaal product aan gezondheidszorg besteed, maar zijn nog steeds rond de 60 miljoen mensen zonder enige vorm van verzekering. De gemiddelde zorg is daarbij slechter dan in Nederland, daar waar in Nederland slechts 9% van het bruto binnenlands product aan gezondheidszorg wordt besteed.

Het door mij genoemde wantrouwen is ook in meerdere of mindere mate aanwezig bij ziektekostenverzekeraars. Wij hebben in de regio Zwolle geluk gehad met onze ziektekostenverzekeraar, maar soms veel overredingskracht moeten inzetten.

Dat de kosten van de gezondheidszorg in de gaten moeten worden gehouden, is natuurlijk eenieder duidelijk. Dit mag echter niet betekenen, dat zorg als een schadepost door de verzekeraar wordt gezien, en ieder stijging van de kosten op korte termijn onaanvaardbaar. Het bericht in de Stentor van 4 april 2007 stemt tot nadenken. In 2006 heeft zorgverzekeraar Achmea 65 miljoen Euro verlies geleden op zijn zorgverzekeringen. Er zijn door het vaststellen van een concurrerend tarief 569 duizend nieuwe verzekerden bijgekomen. Nu moet er echter per verzekerde 20 Euro bij. Zolang niemand bij de ziektekostenverzekeraars of bij de overheid durft vast te stellen, dat goede zorg nu eenmaal geld kost, zal het u duidelijk zijn, dat ik beducht ben waar een groot deel van de benodigde besparingen vandaan zal moeten komen.

De door het vorige kabinet op gang gebrachte verzekeringstombola helpt niet om deze problematiek op te lossen. Verzekerden, verzekeringsmaatschappijen en de politiek zullen zich op den duur moeten realiseren, dat men geen topzorg kan eisen en daarbij voor een dubbeltje op de eerste rang kan zitten.

Dat brengt mij op een volgend belangrijk punt: de rol van de overheid. Wat mij verbaast op landelijk niveau is het door mij gevoelde wantrouwen van overheidsinstellingen jegens het veld.

Er lijkt een houding te bestaan van: probeer alles te controleren, vertrouw de controles niet, ook niet de eigen controleurs.

Het kabinetsbeleid lijkt gericht op het structureren van wantrouwen en staat haaks op de in het eigen regeerakkoord opgenomen uitspraak: "Vertrouwen ligt aan de basis van een goed functionerende overheid".

Ondanks het feit, dat zij het decentraal neerleggen van verantwoordelijkheid prediken, gedragen zij zich als Colijn aan de vooravond van de tweede wereldoorlog: vertrouw de overheid maar, het komt wel goed.

Laat ik u een voorbeeld noemen: als de zorg verschuift, dan is toezicht klaarblijkelijk onontbeerlijk. Bij de aanbesteding van de thuiszorg is dit navrant aanwezig. Martin Sommer beschreef in de Volkskrant van 22 februari 2007 de gang van zaken in een grote stad in ons

land. Er blijkt een protocol van 120 bladzijden te bestaan, waarin voorwaarden staan, waaraan thuiszorginstellingen moeten voldoen. Dan pas kunnen ze in die stad aan de slag. Er moet een privacybeleid bestaan, een klachtenreglement, en een agressieprotocol. Bij het personeel dient er plaats te zijn voor minimaal 5% langdurig werkelozen, WSW'ers en stageplaatsen. Een keer per twee jaar moet een klanttevredenheidsonderzoek plaatsvinden. Het ministerie legt daarnaast en daarbovenop kaders en regels neer in een boekwerkje van 63 pagina's: "verdeelsleutel decentralisatie eerste tranche middelen Wet maatschappelijke ondersteuning". Het patroon is herkenbaar, aldus Martin Sommer: geen inhoud, maar randvoorwaarden, procedures, metingen en controles. Kortom, georganiseerd wantrouwen. De kern: een continuum van zorg voor mensen met chronische aandoeningen, wordt hiermee niet gehaald.

Dat wij als medici zo nu en dan ook de hand in eigen boezem moeten steken, moge duidelijk zijn. Wij kunnen conservatief zijn, weinig geneigd tot veranderen, en meer zien in "business opportunities" dan in het verbeteren van de zorg als doel op zich. Ook is het daarbij soms pijnlijk duidelijk dat inkomsten de gedachten overheersen. Er bestaan regelmatig onderlinge gevoelens van concurrentie en wantrouwen, die veelal niet gebaseerd zijn op een rationele benadering van de problematiek. Vertrouwen dat de medisch professional de aan hem toevertrouwde taken goed uitvoert wordt niet blindelings gegeven, dat vertrouwen moet worden verdiend!

Mogelijk dat er voortgang op dit gebied kan worden geboekt, als de regiefunctie in de gezondheidszorg overgaat naar de ziektekostenverzekeraars. Dan zou het echter wel heel raadzaam zijn, als binnen dergelijke organisaties mensen met zorginhoudelijke kennis voldoende lang op hun positie zouden blijven. Ook daar zal continuïteit geborgd moeten worden. Ontijdige wisselingen van medewerkers binnen ziektekostenverzekeraars zijn een bedreiging van het zorgcontinuüm. Managementmemo's lossen dit niet op.

Uiteindelijk zal naar mijn mening een medisch professional het voortouw moeten hebben. Hij dient zich daarbij bewust te zijn van zijn maatschappelijke verantwoordelijkheden. Samen met de patiënten, de verzekeraars en de lokale besturen zal een zorgagenda moeten worden opgesteld, die tegemoet komt aan de eisen van continuïteit.

## Opleiding

Dames en heren, binnen de eindtermen bekwaamheden G2010 worden zeven bekwaamheden met name benoemd: I: Communiceren, II: probleem oplossen, III: omgaan met wetenschap, IV: onderzoeken en handelen, V: behandelen, VI: omgaan met de maatschappelijke context, en VII: reflecteren.

U kunt zich voorstellen hoe belangrijk deze bekwaamheden zijn bij het als arts functioneren in een multidisciplinaire, patiëntgerichte omgeving.

Ik wil hierbij nog een ander belangrijk punt onder uw aandacht brengen. Wanneer de patiënt centraal gesteld wordt in dit denken, dan zal de primair verantwoordelijk arts niet meer per definitie altijd de huisarts zijn.

Bij een ouder wordende bevolking en het vóórkomen van meerdere chronische aandoeningen bij dezelfde patiënt kan dit namelijk leiden tot het kiezen van een niet-huisarts als centrale spil in de zorg. Die medicus is daarbij verantwoordelijk voor de totale zorg en de begeleiding van de patiënt.

Bij dialysepatiënten kan dit bijvoorbeeld de internist-nefroloog zijn. Dit heeft als consequentie dat een specialist zich weer moeten verbreden in zijn aandacht voor de gehele mens, zoals ook al beargumenteerd door de hoogleraar Rijk Gans in zijn oratie.

Denkt u daarbij goed na over het begrip "primair verantwoordelijk medicus".

Het staat namelijk voor mij vast, dat de uiteindelijke coördinator en verantwoordelijke een medicus moet zijn. Immers, met name medici kunnen aan de zeven punten zoals geformuleerd in het nieuwe curriculum invulling geven. Zij hebben de opleiding om een brede kijk te houden op de patiënt met multiple problematiek.

Voor de zorg van mensen met multiple chronische aandoeningen zal de arts van de toekomst steeds weer moeten wegen, wie hij betreft bij het zo goed mogelijk organiseren van de zorg. Taakdelegatie en zorgverschuiving zijn daarbij kernbegrippen. Wil de zorg namelijk echt gedeelde zorg zijn, dan wordt het coördineren en delegeren steeds belangrijker. Alleen dan kan zorg geïntegreerd en doelmatig worden en blijven. Daarbij teken ik wederom aan, dat doelmatige zorg zeker niet altijd goedkopere zorg betekent, en zeker niet op korte termijn. Doelmatigheid behoort het equivalent van zo goed mogelijke zorg te zijn.

Ik herhaal, dat de competenties en bekwaamheden, zoals benoemd in G2010 goed aansluiten bij de nieuwe eisen, die aan hulpverleners binnen multidisciplinaire zorgverbanden worden gesteld: I: Communiceren, II: probleem oplossen, IV: onderzoeken en handelen, V: behandelen, en VI: omgaan met de maatschappelijke context. Op de resterende twee bekwaamheden, III: omgaan met wetenschap en VII: reflecteren wil ik nog nader ingaan.

#### Spiegelinformatie, benchmark, en wetenschappelijk onderzoek

Reflecteren kan op veel manieren: binnen jezelf, binnen kleine kring, en in groter verband. Met de patiënt, met collega's, met teams. Reflectie kan zelfreflectie zijn en teamreflectie. Reflectie op het eigen functioneren, ondersteund door spiegelinformatie en benchmarking gebaseerd op standaarden en richtlijnen, is van belang bij de begeleiding en behandeling van mensen met een chronische aandoening. Zoeken naar zwakke punten binnen de gedeelde zorg is geen teken van zwakte maar van sterkte. Door gegevens op een hoger niveau samen te brengen is het ook mogelijk om in een gedurige cyclus de zorg voor mensen met een chronische aandoening te verbeteren. Dank zij veel werkers in de directe zorg is het ons gelukt om dit in de Zwolse regio goed van de grond te krijgen. Die boodschap zal ik blijven uitdragen. Mijn persoonlijke verbazing is daarbij zo nu en dan, dat deze eenvoudige boodschap niet altijd aanslaat. Ik geef daarbij dan een uitspraak van Winston Churchill in de gedachten: "Mensen struikelen zo nu en dan over de waarheid, maar de meesten staan snel weer op en lopen door alsof er niets gebeurd is" ("Men occasionally stumble over the truth, but most of them pick themselves up and hurry off as if nothing ever happened").

Het inrichten van dergelijke zorgvormen als werkplaats voor studenten en artsen in opleiding, en het bij evaluaties en onderzoeken betrekken van deze zelfde groepen zal het mogelijk maken om de komende generaties artsen zich in de praktijk te laten bekwamen in hun competenties op het gebied van samenwerking en maatschappelijk handelen.

De onderzoeksresultaten van de ZODIAC-studie, de DISCOURSE-studie, en de FANTA-studie in Zwolle, en van het GIANTT initiatief in Groningen laten zien, dat zorg goed te onderzoeken is, en dat onderzoeksresultaten weer naar de dagelijkse praktijk kunnen worden vertaald. Epidemiologisch onderzoek, maar ook het evalueren van nieuwe zorgconcepten en zaken als taakdelegatie zijn binnen de nu bestaande setting heel goed mogelijk.

Op deze manier wordt het streven naar een continuüm van zorg gecombineerd met een continuüm van onderzoek naar diezelfde zorg.

De inzet en het enthousiasme van de hoogleraar Betty Meyboom-de Jong zijn daarbij van het grootste belang geweest om binnen en met de eerste lijn ook onderzoek te doen. Verder hebben de reeds lange tijd bestaande contacten met de hoogleraar Rijk Gans geleid tot samenwerking met de afdeling inwendige geneeskunde van het UMCG. De onderwerpen zijn met name gerelateerd aan pathofysiologie. Echter, ook de inwendige insulinepompen komen aan de orde.

De goede contacten in Zwolle en Groningen zijn overigens niet beperkt gebleven tot de huisartsengeneeskunde en de inwendige geneeskunde. Ook met de afdelingen cardiologie, klinische chemie, thoraxanaesthesie, thoraxchirurgie, klinische farmacologie en epidemiologie is er een goede samenwerking.

De Raad van Bestuur en het Stafbestuur van de Isala Klinieken hebben daarenboven in 2006 een voor mij en mijn medewerkers zeer belangrijk besluit genomen. Zij hebben subsidies ter beschikking gesteld voor een kenniscentrum diabetes mellitus mét onderzoeksfaciliteiten. Dit is een voor een perifeer ziekenhuis unieke stap.

## Conclusie

Laat ik u bij het naderen van het einde van mijn oratie met name wat betreft de diabeteszorg een aantal van mijn uitgangspunten meegeven:

De zorg voor de mensen met type 2 diabetes mellitus vindt met name in de eerste lijn plaats. Dat deze zorg goed en toetsbaar gebeurt, zeker bij voldoende samenwerking, is een eerste uitgangspunt.

U moet zich hierbij overigens goed realiseren, dat veel mensen met type 2 diabetes mellitus eigenlijk altijd meerdere chronische aandoeningen hebben. Met name huisartsen zullen daarbij de spil van de zorg voor deze mensen blijven.

Vaststellen, dat het bij voldoende coördinatie niet uitmaakt, wie de zorg levert, is een tweede uitgangspunt. Taakverdeling en taakdelegatie zijn daarbij de sleutelwoorden. Hierbij dient de zorg door de individuele hulverleners dan wel binnen de wettelijke kaders en competenties geleverd te worden. De inspraak van de mens met diabetes is daarbij onontbeerlijk. Er moet altijd een aanvaardbaar evenwicht zijn tussen dat wat gewenst is en dat wat haalbaar is.

Vaststellen, dat diabeteszorg niet meer door een eenling kan worden geleverd, maar altijd teamwork is gebaseerd op standaarden en richtlijnen is uiteindelijk een derde en cruciaal uitgangspunt.

Daarbij is naar mijn mening een goede inbreng van de tweede lijn essentieel. Wil men immers het principe van gedeelde zorg waarmaken, dan zal aandacht aan de individuele patiënt moeten worden gegeven door die hulpverlener, die de beste vaardigheden bezit. Vaststellen, dat bij mensen met een chronische aandoening hun eigen inbreng essentieel is als het gaat om behandelresultaten en prognose, is eveneens essentieel. Als voorbeeld wil ik u het rookgedrag noemen. Van de mensen met type 2 diabetes mellitus blijft 18% roken. Dit halveert hun levensverwachting, en doet de effecten van behandeling vrijwel teniet.

Uiteindelijk zal de totale en gedeelde zorg moeten worden gecoördineerd door een primair verantwoordelijk medicus. Afhankelijk van de ernst van de andere chronische aandoeningen kan dit een ander zijn dan de huisarts. Deze artsen zijn daarbij verplicht om goed op de hoogte te blijven van de ontwikkelingen op het terrein van chronische aandoeningen, en niet alleen de diabeteszorg. Zij moeten vaardigheden hebben, die het mogelijk maken zorg goed te organiseren.

Zowel de ziektekostenverzekeraars als de overheid zouden voldoende vertrouwen in de hulpverleners moeten hebben. Zolang dezen zich houden aan de door de beroepsgroep vastgestelde protocollen, dienen zorgprofessionals de tijd en de rust te krijgen om goed te



zorgen voor mensen met een chronische aandoening. Dit betekent investeren in mensen, maar ok in systemen, bijvoorbeeld ook in ICT. Zonder goede communicatie kan de zorg niet goed worden ingevuld

Dames en heren,

Wij moeten werken aan een op vertrouwen gebaseerde en gedeelde zorg voor mensen met een chronische aandoening, met goed omschreven taken en verplichtingen voor patiënten en hulpverleners. Deze zorg moet transparant en toetsbaar zijn. Binnen die toetsing is onderzoek noodzakelijk om deze zorg weer verder te verbeteren.

De kracht van de hulpverleners buiten de academie ligt met name in het behandelen van zulke patiënten en het direct patiënt- en zorggebonden onderzoek. De kracht van de mensen in de academie ligt met name in de diepgang en de kennis op de vele terreinen, die daarop aansluiten. Zoals al gezegd: het is noodzakelijk om binnen de diabeteszorg en andere vormen van chronische zorg niet meer als eenling te functioneren. Het is ook noodzakelijk om bij het denken over de zorg en de ziektebeelden ook de krachten van periferie en academie te bundelen.

De samenwerking tussen Zwolle en Groningen is uiterst vruchtbaar gebleken, en zal de komende jaren verder worden uitgebreid. Ik verheug mij daarop en zal mijn uiterste best doen om bij dit “dienen van twee heren” een goed evenwicht te vinden.

Tot slot een dankwoord. Bij de verschillende mores, die ik te horen heb gekregen rondom een oratie, hoorde de uitdrukkelijke wens van het achterwege laten van een dankwoord. Vrijwel iedereen, die ik daarnaar vroeg, heeft mij daar tenminste één keer, en meestal meerdere keren op gewezen. Toch moet het even, ook al riskeer ik daarmee het ongenoegen van de rector. Dat risico neem ik graag. Daarom: ik dank u, zoals u hier zit: mijn gezin: Corry, Karin en Maarten, mijn moeder, mijn familie, mijn vrienden, mijn collega's en alle verdere aanwezigen voor uw aanwezigheid en voor het aanhoren van mijn oratie.

Ik heb gezegd.