



de nieuwe spreek kamer

Essays





R-ROUGH
ULTRA
Special

DIVISION
ANTE
-Unit

de nieuwe spreek kamer

Essays



- 5 De deur van de spreekkamer: open, gesloten of op een kier?
Tom van der Grinten en Marina de Lint
- 19 De veranderde relatie arts-patiënt
Herre Kingma
- 29 Spreekkamer 2.0: van monoloog naar dialoog
Marcel Levi
- 41 De moraal tussen bestuurs- en spreekkamer
Kim Putters
- 55 Titel essay
Floris Sanders



Tom van der Grinten en Marina de Lint

De deur van de spreekkamer: open, gesloten of op een kier?

Inleiding

In dit essay belichten we recente ontwikkelingen in het bestuur en toezicht van zorginstellingen in relatie tot wat zich in de spreekkamer van de dokter afspeelt. Tot nu toe worden deze twee domeinen – van het bestuur en de spreekkamer – nauwelijks systematisch met elkaar in verband gebracht. Wat zich in de spreekkamer afspeelt is het domein van de dokter en zijn patiënt, een black box waarvoor, min of meer op goed geluk, financiële en organisatorische randvoorwaarden worden bedacht en toegepast. Zo blijft echter een belangrijke bepalende factor, niet alleen voor de kwaliteit, maar ook voor de kostenontwikkeling van de zorg, onderbelicht. Zoals Dunning ooit opmerkte: ‘de meeste kosten worden gemaakt door het pennetje van de dokter’. Het negeren van deze factor wordt steeds minder verdedigbaar in het licht van de nieuwe uitdagingen op het terrein van de kwaliteit en kosten van de zorg.

Publieke belangen en de rol van zorginstellingen

Op grond van artikel 22 van de Grondwet rust op de overheid de verplichting ervoor te zorgen dat iedere Nederlandse ingezetene tegen een redelijke prijs toegang heeft tot kwalitatief goede gezondheidszorg. Met andere woorden: de overheid is verantwoordelijk voor de publieke belangen van de gezondheidszorg: de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit.

Hoe is de overheid met deze verantwoordelijkheden op het gebied van de gezondheidszorg omgegaan? Niet door zelf de uitvoering van gezondheidszorg ter hand te nemen. Evenmin, zoals vaak wel wordt gedacht, door de uitvoering van de uit deze verantwoordelijkheden voortvloeiende taken dwingend op te leggen aan de ziekenhuizen, thuiszorgorganisaties, artsen en andere aanbieders van zorg. De borging van de publieke belangen in de Nederlandse gezondheidszorg zit gecompliceerder in elkaar. Dit zien we terug in de manier waarop de zorg wordt uitgevoerd, namelijk niet door de overheid, maar door particuliere instellingen en zelfstandige

Prof. Dr. T.E.D. van der Grinten en Mr. M.W. de Lint, senior-adviseur en projectmanager RVZ

beroepsbeoefenaren. Ook de financiering van de zorg weerspiegelt deze afstandelijkheid van de overheid. Het is geen financiering uit de algemene middelen (de belasting), maar uit een specifiek voor de gezondheidszorg opgezet verzekeringssysteem, dat burgers recht geeft op een verzekerd pakket, waarbij de verzekeringsgelden worden beheerd door sociale verzekeringskassen en de aanwending van deze gelden geschiedt door particuliere zorgverzekeraars. Tezamen maken deze karakteristieken de positie van de overheid tot een bijzondere. Zij is namelijk niet bij machte om haar verantwoordelijkheden voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid op eigen kracht waar te maken. Weliswaar is er in de loop der jaren een massief stelsel van wet- en regelgeving opgetrokken, waarmee het handelen van het veld kon worden ingekaderd, maar tegelijkertijd is de overheid voor haar beleid in sterke mate afhankelijk van de inzet van ditzelfde veld.*

Met de wettelijke inkadering heeft de overheid haar verantwoordelijkheid voor de publieke belangen van de gezondheidszorg als volgt belegd. De toegankelijkheid van de zorg is gegarandeerd door middel van een wettelijk verplichte basisverzekering, waarvan de inhoud door de overheid wordt vastgesteld. De – eveneens private – zorgverzekeraars hebben een wettelijk vastgelegde acceptatieplicht. Ook ten aanzien van de betaalbaarheid heeft de overheid een stevige vinger in de pap: zij hanteert een Budgetair Kader Zorg (BKZ), waarmee ze grenzen stelt aan de (groei van de) zorguitgaven. Overschrijdingen van dit budget moeten door de veldpartijen door middel van taakstellingen worden gecompenseerd. Op deze manier weet de overheid de kostenontwikkeling in de zorg redelijk te beheersen. Vanwege deze rem op de zorguitgaven is van oudsher de financiële portefeuille in het bestuur en toezicht van zorginstellingen stevig belegd.

Wat de kwaliteit van zorg betreft ligt dit anders. De overheid levert de zorg immers niet zelf; daarvoor is zij aangewezen op privaatrechtelijke organisaties, die zorg verlenen en daarmee invulling geven aan deze publieke doelstelling. Daar komt als complicerende factor bij dat het voor een overheid ondoenlijk, zo niet onmogelijk is, te bepalen wat precies ‘kwaliteit van zorg’ is. De wet spreekt over ‘verantwoorde zorg’, dat wil zeggen zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt. Om deze redenen heeft de overheid behoefte grip te

houden op het reilen en zeilen van zorginstellingen. Hiertoe is onder meer bij wet vastgelegd dat het bestuur van een zorginstelling verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de zorgverlening; het toezicht dient erop toe te zien dat het bestuur zijn wettelijke taken vervult.

Focus op kwaliteit

Als gevolg van een bredere maatschappelijke tendens, waarin het vanzelfsprekende vertrouwen in (semi-)publieke organisaties en organisaties die publieke taken uitvoeren plaatsmaakt voor een dringend appèl op rekenenschap en verantwoording door diezelfde organisaties, wordt het laatste decennium toenemend aandacht gevraagd voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg. De implementatie van het nieuwe zorgstelsel (2006) gaf hiertoe nog een extra impuls. Met dit nieuwe stelsel is een veranderingsproces van aanbod- naar vraagsturing in de zorg op gang gekomen. Door risico's neer te leggen bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars en hen te laten concurreren, kan de overheid op afstand blijven en ontstaat er ruimte voor de veldpartijen om beter en sneller in te spelen op de veranderende zorgvraag. De bedoeling is dat dit nieuwe stelsel zowel de kwaliteit als de doelmatigheid van zorg ten goede komt. Hierin is een centrale rol weggelegd voor de zorgverzekeraars, die geacht worden door middel van zorginkoop ten behoeve van hun verzekerden zorg in te kopen van hoge kwaliteit tegen redelijke kosten. Hierdoor zouden aanbieders die 'onder de maat' presteren zich letterlijk uit de markt prijzen.

De zorginkoop zoals oorspronkelijk bedoeld komt echter nog moeizaam van de grond. Vooral door het ontbreken van gevalideerde kwaliteitsnormen, kopen zorgverzekeraars vooral in op prijs en niet of minder op kwaliteit. De laatste tijd worden we bovendien overspoeld door berichten over incidenten in de zorg, waarbij de kwaliteit van zorg en de veiligheid van patiënten in gevaar is. Onderzoeken van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en van de Onderzoeksraad voor veiligheid doen vermoeden dat het hier niet om ongelukkig toeval gaat, maar dat de borging van kwaliteit structureel tekortschiet.

Dit alles vindt plaats in een tijd, waarin de druk op goede uitkomsten toeneemt als gevolg van snel stijgende zorguitgaven in een periode van economische crisis. De middelen die aan zorg worden besteed, moeten ook goed worden besteed. Kwaliteit en doelmatigheid zullen hand in hand moeten gaan.

Omdat de verwachtingen van het nieuwe zorgstelsel nog niet zijn ingelost, worden ook andere wegen bewandeld om grip te krijgen op de kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Vanuit de politieke arena wordt de druk op het bestuur en toezicht van zorginstellingen opgevoerd, met voorstellen die soms weer haaks staan op de nieuwe stelselprincipes, zoals uit de volgende beleidsuitingen blijkt:

- Het Wetsvoorstel cliëntenrechten zorg (Wcz)¹, dat momenteel ter behandeling voorligt in de Tweede Kamer, is bedoeld om de rechtspositie van cliënten in de zorg te versterken. De wet bundelt alle rechten van cliënten in één wettelijke regeling. Om de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder tot uitdrukking te brengen, rusten alle wettelijke verplichtingen in het wetsvoorstel op de zorgaanbieder – en daarmee op het bestuur – en niet op de zorgprofessional die de zorg daadwerkelijk verleent. De wet regelt verder dat het bestuur en het toezichthoudend orgaan hierop aangesproken kunnen worden. De Wcz kent cliënten van zorginstellingen derhalve een afdwingbaar recht op ‘goed bestuur’ toe.
- De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) ziet goed bestuur en intern toezicht als een belangrijke randvoorwaarde voor het leveren van verantwoorde zorg. De IGZ stelt hiertoe in april 2011 het Toezichtkader bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid² op. Hoewel het betrekken van bestuurlijke verantwoordelijkheid bij toezicht door de IGZ niet nieuw is, is wel nieuw de inhoudelijke explicitering van dit toezicht en de meer gestructureerde uitvoering ervan.
- Naar aanleiding van het Kamerdebat in juni 2012 over het Maasstad Ziekenhuis stemt een meerderheid van de Tweede Kamer voor een motie om een bestuurderstoets in te voeren voor alle bestuursfuncties in de zorg.³ De toets moet voorkomen dat falende bestuurders na hun vertrek bij een andere instantie opnieuw in het bestuur kunnen komen.

Al deze ontwikkelingen, ideeën en voorstellen hebben één ding gemeen: meer verantwoordelijkheid voor het bestuur en toezicht van de instellingen voor de kwaliteit, veiligheid en kosten van de zorg.

Rolopvatting bestuur en toezicht

Hoe gaan bestuur en toezicht met deze verantwoordelijkheden om? Kunnen zij de hooggespannen verwachtingen waarmaken? Het is inmiddels wel duidelijk dat dit beslist geen gemakkelijke opgave is. Verschillende casus laten zien hoe dramatisch het ontbreken van bestuurlijke greep op de zorg kan uitpakken voor alle betrokken partijen.

De casus van 'de Twentse neuroloog'

Begin 2009 kwam aan het licht dat een neuroloog eind 2003 bij het Medisch Spectrum Twente (MST) was vertrokken wegens disfunctioneren. De neuroloog in kwestie zou vele misdiagnoses hebben gesteld en patiënten ten onrechte riskante medicijnen hebben voorgeschreven. Desondanks is hij met stille trom en een goede vertrekregeling uit het ziekenhuis vertrokken. De commissie-Lemstra, die de zaak in opdracht van de Raad van Bestuur van het MST onderzocht, concludeerde dat de neuroloog in kwestie inderdaad jarenlang heeft gedysfunctioneerd en met zijn handelen schade heeft toegebracht aan zijn patiënten.⁴ Ook stelde zij vast dat alle overige betrokkenen in deze zaak, in meer of mindere mate tekort zijn geschoten in hun verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg. De Raad van Bestuur (h)erkende de signalen die er wel degelijk zijn geweest niet als aanwijzingen voor disfunctioneren, maar plaatste deze steeds in de context van de slechte onderlinge verhoudingen binnen de vakgroep neurologie. De RvC was de grote afwezige in het geheel; hij hield geen toezicht op de kwaliteit van zorg, was niet op de hoogte van de problemen rond de neuroloog en is ook niet gekend in de vertrekregeling die met hem overeengekomen was.

Uitbraak multiresistente bacterie in het Maasstad Ziekenhuis:

Eind mei 2011 maakt de NOS bekend dat het Maasstad Ziekenhuis te Rotterdam heeft gefaald bij de aanpak van een uitbraak van een Oxa-48 producerende Klebsiella-bacterie op de Intensive Care afdeling (IC). De bacterie zou al zeven maanden rondwaren en het ziekenhuis zou in april 2011 reeds door anderen zijn gewezen op de ernst van de besmetting. Deze bacterie is namelijk niet meer gevoelig voor zelfs de zwaarste antibiotica en leidt tot onbehandelbare infecties, waaraan ernstig zieke mensen kunnen overlijden. Het ziekenhuis wekt de indruk de ernst van de zaak onvoldoende in te zien. De commissie-Lemstra, die ook deze zaak onderzocht, stelt vast dat de IC van het Maasstad Ziekenhuis sinds medio juni 2010 kampt met terugkerende multiresistente bacteriën en dat van meet af aan op cruciale momenten is verzuimd de juiste acties te ondernemen om de uitbraak in te dammen.⁵ De Raad van Bestuur was tot het moment waarop de NOS over de uitbraak berichtte niet op de hoogte van de besmetting. Hij had een sterke oriëntatie op de buitenwereld in zijn ambitie om de concurrentiepositie van het ziekenhuis te vergroten en het Maasstad Ziekenhuis een plaats te geven in de top 10 van beste ziekenhuizen. De solitaire bestuurder liet het primaire proces over aan de onder

hem ressorterende directieleden en vervreemde hiermee van de werkvloer. De zittende directie had onvoldoende zorginhoudelijke kennis om de ernst van het probleem op waarde te kunnen schatten, en heeft verzuimd te voorzien in een goed functionerende systematische terugkoppeling vanaf de werkvloer. De Raad van Toezicht heeft onvoldoende ingezien hoe kwetsbaar de bestuursstructuur en –samenstelling was. Hij heeft zich laten verblinden door de stijging van het ziekenhuis op de scorelijsten van AD en Elsevier.

De casus maken de grote afstand zichtbaar tussen zowel het bestuur en de werkvloer, als tussen het bestuur en toezicht van de zorginstellingen. Met als gevolg: gebrekkig inzicht in de geleverde kwaliteit van zorg. Hierdoor hebben zij hun eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit niet kunnen waarmaken.

Deze casus, en de rapportages over andere incidenten (zoals de zaak van ‘baby Jelmer’ in het UMCG, en van de orthopedische chirurg in het Waterland ziekenhuis te Purmerend) maken ook duidelijk dat deze eindverantwoordelijkheid verder reikt dan het gebruikelijke scheppen van de voorwaarden waaronder verantwoorde zorg geleverd kan worden. Deze verantwoordelijkheid zal ook de ontwikkeling en implementatie van een kwaliteitssysteem én de systematische bewaking en correctie daarvan moeten omvatten. Dit laatste impliceert, dat enerzijds de Raad van Bestuur ook moet toezien op het handelen van degenen die feitelijk de zorg verlenen (de in het ziekenhuis werkzame medisch specialisten en andere beroepsbeoefenaren), en anderzijds de Raad van Toezicht het bestuur hier in moet stimuleren en controleren.⁶

Initiatieven om de afstand te verkleinen en inzicht in kwaliteit te vergroten

Inmiddels worden verschillende initiatieven genomen om het inzicht van het bestuur en toezicht in de geleverde kwaliteit te vergroten:

- Zo wordt sinds een aantal jaren de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen gemeten met behulp van door de overheid opgestelde *prestatie-indicatoren*. Dit zijn meetbare aspecten van de zorgverlening, die een aanwijzing geven over de mate van de kwaliteit. De IGZ brengt jaarlijks de basisset kwaliteitsindicatoren uit. Deze informatie levert ook raden van bestuur relevante inzichten op in de kwaliteit van de geleverde zorg.

- Daarnaast worden de (model)overeenkomsten tussen medisch specialist en ziekenhuis aangepast.⁷ De Raad van Bestuur kan zijn eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg onvoldoende waarmaken, omdat medisch specialisten geen verantwoording afleggen aan de Raad van Bestuur over hun handelen. In de overeenkomst wordt nu vastgelegd dat medisch specialisten verplicht zijn verantwoording af te leggen aan de Raad van Bestuur en mee te werken aan periodieke beoordeling.

Hoewel dit op zich prima ontwikkelingen zijn is het de vraag of deze voldoende zijn. Prestatie-indicatoren kunnen waardevol zijn, maar ook een vertekend beeld geven. De benodigde prestatiegegevens worden immers door de zorgverleners zelf aangeleverd; het betreft informatie over het eigen handelen. Uitkomsten kunnen dus geflatteerd zijn en zelfs gemanipuleerd worden. Ditzelfde bezwaar geldt ook voor het afleggen van verantwoording door medisch specialisten. Hoe je het ook wendt of keert: het aldus verkregen inzicht in de kwaliteit is altijd een afgeleide c.q. een indirect verkregen inzicht. Dat wat werkelijk in de spreekkamer gebeurt blijft onttrokken aan het zicht.

Onderbelicht aspect: de spreekkamer

Hoewel al sinds het midden van de jaren negentig vastgelegd in de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZI), is pas recent ten volle het besef doorgedrongen dat de Raad van Bestuur eindverantwoordelijk is voor de kwaliteit van zorg die het ziekenhuis levert en hierop ook aanspreekbaar is. Zowel Raden van Bestuur als medisch specialisten hebben zich tot voor kort onvoldoende gerealiseerd wat de implicaties van deze wet zijn.

Dit is terug te voeren op het aloude adagium van de ‘professionele autonomie’: ‘de vrijheid van oordeelsvorming van de medisch specialist om, gegeven de wettelijke kaders en professionele standaard, zonder inmenging van derden en zonder preventief toezicht van de werkgever, in de individuele arts-patiënt relatie te komen tot diagnostiek, behandeling en advisering over de behandeling en/of alle andere verrichtingen, waaronder begrepen het onderzoeken en geven van raad met de doelstelling de verbetering van de gezondheid van de patiënt’.⁸

Kwaliteit was in de beleving van zowel Raden van Bestuur als van medisch specialisten de primaire en zelfs exclusieve verantwoordelijkheid van de medisch specialisten. De verantwoordelijkheid van het bestuur

was in deze opvatting vooral voorwaardenscheppend en ondersteunend van aard: hij moest ervoor zorgen dat aan de voorwaarden voor het leveren van kwalitatieve goede zorg door medisch specialisten was voldaan.

Kortom, de spreekkamer en wat zich daarin afspeelt is voor het bestuur ‘verboden terrein’, terwijl juist daar de kwaliteit wordt gemaakt en kosten worden gegenereerd.

Hierdoor blijft het onduidelijk of en hoe vaak fouten worden gemaakt. Fouten komen nu doorgaans pas aan het licht indien patiënten een klacht indienen. Het stelselmatig meten door zorgaanbieders zelf van kwaliteit vanuit het perspectief van de patiënt (Patient Reported Outcome Measures, PROMs, of Consumer Quality-Index, CQ-index) staat nog in de kinderschoenen.

Daarnaast is onduidelijk hoe vaak – en vooral waarom – zorgverleners afwijken van professionele richtlijnen en standaarden. In verschillende onderzoeksrapporten is aangetoond dat er nogal wat praktijkvariatie bestaat. Zo heeft Vektis in samenwerking met KPMG Plexus (Onderzoeksrapport praktijkvariatie 2010) in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland (ZN)⁹ in kaart gebracht dat er in Nederland aanzienlijke verschillen zijn tussen het aantal operaties dat ziekenhuizen uitvoeren bij dezelfde aandoening. Voor twaalf veel voorkomende aandoeningen is onderzocht hoe vaak artsen overgaan tot een operatieve ingreep. Het blijkt dat operaties in een bepaalde regio soms 2 tot 5,5 keer vaker voorkomen dan elders in het land. Grote verschillen zijn er ten aanzien van rughernia, spataderen, vaatvernauwing in de benen, beknelde polsnerf en goedaardige prostaatvergroting. Bij rughernia opereren sommige ziekenhuizen 5,5 keer vaker dan elders. Na correctie van de gegevens voor verschillen in het patiëntenbestand en de interpretatie van de medische richtlijnen blijft de praktijkvariatie aanzienlijk.

Hoe lang zal deze black box gesloten kunnen blijven voor het bestuur?

Nieuwe verhoudingen in de spreekkamer

Een belangrijke factor in het openen van de black box is de veranderende relatie tussen patiënt en zorgverlener. In de kern komt deze verandering erop neer dat de informatiepositie van patiënten verbetert, waardoor een

meer evenwichtige verhouding tussen patiënt en zorgverlener kan ontstaan. Ontwikkelingen die hieraan ten grondslag liggen zijn onder andere:

- de opkomst en verbreiding van digitale patiëntendossiers (EPD, PHR), waardoor patiënten gemakkelijker toegang hebben tot hun medische gegevens en ook relevante informatie kunnen toevoegen aan hun dossier of kunnen voorleggen aan de zorgverlener;
- de opkomst van social media, die het gemakkelijker maakt gezondheidsinformatie te vinden en met anderen te kunnen bespreken (lotgenoten, patiëntenorganisaties, zorgaanbieders)
- het ontsluiten van professionele standaarden en richtlijnen, waardoor medische informatie ook voor niet-deskundigen begrijpelijk wordt (zie bijvoorbeeld de diabetes zorgwijzer type 2, van de Diabetes Vereniging Nederland)
- de ontwikkeling van ketenzorg en andere vormen van interdisciplinaire samenwerking tussen zorgverleners, waardoor meerdere zorgverleners ‘meekijken’ in het patiëntendossier van een individuele zorgverlener en deze informatie bespreken met patiënten.

Deze ontwikkelingen kunnen leiden tot het doorbreken van de beslotenheid van de spreekkamer. Dit is primair gunstig voor de emancipatie en betrokkenheid van patiënten bij de behandeling. Deze veranderende relatie biedt echter ook aanknopingspunten voor kwaliteitsbeleid en kostenbeheer door bestuur en toezicht van zorginstellingen.

Nieuwe aanknopingspunten voor kwaliteit en kostenbeheer

Patiënten hebben in toenemende mate toegang tot de vigerende professionele richtlijnen en standaarden en tot hun eigen medische dossier. Dit stelt hun niet alleen in staat om beter te participeren in de behandeling, maar vooral ook om te beoordelen of de voorgestelde en/of geleverde diagnostiek en behandeling ‘goed’ is, dat wil zeggen: in overeenstemming met de professionele standaard of richtlijn. Dit geeft de patiënt letterlijk iets in handen, dat hij kan toetsen of kan laten toetsen (door middel van een second opinion) en – wanneer de zorgverlening onder de maat is – kan gebruiken om de zorgverlener aan te spreken of een gefundeerde klacht in te dienen. Aldus wordt het medisch dossier tevens een verantwoordingsdocument. Hierin ligt de sleutel waarmee de black box geopend kan worden.

Wat bijvoorbeeld, als patiënten van de Twentse neuroloog inzage in hun medische dossier hadden gehad? Het zou hun zijn opgevallen dat de gestelde diagnose niet werd ondersteund en soms zelfs werd tegengesproken door aangevraagd hulponderzoek; of het was hun opgevallen dat de neuroloog uitslagen van tests vermeldde die nooit bij hen waren afgenomen (MMSE). Maar vooral was opgevallen dat de dossiers slecht werden bijgehouden en dat er nauwelijks correspondentie met de huisarts was. Patiënten hadden in dat geval (tijdig) aan de bel kunnen trekken; in eerste instantie door de neuroloog hierop aan te spreken of hun vragen en twijfels te bespreken met de huisarts. Wanneer dit geen bevredigend resultaat had opgeleverd, hadden zij in tweede instantie een klacht kunnen indienen en deze klacht bovendien kunnen staven. Daarmee was het disfunctioneren van deze medisch specialist ongetwijfeld eerder aan het licht gekomen en had het een halt kunnen worden toegeeroepen.

In een optimistisch scenario dat hieruit kan worden afgeleid, zal de veranderende verhouding tussen zorgverlener en patiënt in eerste instantie weliswaar meer inspanningen vragen, maar deze zullen zich op iets langere termijn weer terugbetalen.¹⁰ Patiënten zullen actiever participeren in de behandeling en de compliance van patiënten zal verbeteren. Het toenemend gebruik van internet en social media stelt patiënten bovendien in staat om hun informatieachterstand in te lopen, waardoor zij steeds beter in staat zijn informatie over hun gezondheidstoestand en behandeling te begrijpen en te toetsen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarmee kan onnodige praktijkvariatie en overbehandeling worden voorkomen; patiënten willen immers zorg die effectief en geïndiceerd is en geen onnodige behandelingen. Patiënten kunnen hiermee substantieel bijdragen aan het bewaken van de kwaliteit en doelmatigheid van zorg.¹¹ Maar het blijft toch de vraag of deze ontwikkelingen zich ook werkelijk zullen voordoen, of ze zich ook in de zo vurig gewenste richting zullen bewegen en met welke neveneffecten we hierbij rekening moeten houden. In een meer realistisch scenario zal daarom ook rekening gehouden moeten worden met minder constructieve gedragingen van zowel hulpverlener als patiënt (defensieve hulpverleners en veeleisende en claimende patiënten), al dan niet gestimuleerd door de perverse prikkels en inconsequenties in het stelsel, en de onvermijdelijke tegenstrijdigheden in het beleid.

Zo is de bestaande praktijkvariatie zeker voor een deel te verklaren uit de prikkel tot productie in het zorgstelsel. De volumegroei in ziekenhuizen is fors. In de eerste helft van het vorige decennium kon de sterke volumegroei nog worden verklaard en verantwoord door het wegwerken van wachtlijsten die voortvloeiden uit het budgetteringssysteem van de vorige eeuw. Sinds 2005-2006 groeit het volume echter nog steeds gemiddeld met 4-5% per jaar. Deze groei wordt momenteel vooral veroorzaakt door het aantal behandelingen, niet (meer) door de prijzen per behandeling.¹² Zorgverleners worden vooral betaald voor het aantal verrichtingen, niet voor het realiseren van zo veel mogelijk gezondheidswinst. Daardoor ontstaat (een risico op) overbehandeling. Dat is niet alleen duur, maar soms ook gevaarlijk voor patiënten. Hierdoor dreigt een ongewenste spiraal: om de kosten te bestrijden wordt nu vooral ingezet op efficiency. Dit leidt tot minder tijd voor de patiënt, om bijvoorbeeld uit te leggen dat niet opereren soms beter is. Dit leidt weer tot meer en onnodige behandelingen en dus tot hogere kosten.¹³

Tenslotte

Naast de versterking van de positie van de patiënt, zullen we ons moeten blijven inspannen voor een zo consistent mogelijk stelsel met zo min mogelijk perverse prikkels, een goede, zakelijke, vertrouwensrelatie tussen bestuur en professionals en een maatschappelijk verantwoordelijkheidsgevoel bij alle partijen. Onder andere de manier waarop het Radboudziekenhuis de handschoen heeft opgepakt na de dramatische gebeurtenissen bij de hartchirurgie laat zien dat dit allemaal heel goed mogelijk is.¹⁴

De druk op goede uitkomsten neemt toe als gevolg van snel stijgende zorguitgaven in een periode van economische crisis. De middelen die aan zorg worden besteed, moeten ook goed worden besteed. Kwaliteit en doelmatigheid zullen hand in hand moeten gaan.

Daar waar politiek vooral gestuurd wordt op het wettelijk aanzetten van de bestuurlijke verantwoordelijkheid, wijst de praktijk een andere richting aan: die van de spreekkamer.

Wat hier plaatstvindt, of juist achterwege blijft, zou wel eens een cruciale factor kunnen zijn voor het slagen of falen van het kwaliteits- en doelmatigheidsbeleid. Aan de overheid, het bestuur en het toezicht de opdracht om zowel de patiënt als de hulpverlener te stimuleren deze verdergaande betrokkenheid bij de kwaliteit en doelmatigheid van onze gezondheidszorg te accepteren en de hieruit voortvloeiende rollen op te pakken.

Referenties

- * Grinten, T.E.D. van der, 2006. Zorgen om beleid: over blijvende afhankelijkheden en veranderende bestuurlijke verhoudingen in de gezondheidszorg. Erasmus Universiteit Rotterdam (Afscheidsrede).
- 1 Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2009-2010, nr. 32402
- 2 IGZ, Utrecht, april 2011
- 3 Motie-Gerbrands,31016, nr. 26
- 4 “En waar was de patiënt?”, Rapport van de externe onderzoekscommissie MST, 1 september 2009
- 5 “Oog voor het onzichtbare”, Externe onderzoekscommissie MSZ, 29 maart 2012
- 6 Zie ook RVZ-advies Governance en kwaliteit van zorg, 2009 en Relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg, 2010
- 7 http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/NVZ_Nieuws/Nieuwsberichten/Jul_i_december_2011/Akkoord_over_nieuw_Model_Toelatingsovereenkomst
- 8 Professioneel Statuut, behorend bij de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialist
- 9 Onderzoeksrapport Praktijkvariatie 2010
- 10 Zie ook Lint de M.W. en Kluchert S.A., Geef patiënten een grotere rol in het bewaken van de kwaliteit van zorg. In: Tijdschrift voor compliance en zorg, jaargang 1 nr. 3, 2011
- 11 Vos, Pieter, Het zorgstelsel: een unieke Nederlandse mix. In: van Leeuwen, Willem & Paul Simons, Toezicht en maatschappelijke onderneming.. Assen Van Gorcum, 2012, blz. 55 – 73
- 12 Booz&Co, Kwaliteit als medicijn, 2012
- 13 Idem
- 14 Onderzoeksraad voor Veiligheid, Een onvolledig bestuurlijk proces: hartchirurgie in UMC St Radboud, Den Haag, 2008



Herre Kingma

De veranderde relatie arts-patiënt

De geneeskunde is de laatste honderd jaar meer voortgeschreden dan in honderd eeuwen beschaving daarvoor. Vanaf het neolithicum, toen de eerste mensen van jager landbouwer werden en het dorp ontstond, zal de geneeskunst of wat daar voor door ging, onderdeel uitgemaakt hebben van onze sociale structuur. In de honderden opeenvolgende generaties sindsdien heeft de geneeskunst zich gevormd in een zekere mate van afzondering van de samenleving en heeft zij zich geleidelijk van een geloof, omgeven met magie omgevormd tot enerzijds een ambacht en anderzijds tot iets wat lijkt op wetenschap. In onze tijd is geneeskunst verder verwetenschappelijkt tot geneeskunde en een wetenschap geworden die stoelt op rationele inzichten en overwegingen. Sinds enkele decennia dienen die overwegingen niet alleen rationeel, maar ook evidence based te zijn. Intussen is beoefening van de geneeskunst niet meer voorbehouden aan dokters, maar een beetje van ons allemaal geworden. Geneeskunst heeft zich verbreed tot gezondheidszorg, waarin sinds de wet BIG het artsmonopolie is verdrongen en zorg, ook medische, steeds vaker ook door anderen dan artsen wordt verleend.

Persoonlijke ervaringen

Heeft de patiënt de ontwikkelingen binnen de geneeskunde helemaal kunnen volgen? Denkt de patiënt van vandaag al net zo rationeel, net zo *evidence based* als zijn dokters en wil hij ook alleen zorg op basis van richtlijnen en standaarden? Of spelen geloof, hoop, liefde en vertrouwen op onbekende krachten 'tussen hemel en aarde' nog een belangrijke rol in de geest van de zieke en zijn omgeving? Om die vraag te beantwoorden, zou je uitgebreid literatuurstudie en onderzoek moeten doen, maar je zou ook kunnen beginnen met een visie, gestoeld op ervaring als student, arts en specialist en gelouterd door ervaring als patiënt en partner, te beginnen in de jaren '50 tot en met de actualiteit van vandaag. Dat levert een mix op van indrukken vanuit diverse rollen: die van gezonde premiebetalder, patiënt en partner, arts, wetenschapper en bestuurder. Ik meen in al die rollen opgetreden te hebben en neem deze gelegenheid te baat mijn

Prof. Dr. J.H. Kingma,
voorzitter Raad van Bestuur
Medisch Spectrum Twente

impressies daarvan in dit essay te schilderen. Het is dus niet meer dan een 'probeersel', op zijn best een betoog in proza, zoals de definitie van het essay ons leert. De wetenschappelijke observatie, analyse en theorievorming laat ik graag over aan anderen, die niet gehinderd door de subjectiviteit van de *babyboomer*, geboren op het grensvlak van twee tijdperken, oordelen kan.

Mijn indrukken van dokters als kind waren gemengd, een oom en broer van mijn moeder waren arts en golden voor haar als lichtende voorbeelden voor een eervolle carrière, die mij, haar zoon, ook beschoren zou moeten zijn. De druk om medicijnen te gaan studeren was dus hoog. Mijn andere ervaring als middelbare scholier was die van een ongenaakbaar strenge chirurg, die me behandelde na een skiongeluk met een complexe onderbeenfractuur: er was grote afstand, nauwelijks enige communicatie, de klassieke icoon in de gesteven lange doktersjas, die alleen met mij sprak via zijn vaste chaperonne op zaal, de hoofdassistent, later zelf een bekend chirurg.

In mijn studententijd leerde ik net als iedere medisch student het 'Umdenken' (*die Dinge neu begreifen*) van de diffuse uitingen van ziekzijn, beleefd door patiënten naar de precieze beschrijving van symptomen, die de basis waren voor een lange lijst van potentiële aandoeningen, de differentiaal diagnose, begeleid door uitputtende diagnostiek. Daar werd bij mij en mijn medestudenten *volens nolens* de basis gelegd voor de grote afstand tussen ons en onze toekomstige patiënten. Wij leerden denken in nosologische eenheden, terwijl zij, de patiënten, dachten in klachten als griep, spit, buikpijn, 'longontsteking', uitslag, spierpijn en moeheid. In onze colleges en klinisch onderwijs kwamen die vrijwel niet meer terug in hun authentieke vorm. *Bedside* al helemaal niet, want daar lagen voor het overgrote deel bijzondere gevallen, de 'zeldzame' postzegels, die ons het zicht op de standaard geneeskunde benamen. In dat laatste werd voorzien met een huisartsenstage van twee weken, te kort om het idee dat patiënten diagnosegewijs volgens een leerboek encyclopedisch gerangschikt waren, te niet te doen.

Toen ik als assistent in opleiding eerst op de zaal en later in de spreekkamer belandde, werd dat exclusieve beeld compromisloos gecontinueerd. Daar waren de klachten weliswaar oneindig in tal, last en diversiteit, maar niettemin beperkt tot, c.q. moesten passen in de diagnoses van ons eigen

specialisme en dat hield onze wereld heel overzichtelijk. Had een patiënt een klacht die niet tot een diagnose binnen jouw discipline herleid kon worden, dan zond je hem of haar rap naar een belendend specialisme of meteen terug naar de huisarts, in beide gevallen met de bekende conclusie 'op mijn terrein geen afwijkingen'. Wij vroegen ons nauwelijks af wat dit betekende voor onze patiënten, die naar ons ziekenhuis kwamen om van hun ziekte en klachten af te geraken, maar geconfronteerd werden met een doolhof van specialistische niches. Ik hoor nog de bekende thoraxchirurg na mijn presentatie van een patiënt uitroepen; 'Jongen, dat kan ik niet snijden..., ga eerst maar weer eens praten, doe maar iets met pillen of stuur hem terug naar de huisarts'. Kortom, we waren niet erg gericht op de problemen van onze patiënten, maar dirigeerden patiënten naar onze specialistische niches met standaardbehandelingen en -ingrepen. Anders gezegd: we zochten geen behandelingen voor onze patiënten, maar patiënten voor onze behandelingen.

Eenmaal werkzaam in de 'perifere praktijk', overigens een groot, vooraanstaand topklinisch ziekenhuis, had ik voor het eerst eigen spreekuren, waar ik patiënten lange tijd begeleidde en kon vervolgen. Anders dan in mijn academische leeromgeving ontwikkelde ik met vele patiënten een bestendige arts-patiëntrelatie, die regelmatig mijn specialisme ontsteeg. Ik herinner mij dat een internist mij eens op de vingers tikte omdat ik een patiënt al enige tijd voor een niet al te ernstige diabetes behandelde en hoe ik dat als niet-internist eigenlijk verantwoordde. Dat kon ik niet naar veldnorm en regel, dus maar snel verwezen naar het goede hokje. Overigens, deze categorie diabetes zou vandaag onder behandeling van de huisarts zijn gebleven. Anderzijds werd je van sommige patiënten tijdens al die reguliere controles ook een beetje de huisarts. Fout misschien op de inhoud, maar goed voor de relatie en het vertrouwen, die ook de basis was voor een stabiele specialistenpraktijk eind jaren 80.

Gaandeweg kwamen er meer kritische patiënten. Die waren minder geïnteresseerd in eideloze reguliere controles, maar zochten een snelle oplossing voor hun klachten, vroegen of eisten een bijzondere aanpak van hun klachten of kwamen voor een tweede of derde mening, onzeker, kritisch of ontevreden als zij waren over hun behandelende specialist. Sommigen keerden na hun second opinion terug naar hun eerste dokter, anderen bleven bij ons hangen, omdat ze meenden een dokter getroffen te hebben, die hen beter begreep en/of behandelde. Hoewel niet gemeten,

verbeeld ik mij dat het gros van mijn gedurig ontevreden patiënten tot deze groep patiënten behoorde, op zoek als ze waren naar de ultieme effectieve behandeling, de ideale arts, die eindelijk hun bijzondere, door hen uitzonderlijk geachte casus begreep. Waren er in het begin van mijn praktijkperiode nog veel klassiek 'dankbare' patiënten, van het type 'dokter, u weet het toch het beste en u heeft gedaan, wat u kon', later in de jaren 90 begon het fenomeen kritische patiënt toch te overheersen. Ik herinner me een patiënt, die na tientallen jaren behandeling van een gecompliceerd voortschrijdend coronairlijden met diverse bypass-(re-)operaties en herhaalde dotterprocedures, uiteindelijk onbehandelbaar was geworden. De familie kwam op het spreekuur en vroeg me hoe het nu mogelijk was dat we hun vader in zo'n goed ziekenhuis toch dood hadden laten gaan. Het geloof in maakbare geneeskunde of beter genezing of gezondheid rukte op. Het idee dat achter ieder symptoom een te behandelen ziekte gevonden kan worden, mits je maar de goede dokter treft, is onuitroeibaar.

Er waren patiënten die zichzelf gingen behandelen, want met hun toenemende kennis en ervaring begrepen ze steeds meer van hun ziekte. Patiënten met een chronisch lijden als hartfalen, die zeer precies hun klinische symptomen en biovariabelen bijhielden en daarop stuurden, vaak in overleg met de hartfalen verpleegkundige, nu aangeduid als *nurse practitioner*. De kunst was, ondanks de nurse, die veel zorg uit handen nam, toch goed contact te houden met deze groep patiënten.

Bij de inspectie leerde ik de 'persistente klager' kennen. Nog maar net in Den Haag geland, werd ik bestookt door diverse patiënten, die onmiddellijke toegang eisten tot de Inspecteur-generaal omdat ze zich ernstig verwaarloosd voelden met hun klachten door achtereenvolgens de dokter, het ziekenhuis, de klachtencommissie, de inspectie en nu op het punt stonden een brief aan de politiek of zelfs de koningin te schrijven. Het adagium 'laat mij maar eens even goed luisteren, dan los ik het wel op', heb ik meermalen uitgeroepen, maar is toch maar zelden bewaarheid. Er zijn echt patiënten, die aan het eind van de klachtketen gekomen, niet of nog steeds niet tevreden te stellen zijn. Daar staat tegenover dat velen van hen aan het begin van die keten schromelijk verwaarloosd waren, wat hun reactieve gedrag misschien niet altijd rechtvaardigde, maar wel verklaarde. De les is dat net als in de traumatologie en de cardiologie er sprake is van een *golden hour*, c.q. *golden episode*. De aandacht en tijd

daar gegeven en geïnvesteerd in de klager-patiënt en voor zover mogelijk een goede relatie, voorkomt en beperkt meestal aanzienlijk de schade en frustratie later in het klachtbeloop.

En dan ben je plotseling zelf patiënt met een levensbedreigende ziekte. Al maanden zijn er onheilspellende klachten en symptomen, waar je je zelf over gerust stelt met verhaaltjes – dokters kunnen zichzelf uitstekend verhalen vertellen – tot je op enig moment tussen twee vergaderingen de telefoon grijpt en een bevriende collega belt: ‘Kom morgen om kwart over zeven, voor het spreekuur maar langs’. Diagnose, operatie, chemo, maanden tot jaren onzekerheid. Je dokter geeft je overlevingsstatistieken, die je alleen maar zwart of wit kunt interpreteren. Het kwartje viel uiteindelijk naar de goede kant, dus kan ik dit stuk schrijven bijna tien jaar na dato. Nooit vergeet ik de visite van de chirurg na de oncologiebespreking, drie dagen na de OK, die naast mijn bed ging zitten. Dokters gaan zelden zitten bij het bed van hun patiënt of er is iets heel ernstigs aan de hand. Hoe doe je een slechtnieuwsgesprek met een collega? Wat leer je van je eigen ziekte, waardoor je zelf een betere dokter wordt? Cruciaal in alle gevallen is de vraag of er een reële kans is om beter te worden of niet. Nog ingrijpender dan zelf ziek worden, is de plotse ziekte van je dierbaarste. Ik mocht me niet namens haar bemoeien met de vraag of er moest worden ingegrepen en of dat acuut moest. Waarom eigenlijk niet? Is dat niet wat de filosoof Dirk Verhofstadt in 2004 in zijn ‘pleidooi voor individualisme’ noemt het zelfbeschikkingsrecht van het individu, wat hij ook betreft op de patiënt? De patiënt heeft de ziekte, niet de dokter!

Beschouwing

Hebben onze patiënten de ontwikkeling van de geneeskunde, gebaseerd op autoriteit naar gezondheidszorg op basis van rede en bewijs kunnen volgen, kunnen internaliseren? Welke invloed heeft die gehad op de ontwikkeling van de relatie arts-patiënt, nu de geneeskunde steeds meer bedreven wordt volgens standaarden en richtlijnen, lees rationele overwegingen en stevig bewijs, weg van traditie en gewoonte. Als we succesvol zijn, is het makkelijk scoren. Sterker, succes wordt min of meer vanzelfsprekend ingeboekt, maar als de ziekte onbegrepen blijft of de behandeling niet aanslaat, kan dat snel omslaan in onbegrip en zelfs wantrouwen. Begrijpt de dokter mijn ziekte wel, is hij/zij voldoende vaardig? Vele ziekten, of moeten we zeggen klachten, blijven onbegrepen. Vroeger kon de dokter, en dat deed zich vaak voor, de patiënt dan met een bemoedigend

gebaar toespreken en het probleem toedekken. Dan was er aanvaarding op basis van vertrouwen of beter, geloof in zijn grote kennis. Ook de afstand tot de dokter, toen vaak nog notabel in dorp of stad, nodigde niet bepaald uit tot een verdiepend, laat staan kritisch gesprek. Over fouten werd al helemaal gezwegen. De moderne arts, oneindig veel beter toegerust en navolgbaar in zijn/haar handelen, moet zich heel ver begeven in wat de patiënt bezig houdt, wil hij/zij het vertrouwen blijven genieten. De groeiende populariteit van poliklinieken voor onbegrepen ziekten, nu al dertig in getal, suggereert dat er wel degelijk oplossingen zouden zijn voor dit type klachten. Ondanks alle reserve ten aanzien van deze vorm van zorg, is zoveel wel zeker: het is beter deze patiënten een aanspreekpunt te bieden dan hen te laten rondzwerven langs vele specialismen om zich uiteindelijk onverrichterzake maar tot het alternatieve circuit te wenden. Vraag is hoever artsen moeten meegaan in deze epidemie van onbegrepen klachten; het zou al gaan om meer dan een half miljoen patiënten, die ruim twee keer zoveel kosten als de reguliere patiënt, aldus de Volkskrant (011012). In elk geval ligt hier een zware rol voor de huisarts, die het midden moet zien te vinden tussen behandeling van symptomen en verzoening met onbegrepen klachten. Zonder vertrouwensrelatie gaat dat niet.

Wat voor dokter lijkt de moderne patiënt te willen? Een dokter, die op gelijkwaardig niveau met hem/haar praat, overlegt, maar op cruciale momenten betrokken en toegewijd is, c.q. weet wanneer hij/zij moet uitleggen, maar ook weet wanneer hij/zij troost moet bieden. De dokter heeft weliswaar oneindig veel meer kennis dan zijn/haar patiënt, maar de sociale barrière is definitief geslecht in de XXI eeuw en de moderne patiënt heeft via internet onbeperkt toegang gekregen tot informatie over voorkómen, diagnostiek en behandeling van ziekten, kennis die vroeger alleen voor de dokter toegankelijk was. De patiënt, die zijn dokter confronteert met 'zijn' diagnose en voorgestelde behandeling is bepaald geen karikatuur. Soms weet de patiënt ook meer van de feiten dan de dokter, maar de dokter is en blijft de partij die orde schept in de ongefilterde stroom gegevens, het belang weegt van al hetgeen de patiënt heeft aangedragen om vervolgens samen te komen tot de aanpak, althans indien geïndiceerd, conservatief of per interventie met scope, catheter of scalpel. Overwegingen van doelmatigheid en kosten kunnen dit gesprek tussen arts en patiënt overigens aanzienlijk belasten. Een rechte rug van de consequente, bij tijd en wijle strenge dokter is van even groot belang voor de individuele patiënt als voor de houdbaarheid van ons stelsel, c.q. de omvang van het

verzekerde pakket. Allerwegen wordt opgeroepen het pakket te versoberen. Stap één zou moeten zijn, vooraleer het pakket uit te dunnen, dit veel soberder toe te passen, strenger te indiceren en dat komt maar op één plaats tot stand, de spreekkamer van de dokter. Dat kan ook zonder druk van wachttijden, die recent werden bepleit als selectiemiddel. Het zou overigens een stuk gemakkelijker zijn als de dokter in zijn/haar spreekkamer, wanneer hij een diagnostische handeling of therapeutische ingreep nog niet direct nodig acht, c.q. deze verrichting nog geen *need* is, deze wel zou kunnen toestaan als *demand*, weliswaar medisch verantwoord, maar van relatief belang en dus tegen eigen betaling. In het licht van de pakketdiscussie en zwaar benadrukte vrije keuze, is de discussie over de markt tamelijk futiel. Markt is geen institutie, maar grotendeels mentaliteit. Markt is er per definitie als keuzevrijheid zo krachtig, nota bene door de staat, wordt gepropageerd. Vraag laten prevaleren boven aanbodgerichte zorg impliceert dat de 'geest van de markt uit de fles is' en er niet makkelijk weer in terug zal zijn te krijgen. Remmen van vraag, zeker zonder direct prijsmechanisme is oneindig veel moeilijker dan remmen van aanbod.

Hadden we het zojuist over de vragende, soms (veel)eisende patiënt, een zeker zo belangrijk fenomeen is de kritische patiënt: mag ik rekenen op juiste, voldoende zekere diagnostiek? Krijg ik op tijd de goede behandeling? Wordt deze optimaal en vaardig toegepast? Deze vragen zijn overigens geheel terecht en passen in de definitie van kwaliteit, die zegt dat 'kwaliteit voldoen is aan de gerechtvaardigde vraag van de patiënt'. De kwintessens in de definitie is natuurlijk de gerechtvaardigdheid van de vraag. Een patiënt mag tegenwoordig verwachten dat diagnose en behandeling rationeel en wetenschappelijk verantwoord is. Het stellen van de diagnose op basis van kennelijk door niemand weersproken autoriteit, kan gemakkelijk ontaarden in grenzeloze zelfoverschatting, zeker als *clinical governance* (collegiaal toezicht op de werkvloer) ontbreekt. Dat dit draconische gevolgen kan hebben, heeft de zaak van de Twentse neuroloog laten zien. Die heeft kunnen ontstaan omdat er aanvankelijk groot vertrouwen van patiënten bestond in deze neuroloog met een vermeend grote reputatie. Dat vertrouwen is enorm beschaamd door lichtvaardig gestelde onjuiste diagnoses met grote sociale consequenties, tot schade voor de patiënten en reputatieverlies van het ziekenhuis.

Hoe geef je de relatie tussen arts en patiënt zo vorm dat er een open gesprek is over wat redelijkerwijs verwacht mag worden, waar risico's

zijn te verwachten, wat acceptabel is als ‘calculated risk’ op complicaties en achteraf, welke schade vermijdbaar was of zelfs verwijtbaar? In de moderne relatie tussen arts en patiënt moet sprake zijn van grote openheid. Als alles goed lijkt te zijn gegaan, is het natuurlijk gemakkelijk. Als de uitkomst van behandeling ‘ongewenst’ is, moet duidelijk gemaakt worden wat er fout is gegaan en zodra dat duidelijk is, of er mogelijk iets fout is gedaan. In de toenemende juridisering van de zorg waarin de aansprakelijkheidsstelling voor een ongewenste uitkomst altijd op de loer ligt, stelt dat hoge eisen aan de arts-patiëntrelatie. Het definitieve antwoord hoe hier mee om te gaan is nog niet gegeven. Wij leren nog steeds van geval tot geval. Ziekenhuizen hebben ingezien dat hun zorgplicht jegens klagers veel beter moet worden vormgegeven, maar dat geldt ook jegens de beklaagde dokter, die vaker dan voorheen geconfronteerd wordt met klacht, tucht en/of aansprakelijkheidsstelling. Niet krampachtig reageren en de communicatieve relatie met de patiënt-klager open houden moet tot het uiterste worden nagestreefd, maar dat is niet zelden op eieren lopen, c.q. vraagt om een zekere behoedzaamheid.

Ten slotte een bijzondere ontwikkeling in de geneeskunde, het ‘zelf-management’, meestal van patiënten met chronische ziekten, in een aantal gevallen ook patiënten betreffende die op afstand zorg ontvangen (telemedicine). In die relatie arts-patiënt-verpleegkundige speelt de verpleegkundige een doorslaggevende rol, gezien het veelal veel frequenter contact met de *nurse practitioner*. De dokter kan zelfs enigszins op de achtergrond raken, maar blijft in alle gevallen medisch verantwoordelijk. In die driehoeksrelatie is goede informatievastlegging en –uitwisseling eerste vereiste, maar dit kan nooit het persoonlijke contact en de aandacht van de dokter vervangen. Toch zullen skype, e-mail, sociale media de arts-patiëntrelatie grondig veranderen, al vermoed ik, dat deze relatie daardoor vooral zal verbeteren, directer zal kunnen worden.

Epiloog

We bouwen een nieuw ziekenhuis in Twente, mooi, licht, maar ook *lean*. Ons streven is patiënten zo kort mogelijk opgenomen te houden, maar zo veel mogelijk poliklinisch en in dagbehandeling of op afstand te behandelen. Deze trend heeft de opnameduur in de ziekenhuizen dan ook zeer fors doen teruglopen de afgelopen decennia. Omdat er niet minder patiënten zijn en patiënten niet minder vaak ziek zijn, maar intussen wel ouder worden, brengen ze een groter deel van hun leven in ziekte door en nemen

ook de aantallen contacten met artsen en ziekenhuizen toe. Ons nieuwe ziekenhuis beoogt de ziekenhuisprocessen optimaal en modern te faciliteren, maar moet, belangrijker nog, bevorderen dat we een gastvrije omgeving bieden aan onze patiënten en een inspirerende werkplaats voor onze artsen en verpleegkundigen. Doel is uiteindelijk een optimale behandeling van de patiënt mogelijk te maken door optimale contactmogelijkheden tussen de dokter, de verpleegkundige en de patiënt. Dat begint voor de opgenomen patiënten met éénpersoonkamers, waar artsen en patiënten, niet gehinderd door medepatiënten, in alle rust en privacy kunnen praten. Daarnaast wordt gestreefd naar een optimale ambiance voor onze patiënten op de polikliniek. Zieken, die weliswaar minder vaak en lang in ziekenhuisbedden liggen, maar daarom, zoals betoogd veel vaker de polikliniek bezoeken. Kan de bekende plastic kuipstoel dan nog wel in de wachtkamers? Voldoet het flitsbezoek bij de dokter dan nog wel? Kortom, als we patiënten steeds minder opnemen, moeten we ze dan niet anders, beter, gastvrijer, met meer zorg omgeven ontvangen, zoals in de patiëntenlounge op de polikliniek oncologie in het UMCG? In een dergelijke omgeving, toegesneden op specifieke wensen en noden, aansluitend bij een andere soortgelijke nieuwe trend in de geneeskunde, *personalized medicine*. Daar geldt niet meer de collectieve norm, standaard, richtlijn, die gelijke omstandigheden voorschrijft voor allen, maar gelijke doelen stelt, voorschrijft voor allen. Dat vraagt echter om een hoogst individuele input op basis van o.a. persoonlijke genetische opmaak, individuele pathofysiologie en last but not least een persoonlijk toegesneden arts-patiëntrelatie. Een wenkend, maar ook revolutionair perspectief!

Herre Kingma
Delden, 1 oktober 2012



Marcel Levi

Spreekkamer 2.0: van monoloog naar dialoog

'Halt,' zei Blabatsky, 'u moet geopereerd worden.'

'Als het moet,' zei de man, 'dan maar meteen.'

Uit 'Buitelingen' van Godfried Bomans

In de afgelopen jaren is de patient-dokterinteractie veranderd van een veelal unidirectionele verstandhouding waarin de dokter beslist en bepaalt op welke wijze het probleem van de patiënt het beste kan worden aangepakt, naar een meer interactieve communicatieve en gezamenlijke besluitvorming. In deze meer moderne aanpak heeft de arts vooral een adviserende en counsellende rol en probeert hij of zij in eerste instantie de verschillende voor- en nadelen van een diagnostische test of behandeling met de patiënt te bespreken. De patiënt wordt op deze wijze partner bij de overwegingen die leiden tot de uiteindelijke beslissing en komt uitdrukkelijker in de positie daadwerkelijk deelgenoot van de beslissing te zijn.¹ Belangrijke stimulans voor deze manier van werken is de behoefte van moderne patiënten om beter geïnformeerd te zijn over hun medische behandeling, daar meer over te zeggen te hebben en mee te kunnen beslissen op belangrijke punten. Zelfbeschikking is een van de fundamenteën onder de relatie tussen patiënten en zorgverleners en komt op deze wijze veel beter tot haar recht. Niet alleen wordt dit vertaald in regelgeving (bijvoorbeeld de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst WGBO) maar ook is er in toenemende mate het besef dat deelname van de patiënt in de medische besluitvorming leidt tot een grotere compliance en een toegenomen satisfactie van de patiënt met de behandeling.²

Natuurlijk is het zo dat in heel veel omstandigheden de beste diagnostische aanpak van een probleem of de beste therapeutische optie duidelijk is en dat in vrijwel alle gevallen de patiënt het advies van de arts zal volgen. Zo zal er weinig discussie ontstaan over het starten met antibiotica bij een patiënt met een ernstige longontsteking of over de noodzaak bij een gebroken heup te opereren. Echter, ook in deze situaties is de dokter

Prof. Dr. M.M. Levi,
voorzitter Raad van
Bestuur Academisch
Medisch Centrum,
Amsterdam

gehouden aan de patiënt zo goed mogelijk uit te leggen wat de te verwachten voordelen van de behandeling zijn, wat er gebeurt als de behandeling niet wordt uitgevoerd, en wat de eventuele risico's en bijwerkingen van de behandeling zijn. Maar vooral bij die situaties waarbij de beste strategie niet onmiddellijk voor de hand ligt en er een keuze is tussen meer behandelopties, wordt het gesprek tussen moderne patiënt en arts steeds meer een dialoog, waarin de arts aangeeft wat te voor- en nadelen van de behandelingen zijn, de patiënt dat voor zichzelf probeert te verduidelijken en uiteindelijk te vertalen naar zijn of haar specifieke situatie en persoonlijke voorkeuren. Daarbij spelen voor de patiënt verschillende zaken een rol, zoals levenshouding, inclusief religieuze opvattingen, ideeën over ziekte en gezondheid, de sociale situatie, verwachtingen of angsten op basis van ervaringen in het verleden of bij naasten, en waarschijnlijk nog een hele serie andere elementen.

Wat is een effectieve behandeling?

De adviezen die de dokter geeft over de beste diagnostische of behandelopties zijn idealiter gebaseerd op kennis die is verworven in solide wetenschappelijk onderzoek. Deze zogenoemde 'evidence-based medicine' is in de afgelopen decennia de standaard geworden voor goede medische besluitvorming. Hoewel veel medische behandelingen in vrijwel alle gevallen effectief zijn, zoals de behandeling van een urineweginfectie met antibiotica of het behandelen van een maagzweer met krachtige maagzuurremmers, zijn er talloze situaties – in tegenstelling tot wat patiënten vaak denken of verwachten – dat therapieën niet in alle gevallen ziekte voor 100% effectief kunnen genezen of voorkomen. Een van de meest gebruikte medicijnen in Nederland is een lage dosis aspirine, want iedere arts is ervan overtuigd dat het voorschrijven daarvan na een TIA een beroerte kan voorkomen, maar in feite geeft deze preventieve maatregel slechts 13% reductie van de kans om in de toekomst een hersen- of hartinfarct te krijgen.³

Dus, een groot deel van de medische behandelingen geven vooral een reductie van de kans op een slechte uitkomst of het voorkomen van verslechtering van de ziekte. Ons inzicht over effectiviteit (en veiligheid) van deze behandelingen is meestal gebaseerd op grote vergelijkende onderzoeken, waarbij de voorgestelde behandeling wordt toegepast bij een groep patiënten en tegelijkertijd eenzelfde groep patiënten geen of een alternatieve behandeling krijgt toegediend. In beide groepen wordt het

effect van de behandeling (of het ontbreken daarvan) gevolgd en aan het eind van de observatieperiode kan een uitspraak worden gedaan over effectiviteit van de behandeling in beide groepen en tevens over het voorkomen van ongewenste bijwerkingen. Zo kunnen we bij 100 patiënten met een verhoogd cholesterol cholesterolverlagende medicatie geven en aan 100 anderen een placebo. Na enige jaren valt dan vast te stellen dat van de 100 patiënten die cholesterolverlagers kregen er 10 zijn overleden terwijl in de controlegroep van honderd patiënten er 20 zijn overleden. De kans op overlijden in de behandelde groep is dus 10% en de kans op overlijden in de controlegroep is 20%. Om het effect van de behandeling uit te drukken, worden deze percentages op elkaar gedeeld en het resultaat van deze simpele som is de relatieve risicoreductie. De conclusie van ons onderzoek is dus dat cholesterolverlagende medicatie een daling van de kans op sterfte geeft van 50%, overtuigend genoeg voor veel dokters om deze therapie te adviseren. Een dergelijke relatieve risicoreductie van 50% zegt echter niet zoveel. Bij een trial bij 2000 patiënten naar de effecten van een nieuw medicijn op de overleving bij jonge patiënten met hoge bloeddruk is het ook mogelijk eenzelfde relatieve risicoreductie van 50% te bereiken. Echter, als in de beschouwing wordt betrokken dat de sterfte in absolute zin in de onbehandelde groep slechts 2 op 1000 is (en in de behandelde groep dus 1 op 1000) bent u misschien minder onder de indruk van de toepassing van het medicament om sterfte te voorkomen.⁴

Om hieraan tegemoet te komen wordt tegenwoordig vaak het number needed to treat (NNT) berekend. Het NNT is gedefinieerd als het aantal patiënten dat moet worden behandeld om één ongewenste uitkomst te voorkomen.⁵ De NNT wordt berekend door 1 te delen door het absolute verschil in risico's. In het eerste voorbeeld is de kans op overlijden in de controlegroep 0.2 en in de behandelde groep 0.1. Het absolute verschil is dus 0.1 en dit geeft een NNT van 10, dat wil zeggen dat er 10 patiënten een cholesterolverlager voorgeschreven moeten krijgen om overlijden bij één van hen te voorkomen. In het tweede voorbeeld is de NNT 1000, dat wil zeggen dat duizend jonge patiënten met hypertensie moeten worden behandeld om één geval van sterfte te voorkomen. De vraag is natuurlijk welk NNT acceptabel is. Dat hangt naast de grootte van het getal natuurlijk af van de ernst van de uitkomst. Bij bijvoorbeeld overlijden als uitkomst zal men geneigd zijn een grotere NNT te accepteren, terwijl bij een minder ernstige uitkomstmaat, als bijvoorbeeld verergering hooikoortsklachten, een heel grote NNT niet zal overtuigen om een zware therapie

te starten. De NNT wordt in belangrijke mate beïnvloed door de duur van de follow-up en dit kan het vergelijken van NNT's bemoeilijken. Ook is bij het interpreteren van de NNT het risico op (ernstige) ongewenste bijwerkingen van belang. Dit kan zelfs worden uitgedrukt in number needed to harm, dat wil zeggen hoeveel patiënten moeten worden behandeld om bij één van hen een bijwerking te krijgen. Zo is bijvoorbeeld bij de tijdige behandeling van het acute herseninfarct met thrombolytica vast te stellen dat het NNT voor het voorkomen van sterfte aan het infarct en blijvende invaliditeit 9 is: dus toepassing van thrombolysie bij 9 patiënten zal bij één van hen het leven redden of behoeden voor blijvende ernstige neurologische uitval.⁶ Daarentegen is er ook een bloedingsrisico en is te calculeren dat bij één van de 15 behandelde patiënten een ernstige intracerebrale bloeding op zal treden. Het is desondanks duidelijk dat de balans in het voordeel van thrombolysie doorslaat. Tenslotte zijn natuurlijk de belasting van de behandeling zelf en mogelijk ook de kosten die daarmee samenhangen van belang bij de discussie een therapie al dan niet toe te passen.

Zelfs met deze nuanceringen blijft de vraag welk NNT acceptabel is en welk getal niet eigenlijk nauwelijks in het algemeen te beantwoorden. De specifieke wensen en voorkeuren van een individuele patiënt kunnen hierbij dus van doorslaggevend belang zijn. Ook speelt een rol dat het eindpunt van het NNT niet het enige voor de patiënt relevante eindpunt hoeft te zijn. Een dotterbehandeling bij het hartinfarct voorkomt niet alleen sterfte maar ook bewerkstelligt het een betere ventrikelfunctie na het infarct, een voor overlevenden van een hartinfarct uiterst belangrijk punt. Andersom kan een therapie die het leven verlengt maar wel belangrijk ten koste gaat van de kwaliteit van leven (b.v. door ernstige en blijvende bijwerkingen of de kans op invaliditeit) voor de patiënt toch niet acceptabel zijn. Kortom, tussen het ideale NNT van 1 (iedereen die behandeld wordt heeft hiervan het gewenste effect) en een NNT waarbij therapie nauwelijks zinvol is (een enorm hoog NNT met een weinig relevante uitkomstmaat en relatief belastende therapie) ligt een breed grijs gebied van NNT's, waarbij een dialoog met de patiënt uiteindelijk bepaalt of een behandeling zou moeten worden toegepast.

Niet behandelen is ook een optie

De discussie over een acceptabel NNT geeft tegelijkertijd duidelijk de zwakte in de huidige therapeutische geneeskunde aan. Soms moeten hele grote hoeveelheden patiënten worden behandeld met als doel slechts bij

enkelen van hen een ongewenste uitkomst te voorkomen. Daarnaast is er een aantal patiënten dat ondanks de gegeven behandeling toch overlijdt. Om meer inzicht te verschaffen in het huidige onvermogen is wel eens voorgesteld naast de NNT een nieuwe term te introduceren: het N.U.T. van een behandeling. N.U.T. staat voor de som van het number unnecessarily treated (zij die de placebo kregen en toch gewoon bleven leven) en het number unsuccessfully treated (zij die de actieve medicatie kregen en desondanks overleden), gedeeld door de totale populatie.⁷ Hoe lager het N.U.T., hoe nuttiger de behandeling voor allen. Het N.U.T. van cholesterolverlaging in het eerder gegeven voorbeeld is respectievelijk 0.45, dus voor ongeveer de helft van de patiënten is de behandeling niet van nut geweest. Bij nadere beschouwing blijkt dat het N.U.T. van een behandeling niet dramatisch zal verbeteren bij een nog hogere effectiviteit van het middel: Immers, als nog betere cholesterolverlagende behandeling de sterfte van 20% volledig zou kunnen elimineren tot 0%, was het NUT slechts afgenomen van 0.45 tot 0.40. Dat komt gewoon omdat niet iedereen met een hoog cholesterol doodgaat en er dus per definitie een enorme overbehandeling is: het number unnecessarily treated is complementair aan de kans op een ongunstige uitkomst bij ziekte.

Dit maakt dus duidelijk dat niet behandelen in veel gevallen ook een optie is. Misschien onttrekt de patiënt zichzelf daarmee een potentieel voordeel maar hij wordt dan ook niet blootgesteld aan alle inherente nadelen die aan de behandeling verbonden zijn. Dit is bijvoorbeeld heel relevant in de context van gevorderde kanker, waarbij zware chemo- of radiotherapie mogelijk nog wel enige verlenging van het leven kan geven maar gepaard gaat met zeer veel bij-effecten. En daarmee wordt niet alleen bedoeld de nadelige bijwerkingen van de therapie zelf, zoals misselijkheid, diarree, moeheid, of de kans op infecties, maar ook de vele bezoeken aan het ziekenhuis, laboratorium controles, of onverwachte opnames wegens een tussentijdse complicatie. Het is heel voorstelbaar dat een patiënt dit alles wetende ervoor kiest de behandeling niet te ondergaan en de weliswaar mogelijk kortere overblijvende tijd van leven gebruikt om met familie en vrienden op een waardevolle wijze om te gaan. Maar ook in minder heftige omstandigheden kan een patiënt alles afwegende ervoor kiezen om een behandeladvies naast zich neer te leggen omdat dit beter past bij zijn of haar levensstijl, zoals toegelicht in het volgende voorbeeld.

In de spreekkamer is het number needed to treat altijd één

Het risico van het krijgen van trombose bij vrouwen die de pil gebruiken is welbekend. Uit degelijk en onweerlegbaar wetenschappelijk onderzoek is naar voren gekomen dat bij gebruik van de anticonceptiepil het relatieve risico op trombose ongeveer 4-voudig verhoogd is.⁷ Dat zou gebruiksters van de pil af kunnen schrikken dit middel nog verder te gebruiken. Weer geldt echter dat het relatieve risico niet zoveel zegt zonder kennis te hebben van het absolute risico. Omdat trombose bij de pilconsument, meestal een jonge vrouw, niet zo vaak voorkomt, is dit absolute risico tamelijk laag. Een vrouw die de pil gebruikt, heeft in absolute zin een kans van 1 op 10.000 om een trombose te krijgen. Dat is voor velen wel weer een zeer acceptabel risico. Echter, bij een vrouw die een trombose heeft gekregen en bij wie vastgesteld is dat zij draagster is van een genetische variant die de kans op trombose verhoogt, zal pilgebruik de kans op trombose 20 tot 40-voudig doen toenemen, een absolute kans van 1:1000 per jaar. Veel artsen zullen in dat geval een vrouw adviseren af te zien van pilgebruik en gebruik te gaan maken van andere middelen van anticonceptie en veel vrouwen zullen dat advies volgen. Echter, als dat om wat voor reden dan ook niet acceptabel is voor een vrouw, is het voorstelbaar dat de patiënte toch kiest voor het gebruik van de pil. Daar is niets verkeerd aan, zolang zij zich maar bewust is van het (matig) toegenomen risico op trombose als consequentie van haar keuze.

Een groepsrisico van 1:1000 is inderdaad nog te overzien. Echter, de pilgebruikster die uw spreekuur bezoekt nadat zij een trombose heeft ontwikkeld, heeft zeer waarschijnlijk aan die 999 andere vrouwen die geen trombose kregen op dat moment niet zoveel boodschap. Haar individuele kans op trombose is immers 100% gebleken. Dit voorbeeld illustreert hoe kansen ons kunnen helpen om patiënten een goed advies te geven, maar ook wat de beperkingen hierbij zijn. In de moderne geneeskunde kan in veel gevallen de kwantitatieve onderbouwing van medische beslissingen door precieze informatie over relatieve risico's én absolute risico's leiden tot een serieuze dialoog in de spreekkamer, waarbij de arts informeert en adviseert, maar de patiënt zelf ook de kans heeft om mee te discussiëren.⁸ Toch blijft het zo dat een kans, die belangrijke informatie geeft voor een groep personen, soms lastig toepasbaar is op een individu. In feite is in de spreekkamer het number needed to treat altijd één.

Heeft deze patiënt voordeel bij de behandeling?

Bij het vaststellen van de effectiviteit van een behandeling in klinische trials is het uiteraard ook van belang om na te gaan naar welke uitkomstparameter wordt gekeken.⁹ Medisch-wetenschappelijke onderzoekers zijn soms geneigd als uitkomstmaat een goed meetbare parameter te nemen, maar dit is niet automatisch een voor de patiënt relevante uitkomstmaat. Bij de behandeling van hypertensie is een verlaging van de bloeddruk een mogelijke uitkomstmaat maar uiteindelijk gaat het om de preventie van hersenbloedingen, hartinfarct en overlijden. Bij een herniaoperatie kan het resultaat op de MRI nog zo fraai zijn, voor de patiënt telt vooral dat hij pijnvrij is. Oveerleverigens is voor beide voorbeelden aangetoond dat er een redelijk goede correlatie tussen deze uitkomsten bestaat, maar dit is niet in alle gevallen zo. Zo heeft de toediening van theophylline bij een verergering van chronisch obstructief longlijden een gunstig effect op parameters van longfunctieonderzoek, maar die heeft nauwelijks effect op de duur of de ernst van de episode.⁹ Of er is wel een verbetering in een belangrijke uitkomstmaat, maar die heeft dan weer nauwelijks relevantie voor de patiënt. Een goed voorbeeld is de studie met pentoxifylline bij patiënten met perifere vaatlijden, waarbij deze behandeling de pijnvrije loopafstand met enkele meters deed toenemen, een statistisch significante waarneming maar klinisch nauwelijks relevante uitkomst.¹⁰ Bij veel trials bestaat momenteel de behoefte vooral te focussen op sterfte als belangrijkste uitkomstmaat, ook al omdat dit door autoriteiten die betrokken zijn bij registratie van nieuwe geneesmiddelen dikwijls wordt verlangd. Bij het onderzoek naar effectieve geneesmiddelen bij sepsis (bloedvergiftiging),

is de overleving na 28 dagen de centrale uitkomstmaat. Het is echter de vraag of dit niet te beperkt is. Immers, niet alleen het overleven, maar zeker ook de manier waarop is van belang voor de patiënt. Indien blijkt dat een middel weliswaar de overleving ten goede komt, maar vervolgens de overlevenden met belangrijke chronische handicaps door het leven moeten, lijkt het van belang dit ook bij de beschouwing te betrekken.¹¹

Tenslotte is ook nog van belang dat het bewijs voor de effectiviteit en veiligheid van de meeste behandelingen komt vanuit onderzoek in fors geselecteerde patiëntengroepen, met dikwijls andere karakteristieken dan die van de patiënt die nu voor ons zit in de spreekkamer.¹² Van de bijna 29.000 patiënten met de veelvoorkomende hartritmestoornis boezemfibrilleren werd slechts 12.6% in de trials onderzocht om na te gaan of

antistolling nuttig was om herseninfarcten te voorkomen.¹³ Alle anderen hadden redenen om niet aan de trial te mogen meedoen, zoals tegelijkertijd hebben van andere ziektes, gebruik van andere medicijnen, hoge leeftijd of andere zogenaamde 'exclusie criteria'. Maar dat zijn allemaal zaken die bij de patiënten die wij in de dagelijkse praktijk zien net zo goed voorkomen. Bij onderzoeken naar nieuwe behandelmethoden voor sepsis (bloedvergiftiging) is minder dan 10% van de patiënten geschikt om in de trial te kunnen participeren. De overgrote meerderheid van kankerpatiënten heeft een reden om niet aan een onderzoek over een nieuw medicijn te kunnen deelnemen. Het blijkt dat in vrijwel alle onderzoeken de meeste patiënten om verschillende redenen niet mogen meedoen. Het is dan zeer de vraag of het bewijs over effectiviteit en veiligheid van een behandeling dat uit de trials komt net zo goed toepasbaar is op de populatie in de algemene praktijk en er zijn aanwijzingen dat dit niet het geval is.^{13,14} Nog een reden dat het gesprek in de spreekkamer een hoogst individueel karakter moet hebben en volledig toegesneden moet zijn op de patiënt die op dit moment voor de arts zit.

Het belang van communicatie en educatie voor zowel patiënt als arts

Om het gesprek in de spreekkamer daadwerkelijk een dialoog te laten zijn, dient het verschil in kennis tussen patiënt en arts te worden verkleind. Goede patiënteducatie, zowel mondeling als schriftelijk, kan daarbij een belangrijke rol spelen. Veel patiënten vinden het prettig informatie over hun aandoening na te lezen op het internet en veel moderne dokters zien dit niet als een bedreiging maar besteden energie aan het helpen van de patiënt waardevolle en correcte informatie te vinden tussen de grote hoeveelheid misinformatie die dit medium ook biedt.^{15,16} Een gesprek waarin de patiënt deelgenoot wordt gemaakt van de overwegingen om een diagnostische strategie of een behandeling wel of niet uit te voeren gaat alleen slagen als de arts zijn (medisch) taalgebruik aanpast aan de kennis van de patiënt. Dat klinkt eenvoudiger dan het is. Immers, dokters zijn gewend in technisch of medisch jargon met elkaar te communiceren en worden ook op deze manier opgeleid. Het gebruiken van taal die voor de patiënt volledig helder is en dan ook nog met de juiste nuances vereist aandacht en training. En dat onderdeel ontbreekt eigenlijk volledig in de opleiding tot arts en de vervolgopleiding tot huisarts of specialist. Onderzoek leert dat zelfs zorgvuldig opgestelde schriftelijke informatie die bestemd is voor patiënten door de meeste van hen te moeilijk wordt gevonden en dikwijls

niet goed wordt begrepen.^{17,18} Het lijkt verstandig in de medische opleidingen wat meer aandacht aan dit punt te besteden. Het initiatief in het AMC waarbij uit het ziekenhuis ontslagen patiënten bij vertrek een door de co-assistent opgestelde brief krijgen overhandigd met in voor hen begrijpelijke taal uitleg over de opname, de ziekte en de behandeling, alsmede adviezen voor na het ontslag, lijkt hierbij een stap in de goede richting, van voordeel voor zowel de patiënt als de arts-in-opleiding.¹⁹

Patiënt- en dokterssatisfactie

Het lijkt makkelijk te begrijpen dat patiënttevredenheid een goede relatie heeft met het gevoel zelf te kunnen participeren en meedenken met medische beslissingen.^{1,20} Toch zullen er ook patiënten zijn die het lastig of zelfs vervelend vinden om betrokken te worden bij moeilijke beslissingen, zelfs al gaat het om de eigen gezondheid. Het kan bijvoorbeeld zijn dat een patiënt die het moeilijk heeft met zijn of haar ziekte deze last er niet ook nog eens bij wil hebben. Een andere mogelijkheid is dat patiënten ondanks optimale informatie en communicatie zichzelf onvoldoende geëquipeerd vinden actief te participeren. Het is dan aan de gezondheidszorgprofessional dit tijdig te onderkennen en de patiënt wat meer directief te adviseren over het te volgen beleid. Deze strategie is in ieder geval te verkiezen boven de situatie dat de patiënt het gevoel krijgt te 'zweven' en gedwongen wordt besluiten te nemen die hij liever niet wil of kan nemen omdat de dokter het te veel in het midden laat.

Over de vraag wat toegenomen patiëntparticipatie betekent voor de voltoening die de dokter aan zijn praktijkvoering ontleent is weinig bekend. Anekdotische mededelingen en kleine onderzoeken tonen echter aan dat veel dokters het een plezierige manier van werken vinden en dat de ze positieve feedback van patiënten ook waarderen.²¹ Al met al lijken de meeste gezondheidszorgwerkers de extra inspanning en tijd die het gezamenlijk nemen van beslissingen vraagt opwegen tegen de toename van de kwaliteit van het patiënt-doktercontact en de patiënttevredenheid.

Conclusie

De moderne verstandhouding tussen patiënt en arts laat een verschuiving zien van autoritaire naar adviserende geneeskunde. De patiënt wordt deelgenoot van de afwegingen die ten grondslag liggen aan medische besluitvorming en participeert ook daadwerkelijk in de beslissing. De arts kan de patiënt daarbij faciliteren door een geïndividualiseerde interpretatie te

geven van wat uit onderzoek bekend is over effectiviteit en veiligheid van de verschillende diagnostische en therapeutische opties. Training van dokters (in opleiding) in deze manier van denken en de hiervoor benodigde communicatie skills is van belang om tot een goede dialoog in de spreekkamer te komen. Deze dialoog en gezamenlijke besluitvorming leiden in de spreekkamer tot een toegenomen tevredenheid van zowel patiënt als dokter.

Marcel Levi
Augustus 2012

Referenties

- 1 Teutsch C: Patient-doctor communication. *Med Clin North Am* 2003; 87: 1115-1145.
- 2 van Dulmen S, Sluijs E, van Dijk L, de Ridder D, Heerding R, Bensing J: Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Serv Res* 2007; 7:55: 55.
- 3 A comparison of two doses of aspirin (30 mg vs. 283 mg a day) in patients after a transient ischemic attack or minor ischemic stroke. The Dutch TIA Trial Study Group. *N Engl J Med* 1991; 325: 1261-1266.
- 4 Levi M: Kansen voor de Inwendige Geneeskunde. *Vossius Pers* 2001; Amsterdam.
- 5 Kerst AJ: Number needed to treat (NNT). *Geneesmiddelenbulletin* 2001; 35: 117-118.
- 6 Lansberg MG, O'Donnell MJ, Khatri P, Lang ES, Nguyen-Huynh MN, Schwartz NE, Sonnenberg FA, Schulman S, Vandvik PO, Spencer FA, Alonso-Coello P, Guyatt GH, Akl EA: Antithrombotic and Thrombolytic Therapy for Ischemic Stroke. *American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines*. *CHEST Journal* 2012; 141: e601S-e636S.
- 7 Vandenbroucke JP, Rosing J, Bloemkamp KWM, Middeldorp S, Helmerhorst FM, Bouma BN, Rosendaal FR: Oral contraceptives and the risk of venous thrombosis. *N Engl J Med* 2001; 344: 1527-1535.
- 8 Bensing J: Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Educ Couns* 2000; 39: 17-25.
- 9 Nishimura K, Koyama H, Ikeda A, Sugiura N, Kawakatsu K, Izumi T: The additive effect of theophylline on a high-dose combination of inhaled salbutamol and ipratropium bromide in stable COPD. *Chest* 1995; 107: 718-723.
- 10 Ernst E, Kollar L, Resch KL: Does pentoxifylline prolong the walking distance in exercised claudicants? A placebo-controlled double-blind trial. *Angiology* 1992; 43: 121-125.
- 11 Levi M: Benefit of recombinant human activated protein C beyond 28-day mortality: there is more to life than death. *Crit Care Med* 2003; 31: 984-985.
- 12 Smulders Y: Evidence based: to be or not to be? *Neth J Med* 2011; 69: 53-54.
- 13 Levi M, Hovingh GK, Cannegieter SC, Vermeulen M, Buller HR, Rosendaal FR: Bleeding in patients receiving vitamin K antagonists who would have been excluded from trials on which the indication for anticoagulation was based. *Blood* 2008; 111: 4471-4476.
- 14 Rothwell PM: External validity of randomised controlled trials: "to whom do the results of this trial apply?". *Lancet* 2005; 365: 82-93.
- 15 McMullan M: Patients using the Internet to obtain health information: how this affects the patient-health professional relationship. *Patient Educ Couns* 2006; 63: 24-28.
- 16 Sun GH: The Digital Divide in Internet-Based Patient Education Materials. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2012.
- 17 Doyle F, Doherty S, Morgan K, McBride O, Hickey A: Understanding communication of health information: a lesson in health literacy for junior medical and physiotherapy students. *J Health Psychol* 2012.
- 18 Grossman SA, Piantadosi S, Covahey C: Are informed consent forms that describe clinical oncology research protocols readable by most patients and their families? *J Clin Oncol* 1994; 12: 2211-2215.
- 19 Buurman B, et al.: De patientbrief: goed voorbereid met ontslag. <http://www.medicalfacts.nl/2012/05/30/zorgveiligprijs-2012-beste-initiatieven-bekend/>. (internet) 2012.
- 20 Zandbelt LC, Smets EM, Oort FJ, Godfried MH, de Haes HC: Medical specialists' patient-centered communication and patient-reported outcomes. *Med Care* 2007; 45: 330-339.
- 21 Korner M, Ehrhardt H, Steger AK, Bengel J: Interprofessional Shared Decision Making train-the-trainer program "Fit for SDM": Provider satisfaction and impact on participation. *Patient Educ Couns* 2012.



Kim Putters

De moraal tussen bestuurs- en spreekkamer

Begrijpen zorgbestuurders wel wat er op de werkvloer speelt? Snappen ze de patiënten en hulpverleners in de spreekkamer? Bestuurders, hun keuzes en gedragingen worden gewantrouwd en liggen onder vuur. Of het nu gaat over hun salarissen en bonussen, de drang tot fusies en opschaaling, de stijgende prijzen, pyjamadagen of de beperkte tijd die hulpverleners voor cliënten hebben (Dicke, Steenhuisen en Veeneman, 2011). Medische missers en incidenten zoals in het Medisch Spectrum Twente, het Maasstad Ziekenhuis en het VUMc versterken het gevoel dat zorgbestuurders geen grip of oog hebben voor de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg. De oproep om te komen tot een ‘zwarte lijst’ van falende zorgbestuurders is de meest recente uiting hiervan². Steeds duidelijker is hoe weinig houvast bestuurders zelf, maar ook hun toezichthouders, patiënten en de media hebben bij het beoordelen van het bestuurlijk handelen (Goodijk, 2012; Minderman cs., 2012; Putters, 2009; 2012). Tegelijkertijd beïnvloeden bestuurlijke keuzes de ruimte die er in de spreekkamer bestaat voor aandacht voor patiënten, een dialoog over gepaste zorg en voor de waardigheid van het professionele werk.

Vraagstukken van kostenbeheersing, kwaliteit en patiëntveiligheid liggen steeds nadrukkelijker op het bordje van zorginstellingen. Ze verbinden de dilemma’s in de bestuurskamer en de spreekkamer. Het ligt daarbij ingewikkelder dan dat we ouder worden of dat de technologie voortschrijdt. Er is ook een ingeslopen houding van ‘meer is beter’, bij patiënten maar ook bij zorgprofessionals. Recent onderzoek van Fenton et al. (2012) laat nog eens zien dat mensen betere zorg associëren met minder gebruik van de eerste hulp en noodhulp, maar tegelijkertijd ook met meer intramurale patiëntenzorg, medicijngebruik en doktersbezoeken³. De bekostigingssystematiek in de zorg bevordert dit denken met een te grote mate van gerichtheid op productie en volume. De omslag naar het financieren en bekostigen op kwaliteit van leven en gezondheidswinst verloopt moeizaam en zorgt voor dilemma’s aan de bestuurstafel. Door de decentralisatie van zorgtaken naar gemeenten en de stapsgewijze invoering van

Prof. Dr. K. Putters,
hoogleraar management
van zorginstellingen,
Erasmus Universiteit
Rotterdam, Eerste Onder-
voorzitter Eerste Kamer

de gereguleerde marktwerking moeten zorgbestuurders namelijk wel scherpere contracten sluiten over de prijs en kwaliteit van integrale zorg⁴. Het opknippen van de zorgverlening in gespecialiseerde deelbehandelingen levert daarbij niet altijd de zorg op die als 'goed' ervaren wordt, maar brengt wel de benodigde financiële middelen in het laatje. Steeds duidelijker wordt echter dat niet iedereen nog langer alles moet doen en dat specialisatie en concentratie van zorgvoorzieningen nodig zijn. Sluiting van locaties roept echter ook veel weerstanden op, vaak op emotie. Zorgbestuurders moeten dus met velen tegelijk samenwerken en concurreren, de omslag maken naar het denken in gezondheidswinst en kwaliteit van leven en ook de continuïteit van hun organisatie dienen. Voorwaar geen sinecure, omdat de financieringsprikkel vaak de andere kant op staan gericht (RVZ, 2012).

De vraag die in dit essay centraal staat is daarom hoe de bestuurskamer en de spreekkamer elkaar kunnen verstaan om beleid en uitvoering dichterbij elkaar te brengen en om patiënten en professionals niet te vervreemden van de organisatie en het bestuur van de zorg.

Stem van de spreekkamer

Luisteren bestuurders wel naar patiënten en zorgprofessionals? Hoe doen ze dat dan? Voor de buitenwereld blijft het vaak onzichtbaar of en hoe de spreekkamer meeweegt in bestuurlijke besluiten. Hoe komt dat?

Stille ideologie

Zorgbestuurders worden in het publieke en politieke debat gewantrouwd. Streven ze wel het 'goede' na? Niet langer is de bestuurder ingebed in het traditioneel verzuilde landschap, waar brancheorganisaties met de overheid zaken deden en zij zich minder druk hoefden te maken over gepast gebruik van de zorg en de invulling van de eigen verantwoordelijkheid van patiënten. Uiteraard zijn er de wettelijke verantwoordelijkheden die vertaald worden naar beleidsplannen en missies, maar in de praktijk wordt pas echt bepaald wat 'goede zorg' is. Op de werkvloer, in de spreekkamer, aan de bestuurstafel en in onderhandelingen met zorgverzekeraars en gemeenten. Bestuurders maken op die plaatsen afwegingen tussen waarden, zoals tussen kwaliteit en privacy of toegankelijkheid en doelmatigheid. Het probleem is dat dit veelal impliciet blijft. Het is 'stille ideologie' (Van Montfort cs, 2012). Bestuurders zouden echter continu moeten zoeken naar externe legitimatie en expliciteren wat de instelling onder goede

zorg verstaat. Dat zit niet enkel in geld, vergunningen, expertise en informatie. Goed bestuur toont zich in het definiëren van goede zorg in samenspraak met de hulpverleners, patiënten en de omgeving. De heilige graal daarvoor bestaat niet. De oplossing is niet uniform. Besturen is contextafhankelijk en moet gerechtvaardigd worden in een dialoog met de omgeving. De spreekkamer is onmisbaar voor de legitimatie van wat er in de bestuurskamer gebeurt.

Spreken op niveau

Zo gezegd, zo gedaan? Dat is te gemakkelijk. Zorgbestuur is niet alleen toe te schrijven aan de directeur. Besturen gebeurt overal en met velen. Evenzovele beelden van de spreekkamer en de patiënt zijn daarbij aan de orde. We zien het allereerst terug in verschillende institutionele arrangementen, waarbinnen bestuurders samenwerken, van publiek-private samenwerkingsverbanden tot coöperaties, BV's en klassieke verenigingen en stichtingen. Ze verschillen in de verdeling van zeggenschap en geld. Daar gaan afwegingen achter schuil over de afstemming van zorg en de positie van patiënten en professionals. De gemene deler is de beweging naar meer regionale samenwerking in zorgketens en zorgnetwerken, waarbinnen de integrale zorgbehoefte van patiënten leidend moet worden. Dat verloopt nog moeizaam door sterk geïnstitutionaliseerde professionele codes, bestuurlijke belangen en karakters. In de tweede plaats zien we dat bestuurders de besturing van de organisatie steeds meer delen met anderen, bijvoorbeeld in de aansturing van zorg- en innovatieprocessen. Daar worden publieke, private en professionele oriëntaties op de zorg verbonden, bijvoorbeeld door inspraak en betrokkenheid van patiënten en professionals direct vorm te geven en door de zorgverlening te veranderen met de toepassing van ICT en e-health. Dat gebeurt steeds meer in onderhandeling met marktpartijen en inkopers en beïnvloedt de visie op goede zorg. Veel komt in de derde plaats aan op de bestuurlijke expertise om waarden te kunnen delen met de omgeving in visies en oriëntaties. Over persoonlijke opvattingen is meer verantwoording nodig dan enkel naar de eigen organisatie, patiënten en professionals. Het vraagt om een bredere maatschappelijke verantwoording.

Spreken met meerdere monden

Zowel de patiënten als de beroepsbeoefenaren komen in steeds wisselende rollen aan de bestuurder voorbij. De patiënten worden soms aangesproken in hun rol als afhankelijke patiënt, soms als kiezende consument

en soms als getrouw burger met een burgerplicht om ook zelf verantwoordelijkheid voor de zorg te dragen (Van der Kraan, 2006; RVZ, 2000). De dokter varieert daarmee evenzeer van rollen. Hij is partner, coproducent, producent en gezaghebbend deskundige. De mogelijkheden om de beslissingen in de spreekkamer steeds meer in gezamenlijkheid met patiënten te nemen zijn gegroeid, evenals de mogelijkheden om mee te besturen in zorginstellingen. In de digitale poli van MijnZorgNet aan de Radboud Universiteit Nijmegen zien we dat nieuwe digitale wegen zorgen voor intensief lotgenotencontact, andersoortige gesprekken met professionals en een andere inrichting van het zorgproces rondom de patiënt. Naast de gevolgen voor het individuele zorgproces heeft dat ook consequenties op populatieniveau. De online communities vragen om een actieve rol van patiënten en professionals en het delen van ervaringen in het zorgbestuur (RVZ, 2010).

Kortom, de stem van de spreekkamer telt mee, maar blijft impliciet bij de legitimatie van bestuurlijk handelen. Er is veel stille ideologie, waarover met patiënten en professionals, maar vooral ook met de buitenwereld gecommuniceerd moet worden. Daar is nog een wereld te winnen.

Wederopstanding van de bestuurlijke moraal

De moraal is uiteindelijk de belangrijkste verbinder tussen wat er in de spreekkamer en in de bestuurskamer gebeurt. Lange tijd is het 'not done' geweest om al te veel te vinden en moraliserend op te treden als bestuurder. De politiek zou de koers uit moeten zetten voor beleid en bestuur en in de spreekkamer geldt de moraal van de dokter. Dat is echter kortzichtig. Bestuurders hebben opvattingen over goede zorg en dienen daarover expliciet de discussie aan te gaan met de werkvloer en de maatschappij. Hoe werkt dat?

Moraal en karakter kennen geen heilige graal

Het is vaak onduidelijk hoe bestuurlijke afwegingen gemaakt worden, laat staan wat goed bestuur is. Bestuurlijke keuzes worden vaak vanuit de bestuurskamer gerationaliseerd met doorrekeningen en marketingcijfers. De selectie van goede bestuurders wordt evenzo gerationaliseerd met competentieprofielen en targets. Het gaat echter meer om hoe bestuurders hun keuzes rechtvaardigen en op welke wijze inzichten uit de spreekkamer daarbij doorklinken. Besturen is ook een kwestie van karakter en moraal. Hier past een citaat van Marai uit *De erfenis van Eszter* (2000):

'Karakter kan niet worden aangevuld. Moraal kan niet kunstmatig van de ene mens in de andere worden getransporteerd. Dat zijn theorieën. (...) Moreel gevoel is niet iets erfelijks, maar een verworven eigenschap. De mens wordt zonder moraal geboren. De moraal van de wilden of van kinderen is iets anders dan de moraal van een zestigjarige rechter van het hoogerechtshof in Wenen of Amsterdam. De mens verwerft zijn moraal zoals hij zijn omgangsvormen en culturele ontwikkeling verwerft.¹⁵ Het uitrollen en uniformeren van best practices is niet de heilige graal voor het besturen in een complexe en ambigue omgeving. Bestuurlijke moraal is bepalend voor de communicatie over en weer tussen de bestuurder en zijn veranderende omgeving. Dat bepaalt wat goed is.

Houvast en verankering

We moeten dus niet alleen op zoek naar garanties voor goed bestuur via procedures en regels zoals de salariscodes en wetgeving rond topinkomens. Het gaat vooral ook om de aanwezigheid van een passende integriteitsbeleving. Van den Heuvel, Huberts en Verberk (2002) stellen: 'Het persoonlijk geweten bepaalt uiteindelijk de morele autonomie en handelingsbekwaamheid van het individu. Ook het geweten, als het aan morele waarden gebonden discretionair vermogen van de mens, speelt een normatieve rol: bepaalde overwegingen, afwegingen en beslissingen brengen ons meer of minder dwingend tot een – persoonlijk – standpunt.' Ons inzicht in hoe dit werkt is beperkt en het voedt het wantrouwen. Deels kan dat populisme zijn, maar het duidt ook op verplaatsing van de democratische controle in het (semi-)publieke domein waarin bestuurders geen onbereikbare en oncontroleerbare figuren kunnen zijn. Er is een omslag in het denken nodig naar herwaardering van de deugd van besturen. Ook de schandalen en incidenten die passeren zijn daarvoor relevant. 'We should not be too quick to assume that scandals will always have a baleful impact on public life, trivializing public debate and distracting people from the issues that really matter. On the contrary, in many cases scandals have highlighted hidden activities which were of questionable propriety, and have helped to stimulate important debates about the conduct and accountability of those who exercise power.'¹⁶ Belangrijk is dat bestuurders zich continu professionaliseren en weten om te gaan met wat er in de maatschappelijke omgeving aan vragen, eisen en wensen leeft. De bestuurskamer verbindt de maatschappelijke omgeving met de spreekkamer. Daar is meer voor nodig dan een lijstje competenties, anders zou de doorlooptijd van zorgbestuurders er wel anders uitzien

(Ansems en Moen, 2009). Besturen is ook een existentiële bezigheid en verbonden met de eigen visie en opvattingen over wat goede zorg en goed bestuur zijn. Dat vraagt om continue reflectie en dialoog, met de maatschappij en met de spreekkamer, waarvoor wel specifieke expertise nodig is.

Grenzen aan wat 'goed' gevonden wordt

De zoektocht naar 'goed bestuur' vraagt dus nogal wat, maar er zijn grenzen van wat wel en niet geoorloofd is. Die bieden houvast. Die grenzen gaan over de mate waarin bijvoorbeeld de betrokkenheid van commerciële belangen in het zorgbestuur gewenst is, of over de wijze waarop patiënten en hun familie al dan niet betrokken of zelfredzaam worden. Het gaat over de zoektocht naar nieuw kapitaal en over allianties op de zorgmarkt. De grenzen van het goede zijn echter geen vaststaand gegeven. Over de rol van commercie en vreemd kapitaal wordt immers verschillend gedacht, maar voor bestuurders is dat dus de reden om er de discussie met de spreekkamer en de maatschappij over aan te gaan alvorens tot beslissingen te komen. Besturen doe je niet vanuit een bestuurscentrum dat enkel door wetgeving wordt gestuurd en bepaalt wat goed is. Goed bestuur komt tot stand in netwerken waar organisaties en individuen afspreken wat goede zorg en goed bestuur is (Tummers, 2012). Juist over de lastige kwesties is debat nodig, omdat daarin de grenzen worden gesteld.

Dat wil echter niet zeggen dat de uitkomsten van die dialoog automatisch geaccepteerd worden. Instituties zijn vaak star en bewegen lastig mee met opvattingen in de samenleving. Toezichhouders blijven vanuit verschillende regimes het bestuurlijk handelen beoordelen op verkokerde criteria. Samenwerken en concurreren wordt nog steeds tegenstrijdig beoordeeld. De automatische reactie van de overheid en de politiek is een nog verdere toename van controle. Die nadruk op verdere disciplineren, hiërarchische sturing en sanctionering door toezichhouders passen niet bij de complexe netwerken die zijn ontstaan en bij de dialoog die daarin plaatsvindt over goed bestuur. De criteria die in de contracten of de wet zijn vastgelegd kunnen ver af staan van wat op het werkvloerniveau beleefd wordt als goede zorg. Daar moet uitgelegd worden waarom de zorg al dan niet beschikbaar is, tegen welke kwaliteit en hoeveelheid uren en waarom roosters worden aangepast vanwege de inzet van vrijwilligers. De opvattingen van hulpverleners, managers en patiënten zijn daar door-

slaggevend in wat als goed wordt ervaren. De meest voorkomende reflex is echter dat de formele eigendomsverhoudingen, financieringsbronnen en klassieke verbindingen tussen formele en informele netwerken van zorgverlening sturend zijn voor beslissingen en niet altijd daarmee rekening houden. Goed bestuur gaat niet enkel om het delen van macht en geld, maar ook om het delen van ideeën en moraal (RVZ, 2000; Van der Grinten, 2006).

Casus: wijk- en buurtgericht werken

Onderzoek naar wijk- en buurtgericht werken laat zien hoe belangrijk bestuurlijke moraal in de praktijk is en hoe die verbonden moet zijn met wat er op de werkvloer en in de samenleving speelt. Postma, Oldenhof en Putters (2012) lieten zien dat de rechtvaardiging van bestuurlijke keuzes over de omvang van locaties voor kleinschalige zorg, en over de inzet van mantelzorgers en vrijwilligers als aanvulling op professionals, nogal via wisselende contacten met de werkvloer en de maatschappij verloopt. Door de realiteit te framen en te reframe in bepaalde beelden wordt een praktijk door bestuurders als ‘goed’ voorgesteld, zelfs als het gaat om twee ongelijksoortige of zelfs conflicterende waarden zoals efficiëntie en kwaliteit of privacy. Volgens Boltansky en Thevenot gaat het bij organisaties in complexe omgevingen altijd om ‘the act of making conflicting values as an important requirement for good governance’.

Conflicterende waarden

Bij het wijk- en buurtgericht werken komen de volgende conflicterende waarden in bestuurlijke keuzes naar voren, waarbij de dialoog met werkvloer en samenleving cruciaal was om ermee om te gaan.⁷

In de eerste plaats het conflict tussen het borgen van de toegankelijkheid van kleinschalige woonvoorzieningen en de 24-uurszorg voor cliënten. Managers en zorgbestuurders bleken sterk te worstelen met de vraag wat goede zorg is in situaties dat dit beide geëist wordt. De financiën lieten eigenlijk niet toe, in termen van inzet en toezicht op de kleinschalige locaties, dat 24-uurszorg geboden werd. Tegelijkertijd was dat wel het uitgangspunt van de kleinschalige zorg.

In de tweede plaats bleek er een conflict tussen efficiënte planning en keuzevrijheid voor cliënten naar boven te komen. Als middelen doelmatig moeten worden besteed en kosten moeten worden beheerst kan er niet altijd optimaal aan de wensen van cliënten en familie tegemoet gekomen worden.

Het derde conflict dat naar boven kwam was dat tussen de wens om cliënten in de langdurende of gehandicaptenzorg te integreren in de samenleving en tegelijkertijd het verwerven van legitimiteit van de wijk of de buurt waarin de woonvoorziening zich bevindt. Goede zorg is enerzijds ervoor zorgen dat cliënten een zo normaal mogelijk leven kunnen leiden, maar anderzijds moet er draagvlak in de buurt zijn om dat mogelijk te maken. Dat vraagt om praktische compromissen in termen van de vormgeving van woonlocaties en dagbesteding.

Waardecreatie door dialoog

Er wordt op verscheidene manieren omgegaan met deze conflicten. Soms worden kwetsbare compromissen bijeengehouden door gelijktijdig aan verschillende rechtvaardigingen te refereren en deze in ere te houden, zoals zowel het voldoen aan solidariteit en efficiency. Soms kunnen ze echter niet parallel worden gehanteerd en worden nieuwe compromissen gesloten, door de bestaande rechtvaardiging van bijvoorbeeld cliëntkeuze of efficiency te bekritisieren en met een nieuwe rechtvaardiging te komen. In materiële zin bleek het cruciaal om in dialoog met de hulpverleners de kleinschalige woonlocaties wat op te schalen en zo een betere combinatie van efficiency en toch privacy en keuzevrijheid mogelijk te maken. Dat gebeurt met verwijzing naar verschillende waarden tegelijkertijd. Een belangrijke bevinding is dat er een 'variety of goodness' bestaat en dat in de dialoog tussen bestuurskamer en spreekkamer nieuwe definities ontstaan van wat 'goed' is: dat wat goede zorg en goed bestuur is hangt af van de waarden waarnaar bestuurders, managers en hulpverleners verwijzen, hoe zij deze waarden combineren en hoe zij nieuwe compromissen ertussen sluiten.

Grenzen van goed bestuur

In de casus van kleinschalige zorgvoorzieningen werd beknopt duidelijk dat er een aantal waardeconflicten aan de orde is. De uitweg in die conflicten is het organiseren van de dialoog 'tussen de bestuurskamer en de spreekkamer'. Daarbij moeten er institutionele en morele grenzen worden bespeeld om steeds opnieuw te bepalen wat goed is volgens de wet, de maatschappij en de werkvloer. Dat loopt langs institutionele en morele grenzen.

Institutionele grenzen

Het institutionele denken is in de zorgsector sterk aanwezig. Taken en verantwoordelijkheden worden steeds formeler vastgelegd in wetten en regels, denk aan de verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid. Steeds formalistischer lijkt dit in bestuurszetels, wettelijke verantwoordelijkheden en veiligheidscontroles te moeten worden verankerd. Het leidt tot een formalistisch denken over machtsposities in het systeem, die op die manier steeds verder versterken. Dat geldt ook voor het denken in marktstructuren, waarbij het steeds strikter transparant en meetbaar maken van de zorg via cijferlijstjes en benchmarks leidend is. Ook dat kan leiden tot verstarring en pogingen om meetbaar te maken wat niet meetbaar te maken is. Die vormen van machtsdeling leiden niet altijd tot breder gedragen definities van wat goede zorg is. Het leidt ook niet tot de benodigde bestuurlijke ruimte voor bestuurders om die definities in samenspraak met de maatschappij en de werkvloer te verkennen.

Het verleggen van institutionele grenzen kan evenwel tot vernieuwing leiden. Nieuwe vormen van ketencontractering kunnen bijvoorbeeld leiden tot het meer betrekken van de preventieve kanten van ongezondheid. Dat vraagt om lef van bestuurders en hulpverleners, omdat de prikkels voor bekostiging en financiering daar veelal nog niet op zijn gericht. In samenspraak met de spreekkamer kunnen bestuurders wel degelijk nieuwe concepten van integrale zorg definiëren. Dat geldt bijvoorbeeld ook voor vormen van 'neighborhood en network governance' en de wijze waarop schaalkeuzes worden gemaakt om zorg dichterbij mensen en hulpverleners te organiseren. Digitale zorgpoli's zoals MijnZorgNet, waarbij via online communities ruimte gecreëerd wordt voor meer regie door patiënten zelf, bieden ruimte voor verandering, net als innovatieprogramma's en experimenten. Ze verleggen de grenzen van wat goed bestuur is door nieuwe vormen van machtsdeling en positiebepaling tussen publieke, private en professionele stakeholders.

Morele grenzen

Het ter discussie stellen van de fundamentele waarden binnen institutionele arrangementen, door bijvoorbeeld private gelden te betrekken, nieuwe allianties aan te gaan en patiënten op hun eigen verantwoordelijkheid aan te spreken roept ook morele en ethische vragen op. De nadruk op het moeten 'draaien' van productie brengt zorgprofessionals in een lastig parket, omdat hun moraal daar niet op gericht is. Een systeem dat

op volume en productie gericht is en bestuurders die daarop sturen raken de morele grenzen van de spreekkamer. Andersom lijkt de dialoog tussen dokter en patiënt op een onlosmakelijk verbond waar de maatschappij lastig tussenkomt met opvattingen over wat goede zorg is. Sommige professionals zijn sterk gericht op meer zorg en medicalisering. Patiënten vragen er ook zelf steeds meer om. Meer zorg is echter niet altijd betere zorg. Soms moet de dialoog vooral gaan over kwaliteit van leven en de bijdrage van de zorg aan een waardig leven. De discussie over de waarde van de zorg en de rol van medicalisering mag niet alleen in de spreekkamer blijven hangen. Juist die verkenning van de morele grenzen van wat goede zorg is moet in dialoog met de maatschappij en met bestuurders worden gevoerd. Dat is nog veel te weinig het geval.

Consequenties voor bestuurders

Voor het verbinden van wat er in de bestuurskamer wordt besproken aan wat er in de spreekkamer gebeurt is de vraag relevant naar de identiteit van de zorginstelling en de maatschappelijke opdracht van bestuurders. Van wie is de instelling? Wat betekent stakeholderschap van patiënten, huisartsen en corporaties? Hoe moeten we de maatschappelijke opdracht van bestuurders zien? De aandacht gaat in de bestuurlijke praktijk al snel uit naar rechtsvormen en de organisatiegrootte, maar veel fundamenteler is de vraag naar de grenzen aan de zelfredzaamheid van patiënten, het voorkomen van ziekte en het verbinden van zorg met de rest van het leven van patiënten. Het antwoord op die vraag betekent nogal wat voor de invulling van de eigen rol en opdracht van bestuurders. Het vraagt van hem of haar om een verbindingsofficier te zijn tussen de eigen instelling, de maatschappelijke omgeving en de unieke situatie waarin patiënten zich bevinden. Daarbij loop je dan wel aan tegen de zojuist geschetste institutionele en morele grenzen. Welke sleutel hebben bestuurders in handen om die knarsende grenzen van goed bestuur te bespelen?

Werken aan verbinding

Het is zaak dat zorgbestuurders bewuster verantwoording afleggen over hun handelen, ook (of juist) voordat de buitenwereld daarom vraagt. De samenleving en de media kijken kritisch mee en roepen bestuurders ter verantwoording. Inzicht in wat maatschappelijk als legitiem wordt gezien is cruciaal. Er is een aantal expertisegebieden van belang om dat goed te kunnen doen⁸:

- De technisch-inhoudelijke expertise gaat over organisatiekundige en bedrijfskundige kennis in de breedste zin van het woord en kennis van het leiden van professionele organisaties. Dit betreft onder meer kennis van financiën, HRM en automatisering, maar ook van het primaire proces (medisch en verpleegkundig) is daarbij onmisbaar. Je hoeft niet overal verstand van te hebben, maar er wel leiding aan kunnen geven. Zonder begrip van wat er in de spreekkamer gebeurt kan goed bestuur in de zorg niet tot stand komen.
- De persoonlijke professionaliteit gaat over de verbinding en de vermenging van de technische inhoudelijke expertise met en de eigen (on)mogelijkheden en idealen. Het gaat om de persoonlijke moraal en de authentieke toepassing van kennis en ervaringen. Van groot belang hierbij is het vermogen tot reflectie op en aanpassing van het eigen handelen.
De organisatie van die reflectie en tegenspraak is cruciaal. Het gesprek tussen de bestuurskamer en de spreekkamer moet soms schuren langs tegenstrijdige waarden om vervolgens in dialoog tot het goede te komen.
- Het zorgbestuur bevindt zich in een maatschappelijke context waar verschillende krachten van invloed zijn op het werk van bestuurders. Zij moeten deelnemen aan het maatschappelijk debat als het recht op zorg in het geding is en laten zien hoe ze de eisen en wensen van belanghebbenden vertalen in hun bestuurlijke werk.
- Besturen is dus verbinden. Bestuurders zijn verbindingsofficieren en moeten de verbinding kunnen organiseren, van samenwerkingsrelaties binnen en buiten, tot communicatie met belanghebbenden en het faciliteren van de interacties tussen groepen en individuen binnen de organisatie. Dit vraagt gerichte procescompetenties die gaan over samenwerking en het inspireren van de samenwerkingspartners. Mensen moeten weten waar ze aan toe zijn: van kaderbrief tot projectorganisatie.

Externe legitimatie

Bestuurders worden vaak gewantrouwd omdat een of meerdere van deze expertisegebieden niet aanwezig zijn of niet voor het voetlicht komen. Dat veroorzaakt problemen met de legitimiteit van bestuurlijke keuzes. De verbinding met de buitenwereld en de spreekkamer wordt te weinig gemaakt. Om een uitweg te vinden uit deze legitimiteitscrisis in het bestuur in en van de gezondheidszorg is het cruciaal dat de externe legitimiteit van het bestuurlijk handelen versterkt wordt. Bestuurders moeten laten zien wat ze doen en welke afwegingen ze maken. Daarbij past geen uniform model van goed bestuur dat je overal uitrolt. Zichtbare professionalisering van het bestuur en de ontwikkeling van expertisegebieden moet de externe legitimatie meer tot integraal onderdeel van het bestuurlijk handelen maken.

Conclusie: het licht tussen de bestuurskamer en de spreekkamer

In de bestuurskamer worden besluiten genomen die van cruciaal belang zijn voor de spreekkamer, maar andersom ook. Als beleid niet landt in de spreekkamer loopt de uitvoering ervan stroef of vast. Als dilemma's van de spreekkamer niet in de bestuurskamer terecht komen is de afstand te groot en ligt vervreemding op de loer. Goed bestuur veronderstelt een continue dialoog tussen bestuurders, de spreekkamer en de maatschappij. Steeds opnieuw moeten de onvermijdelijke conflicten tussen belangrijke waarden in de zorg, zoals kwaliteit, doelmatigheid en beschikbaarheid van zorgvoorzieningen, worden opgezocht om in die dialoog te bepalen wat goed is. Dat kan niet alleen in wetten of plannen worden verankerd. Sterker nog, institutioneel verankerde grenzen van goed bestuur kunnen ook voor verstarring van die dialoog zorgen. Het is ook een kwestie van moraal en van het stellen van morele grenzen. Dat is een onderbelichte dimensie in het zorgbestuur. Dat verklaart het licht tussen wat er in de bestuurskamer wordt besloten en in de spreekkamer wordt ervaren. Tegelijkertijd doet het ook het licht schijnen op beter bestuur in de zorg.

Noten en referenties

- 1 Kim Putters is hoogleraar Management van zorginstellingen aan de Erasmus Universiteit Rotterdam en Eerste Ondervoorzitter van de Eerste Kamer.
 - 2 Prof.dr. Mertens, Open Universiteit, op www.skipr.nl d.d. 19 juni 2012.
 - 3 Fenton, J.J., A.F. Jerant, K.D. Bertakis, P. Franks, 2012. 'The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality', *Archives of Internal Medicine*, 172(5):405-41.
 - 4 Waarbij gesteld kan worden dat er steeds meer beweging lijkt te zijn aan de kant van de zorgverzekeraars om meer op kwaliteit in te kopen, zoals de pogingen van CZ om lijstjes van 'goede zorg' op te stellen. Tege-lijk zijn de signalen dat zij daar nog te weinig werk van maken (Trouw, 16 juli 2012).
 - 5 Sandor Marai, 2000. *De erfenis van Eszter*, Amsterdam, Wereldbibliotheek, pagina 88.
 - 6 John B. Thompson, 2000. *Political Scandals: power and visibility in the media age*. Polity Press, Cambridge, pagina 63.
 - 7 In *Professie, profijt en solidariteit* (Putters, 2002), kwamen soortgelijke conflicten aan bod.
 - 8 Dit bouwt voort op het werk van P.L. Meurs en het in 2012 te verschijnen proefschrift van W.K. van der Scheer.
- Ansems, P. en J. Moen, 2009. *Kleur bekennen: kleedkamer-gesprekken over leiderschap*. Van Gorcum, Assen.
- Dicke W., B. Steenhuisen en W. Veeneman, 2011. *Graaiers of redders?* Uitgeverij Atlas, Amsterdam.
- Fenton, J.J., A.F. Jerant, K.D. Bertakis en P. Franks, 2012. 'The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality', *Archives of Internal Medicine*, 172(5):405-41.
- Goodijk, R., 2012. *Falend toezicht in semipublieke organisaties*. Van Gorcum, Assen.
- Grinten, T.E.D. van der, 2006. *Zorgen om beleid: over blijvende afhankelijkheden en veranderende bestuurlijke verhoudingen in de gezondheidszorg*. Erasmus Universiteit Rotterdam (Afscheidsrede).
- Heuvel, J.H.J. van den, L.W.J.C. Huberts en S. Verberk, 2002. *Waarden, normen en beleid*. Lemma, Den Haag.
- Kraan, W.G.J.M. van der, 2006. *Vraag naar vraagsturing*. Erasmus Universiteit Rotterdam (dissertatie).
- Marai, S. 2000. *De erfenis van Eszter*. Amsterdam, Wereldbibliotheek.
- Minderman, G.D., 2012. *Waar is de raad van toezicht?* Lemma, Den Haag.
- Montfort, C. van, (red.), 2012. *Stille Ideologie*. Lemma, Den Haag.
- Postma, J., L. Oldenhof en K. Putters, 2012. 'Varieties of goodness' in *daily managerial practices: middle managers and executives dealing with competing values in health care*'. NIG (Netherlands Institute of Government), Enschede.
- Putters, K., 2002. *Professie, profijt en solidariteit* (Achtergrondstudie bij het advies Winst en gezondheidszorg van de RVZ). Den Haag.
- Putters, K., 2009. *Besturen met duivelselastiek*. Erasmus Universiteit Rotterdam (Oratie).
- Putters, K., 2012. 'Weg uit de legitimiteitscrisis in het zorgbestuur', *Lucide* (nog te verschijnen).
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 1998. *Besturen in Overleg*. Den Haag.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2000. *De Rollen Verdeeld*. Den Haag.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2010. *Gezondheid 2.0*. Den Haag.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2012. *Sturen op gezondheidsdoelen*. Den Haag.
- Thompson, J.B., 2000. *Political Scandals: power and visibility in the media age*. Polity Press, Cambridge: 63
- Tummers, L., 2012. *Policy Alienation: Analyzing the experiences of public professionals with new policies*. Dissertation, Erasmus University Rotterdam.



Floris Sanders

Markt en schaarste in de spreekkamer

Inleiding

Zorgprofessionals bedienen zich bij hun werkzaamheden in behandelrelaties van een eigen, professionele logica en spelen in op individuele variatie. De professionele logica botst in de praktijk geregeld met de bestuurlijke logica van de organisaties waarin zij werken. Deze logica wordt gekenmerkt door regels en voorschriften en standaardisatie van productieprocessen om met beperkte collectieve middelen zoveel mogelijk zorg te leveren. Het dominante systeem van aanbodregulering in de zorg bracht (en brengt wederom) immers schaarste met zich. Sinds enkele jaren is het overheidsbeleid echter gericht op de introductie van meer prikkels uit de logica van de marktplaats in de zorgsector. Dat zou moeten resulteren in meer keuzemogelijkheden voor de zorgconsument, en een felle concurrentie tussen de zorgaanbieders. Daarmee wordt het conflict tussen professional en markt in het gezondheidszorgveld geïntroduceerd. Wat zijn de gevolgen voor zorgprofessionals, voor hun relaties met patiënten, met de leiding van de instelling waarin zij werken, met de verzekeraars en voor de organisatie van de gezondheidszorg?

(Medische) professie en samenleving

De industriële revolutie die aan het eind van de 18e eeuw in Engeland begon en in het begin van de 19e eeuw oversprong naar de rest van Europa leidde tot een ontvolking van het platteland en een groei van de steden. De grotere schaal van maatschappelijke organisaties, bedrijven en fabrieken, de toename van het verkeer en de toenemende complexiteit van het lokale en nationale bestuur die daarvan het gevolg waren, leidden tot een gestaag toenemende vraag naar professionele dienstverlening op het gebied van bestuur en management, juridische aangelegenheden, architectuur, techniek, accountancy, verzekeringen, bankzaken en gezondheidszorg. Door mechanisatie, computerisering en schaalvergroting kon steeds efficiënter worden voldaan aan de basale behoeften aan voedsel, kleding en huisvesting. Zo is een samenleving ontstaan die voor 70% is gebaseerd op dienstverlening als gezondheidszorg, informatievoorziening,

F.B.M. Sanders, radioloog,
Diakonessenhuis Utrecht

kunst, ontspanning en vakantie, sport en entertainment en nog maar voor 30% op de maakindustrie, mijnbouw en de agrarische sector. Perkin schrijft: 'The whole point and purpose of professional society is to apply knowledge and expertise to the production of enough sophisticated goods and services to meet the needs of every citizen ... so that for the first time in human history the economy is capable of producing enough 'created assets' to give everyone ... access to a full range of satisfactions once open only to the rich and powerful.'

Abbott ziet als taak van een professie het leveren van expertise om menselijke problemen op te lossen of althans daarin verbetering te brengen. De culturele logica van de professionele praktijkvoering krijgt (doorgaans) gestalte in drie fasen: diagnosestelling (diagnosis), gevolgtrekking (inference) en behandeling (treatment). Hoogwaardige, met andere ver-tegenwoordigers van dezelfde professie gedeelde kennis is nodig voor de uitvoering van deze processen. Universiteiten spelen in de opleiding van professionals en in de vermeerdering van kennis een belangrijke rol. De toename van kennis noopt doorgaans tot superspecialisatie enerzijds en tot segmentatie van het werk anderzijds: eenvoudige werkzaamheden zullen doorgaans aan hulpkrachten worden gedelegeerd. De professional wordt daardoor maar op een smal (en steeds smaller wordend) werkgebied inzetbaar. Medisch specialisten zijn hiervan een goed voorbeeld. Een professie streeft naar de exclusieve bevoegdheid om het 'eigen' werkterrein te mogen betreden, een idealiter wettelijk verankerd recht. Die exclusieve bevoegdheid is – in de ogen van de professie – in het voordeel van de samenleving, omdat daardoor schade aan cliënten, toegebracht door ondeskundige betreders van het professionele werkterrein, 'kwakzalvers', kan worden voorkomen.

Abbott definieert een professie als een georganiseerde groep beroeps-beoefenaren die beschikt over voor samenleving belangrijke kennis, zijn eigen leden opleidt, de toetreding van nieuwe professionals tot de groep in eigen hand houdt en doorgaans beschikt over een eigen ethische gedragscode. De leden van dergelijke groepen voelen zich veelal meer verbonden met hun collega-professionals dan met de organisatie waarbinnen zij werken. Dat wordt mede ingegeven door het feit dat hun dienstver-lening persoonlijk en op maat aan individuele cliënten wordt aangeboden volgens het door Abbott beschreven proces. Deze constatering is van fundamentele betekenis voor de inrichting van professionele organisaties.

Traditiegetrouw wordt veel van de professionele dienstverlening geleverd door de zogenaamde publieke sector, die eens groot vertrouwen en aanzien genoot van het publiek. Ook professionals in de gezondheidszorg werken op basis van een 'sociaal contract' waarvan vertrouwen de hoeksteen is. Dat vertrouwen blijkt in de behandelrelatie met afzonderlijke patiënten nog wel te bestaan, ook al kalft het gestaag af. Medisch specialisten worden als groep verweten dat zij hun monopolies hebben misbruikt voor eigen gewin, dat zij hun meerwaarde voor de samenleving niet inzichtelijk maken en dat zij niet doelmatig werken. Recente ontwikkelingen in Nederland ondersteunen dat beeld: medisch specialisten hebben 'hun budget overschreden', en dat in een situatie waarin verzekeraars en ziekenhuizen exclusief verantwoordelijk waren voor volume en prijs van de gecontracteerde zorg en waarin het uurtarief door de minister van VWS was vastgesteld (die daar overigens eenzijdig vanaf bleek te kunnen). Somsom stelde in een recent verkiezingsdebat medisch specialisten al bij voorbaat verantwoordelijk voor het (opnieuw) ontstaan van wachtlijsten onder de heringevoerde macrobudgettaire beperkingen, terwijl zij de volumeafspraken al lang niet meer (mede) maken maar binnen hun ziekenhuis contractueel wel gebonden zijn om ze uit te voeren. Onwaar dus, maar illustratief voor de wijze waarop beleidsmakers en media medisch specialisten consequent weten 'weg te zetten'. Dat geldt evenzeer voor 'objectieve' onderzoeken ter (internationale) vergelijking van omzetten, kosten en inkomens van medisch specialisten. Zij bieden vooral wat de opdrachtgever – vrijwel steeds de rijksoverheid – vraagt en wil horen.

De resultante (en een beleidsmatig niet onwelkom neveneffect) is een gestage erosie van het vertrouwen dat de samenleving in medisch specialisten stelt. Het beeld dat overheid, beleidsmakers, adviseurs, verzekeraars en media in een stilzwijgend maar daarom niet minder eenstemmig verbond creëren en dat door 'reaguurders' en aan de borreltafel instemmend wordt begroet is dit. De medisch specialist – althans voor zover als zelfstandig ondernemer werkzaam, want medisch specialisten in dienstverband zijn uiteraard wel nobel – is een zichzelf verrijkende arrogante beroepsbeoefenaar die het verdient dat zijn maatschappelijke positie wordt ondermijnd, dat hij beleidsmatig wordt geknecht, in een duidelijke gezagsverhouding met de ziekenhuisleiding komt te staan, en die voor wat betreft zijn inkomen tot in het oneindige kan worden gekort. En ook dit sluipende gif komt de spreekkamer binnen. Het pleidooi dat in 2004 door de WRR werd gehouden in het rapport 'Bewijzen van goede dienstverlening' is in de realiteit van het gezondheidszorgbeleid nooit geland.

De 'professionele logica' botst met die van (zorg)instellingen

Enigszins chargerend kan men concluderen dat de vorming van professionals in de zorgsector en de aard van hun werkzaamheden leidt tot in zichzelf gekeerde groepen die eigenlijk alleen aansturing van andere, liefst gelijksoortige, professionals accepteren. Medisch specialisten bijvoorbeeld zijn primair georiënteerd op hun maatschap of vakgroep en daarnaast op de medische staf van het ziekenhuis en hun eigen wetenschappelijke vereniging. Conflicten tussen medisch specialisten – verenigd in medische staven of stafconventen – en de leiding van zorginstellingen zijn aan de orde van de dag. Anders dan velen – machtsdenkers – niet nalaten te verklaren (dit onder andere ter motivering van een verplicht dienstverband voor medisch specialisten) heeft dat weinig tot niets te maken met het zelfstandig ondernemerschap of met inherente karakterzwaktes van medisch specialisten. Een verplicht dienstverband zal daar ook geen eind aan maken, zoals uit recente voorbeelden uit het VuMC wel is gebleken. Waar komen die conflicten dan wel vandaan?

Eliot Freidson (overleden in 2005) onderscheidde drie soorten logica bij de organisatie van arbeid. Allereerst die van de ideale marktplaats die wordt beheerst door een spel van vraag en aanbod tussen individuele consumenten en aanbieders van producten en diensten. Monopolies ontbreken daar en de competitie van de aanbieders is hevig. Dat stimuleert de innovatie en de transparantie over de prijs-kwaliteitverhouding. De consument vindt gemakkelijk wat hij zoekt.

Op de tweede plaats is daar de institutionele logica van de formele organisaties, de grote bedrijven en de bureaucratie. De productie en distributie van goederen en diensten verloopt daar volgens planning en controle. De inzet van personeel voor gespecialiseerde taken is onderwerp van regels en voorschriften. En de gestandaardiseerde productiewijze garandeert de consument een eindresultaat van voorspelbare, uniforme en hoge kwaliteit tegen redelijke kosten. In deze wereld maken directeuren en managers de dienst uit.

En tot slot de derde ideaaltypische logica: die van de professionals. Individen die hun werk zelf organiseren en controleren, en bij wet ook de enigen zijn die deze diensten mogen aanbieden. Noch consumenten, noch managers mogen deze diensten bij anderen betrekken. Vanzelfsprekend misbruiken professionals hun exclusieve rechten niet, omdat het belang

van de cliënt gaat boven het maximeren van hun eigen inkomen. Daarom kunnen consumenten en managers van de organisaties waarin zij werken rekenen op werk van hoge kwaliteit tegen redelijke kosten.

Uiteraard komt de beschrijving van deze drie ideaaltypische logica's niet overeen met de complexe werkelijkheid. Maar gemakkelijk laten zich daardoor wel twee conflicten herkennen: die tussen de logica van de professionals en de formele organisaties ('de bureaucratie') enerzijds en tussen de professionals en de markt anderzijds. En deze conflicten zijn van vitale betekenis voor het functioneren van ziekenhuizen en de werking van het zorgsysteem. Het derde potentiële conflict – tussen de logica van de formele organisaties (ziekenhuizen bijvoorbeeld) en die van de markt – blijft hier buiten beschouwing, hoezeer het voor het functioneren van het nieuwe zorgstelsel ook relevant is.

Vanwege de oplopende kosten van de gezondheidszorg is in Nederland vanaf de jaren zeventig enkele decennia geïnvesteerd in het opstapelen van een systeem van aanbodsturing in de vorm van een indrukwekkend pakket aan wet- en regelgeving. Goede voorbeelden daarvan zijn de numerus fixus voor de studies geneeskunde en tandheelkunde, de Wet tarieven gezondheidszorg, de Wet ziekenhuisvoorzieningen, de instellingsbudgettering, en de Wet integratie medisch speciale hulp. Die laatste is een symboolwet waarmee de volledige inkapseling werd beoogd van de medisch specialisten in het ziekenhuis door conformering van de professionals aan de uitkomsten van onderhandeling tussen ziekenhuisleiding en verzekeraar. Het overheidsbeleid was succesvol voor wat betreft de kostenontwikkeling in de zorgsector. Anderzijds resulteerde het in een weinig klantgericht zorgsysteem waarin weinig te kiezen viel en waarin samenhang in de zorgketen ver te zoeken was. De stagnerende innovatie in de Nederlandse zorgsector, de ervaren verschraving van de geboden zorg en de vele protesten van zorgprofessionals vanaf de jaren negentig van de vorige eeuw tegen de instellingsbudgettering en de wachtlijsten zijn de welsprekende getuigen van het conflict tussen de professionele logica en de institutionele logica van het dominante systeem van aanbodregulering. Een conflict dat zich binnen de ziekenhuizen pleegt toe te spitsen op de relatie tussen de medische staf en de raad van bestuur als eindverantwoordelijke voor de verdeling van schaarste. De oplossing van dit conflict is een kernthema in veel publicaties over de besturing van ziekenhuizen.

Marktprikkels, ziekenhuizen en medisch specialisten

Het overheidsbeleid is sinds enkele jaren gericht op de introductie van meer prikkels afkomstig uit de ideaaltypische marktplaats in de zorgsector. Dat zou op termijn moeten resulteren in meer keuzemogelijkheden en keuzevrijheid voor de zorgconsument, een innovatievere zorgsector en een felle prijs-kwaliteit-concurrentie tussen de zorgaanbieders om de gunsten van verzekeraars en zorgconsumenten. De verwachting dat daarmee de totale zorgkosten zouden dalen is overigens af te doen als een politieke wensdroom, waarin geen enkele materiedeskundige ooit heeft geloofd. Met die nieuwe prikkels werd wel het conflict tussen professional en markt in het gezondheidszorgveld geïntroduceerd. Wat zijn daarvan de gevolgen geweest?

Nederland had en heeft een beperkt aantal relatief grote ziekenhuizen in vergelijking met de ons omringende landen. Een groot deel van de zorgprofessionals is in deze instellingen werkzaam. De hoeveelheid extramuraal gevestigde zelfstandige beroepsbeoefenaren is – op enkele bekende uitzonderingen na (tandartsen, fysiotherapeuten, huisartsen en psychiaters) – betrekkelijk gering. De vertreksituatie bij een ruimere inzet van marktprikkels werd aldus bepaald door grote ziekenhuisorganisaties die een breed zorgaanbod aan de lokale bevolking leverden.

Dat brede zorgaanbod valt echter in diverse categorieën van product-markt-combinaties uiteen. Een bruikbaar systeem van benadering is een differentiatie langs twee assen, die door Plexus Medical Consult is ontwikkeld. Op de eerste plaats gaat het daarbij om het volume van de zorgvraag en op de tweede plaats over de mate van de consensus over de in te stellen behandeling en het daarmee te bereiken resultaat.

Er ontstaan daardoor vier kwadranten. De combinatie van veel voorkomende zorgvragen en uitgekristalliseerde relatief eenvoudige behandelingen vindt men bijvoorbeeld bij cataractoperaties en totale heup- en knieprothesen. Dit soort behandelingen leent zich voor de inrichting van zorgstraten met strakke behandelingsprotocollen en procesbewaking. De medische handelingsvrijheid van de professional in de individuele patiëntenzorg is daarin beperkt. Het andere extreem vindt men bij de weinig voorkomende zorgvragen waarbij de behandeling nog sterk in ontwikkeling is. Zeldzame tumoren zijn daarvan een goed voorbeeld. Dit is het terrein van de ontwikkelingsgeneeskunde en de topreferente zorg. Professionele vrijheid en creativiteit in de behandeling zijn er essentieel. De organisaties die deze zorg leveren zijn zeer complex en hebben ook taken op het gebied van onderzoek en onderwijs.

Betrekkelijk weinig voorkomende zorgvragen met goed ontwikkelde behandelpladen vindt men in de topklinische zorg, zoals de coronary-bypass-chirurgie. Het behandelingsresultaat is op individueel niveau minder, maar op groepsniveau goed voorspelbaar. Er is een complexe multidisciplinaire behandelomgeving noodzakelijk met een hoge investeringsbehoefte in mensen, kennis en apparatuur. De besturing zal eveneens complex zijn.

En tot slot de veel voorkomende zorgvragen met veelal langdurige behandelingen en frequente zorgcontacten zonder concreet eindpunt of eindresultaat. Chronische zorg die men ziet bij hartfalen, chronische longaandoeningen en bij mensen met diabetes. Door een zorgvuldige procesbewaking zijn kostbare opnames echter wel te voorkomen. Ook in de niet nader te bespreken care sector vindt men veel zorgvormen van dit type, bijvoorbeeld in de gehandicaptenzorg, en de zorg voor de dementerende of ernstig psychisch beschadigde mensen. Zo ontstaat een deconstructie van het diffuse begrip medisch specialistische zorg die eerder ook door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) is bepleit.

Wat betekende dit alles in combinatie met de introductie van meer marktprikkels voor de besturingsfilosofie van het ziekenhuis en de verhoudingen tussen professionals en raden van bestuur? Een groot deel van de medisch specialistische zorg valt in het eerst besproken kwadrant, bijvoorbeeld de dermatologie, KNO, oogheelkunde, chirurgie, orthopedie en urologie. Hierin kan betrekkelijk snel nieuw competitief aanbod ontstaan in de vorm van zelfstandige behandelcentra. De optimale balans tussen prijs, kwaliteit en winst wordt waarschijnlijk in kleinschalige organisaties bereikt. De snelle opkomst van de zelfstandige behandelcentra die juist deze diensten aanbieden illustreert dit punt. Willen de traditionele ziekenhuizen in dit segment dus concurrerend blijven, dan zal maximaal ruimte aan het ondernemerschap van de professionals moeten worden geboden. Verantwoordelijkheden kunnen dan op het niveau van maatschap of vakgroep – bestuurders van resultaatverantwoordelijke eenheden (RVE's) – worden belegd, waardoor de organisatie erg plat kan zijn: het ziekenhuis als bedrijfsverzamelgebouw. De interne verantwoording kan gestalte krijgen in afspraken over behandelingsuitkomsten, klanttevredenheid, patiëntenvolume en (totale) kosten. Een verzakelijking van de verhoudingen tussen professionals en raden van bestuur kan leiden tot tijdelijke contracten met bijvoorbeeld prestatieclausules voor verlenging. Het zelfstandig onderne-

merschap van medisch specialisten kan hierbij naar mijn stellige overtuiging meerwaarde hebben. Dat ik daarbij een roepende in de woestijn ben neem ik voor lief. Dat was immers ook zo toen ik meende te moeten waarschuwen voor de noodzakelijke beteugeling van een stijgende zorgquote bij de te verwachten stagnerende economische groei.....

In de chronische zorg, waartoe de diabeteszorg, de reumatologie, grote delen van de cardiologie en de pulmonologie kunnen worden gerekend, is verzelfstandiging van de poliklinische zorg, waarin ook gemakkelijk competitief aanbod kan ontstaan, eveneens mogelijk. De interne en externe verantwoording zal hier eerder op basis van procesindicatoren dan op behandeluitkomsten zijn gebaseerd. Ook hier verwacht ik een gedeeltelijke extramuralisatie van de voorzieningen. De investeringsbehoefte voor de poliklinische begeleiding van veel chronische hulpvragen is immers betrekkelijk gering. Dat betekent ook dat er mogelijkheden zijn voor een dichtere spreiding – mogelijk enkele honderden – van de benodigde voorzieningen. En daaraan bestaat behoefte: het gaat doorgaans om oudere mensen met meerdere beperkingen en frequente zorgcontacten. Korte reisafstanden en zorg dichtbij of zelfs aan huis zijn dan gevraagd. Een en ander kan gestalte krijgen in de vorm van een samenwerkingsmodel met aanbieders in de eerste lijn.

Voor de complexere (top)klinische en topreferente zorg is verzelfstandiging nauwelijks mogelijk: het betreft vaak mensen met meervoudige pathologie die multidisciplinair behandeld moeten worden. Hiervoor zullen complexere organisatievormen noodzakelijk blijven en dus zal dit het domein blijven van de grotere instellingen. Gezien de noodzakelijke investeringen in kennis, mensen en middelen lijkt het zowel om bedrijfseconomische als om kwalitatieve redenen onontkoombaar dat deze zorg slechts in een beperkt aantal instellingen – enkele tientallen – zal worden aangeboden. Prijsconcurrentie is er onwaarschijnlijk, gezien de hoge systeemkosten die het creëren van extra aanbod met zich zou brengen. Meer zorgprofessionals zullen hier voor het dienstverband kiezen. Het spanningsveld tussen de professionele en de institutionele logica enerzijds en de logica van de markt anderzijds is hier niet eenvoudig te overbruggen door verantwoordelijkheden te delegeren. Dit zal moeten worden gekanaliseerd door vormen van duaal management, door een goede dialoog tussen professionals en instellingsdirecties en door professionele inbreng bij het overleg met de verzekeraars.

Prijs, kwaliteit en winst

De introductie van marktwerking in de gezondheidszorg en het toestaan van een winsttoegmerk en winstdeling aan instellingen gaat gepaard met kansen en risico's. De risico's liggen kort samengevat op het gebied van prijsmaximalisatie, patiëntselectie om 'onrendabele lijnen' te voorkomen en kostenreductie door het leveren van zorg van lagere kwaliteit. De veelbejubelde ZBC's passen patiëntselectie geregeld toe, door mensen met een verhoogd operatierisico niet te opereren. Vanwege een – op zichzelf juist – kwaliteitsargument kunnen zij daardoor goedkoper zijn. De IGZ heeft enkele malen ZBC's op kwalitatieve gronden, deels verband houdend met kostenreductie, gesloten.

Met de introductie van de diagnosebehandelingcombinaties (DBC's) en sinds kort de DOT's in de ziekenhuiszorg zijn de prijsverschillen tussen de aanbieders zichtbaar geworden. Naarmate budgettaire zekerheden worden afgebouwd zal op de zorginkoopmarkt de prijs voor de verzekeraar een belangrijke factor zijn voor de contractering van het zorgaanbod. De harde opstelling van bijvoorbeeld VGZ bij de contractonderhandelingen voor 2012 in de ziekenhuissector illustreert dat. En daar is vanuit het algemeen maatschappelijk belang gezien ook niets mis mee.

Er zijn echter ook substantiële kwaliteitsverschillen die voor de consument en de verzekeraar nog steeds weinig inzichtelijk zijn. Het is voor een goede werking van het systeem noodzakelijk, dat ook daarover transparantie zal ontstaan: dan kan de keuze voor een instelling of professional worden gebaseerd op de prijs-kwaliteitverhouding.

Daaraan wordt hard gewerkt. Ziekenhuizen zijn verplicht om de Inspectie voor de Gezondheidszorg informatie te verschaffen op een beperkte set van indicatoren. Het Algemeen Dagblad en het weekblad Elsevier brengen ranglijsten van de Nederlandse ziekenhuizen uit. Verzekeraars benaderen de ziekenhuizen met vragenlijsten. De Consumentenbond heeft een ziekenhuisvergelijkinginstrument ontwikkeld, dat patiënten in staat zou moeten stellen om hun keuze beter te bepalen. De site kiesbeter.nl is in de lucht. Het blijft echter moeilijk om een indicatie te krijgen van de medische kwaliteit op productniveau. Hiervoor worden nu gestaag meer specifieke kwaliteitsindicatoren ontwikkeld, die verzekeraars ook in hun contractering blijken te gebruiken.

De reactie vanuit de instellingen en van de professionals is interessant: een deel van de ziekenhuizen werkt mee aan veel van deze initiatieven,

de rest raakt zichtbaar geïrriteerd door de veelheid van informatieverzoeken, en weigert daaraan medewerking. In een werkelijk competitief model zou elke reële mogelijkheid om het keuzegedrag van zorgconsumenten of verzekeraars te beïnvloeden als een kans worden aangegrepen. Zorgaanbieders kunnen bijvoorbeeld consumentencollectieven rechtstreeks benaderen en aldus de verzekeraar als zorginkoper omzeilen. Veel zorgprofessionals en een enkele ziekenhuisbestuurder – zoals recent Jaap van den Heuvel – zijn er echter wars van: het mantra ‘de zorg is geen markt’ blijkt een taai leven beschoren.

Tot dusver geven de ziekenhuizen nog maar weinig blijk van echt strategisch handelen. Maar enkele signalen zijn er wel: ik wijs in dit verband op de reclamecampagnes van ooglaserklinieken en centra voor cosmetische chirurgie. De nieuwkomers op de zorgmarkt van de toekomst zullen waarschijnlijk veel meer gebruik van deze mogelijkheden gaan maken.

Ook in de verhoudingen tussen medisch specialisten en raad van bestuur zullen belangrijke verschuivingen optreden. Maatschappen en vakgroepen zullen in nauw overleg met de ziekenhuisleiding tot een concurrerend aanbod van zorgproducten op de zorgmarkt moeten komen en hebben anderzijds een gezamenlijk belang bij een positieve exploitatie van de instelling. Interne kostenbeheersing zal permanente aandacht krijgen – niet langer vanwege door VWS opgelegde kaders waartegen medische staven, raden van bestuur en zorgkoepels zich gezamenlijk zouden kunnen verzetten maar vanwege de beperkingen die ook de zorgmarkt zal kennen. Alle budgetgaranties zullen immers geleidelijk aan wegvallen, en als een instelling financieel in zwaar weer zou komen kan niet langer meer worden aangenomen dat de verzekeraar wel zal bijspringen of dat ‘Den Haag’ de budgetten zal verruimen.

En nu de spreekkamer: wat betekenen ondernemen, markt en schaarste

Veel beleidsmakers zien het als een heilzame ontwikkeling dat via de weg van het gezondheidszorgbeleid de samenleving de spraakkamer binnenkomt, of althans het proces dat zich daar tussen arts en patiënt afspeelt beïnvloedt. Dat is overigens al jaren het geval. In de jaren tachtig en negentig mocht de medisch specialist de patiënt uitleggen waarom hij of zij niet onmiddellijk behandeld kon worden, maar eerst op een wachtlijst zou worden geplaatst. Een wachtlijst die vanwege overheid en zorgverzekeraars als verdelers van de schaarste ook nog eens zorgvuldig beheerd moest worden. De verant-

woordelijkheid daarvoor kon echter nog buiten de behandelrelatie worden gelegd. De zorgaanpakken van de patiënt waren immers niet het geding, slechts het moment waarop deze konden worden ingelost.

Daar komt nu verandering in, want politieke betweters laten de laatste weken niet na te benadrukken dat artsen veel kritischer om zouden moeten gaan met end-of-life-beslissingen en het in de terminale fase nog aanbieden van ‘dure’ interventies. De meeste patiënten zouden daar ook helemaal geen behoefte meer aan hebben. Dat is echter een grote misvatting. Inderdaad geven familieleden van ernstig zieke oudere patiënten nogal eens te kennen, dat niet alles meer gedaan hoeft te worden wat technisch mogelijk is. Maar patiënten zelf denken daar doorgaans heel anders over. Die paar maanden extra leven of die grotere kwaliteit van leven met een nieuwe heup – al is het voor een paar jaar – worden met graagte aanvaard. Ik ken geen oncoloog die de nadelen van een behandeling niet open bespreekt met zijn patiënt. Het probleem is dat die zekere nadelen in de beleving van de betrokkene(n) kennelijk opwegen tegen de potentiële voordelen. Een leven zonder hoop wordt niet gemakkelijk geleefd.

De ironie van het geval is nu, dat de jarenlange moedwillige afbraak van de autoriteit van de dokter mede tot (beoogd) gevolg heeft gehad dat er in de spreekkamer sprake moet zijn van ‘shared decision making’ om maar niet te zeggen dat de patiënt zelf moet kiezen uit de zo neutraal mogelijk aangeboden behandelopties. De dokter die nu aan een terminale patiënt of een patiënt op leeftijd ‘in een goed gesprek’ de (politieke) boodschap moet verkondigen dat een bepaalde behandeling vanwege de (hoge) kosten enerzijds en de beperkte winst in termen van levensverwachting of kwaliteit van leven anderzijds niet meer verantwoord of althans niet aanbevelingswaardig zou zijn, maakt een goede kans eerder gezien te worden als een beleidsmatig verlengstuk van de bezuinigende overheid dan als een professional die handelt ‘in the best interest’ van de patiënt.

Overdrijf ik? Ik denk het niet. Na vele jaren zorgvuldig hersenspoelen zijn veel patiënten geneigd te denken dat medisch specialisten regelmatig handelen vanuit niet-altruïstische motieven. Het aantal mensen dat kennelijk van oordeel is ‘dat ik het maar heb te doen’ en dat het vanzelfsprekend vindt dat ik na en naast een volle werkweek in de dienst bij nacht en ontij kom opdraven ‘omdat ik er immers (vorstelrijk) voor wordt betaald’ is legio. Een enkeling zegt nog voor ik mijn mond heb opgedaan alvast met

gestold wantrouwen in de stem dat hij of zij ‘nog alles wil, ook al ben ik al oud’. Of men vraagt hoe vaak ik de te ondergane procedure al heb uitgevoerd. En ik kan u garanderen dat ik er met mijn dertig jaar ervaring echt niet meer als de eerste de beste snotneus uitzie. Met een zekere graagte spreken patiënten mij in het ziekenhuis liever als ‘meneer’ dan als ‘dokter’ aan. De erosie van het gezag en het vertrouwen – van niet te onderschatten invloed op het resultaat van de behandeling – is overal voelbaar.

De verzekering dat er niets ernstigs aan de hand is, zelfs indien afkomstig van een ervaren medisch specialist die ‘slechts’ een zorgvuldige anamnese heeft afgenomen en lichamelijk onderzoek heeft uitgevoerd, wordt steeds minder aanvaard. Die dure scan moet er komen, want medische missers en vermijdbare sterfte liggen overal op de loer – dat zie je elke dag op televisie – en tante Jet die maanden heeft moeten drammen voor ze uiteindelijk ‘door’ mocht bleek toch maar mooi kanker te hebben.

Jammer ook dat Ab ‘BOOZ’ Klink voor zijn veelbesproken rapport ‘Kwaliteit als medicijn’ niet de antwoorden op van zijn eigen vragen doordenkt:

*‘Het constateren van een **te** hoge volumegroei is geen naïeve aanklacht tegen de professionele integriteit van zorgverleners. Beleidsmakers en patiënten beseffen vaak niet hoe groot het grijze gebied bij een indicatiestelling is. Wanneer zijn slijtageverschijnselen aan de heup reden om tot vervanging over te gaan: als iemand geen half uur meer kan sporten of als de slijtage **echt** invaliderend is? Wanneer is het regelmatig verkouden zijn van een kind reden om de tonsillen te gaan verwijderen? Wanneer **zou er gestopt moeten** worden met de behandeling van terminaal zieke patiënten?’*

De relevante waardeoordelen heb ik in de tekst vet aangegeven. Wat is nu eigenlijk de verwachting van de opstellers van het rapport? Dat arts en patiënt in de spreekkamer berouwwol gaan nadenken over de te hoge volumegroei in de zorg? De patiënt van nu accepteert steeds minder beperkingen, en ervaart het niet meer kunnen sporten echt als invaliderend. En als Ab Klink aan bedside teaching wil doen door in het Utrechtse Diaconessenhuis te komen vertellen wanneer wij met de behandeling van terminaal zieke patiënten (zouden) moeten stoppen is hij van harte welkom. De wél in het rapport genoemde oplossingsrichtingen zijn theoretisch wel te verdedigen, maar blijken in de praktijk toch moeilijk te hanteren. Veel evidence based medische richtlijnen behelzen juist een toename van dure

aanvullende diagnostiek, juist omdat het missen van een zeldzame afwijking niet meer wordt geaccepteerd. Vrijwel alle traumaprotocolen zijn daarvan een goed voorbeeld. In feite vindt in de praktijk ook vaak onderbehandeling plaats. Het reduceren van praktijkvariatie kan slechts (kwaliteits)winst opleveren bij de in het rapport impliciet blijvende veronderstelling, dat zij die een bovengemiddeld aantal verrichtingen uitvoeren een mindere kwaliteit leveren en zij die een benedengemiddeld aantal verrichtingen uitvoeren een hogere kwaliteit. Een veronderstelling om eens goed over na te denken.

Medisch specialisten in Nederland zijn namelijk gemiddeld gesproken al behoorlijk terughoudend met het aanbieden van behandelingen en betrekken hun patiënten veel meer bij behandelkeuzes dan internationaal gebruikelijk is. Het is dus verstandig zich hieraan niet al te rijk te (willen) rekenen.

Het is de bedoeling dat zorgconsumenten steeds meer informatie krijgen over de prijs en de kwaliteit van de diverse behandelingen. Ook de verschillen tussen aanbieders moeten inzichtelijk worden. Als ook nog meer eigen betalingen in het zorgsysteem worden geïntroduceerd, dan zou dat een krachtige emanciperende werking op de relatie tussen zorgprofessionaal en zorgconsument hebben. Welnu, eenmaal voorbij het eigen risico interesseert de prijs van een behandeling de patiënt naar mijn ervaring in het geheel niet en voor wat betreft de kwaliteit zijn er wel wat luchtballonnen door te prikken. Als alle patiënten zich echt zouden wenden tot de beste zorgaanbieder zou er immers uiteraard een geheel onwerkzame situatie ontstaan. In de echte markt wordt die situatie gemitigeerd door iets wat we prijs-kwaliteitverhouding noemen. We willen de beste en mooiste auto (smaken verschillen) maar we kunnen hem niet betalen. Dus kiezen we het model dat bij ons budget past. En autofabrikanten die meer auto's verkopen mogen een hogere omzet boeken.

De specialistische gezondheidszorg is daar (nog) ver van verwijderd, ik zou bijna zeggen: verder weg dan ooit (of terug bij af, het is maar hoe je het bekijkt). Want een kwalitatieve tweedeling in de (ziekenhuis)zorg wil de Nederlandse samenleving niet aanvaarden (en dus zijn er geen echte co-payments door patiënten ingevoerd), ziekenhuizen worden weer gebudgetteerd, en specialisten hebben leergeld betaald omdat zij – voor de zoveelste keer – alle volumetoename van de afgelopen jaren in de vorm van tariefkortingen hebben mogen absorberen. Waarom zouden zij erop mogen vertrouwen dat een betere prijs-kwaliteitverhouding met een

grotere omzet zal worden beloofd? En van de door sommigen bepleite vaste beloning voor medisch specialisten met een beperkte variabele en productiegebonden opslag zal ook geen krachtige prikkel uitgaan om het beter te doen dan de concurrent.

Na het lezen van tientallen zo al niet honderden rapporten en het gedurende tientallen jaren volgen van het gezondheidszorgbeleid gevoel ik steeds sterker de neiging om terug te gaan naar de kern van de zaak: de arts-patiëntrelatie en de derde (professionele) logica van Freidson. Die verdienen het om beschermd te worden tegen alle vormen van oneigenlijk beïnvloeding van buitenaf. Ik werp dus een knuppel in het Nederlandse hoenderhok: scheid de beloning van de medisch specialist en de economische belangen van het ziekenhuis waar dat maar enigszins kan weer volledig (daarbij sluit ik de complexe multidisciplinaire zorg dus uit) en herstel het zelfstandig ondernemerschap van medisch specialisten in ere. Dat is toch de markt in optima forma. Het professionele gedrag van de arts in relatie tot zijn patiënt zal idealiter worden bepaald door de 'needs' van de patiënt en een streven naar hoge klanttevredenheid. Ook economische motieven spelen een rol, zoals bij elke middenstander. En dat is maar goed ook: wie een financieel gezonde bedrijfsvoering nastreeft in een concurrerende omgeving kan maar beter tevreden klanten hebben. Bovendien is in langdurige zorgrelaties vertrouwen nodig, dat ernstig zou worden geschaad als het gedrag van de zorgprofessional voornamelijk blijkt zou geven van een financiële gedrevenheid.

Is er een downside? Zeker: het is mogelijk dat enkele medisch specialisten zich om financiële redenen zouden laten verleiden tot het uitvoeren van als onnodig bestempelde verrichtingen. Het is echter de vraag of dat erger is dan de desinteresse van een werknemer bij een grote (staats)zorgmoloeh – een situatie die in het Oostblok decennialang heeft bestaan. En het feit dat het aantal medische verrichtingen en behandelingen de laatste jaren sterk gestegen is terwijl een steeds groter deel van de medisch specialisten in dienstverband werkzaam is zou toch ook te denken moeten geven. Zeker is in ieder geval, dat ook de ziekenhuizen om economische redenen bepaalde gedragingen en declaratiepatronen bij medisch specialisten stimuleren en andere afremmen.....

Referenties

- Abbott, A., *The system of professions: an essay on the division of expert labor*, University of Chicago Press, Chicago, 1988.
- Freidson, E., *Professionalism: the third logic*, Polity Press, London, 2001.
- Maljers, J., *persoonlijke mededeling*, Amsterdam 2004.
- Perkin, H., *The Rise of Professional Society: England since 1880*, Routledge, London, 1989.
- RVZ, *Winst en gezondheidszorg*, Zoetermeer, 2002.
- RVZ, *Marktwerking in de medisch specialistische zorg*, Zoetermeer, 2003.



Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 19404

2500 CK Den Haag

Telefoon: 070 340 50 60

Fax: 070 340 75 75

E-mail: mail@rvz.net

www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: Studio Koelewijn Brüggewirth

Redactie: Kees Kaptein Teksten

Fotografie: Eveline Renaud

Drukwerk: OBT bv

Uitgave: November 2012

U kunt deze publicaties downloaden

via onze website www.rvz.net