

NIEUWE TIJDEN, OUDE WAARDEN

LEZING VOOR CONGRES LEF EN LIEFDE, 23 MAART 2007

ROTTERDAM

MARGO TRAPPENBURG

USBO/IBMG

Dames en heren ik wil mijn lezing graag beginnen met een drietal ethische dilemma's.

Dilemma 1. Stel u bent chirurg in een ziekenhuis. U bent bezig met uw rooster voor de komende zes weken. Een heleboel operaties staan al vast, maar u moet nog twee patiënten in plannen. U heeft nog een gaatje deze week en u heeft één dagdeel over, vier weken vanaf nu.

Mevrouw Dekkers en Mevrouw de Wit hebben beide een tumor in de borst. Mevrouw Dekkers is er iets erger aan toe dan mevrouw De Wit, voor zover dat kan worden vastgesteld door middel van röntgenfoto's. Daar staat tegenover dat mevrouw De Wit een verzekeringspolis heeft waarin zwart op wit staat dat het ziekenhuis haar – als verzekerde – in geval van een mammacarcinoom binnen een week moet opereren.

U twijfelt wat u moet doen. Het is niet zo dat mevrouw Dekkers zal overlijden als u haar operatie over een maand plant. Uw medische opleiding en de daarin aangeleerde intuïtie zeggen u niettemin dat u toch eerst de patiënt zou moeten behandelen die er het ergst aan toe is. Kan de verzekeringsstatus van uw patiënten dit principe doorkruisen?

Als ik deze casus voorleg aan collega's die zich bezig houden met ziekenhuiszorg kijken zij mij tegenwoordig een beetje medelijdend aan. Daarna informeren ze of ik ben blijven steken in de jaren negentig. De periode van wachtlijsten, schaarste en keuzen in de zorg is voorbij, zeggen mijn collega's. Patiënten hoeven tegenwoordig nooit meer op een wachtlijst, iedereen wordt overal op tijd geholpen en als het een enkele keer niet zo is, kunnen de patiënten naar een ander ziekenhuis. En voor ik kan suggereren

dat dit misschien niet altijd zo blijft en nieuwe recessies ter sprake kan brengen, krijg ik te horen dat we nu een toekomstbestendig stelsel hebben. Het gaat al goed en het wordt van nu af aan steeds beter.

Ik heb daarom een variant op dilemma 1 en die gaat als volgt. Stel u bent ziekenverzorgende in een verpleeghuis. U heeft een klein uurtje over en u vraagt zich af aan wie u dat het best kunt besteden. Mevrouw Beets is een lieve dame van 80. Ze is weduwe. Haar enige dochter woont in Australië en ze krijgt maar weinig bezoek. Mevrouw Beets zeurt daar echter nooit over. Zij vertelt u regelmatig hoe blij ze is dat ze in het verpleeghuis zo goed wordt verzorgd. U weet dat mevrouw Beets het heerlijk zou vinden als u met haar een uurtje zou gaan wandelen in de tuin.

Mevrouw van Noord is ook 80. Haar twee kinderen wonen in de buurt van het verpleeghuis en komen regelmatig op bezoek. Zij klagen dan steevast over de zorg die aan hun moeder wordt besteed. Nu eens vinden ze dat hun moeder niet goed gewassen is, dan weer dat zij vieze kleren draagt, dat haar bed niet fris genoeg is of dat er niet voldoende naar hun moeder wordt omgekeken. Mevrouw van Noord laat zich zelf ook niet onbetuigd. Zij vraagt heel de dag aandacht bij u en uw collega's. Het valt haar niet uit te leggen dat andere bewoners ook zorg nodig hebben en dat u dus niet altijd op stel en sprong beschikbaar bent. U kunt uw uurtje ook besteden aan mevrouw van Noord, die graag een wandeling zou maken, zo heeft zij u al op luide toon laten weten.

U bent geneigd deze keer te kiezen voor mevrouw Beets. Uw leidinggevende vindt dat echter geen goed idee. Zij legt u uit dat de kinderen van mevrouw van Noord al herhaaldelijk hebben gedreigd naar Nova te stappen als hun moeder niet beter zou worden behandeld. We zitten niet te wachten op nog meer negatieve publiciteit over verpleeghuizen, zegt uw leidinggevende. Wij moeten tegenwoordig trouwens vraaggericht werken en het is duidelijk dat mevrouw van Noord op dit moment vraagt om een wandeling. Geen getreuzel, zegt uw leidinggevende en zij stuurt u naar mevrouw van Noord. Het zit u niet helemaal lekker. Had u niet harder moeten vechten voor de belangen van mevrouw Beets, denkt u, als u 's avonds thuis zit met een kopje koffie.

Een van de mooiste traditionele waarden in de gezondheidszorg is het principe van medische behandeling naar medische behoefte. Geformuleerd door de World Medical Association in de Verklaring van de rechten van de patiënt: Als er een keuze moet worden gemaakt tussen potentiële patiënten, dan moet er worden gekozen op medische criteria, zonder aanzien des persoons.

We zijn in veel opzichten allemaal ongelijk. Er zijn rijke veelverdieners naast minimumloners en bejaarden met AOW en een klein pensioen. Dat heeft op vele fronten gevolgen. De veelverdieners wonen in villa's in mooie buurten in Wassenaar, Heemstede of het Gooi. Zij rijden in een Saab of een BMW. Hun minder vermogende medeburgers wonen in flatwoningen in Spangen, de Bijlmer of Leiden Noord. Zij zijn aangewezen op de bus, de metro, de trein of de fiets.

Deze sociaal-economische ongelijkheid in een politieke gemeenschap hoeft niet rampzalig te zijn, als die maar niet overal wordt doorgevoerd. Het is een prettige gedachte als kinderen op de basisschool allemaal bij elkaar in de klas zitten, ongeacht het inkomen van hun ouders. Het is een mooi idee als getalenteerde studenten naar de universiteit kunnen, ongeacht de bankrekening van hun vader of moeder. En het was een heel geruststellend idee dat er in de zorg gekeken werd naar onze medische behoefte, niet naar onze sociale status of inkomenspositie. Gij zult niet discrimineren luidde het adagium voor medewerkers in de zorg. Niet op ras, geloof, of geslacht, niet op inkomen en ook niet – zouden we daaraan toe kunnen voegen – op verzekeringsstatus, of op de mate van mondigheid en assertief gedrag.

Ik kom bij mijn derde dilemma. Stel u bent oncoloog en u hebt een patiënte met darmkanker. De patiënte moet geopereerd worden. U bent geen chirurg. De patiënte vraagt u waar zij zich het best kan laten opereren. U aarzelt. U werkt sinds vier jaar in het Bos en Doorn ziekenhuis. Daarvoor heeft u lange tijd in een ander ziekenhuis gewerkt, 30 kilometer verderop. Eigenlijk vond u de chirurgen bij uw vorige werkgever beter dan uw huidige collega's bij heelkunde. Het is niet zo dat uw huidige collega's er een potje van maken, maar tja, wat zult u zeggen: het is het verschil tussen zessen en zevens in het

Bos en Doorn en achten en negens in uw vorige ziekenhuis. Is dat iets dat u aan uw patiënte gaat vertellen? U herinnert zich de personeelsbijeenkomst van twee maanden geleden. De voorzitter van het College van Bestuur van Bos en Doorn hield een gloedvolle toespraak waarin hij betoogde dat het ziekenhuis veel actiever op de kaart moest worden gezet. Wij zijn de beste, had de collegevoorzitter gezegd, en die wetenschap moest in de allereerste plaats bij de medewerkers tussen de oren gaan zitten. Hij, de collegevoorzitter, was daarom een uitgebreide, dure reclamecampagne begonnen, een cameraploeg van de regionale televisie kwam op gezette tijden langs om medische hoogstandjes te filmen, maar dit alles was weggegooid moeite, aldus de voorzitter, wanneer het Bos en Doorn personeel geen zelfvertrouwen uitstraalde. Dan verliezen we de slag om de patiënt, had de voorzitter er dreigend aan toegevoegd.

‘Ik werk bij Bos en Doorn, het beste ziekenhuis van midden Nederland’, stond op het kaartje wat ze later die middag kregen uitgereikt door de nieuw aangestelde functionaris van de afdeling Marketing.

U zucht. Ooit bent u in de zorg gaan werken omdat u geen aanleg had voor het bedrijfsleven. Bij een beroepskeuze test op het VWO was dit ondubbelzinnig naar voren gekomen. U had geen muzikaal gevoel, geen talenknobbel en geen commercieel inzicht. Dat was niet erg, want u wou al sinds jaar en dag arts worden of verpleegkundige of ziekenverzorgende. Daar had je geen muzikaal gevoel, geen talenknobbel en geen commercieel inzicht voor nodig.

Tijdens uw studie was u geleerd dat artsen niet met elkaar concurreren. “My colleagues will be my brothers” heette dat in de verklaring van de World Medical Association. Een docente medische ethiek had u nog eens laten lezen hoe uw eigen beroepsvereniging dat formuleerde in de jaren dertig. “Een beroep als het onze moet niet met dat van een handelaar over één kam geschoren kunnen worden; een medicus die graag reclame maakt doet beter, evenals zijn collega, wien het alleen om geld verdienen te doen is, in den handel te taan, waar zijn karakter en gaven meer tot hun recht kunnen komen dan in de medische praktijk.” Zo stond dat destijds in de Gedragsregels voor artsen van de KNMG.

Maar zo was het allang niet meer. Niet bij Bos en Doorn, het beste ziekenhuis van Midden Nederland, en ook niet bij andere ziekenhuizen, die allemaal ongetwijfeld ook marktleider in hun regio waren of de beste keuze voor iedere patiënt.

Ook buiten de ziekenhuis sector moest je tegenwoordig als arts meer in je mars hebben dan medisch inzicht, empathie en *bedside manners*. U herinnert zich een column van verpleeghuisarts Bert Keizer uit *Medisch Contact*. Bert Keizer was in 1982 begonnen als verpleeghuisarts en was dat nu dus al vijfentwintig jaar. Hij en andere verpleeghuisartsen waren onlangs bestraffend toegesproken door hun beroepsvereniging. Keizer schrijft daarover: “Terwijl ik bezig was dementerenden en hun familieleden zo goed mogelijk door het rampgebied van hun ziekte te loodsen, ouderen na een heupfractuur snel uit het ziekenhuis te halen voor een passend revalidatieprogramma, ongeneeslijk zieken met langdurige hulpbehoefte de nodige verzorging en behandeling te geven, stervenden op zo humaan mogelijke wijze naar het einde te begeleiden, bleek ik de essentie van mijn artsenbestaan over het hoofd te hebben gezien. Ik had moeten onderhandelen met transparantie vanuit een sense of urgency wegens de ontmantelde AWBZ om risicodragers te worden zodat de zorgverzekeraar in mij de echte partner van de stakeholder zou zien, een arts die zijn productvermarketing incorporeert in de synergie van een vertaalslag die uitroept: ik ben een ondernemer, en een keiharde.”¹

Zonder commercieel inzicht en strategisch vernuft kom je tegenwoordig helemaal nergens meer, peinst u en u denkt somber aan uw puber kinderen die nogal op u lijken: geen talenknobbel, geen greintje muzikaal talent en geen commercieel gevoel. Wat zal er uit hun beroepskeuzetest gaan rollen? Zijn er nog marktvrije zones in de hedendaagse maatschappij? De rechterlijke macht misschien? Of het leger?

Gij zult uw patiënten behandelen naar medische behoefte. Gij zult u bewust zijn van uw eigen beperkingen, gij zult uw mede-artsen en andere zorgverleners beschouwen als collega's en niet als concurrenten. Waarden die tot voor kort centraal stonden in de gezondheidszorg. Toegegeven, niet iedereen hield altijd vast aan die waarden. Er waren altijd

artsen die hun eigen vrienden of bekende Nederlanders met voorrang behandelden. Er waren artsen die voor particulier verzekerden meer hun best deden dan voor ziekenfonds patiënten. Er waren artsen die hun collega's elders wel degelijk als concurrenten zagen, en die hun patiënten niet naar hen doorverwezen, ook als dat voor die patiënten wel beter was geweest. Niettemin was de zorgsector gecommiteerd aan en aanspreekbaar op deze normen en waarden. Wat zal er met deze waarden gebeuren in de nabije toekomst? Wat zal er gebeuren met mevrouw Beets uit mijn voorbeeld als het begrip vraagsturing de toekomst heeft? Moet ze ook zo gaan worden als mevrouw van Noord? Wat zal er gebeuren met de oncoloog uit mijn voorbeeld, die nu nog beseft dat zijn collega's elders beter zijn dan de chirurgen in zijn eigen ziekenhuis, en die zijn patiënte dus naar elders wil verwijzen? Wat zal er gebeuren als hem wordt uitgelegd dat zijn ziekenhuis deze patiënte niet kan missen? Wat zal hij terug zeggen als de collegevoorzitter hem uitlegt dat hij voortaan alleen patiënten mag verwijzen naar andere ziekenhuizen, als die patiënten de score van zijn ziekenhuis op de ranglijst van www.kiesbeter.nl of de Consumentenbond negatief zouden beïnvloeden? Hoe lang zal hij zijn rug recht houden en het belang van zijn patiënte zwaarder laten wegen dan plaats op de ranglijst en de marktpositie van het ziekenhuis? Hij heeft een hypotheek en een Saab en twee puberkinderen zonder zakelijk inzicht; ik weet niet of de oncoloog het lang volhoudt.

Wat zal er gebeuren met de traditionele waarden in de zorg? Ik heb twee scenario's voor u. Het eerste scenario zegt dat het nooit de bedoeling was om die oude waarden op te doeken en dat zorgprofessionals er gewoon aan vast moeten houden. Al dat gepraat over vermarkting en vraagsturing beschouwen we dan vooral als retoriek, waar we niet serieus mee aan de gang hoeven. Daar is best iets voor te zeggen. Zo las ik op de website van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie hoe de NPCF denkt over voorrangszorg in het nieuwe stelsel. Verzekeraars mogen van de NPCF best afspraken maken met ziekenhuizen over een versnelde behandeling van hun verzekerden, maar dit mag er niet toe leiden dat andere verzekerden vervolgens langer moeten wachten. Het kan aan mij liggen maar ik snap niet precies hoe dat

dan moet en ik begrijp ook niet wat dan nog de prikkel is voor mij als verzekerde om toch te kiezen voor die verzekeraar die de afspraak over versneld behandelen heeft gemaakt.

Een soortgelijke positie wordt ingenomen door ex-minister Hoogervorst, die ook van mening is dat er wel speciale contracten mogen worden gesloten voor bepaalde groepen verzekerden, maar dat die geen gevolgen zullen hebben voor patiënten die verzekerd zijn bij een andere verzekeraar.

De NPCF en de vader van het nieuwe zorgstelsel zijn het wat dit betreft roerend eens. Zij sluiten daarmee aan bij een breed levend gevoel onder de Nederlandse bevolking. In een grootschalig onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau verklaarde ruim 90 % van de respondenten dat zij het onwenselijk zouden vinden als mensen die meer kunnen betalen betere zorg zouden kunnen krijgen. Het beginsel van gelijke behandeling in de zorg (ongeacht geloof, ras, inkomen, verzekeringsstatus of mondigheid) is diep geworteld. Vorige week nog publiceerde het maandblad Quest een enquête naar soortgelijke onderwerpen, en bijna 90 % van de ondervraagden liet optekenen dat ook de koningin gewoon in de rij zou moeten staan in de gezondheidszorg.

Ook met de reclame en de concurrentie in de zorg loopt het nog niet heel erg hard. Het Financieel Dagblad maakte vorig jaar de balans op en constateerde dat er veel koudwatervrees bestaat in de zorg. Het idee om grote hoeveelheden gemeenschapsgeld te besteden aan billboards, tv spotjes, marketing functionarissen en reclamebureaus stuit velen tegen de borst. Kunnen we dat geld niet beter uitgeven aan meer handen aan het bed, is de automatische reactie van functionarissen in de publieke sector die worden geconfronteerd met een reclame begroting.

In het eerste scenario houden we in de zorg vast aan de kernwaarden. We kiezen zoveel mogelijk voor samenwerking, niet voor concurrentie en marketing. We stellen het belang van de patiënt centraal, niet dat van zijn nieuwerwetse broertje, de kiezende, assertieve zorgconsument. We leven met het nieuwe stelsel, we gebruiken elementen daarvan, maar we leven er ook een beetje langs heen, we houden vast aan breed gedeelde principes. De meeste professionals in de publieke sector zijn vrij goed in staat om te abstraheren van beleidswijzigingen, stelselwijzigingen en reorganisaties. Zij

doen gewoon hun werk. Dit vermogen zou de zorgsector kunnen uitbuiten om het nieuwe stelsel een beetje terzijde te laten.

In het tweede scenario nemen we de retoriek over gereguleerde marktwerking, vraagsturing en liberalisering wel serieus en gaan we hard aan de slag om de zorgsector te veranderen in een bijna echte markt met alles wat daarbij hoort. We gaan alles op alles zetten om kwaliteitsverschillen meetbaar en transparant te maken; we gaan ieders prestaties administreren en publiceren op websites. Dat kost een heleboel geld en energie, wat mogelijk ten koste gaat van de primaire zorg voor patiënten, maar ja, dat hoort bij een systeem van vraagsturing en keuzevrijheid. We leren onze professionals dat ze nooit hun licht onder de korenmaat mogen stellen, dat ze niet gemiddeld kunnen zijn, dat ze voortdurend moeten roepen dat ze topkwaliteit leveren. Vervolgens realiseren we ons dat er met prestatie-indicatoren en kwaliteitscijfers kan worden gesjoemeld en dus gaan we nog een heleboel geld uitgeven aan ingewikkelde inspectie- en controlesystemen, die ervoor zorgen dat dit niet gebeurt.

We sturen onze patiënten naar cursussen assertiviteit en mondigheid. We leren ze dat geduld, bescheidenheid en tevredenheid deugden zijn uit een grijs verleden, die in dit moderne tijdsgewricht alleen maar tegen hen kunnen worden gebruikt. We leggen ze uit dat ze niet moeten denken dat de dokter of de zuster nog meer te doen heeft, omdat zij niet de enige patiënt zijn. Dat hoort hun zorg niet te zijn. Zij moeten aandacht eisen voor hun belangen of ze moeten een vertegenwoordiger regelen die dit namens hen gaat doen. We leren de patiënten ook dat ze adviezen van artsen en verpleegkundigen niet meer klakkeloos moeten geloven. Zij geloven het toch ook niet als Daphne Deckers op tv zegt dat chupa chups lollies eigenlijk een soort fruit zijn? Ze geloven het toch ook niet als het zoveelste nieuwe wasmiddel voor tal van bekende Nederlanders een omwenteling in hun leven is geweest? Nou dan! Kiezende zorgconsumenten moeten op zoek gaan naar ranglijstjes op internet, en vervolgens moeten zij zich afvragen of en hoe er met die ranglijstjes kan zijn gemanipuleerd. Als ziekenhuis Bos en Doorn goed scoort op de indicator 'hoeveelheid slokdarmoperaties per jaar', wat betekent dit dan

voor patiënten die een andere operatie nodig hebben, die het niet tot indicator heeft geschopt? Als verpleeghuis Rozerood geen kwaliteitssysteem heeft voor de afdeling psychogeriatric, betekent dit dan dat het daar een puinhoop is of betekent het dat men daar vooral probeert zorg te leveren, ook als dat ten koste gaat van de administratie? In menig Inspectierapport over verpleeghuizen kwam ik deze formulering tegen: er is geen protocol over toezicht, maar het toezicht zelf functioneert goed. Er is altijd een gekwalificeerde verzorgende op de afdeling. En dan kreeg de instelling de opdracht om alsnog binnen drie maanden een protocol te gaan schrijven en een lijvig plan met verbeterpunten op te stellen.

Al die dingen moet de consument leren. Dat kost flink veel tijd en energie die de consument niet kan steken in haar werk, haar kinderen, haar bejaarde familieleden, of de sportclub om de hoek, maar ja ... vraagsturing in de zorg. We moeten er natuurlijk wel wat voor doen.

Wordt het scenario 1 of 2? Ik denk dat ik wel duidelijk heb gemaakt dat mijn voorkeur uitgaat naar scenario 1. Maar van mij hangt het niet af. Welke kant we opgaan hangt voor een groot deel af van de managers en bestuurders in de zorg en die wetenschap stemt mij bezorgd. Als typische professional uit de publieke sector heb ik een zeker wantrouwen ten opzichte van managers. In mijn ervaring zijn managers en bestuurders geneigd om op elke beleidswijziging en ieder nieuw concept te anticiperen. Dat heet visionair denken of pro-actief optreden en dat schijnt kenmerkend te zijn voor daadkrachtig leiderschap. Managers en bestuurders vinden dat zij strategisch in moeten spelen op een veranderende omgeving, dat zij hun organisatie tijdig moeten kantelen of reorganiseren om geen boten te missen. Managers en bestuurders lijken soms wel eens op circusdieren die automatisch springen door elke hoepel die hen wordt voorgehouden. Managers en bestuurders gaan vrijwel altijd meedenken met nieuwe beleidsplannen, sterker nog, zij schaken soms alvast een paar zetten vooruit, zodat zij straks een voorsprong hebben op andere organisaties, waar de managers en bestuurders niet zo bij de hand waren.

Het is natuurlijk heel goed mogelijk dat ik een karikaturaal beeld heb van managers en bestuurders. Het is heel goed mogelijk dat er managers en bestuurders zijn die de traditionele waarden in de zorg willen koesteren, bewaken en behoeden, die net zoveel zorg hebben voor die waarden als de professionals aan wie zij leiding geven. Er zijn vast managers, leidinggevend en bestuurders die zich vooral dienend opstellen in hun organisatie, die ervoor zorgen dat professionals gewoon hun werk kunnen doen, en zich niet hoeven te bekommeren om de financiën, de inkoop van materiaal, de roosters, de arbeidsvoorwaarden en wat al niet. Die managers zijn niet heel de tijd bezig met de plaats van organisatie in allerlei rankings, maar zij zorgen er wel voor dat disfunctionerende professionals tot de orde worden geroepen of desnoods worden ontslagen. Die managers komen in het geweer als het functioneren van hun organisatie in gevaar komt door nieuwe beleidsmoden, of daadkrachtige politici met wilde plannen. Dan staan zij pal voor hun organisatie en zeggen tegen elkaar: door deze hoepel springen wij niet. Dan missen wij die boot maar.

Met dat soort leidinggevend en bestuurders zou het nieuwe zorgstelsel een succes kunnen worden, juist omdat het dan slechts heel gedeeltelijk zou worden doorgevoerd.

Van dat soort managers, bestuurders en leidinggevend en bestuurders droom ik wel eens.

¹ Bert Keizer, Zinkend schip, Medisch Contact, 15 december 2006.