

Lezing voor KNMG Congres taakherschikking, 15 september 2005.

Geachte dames en heren,

Sinds januari 2001 schrijf ik tweewekelijks een column voor een landelijk avondblad. Aan deze nevenfunctie zitten leuke kanten, maar er kleven ook nadelen aan en een van die nadelen is dat her en der in het land de indruk bestaat dat een columnist echt overal verstand van heeft, als zij er maar even voor gaat zitten. Ik krijg wekelijks uitnodigingen voor forums, symposia en studiemiddagen, gewijd aan onderwerpen waar ik echt geen bal vanaf weet.

Sinds maart 2004 heb ik nog een andere nevenfunctie en wel als bijzonder hoogleraar Patiëntenperspectief aan het Erasmus MC in Rotterdam. Ook deze nevenfunctie biedt talloze voordelen, maar verrassend genoeg kleeft er eigenlijk hetzelfde nadeel aan. Zij leidt tot een stroom van uitnodigingen voor allerhande optredens, omdat van lieverlee, over de hele breedte van de gezondheidszorg, het besef is doorgedrongen dat het eigenlijk allemaal om de patiënt draait en dat het dus niet meer dan redelijk is die patiënt overal over mee te laten praten.

U bent als arts bezig met richtlijnontwikkeling? Daarbij kan het perspectief van de patiënt natuurlijk niet worden gemist! Misschien moet er een patiëntvertegenwoordiger worden opgenomen in de taakgroep die de richtlijn gaat opstellen.

U zou als arts-onderzoeker graag medisch-wetenschappelijk onderzoek doen? In laatste instantie moet de patiënt daar natuurlijk van mee profiteren, dus wat is logischer dan die patiënt daar van meet af aan bij te betrekken?

U bent als arts betrokken bij de beoordeling van de inhoud en de omvang van het basisverzekeringspakket? Ook hier lijkt het cruciaal om de mening te kennen van patiënten. U nodigt ze uit voor een focus groep bijeenkomst.

U bent als arts werkzaam in een instelling voor verstandelijk gehandicapten, of een psychiatrische inrichting? Patiënten wonen daar meer of minder tijdelijk en het is heel democratisch patiënten inspraak te geven in de vormgeving van hun dagelijks leven. U nodigt patiënten uit zitting te nemen in een cliëntenraad.

Gelukkig worden voor al deze eervolle klusjes vaak echte patiënten benaderd, of vertegenwoordigers afkomstig van een patiëntenorganisatie. Maar met enige regelmaat vat ook het idee post dat we voor 'het patiëntenperspectief' tegenwoordig toch ook een professor hebben? Dat is als het ware een patiënt die daar echt voor heeft doorgeleerd en die zou je dus ook heel goed kunnen uitnodigen voor je focusgroep, beoordelingscommissie, aftrapmiddag of thema-symposium.

Ik heb als columnist-annex hoogleraar patiëntenperspectief dan ook te maken met een stroom van uitnodigingen voor allerhande bijeenkomsten en ik heb mij ontwikkeld tot een geharde nee-zegger. Maar zo nu en dan slipt er wel eens wat tussendoor en dan blijf ik op een onbewaakt ogenblik te hebben toegezegd een bijdrage te leveren aan een symposium over een onderwerp waar ik vrijwel niets van af weet. Ik moet bekennen dat dit ook het geval was met dit symposium over taakherschikking. Wat zou ik kunnen toevoegen aan de deskundige verhalen van de voorzitter van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg die er een rapport over schreef en van de voorzitter van de Commissie Modernisering Beroepen in de Curatieve Zorg?

Ik wil vanavond dan ook niet heel diep ingaan op de specifieke aspecten van taakherschikking in de gezondheidszorg. In plaats daarvan wou ik het onderwerp taakherschikking bekijken vanuit mijn achtergrond als politicoloog en docent in het onderwijsveld. Ik hoop dat we vanuit een vergelijkend perspectief een paar aardige discussiepunten op het spoor komen die ons kunnen helpen bij het verder denken over taakherschikking in de zorg.

De klassieke verhouding tussen artsen en andere werknemers in de gezondheidszorg heeft veel weg van de klassieke verhouding tussen politici aan de ene kant en de ambtenarij aan de andere kant.

In de gezondheidszorg wordt een groot deel van het werk niet gedaan door artsen zelf, maar door verpleegkundigen, doktersassistenten, medisch secretaresses, tandartsassistenten en operatie-assistenten. Vaak wordt de patiënt gezien, te woord gestaan en behandeld door een arts samen met een van deze andere werkers in de zorg, maar in veel gevallen ziet of spreekt de patiënt alleen de verpleegkundige of de doktersassistente. In het ziekenhuis hebben patiënten vaak meer contact met verpleegkundigen dan met artsen en wie belt met zijn huisarts moet tegenwoordig in heel veel gevallen onderhandelen met haar assistente.

In de politiek wordt het leeuwendeel van het werk ook niet verricht door politici. Bewindspersonen staan aan het hoofd van een ambtenarenapparaat en het eigenlijke sturen van de samenleving (het afgeven van vergunningen, het verstrekken van subsidies, het vangen van boeven, het uitschrijven van bekeuringen, het vaststellen van belastingaanslagen en het toekennen van verblijfsvergunningen) gebeurt door ambtenaren.

Zowel in de politiek als in de gezondheidszorg heerste in dit verband een discrepantie tussen het echte leven en morele en juridische codes over dat leven. In de gezondheidszorg is de arts verantwoordelijk voor werk dat verpleegkundigen en doktersassistentes verrichten. Als de doktersassistente mij vertelt dat ik niet langs hoef te komen met mijn zoon, omdat zijn buikpijn vanzelf wel weer over gaat terwijl later blijkt dat het kind een blindedarmontsteking had, dan is mijn huisarts verantwoordelijk voor deze fout. Dan had ze maar een betere assistente moeten aannemen of dan had ze haar assistente maar beter moeten instrueren, is het idee.

In de politiek en de bureaucratie gold het klassieke Weberiaanse uitgangspunt: ambtenaren moeten doen wat hen door de politiek wordt opgedragen en politici zijn verantwoordelijk voor alles wat er mis gaat. In het parlement staat deze leer ook wel bekend als de Carrington doctrine, genoemd naar de Britse minister van Buitenlandse zaken, die aftrad omdat zijn inlichtingendienst niet op de hoogte was geweest van de Argentijnse plannen om de Falkland eilanden aan te vallen, hoewel hem persoonlijk eigenlijk niets te verwijten viel.

Gedurende de afgelopen decennia zijn door politici, juristen, bestuurskundige en politicologen regelmatig voorstellen gedaan om de leer en het leven dichter bij elkaar te brengen in de politiek. Er is gepleit voor inperking van de ministeriële verantwoordelijkheid.

Politici zouden alleen verantwoordelijk moeten worden gehouden voor dingen waar zij daadwerkelijk invloed op hebben kunnen uitoefenen.

Er is gepleit voor een zelfstandige verantwoordelijkheid van ambtenaren tegenover het parlement.

Er is veelvuldig gesproken over de verzelfstandiging of privatisering van ambtelijke diensten, vanuit de gedachte dat zelfstandige bestuursorganen of geprivatiseerde overheidsorganisaties

dan rechtstreeks zaken zouden kunnen doen met burgers en ook verantwoording zouden moeten afleggen naar die burgers, in plaats van aan hun politieke baas.

Een deel van die ideeën is inmiddels ook in praktijk gebracht en ik denk dat wij ons kunnen wagen aan een soort inventarisatie van voor- en nadelen.

Wat zijn de voordelen van verzelfstandiging van ambtelijke diensten?

- Ambtenaren gaan meer eigen afwegingen maken en kunnen makkelijker improviseren.
- Ambtenaren kunnen daardoor misschien 'klantvriendelijker' optreden ten opzichte van burgers.
- Ambtenaren gaan wellicht harder werken als zij zelf ter verantwoording kunnen worden geroepen.
- Ambtenaren krijgen mogelijk een leuker beroep.

Daar staan een aantal nadelen tegenover.

- Politici worden mogelijk gemakzuchtig. Hoe meer zij uitbesteden, des te minder kan hen worden verweten.
- Politici verliezen het overzicht.
- Voor burgers ontstaat een ondoorzichtige verantwoordingsstructuur.
- De ambtenaren nieuwe stijl worden veel duurder dan zij vroeger waren (het eerste wat directeuren van verzelfstandigde ambtelijke diensten plegen te doen is hun salaris en secundaire arbeidsvoorwaarden aanpassen in opwaartse richting).

In hoeverre kunnen we dezelfde voor- en nadelen verwachten bij een formalisering van de verhouding tussen artsen en andere werkers in de gezondheidszorg? Wat zal er gebeuren als verpleegsters zelfstandig werkzaam zijn als nurse practitioner of diabetes verpleegkundige?

Je kunt je voorstellen dat bij de taakherschikking in de zorg vergelijkbare voordelen spelen als bij verzelfstandiging van delen van de ambtenarij. Een zelfstandig werkende verpleegkundige kan misschien makkelijker improviseren, en patiëntvriendelijker optreden, omdat zij haar werk zelf kan indelen, rekening houdend met de voorkeuren van patiënten zonder dat zij zich nog hoeft te bekommeren om de wensen en eisen van haar baas. Het is denkbaar dat een ervaren verpleegkundige het een nieuwe uitdaging vindt om zelf verantwoordelijk te zijn en haar werk daardoor leuker gaat vinden. Wellicht gaat zij zelfs ook nog harder werken.

Hoe zit het met de nadelen? Zijn die ook vergelijkbaar?

Zullen artsen taken en verantwoordelijkheden gaan afschuiven uit gemakzucht? Zullen zij minder goed toezien op het heil van de patiënt als zij weten dat andere behandelaars mede verantwoordelijk worden voor zijn of haar gezondheidstoestand? Dat is niet helemaal ondenkbaar en lijkt mij een punt voor de discussie.

Ook het tweede nadeel zou kunnen optreden in de zorg. Als artsen belangrijke delen van de patiëntenzorg kunnen overlaten aan anderen, betekent dit dat zij niet langer het volledige overzicht hebben over de diagnose en de behandeling van de patiënt.

De twee laatste nadelen lijken mij in de gezondheidszorg minder op te gaan. De verantwoordingsstructuur wordt weliswaar ondoorzichtiger, maar ook weer niet zo heel veel meer dan nu al het geval is. Veel patiënten hebben nu ook al te maken met behandelende

teams, met individueel aansprakelijke dokters, aansprakelijkheid van ziekenhuizen en zo meer.

Wat betreft de honorering. In de politiek en de ambtenarij bestaan blijkbaar helemaal geen vooropgezette ideeën over wat een politicus of een ambtenaar zou moeten verdienen, zodat het plotseling mogelijk bleek dat directeuren van woningcorporaties, geprivatiseerde overheidsdiensten of zelfstandige bestuursorganen meer gingen verdienen dan de minister-president. De privatisering en verzelfstandigingsmode (de taakherschikking in de politiek) heeft ons als burgers-belastingbetalers een lieve duit gekost. Over dit probleem maak ik mij in de medische sector ook minder zorgen. De financiële hiërarchie is hier heel duidelijk gevestigd. Weliswaar zal een nurse practitioner meer willen verdienen dan de gewone verpleegkundige die zij voorheen was, maar het lijkt een tamelijk vaststaande regel dat niemand zoveel mag gaan verdienen als de medisch specialist. U moet mij maar corrigeren als ik dit mis heb.

Bij deze discussie over de politiek en de zorg heb ik het vooral gehad over rationele prikkels en logisch voorspelbare gevolgen van een en ander. Taakherschikking heeft echter ook een emotionele kant en om daar wat meer zicht op te krijgen kunnen we een parallel trekken met ontwikkelingen in het onderwijs. In de stukken die ik las ter voorbereiding op deze lezing kwam ik regelmatig tegen dat de medische opleiding een stuk korter zou moeten, dat er nieuwe beroepen zouden moeten komen, die reeds na een paar jaar kunnen worden uitgeoefend, dat taken die nu door bevoegde artsen worden gedaan na een afgrijselijk lang voortraject ook heel wel kunnen worden verricht door gespecialiseerde functionarissen zonder algemeen medische vooropleiding, dat een fysiotherapeut ook best een diagnose zou kunnen stellen over een aandoening van het bewegingsapparaat (beter misschien dan een huisarts) en bij al dit soort observaties kan ik me voorstellen dat je haren overeind gaan staan als arts. Heel objectief misschien zit er best wel wat in, maar waar heb je nu in vredesnaam al die jaren voor geleerd als Jan, Piet en Klaas er morgen meteen mee aan de slag mogen?

Ik kan mij vergelijkbare discussies herinneren over zij-instromers in het onderwijs. Je hebt jarenlang gestudeerd voor je onderwijsbevoegdheid, je hebt stage gelopen, het vak geleerd van collega's, nu ben je een ervaren leerkracht en plotseling krijg je te horen dat je morgen een nieuwe collega hebt. Hij of zij is afkomstig uit het bedrijfsleven, maar is na een assessment geschikt verklaard voor het onderwijs, hij zal van lieverlee zijn bevoegdheid wel halen, maar verdient nu, anticiperend daarop al vast net zoveel als jij en hij krijgt anders dan jij destijds, meteen een vast contract, want hij kwam immers uit het bedrijfsleven en anders zou hij daar lekker zijn gebleven.

Ook hier geldt dat het mogelijk is dat zij-instromers een rationeel antwoord vormden op een nijpend probleem, dat sommige mensen echt natuurtalenten voor de klas zijn en in de praktijk vanzelf nog beter worden, maar de krenking van een beroepsgroep door dit soort oplossingen valt niet weg te poetsen. Ik denk dat het verstandig is om bij alle rationele beleidsvoorbereidingen rekening te houden met deze emotionele weerstanden. Mensen zijn kwetsbaar, ook als zij werken in de zorg. Patiënten hebben weliswaar geen enkel bezwaar tegen gespecialiseerde verpleegkundigen, bekwame fysiotherapeuten of verstandige nurse practitioners, maar als ze daarnaast te maken krijgen met gedesillusioneerde, cynische dokters voor het resterende deel van de zorg schieten ze daar natuurlijk niks mee op.