

Lezing voor Menzis, 26 mei 2005.

Vorige week stond in het artsenvakblad *Medisch Contact* een artikel over Johan van der Werf, directievoorzitter van Aegon Nederland en speciaal gezant voor het VWS programma Sneller Beter, die zijn licht liet schijnen over de toestand in de gezondheidszorg. Dit artikel is om twee redenen typerend. Ten eerste vanwege de observaties van Van der Werf, waar het stuk mee begint. “Voordat ik aan deze opdracht begon had ik geen al te optimistisch beeld van de gezondheidszorg,” vertelt Van der Werf. “Ik heb persoonlijk weinig ervaring met de gezondheidszorg en mijn indruk werd dan ook voornamelijk gevormd door wat de media melden. Bezoeken aan ziekenhuizen in Amsterdam, Heerlen en Den Helder en gesprekken met verpleegkundigen en ex-patiënten hebben mijn beeld bijgesteld. In de zorg wordt hard gewerkt en er heerst zeker geen klaagcultuur. Men zet zich enorm in om de patiëntenzorg te verbeteren.”

Van der Werf lijkt in deze observatie sprekend op de gemiddelde Nederlander. Ik kom nogal eens mensen tegen die onlangs te maken hadden met dokters, ziekenhuizen of verpleeghuizen. Zij moesten daar zelf naar toe, of een van hun dierbaren moest daar worden opgenomen. Meestal vertellen die mensen hun ervaringen op een toon van lichte verbazing: “Ik werd correct geholpen, ik werd direct verwezen en de dokter was heel vriendelijk”, zeggen zij dan en zij hebben het idee dat zij daarmee ongelooflijk geluk hebben gehad.

In een lijvig rapport van het Sociaal Cultureel Planbureau over de kwaliteit van de quartaire sector uit 2003 werd geconstateerd dat mensen die zelf te maken hebben gehad met de gezondheidszorg daar veel positiever over oordelen dan buitenstaanders die hun oordeel moeten baseren op berichtgeving in de media. Dat gold trouwens niet alleen voor de gezondheidszorg maar ook voor het basisonderwijs.

In de media is zo langzaam aan het beeld ontstaan dat de zorgsector een groot geld verslindend monster is, waar patiënten onvriendelijk worden behandeld, waar demente bejaarden worden vastgebonden in hun bed, waar patiënten geen eten krijgen of alleen een plastic plakje kaas en een ijsklontje om hun lippen te bevochtigen, en waar menige tamelijk gezonde burger door medische missers wordt getransformeerd tot een wandelend of zelfs een zittend of liggend wrak.

Hoe komt dat nu?

Volgens mij heeft dat te maken met een perverse interactie tussen media en politiek en die gaat ongeveer als volgt. Een journalist komt ergens in een zorginstelling een incident op het spoor: een slechte dokter, een slecht functionerende afdeling in een verpleeghuis, een aanvechtbare beslissing van het ziekenhuismanagement ergens in het land. Overal gebeurt wel eens wat; mensen zijn feilbaar en dat geldt ook voor dokters, verpleegkundigen, ziekenverzorgenden en ziekenhuisdirecties. Het is helemaal niet moeilijk om incidenten te vinden. Een journalist is echter niet tevreden met een incident. Veel journalisten beschouwen ieder incident in enige sector van het maatschappelijk leven als het topje van een onzichtbare ijsberg vol leed en wantoestanden en zij beschouwen het vervolgens als hun missie om die ijsberg op de politieke agenda te krijgen. Zij gaan dus Kritische Vragen stellen aan politici over het incident. Politici zullen in eerste instantie nog wel eens hun best doen het incident te betreuren en het daarbij te laten, maar als journalisten aandringen en kritische stukken blijven schrijven komt er een moment dat de in het nauw gedreven politicus voelt dat hij echt iets moet doen. Op dat moment komt de politicus in de verleiding om te grijpen naar een zogeheten Grote Oplossing. Een van de belangrijkste inzichten uit de moderne bestuurskunde is dat oplossingen in het openbaar bestuur geen rationele antwoorden zijn op concrete beleidsproblemen, maar rondrijvende Grootse Ideeën met makelaars die deze ideeën proberen te koppelen aan bestaande problemen. Er bestaat in het openbaar bestuur zoiets als een rivier van oplossingen op zoek naar een probleem. Het bekendste voorbeeld van dit fenomeen in Nederland is de Betuwelijn, een vaag, ambitieus plan dat ooit bedacht werd en dat op zeker moment opeens werd gekoppeld aan Het Probeer van de Rotterdamse Haven. En sindsdien zitten we ermee.

In de zorg bestaat sinds eind jaren 80 ook zo'n rondrijvende oplossing, veelal onder de noemer marktwerking, liberalisering, of New Public Management.

Een minister die aldoor wordt gepushed door de media en aldoor leest dat hij of zij niet daadkrachtig reageert op incidenten komt op zeker ogenblik in de verleiding te grijpen naar de rondrijvende Grote Oplossing.

Vanaf dat moment gaat het mis, want dan moet de minister mee gaan praten met de media. De Grote Oplossing is namelijk meestal veel te groot, veel te ambitieus en veel te kostbaar om de paar incidenten op te lossen waar de media mee aan komen, en dus gaat de politicus het probleem vergroten om ervoor te zorgen dat zijn oplossing past op het probleem. Hij gaat samen met de media incidenten opblazen en vervolgens aankondigen dat hij, redder van het vaderland of althans redder van de sector, er iets aan zal gaan doen. Hij moet bovendien de

sector ervan overtuigen dat alleen een totale omwenteling van het systeem nog een oplossing kan bieden voor de eindeloze berg van wantoestanden die hij tegen is gekomen. Hij moet, zoals dat in Nederland tegenwoordig heet, een 'sense of urgency creëren'. En zo ontstaat dan een algemene crisisretoriek, waar voorlopig geen einde aan zal komen, want als de zorgsector een ding zou moeten leren van de grootse stelselwijzigingen in het onderwijs, dan is het wel dat na een stelselwijziging het paradijs verder weg lijkt dan ooit, en dat de ene stelselwijziging de volgende stelselwijziging oproept.

Het artikel over Johan van der Werf is typerend, zei ik, omdat de Aegon topman de kans kreeg door al die crisis retoriek heen te kijken naar de werkelijkheid van de zorg. Maar het is om nog andere redenen typerend en wel omdat het deze Van der Werf is, die gevraagd is om te oordelen over de gezondheidszorg. De zorgsector wordt tegenwoordig overwegend doorgelicht door buitenstaanders. Naast Aegon topman Van der Werf waren Rein Willems, president directeur van Shell Nederland die de zorg ging doorlichten op patiëntveiligheid, TPG topman Peter Bakker, die zijn licht liet schijnen over de logistieke aspecten en recent is Golden Tulip topman Kennedie aan het werk gezet om te kijken naar de hotelfunctie van zorginstellingen. Ik wacht nog op de eerste onthullingen over de bedragen die deze topmannen daarvoor krijgen en heb dit helaas nergens nog kunnen achterhalen; de media-aandacht in deze spitst zich helaas alleen toe op de exorbitante beloningen voor ex-politici die in adviescommissies zitten.

De suggestie achter al dat doorlichten van buitenaf, al die frisse blikken op de sector, is dat de sector als zodanig niet geneigd zou zijn tot enige verbetering. Professionals (artsen, verpleegkundigen) zijn uit zichzelf blijkbaar uitgesproken lethargische types, en het is maar gelukkig dat grote namen als Rein Willems, Johan van der Werff, Peter Bakker en Hans Kennedie hen wat handreikingen willen doen.

Welnu, met die lethargie van professionals valt het volgens mij enorm mee. In een recent verschenen rapport constateert de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid dat professionals een eigen manier van leren, kwaliteitsbewaken en verbeteren hebben, zij het dat die inmiddels bijna bedolven is geraakt onder een woud van externe toezichtsstructuren en beoordelingsmechanismen. Het kan geen kwaad om deze normale professionele manier van leren nog weer eens in de herinnering terug te roepen.

Oudere professionals leren van nieuwe professionals en vice versa. Onderwijzers krijgen stagiaires van de pedagogische academie en zien hen leermethoden toepassen die zij in hun opleiding hebben meegekregen. Oudere artsen leren van jongere artsen die co-schappen lopen wat zij aan nieuwe inzichten hebben meegekregen tijdens hun opleiding. Omgekeerd socialiseren oudere onderwijzers, oudere verpleegkundigen en oudere artsen hun jongere collega's natuurlijk tot echte juffen, verpleegkundigen en dokters.

Professionals leren bovendien van hun patiënten, cliënten, studenten en leerlingen. In het Universitair Medisch Centrum in Utrecht organiseert men spiegelbijeenkomsten, waarin artsen zich nadrukkelijk moeten inleven in de positie van de patiënt. Aan de universiteit werkt elke zichzelf respecterende opleiding tegenwoordig met studentenpanels, waarin studenten uitleggen wat hen wel en niet bevalt aan bepaalde cursussen. Dat soort bijeenkomsten is broodnodig met name voor iets oudere docenten. Om mijzelf als voorbeeld te nemen. Ik ben op mijn 25^{ste} gaan werken aan de universiteit als beginnende docent. Ik ben inmiddels 42 en ik ben ervan overtuigd dat ik nu veel beter college geef dan toen, maar als ik kijk en luister naar mijn eerstejaars, dan is dat in een aantal opzichten zeker niet het geval. Toen ik 25 was wist ik nog wel ongeveer wat leerlingen leerden op het vwo, en hoe het voelde om eerstejaars student te zijn. Tegenwoordig weet ik dat niet meer. Studenten van nu, die vorig jaar eindexamen hebben gedaan hebben het ijzeren gordijn nooit mee bewust meegemaakt, in 1989 waren zij net geboren. Zij hebben op school geleerd over de Kosovo oorlog die ik alleen ken uit de krant. Hun referentiekader is anders dan dat van mij en het is dus heel leerzaam om dat te horen uit evaluaties en panels. In de zorg geldt een zelfde fenomeen. Pas begonnen artsen en verpleegkundigen hebben nog geen eelt op hun ziel. Die zien nog hoe het voelt om patiënt te zijn, die leven mee met de wanhoop van ouders die hun kind zien vechten tegen kanker of met de uitzichtloosheid van het bestaan in een verpleeghuis. Het is absoluut noodzakelijk dat professionals in de zorg een beetje eelt op hun ziel krijgen, patiënten hebben er niets aan als hun artsen en verpleegkundigen mee gaan wanhopen en 's avonds niet meer kunnen slapen omdat zij zich het leed van sommige patiënt zo hevig aantrekken. Zo af en toe zit ik in de auto bij een jonge, ambitieuze en volgens mij hele goede kinderarts en dan luister ik naar haar verhalen over kinderen met leukemie, jongeren met een hoge dwarslaesie en patiëntjes met hersenvliesontsteking. Als ik arts was op haar afdeling zou ik denk ik eindeloos gaan huilen. Maar zij huilt niet; ze ziet de veerkracht van haar patiëntjes, ze bedenkt wat ze nog voor hen kan doen en ze maakt zich alleen verschrikkelijk kwaad als ze ziet dat sommige van haar collega's kwalitatief ondermaatse zorg leveren, met een zesje genoeg nemen, zoals zij dat noemt.

Terugkomend op het verhaal: professionals moeten zo nu en dan geconfronteerd worden met hoe patiënten erover denken, zij moeten af en toe weer even voelen hoe het zou zijn om patiënt te zijn. De eeltlaag mag er niet af, maar daar moet wel af en toe even doorheen geprikt.

Professionals leren van vakgenoten. Mijn kinderarts-chauffeur heeft regelmatig professionele overlegstructuren, waarin zij met haar collega's nadenkt over betere manieren om patiënten te helpen en waar zij zich, als het zo uitkomt, boos maakt over de lakse aanpak van sommige collega's. Professionals doen vaak aan dergelijke interne overlegstructuren en gaan bovendien naar allerlei vormen van na- en bijscholing. Tenminste: de artsen. Voor ziekenverzorgenden wordt wat dat betreft veel minder georganiseerd en dat is heel erg jammer. Dergelijke cursussen vormen namelijk een onderbreking van de dagelijkse sleur waar iedere vorm van werk toch een beetje in kan verzanden, en ze bieden nieuwe inspiratie en nieuwe inzichten. Het zou voor ziekenverzorgenden ook heel goed zijn om te kunnen leren van de gang van zaken in andere verpleeghuizen, om te zien hoe het beter kan, soms door heel eenvoudige wijzigingen van bestaande patronen.

Tot slot zijn professionals onderworpen aan tuchtrecht en vaak ook aan systemen van kwaliteitszorg in hun instelling: er zijn in veel instellingen klachtencommissies waar patiënten terecht kunnen en professionals kunnen door de uitspraken van klachtcommissies en tuchtrechters leren van hun eigen en andermans fouten.

Professionals hebben een heel eigen systeem van leren, verbeteren en kwaliteitszorg.

Wat gebeurt er nu als in 2006 het nieuwe zorgstelsel zal worden ingevoerd? Dan worden verzekeraars geacht om namens hun cliënten-patiënten de kwaliteit van de zorg in de gaten te gaan houden. Verzekeraars, zo is het idee van de minister, zullen professionals aanzetten tot innovatie, zullen de sector opschudden en zullen en passant ook nog zorgen dat het allemaal wel wat goedkoper kan. Ook bij dat laatste – de veronderstelde kostenbesparing die het allemaal zou gaan opleveren – heb ik hele grote twijfels. U zult ongetwijfeld ook overal de billboards en de paginagrote advertenties hebben gezien de afgelopen dagen om de naam van Menzis eens en voorgoed op de kaart te zetten en onwillekeurig dacht ik: wordt het daar nu allemaal echt goedkoper van? Ik zit in de raad van toezicht van een koepel van verpleeg- en verzorgingshuizen. Twee jaar geleden heeft men daar geworsteld met het morele dilemma of men geld zou gaan uitgeven aan een reclamecampagne. Dat geld zou dan immers niet meer beschikbaar zijn voor handen aan het bed, en om die handen aan het bed zou het toch moeten

gaan in verpleeghuizen. Als de marktwerking in de zorg verder wordt doorgevoerd is dat geen dilemma meer; dan moet je gewoon gaan voor die reclamecampagne. Ik vind dat eigenlijk heel erg.

Los van het feit dat het kostendempende effect van vermarkting waarschijnlijk niet zal optreden zijn er drie diepe valkuilen waar de zorgsector, patiënten en professionals, in terecht kunnen komen als de kwaliteitsbewaking verschuift naar zorgverzekeraars.

De eerste valkuil is de bureaucratie. Als verzekeraars met elkaar moeten concurreren, dan is het logisch dat al die verzekeraars eigen afspraken maken met zorgaanbieders en daarbij eigen benchmarks, standaarden en prestatie-indicatoren hanteren. Als ze allemaal dezelfde criteria zouden gebruiken is er namelijk sprake van kartelvorming of concurrentievervalsing en dat mag niet van de NMA. Dat betekent dat een beetje zorgaanbieder (instelling of dokterspraktijk) te maken krijgt met een ongelooflijke hoeveelheid extra bureaucratie. Op allerlei manieren zal de kwaliteit van het medisch handelen meetbaar en vergelijkbaar moeten worden gemaakt. Grote instellingen zullen ongetwijfeld personeel vrijstellen om deze klus te klaren (opnieuw een investering die extra geld gaat kosten), maar van professionals zal worden verwacht dat zij een flink deel van hun eigen werktijd besteden aan het boekstaven van hun eigen verrichtingen. Voor kleine zorgaanbieders zoals huisartsenpraktijken is zo'n hoeveelheid extra administratieve rompslomp haast niet op te brengen. Daar hebben onze stakende huisartsen groot gelijk in. Ik ben het direct eens met iedereen die zegt dat Nederlandse huisartsen bepaald niet armlastig zijn en dat het allemaal best een tandje minder zou mogen, en bijna iedere belastingverhoging voor een goed doel is mij wat dat betreft uit het hart gegrepen, maar de klacht van huisartsen over de administratieve overkill van het nieuwe stelsel is, voor zover ik dat kan beoordelen, volkomen terecht.

De tweede valkuil. Op dit moment zou je de grote lijnen van ons stelsel van kwaliteitsbewaking als volgt kunnen typeren. Artsen en andere zorgaanbieders worden geacht zorg te leveren volgens de standaard die zoals dat zo mooi heet, 'in de kring van beroepsgenoten gebruikelijk is'. Er is een inspectie die er op moet toezien dat dit ook daadwerkelijk overal gebeurt. En er is daarnaast een ongelooflijk ingewikkeld stelsel van prijzen en tarieven, premies en wettelijke toeslagen dat ervoor zorgt dat op de een of andere manier artsen en andere professionals hun geld krijgen en behandelingen worden betaald. Zelfs voor zorgsectorspecialisten is het heel moeilijk om te snappen hoe dit precies werkt, waarom medicijnen en geneesmiddelen zoveel kosten als ze doen, wat de rol daarbij is van

het College Tarieven in de Gezondheidszorg, en hoe dat precies werkt met de nieuwe diagnose behandelcombinaties. Je hoort mij niet zeggen dat het huidige stelsel een wonder van eenvoud is. Maar een duidelijk voordeel van het huidige stelsel is dat we er als patiënten wel vanuit mogen gaan dat de zorg in principe overal van goede en gelijke kwaliteit is. We snappen best dat er incidenten plaatsvinden, dat er af en toe slechte artsen zullen zijn en incapabele verpleegkundigen, maar gewone burgers en patiënten zijn geen journalisten en geen politici. Zij zien geen onzichtbare rijstebrijberg van wantoestanden in de zorg, en zij geloven niet snel in complotten van professionals tegen hun patiënten. En zij, wij gewone burgers vinden het een heel groot goed dat de kwaliteit van de zorg over de hele linie op een acceptabel niveau is. Wij gaan er een beetje vanuit dat wij met gewone kwalen bij goede dokters terecht komen die daar wel raad mee weten. En als wij iets heel engs mankeren, waarvoor echt een bijzonder capabele arts nodig is, dan vertrouwen wij er (soms ten onrechte, maar vaak terecht) op dat die goede dokter ons zal doorverwijzen naar een briljante collega die ons verder kan helpen. Wij gaan ervan uit dat de aard van onze ziekte bepalend is voor de zorg die we krijgen, niet de inhoud van onze polis en niet de omvang van onze portemonnee. Dat is een heel groot goed en dat impliceert een grote mate van solidariteit. Meer dan 90 % van de Nederlandse burgers geeft in peilingen van het SCP aan dat wij het dolgraag zo willen houden.

Maar dat mag niet, want in het nieuwe stelsel zullen verzekeraars ons moeten gaan verleiden om te gaan voor een goedkoop pakket met veel preferred provider clauses, als de verzekeraar scherp heeft onderhandeld met ziekenhuis x of y, dat bereid is bepaalde vormen van zorg te leveren tegen Aldi prijzen. Of we zullen worden verleid om een pakket te kiezen waarbij we – al naar gelang de aard van onze aandoening – bij de allerbeste specialist terecht komen; onze verzekeraar claimt dat dan te hebben uitgezocht en kan zo'n pakket vol topzorg misschien verkopen aan de rijkste burgers-patiënten. Van die patiënten die ook bij de keuze van hun supermarkt de voorkeur geven aan de totale winkelbeleving, zal ik maar zeggen. We gaan dus breken met het uitgangspunt dat de kwaliteit van zorg door de bank genomen gelijk moet zijn; we moeten accepteren dat de ene patiënt veel betere zorg krijgt dan de andere, omdat hij heeft gekozen voor een betere verzekeraar, een hogere premie of een ander pakket.

Dat is een heel eng idee in een samenleving die toch voor een heel groot deel nog gelooft in egalitaire waarden als gelijkheid voor de dokter.

De derde valkuil. Het nieuwe stelsel gaat ervan uit dat zorgverzekeraars zorgaanbieders zullen moeten prikkelen tot concurrentie met elkaar. Nu ben ik ervan overtuigd dat dit best kan; elke professional is ook een individu met een huis, een hypotheek, kinderen die op hockey en harples willen en soms zelfs een pony of een zwembad in de achtertuin. Als je professionals aanspreekt in hun hoedanigheid van geldwolf zullen zij daar vast ook wel gevoelig voor zijn. Maar wat maak je dan al doende kapot? Zullen professionals nog wel bereid zijn om hun kennis en ervaring door te geven aan collega's? Zullen zij bereid zijn om best practices uit te wisselen en elkaar te corrigeren? Zullen ze hun hele moeilijke patiënten nog wel doorverwijzen naar die briljante collega die deze patiënten mogelijk zou kunnen helpen? Als je aanzet tot concurrentie en marktwerking in de zorg maak je mogelijk een groot deel van die interne kwaliteitszorg kapot. Willen we dat nu echt?

Mijn schrikbeeld op dit punt is de tandarts, die wij in veel opzichten mogen beschouwen als de dokter van de toekomst. Iedereen kent het gevoel van naderend onheil dat de patiënt bevangt die gaat kennismaken met een nieuwe tandarts. Hij is verhuisd, hij heeft langdurig de reis ondernomen naar zijn oude woonplaats om daar zijn tandarts te kunnen blijven bezoeken, maar nu heeft zijn vrouw gezegd dat dit geen doen is. Daar is hij elke keer een dag mee kwijt; er is geen reden waarom hij in zijn nieuwe woonplaats niet een goede tandarts zou kunnen vinden. En daar zit hij nu in de tandartsenstoel en de nieuwe tandarts buigt zich over zijn mond. Tjonge, jonge, zegt de nieuwe tandarts hoofdschuddend. Daar is heel veel mis gegaan; gelukkig is het nog niet te laat. Zonder enige solidariteit met zijn collega's zegt de nieuwe tandarts gewoon dat hij de patiënt tot en met zal saneren en van allerlei nieuwe bruggen gaat voorzien. En de patiënt heeft geen idee. Enerzijds weet hij dat de nieuwe tandarts voor al deze verrichtingen een gepeperde rekening zal kunnen sturen en het zou best kunnen zijn dat de nieuwe tandarts vooral daarom zou happig is op al dat achterstallig onderhoud. Anderzijds zou het natuurlijk ook kunnen zijn dat de oude tandarts zich er met een Jantje van Leiden van af gemaakt heeft.

Willen we dat soort taferelen nou voortaan ook in de rest van de gezondheidszorg? Er is veel tegen artsen die elkaar de hand boven het hoofd houden als er fouten gemaakt zijn, zeker. Professionals dienen elkaar vooral kritisch te blijven bevragen. Maar is er ook niet heel veel mis met professionals die elkaar gedurig afvallen en van wie je niet weet in hoeverre zij dat doen om er zelf financieel beter van te worden?

Ik sluit af met een drietal adviezen voor iedereen die zich zal gaan bezig houden met kwaliteitsbeleid en kwaliteitsbewaking in de zorg.

Eerste advies. Ga af op je eigen verstand, je eigen kennis van de sector en soms zelfs op je eigen gevoel. Bied weerstand aan de steeds weer opduikende crisisretoriek in de media en de politiek. Als journalisten ach en wee roepen en politici reppen van een verroest, vermolmd en totaal vastgelopen systeem, terwijl jij – zelf werkzaam in de sector – het idee had dat het over het algemeen best goed gaat, dan is de kans heel groot dat jij gelijk hebt. Laat je niet foppen.

Tweede advies. Zoek naar kwalitatieve vormen van toezicht die goed aansluiten bij de normale vormen van professionele kwaliteitsbewaking. Investeer in bijscholing, spiegelbijeenkomsten, panels, en dergelijke. Lees antropologische studies over de zorgsector en geef die te lezen aan professionals. Uit dergelijke antropologische studies – een prachtig boek van Jeannette Pols over het dagelijks leven in een psychiatrische inrichting, een mooi boek van Rita Struhkamp over een revalidatie-inrichting, het recent verschenen boek van Anne Mei The over het verpleeghuis - doe je ongelooflijk veel inzicht op over hoe het echt toegaat in de zorg, en op basis van dergelijke studies kun je samen met professionals manieren verzinnen om te verbeteren.

Derde advies. Maakt de professionele solidariteit niet kapot. Stimuleer het uitwisselen van ervaringen. Best practices zijn geen bedrijfsgeheimen en moeten dat ook vooral niet worden.

Dank voor uw aandacht.