

## Lief ziekenhuis: de valkuilen

### Voordracht voor het symposium Lief ziekenhuis

Tilburg, St. Elisabeth ziekenhuis, 22 maart

*Margo Trappenburg*

Dames en heren,

Wie van u heeft kinderen tussen de 10 en de 16 jaar? Diegenen zijn ongetwijfeld bekend met het fenomeen talentenjacht op tv. Eerst hadden we Idols, toen kregen we X-factor, de nieuwe Uri Geller, Move like Michael Jackson, So you think you can dance, The voice of Holland, the Voice kids, en The winner is ... Ik heb een zoon van dertien, ik weet waar ik over praat. De talentenjacht op tv is een goed voorbeeld van een verschijnsel dat in de private sector vaker optreedt. Een goed idee wordt overgenomen en door iedereen aan alle kanten geïmiteerd en uitgemolken, net zolang tot iedereen er echt helemaal op uitgekeken is en ook de allerlaatste dertienjarige nog liever een boek gaat lezen dan ooit nog te moeten kijken naar een talentenjacht op tv.

In de publieke sector bestaat een soortgelijk verschijnsel maar toch net weer een beetje anders. In de publieke sector kennen wij het zogenaamde **op hol slaan van goede ideeën**. Een mooi voorbeeld is het kindvriendelijk lesgeven. In de jaren vijftig en begin jaren zestig zaten kinderen op school in grote klassen waar ze de hele dag klassikaal les kregen. Mensen van mijn generatie zullen zich de leesles uit die tijd waarschijnlijk als volgt herinneren. Je las met de hele klas een boek. Bijvoorbeeld *Hollandse jongens in de Franse tijd*. Of *Hollandse jongens in de Duitse tijd*. We lazen zo'n boek hardop en alle leerlingen kregen zo nu en dan de beurt. Daarbij kwamen zwakke lezertjes vaker aan bod dan goede leerlingen, omdat zij immers meer oefening nodig hadden. Zwakke lezers gingen tergend langzaam bij zo'n leesbeurt en als goede lezer ging je daarom stiekem vooruit lezen. Dan was je klassikaal met de *Hollandse jongens* op bladzijde 25 en zelf was je vooruit gesneld naar pagina 84. Meestal werd je dan betrapt en kreeg je van de juf of meester op je kop, omdat je niet wist waar de klas zat in het verhaal.

Er was het nodige af te dingen op het klassikaal onderwijs in die tijd en dus werd er vanaf begin jaren zeventig aan alle kanten gepleit voor meer individueel, kindgericht

onderwijs. Een uitstekend idee en binnen de kortste keren zaten onze basisscholen barstensvol met niveaugroepjes voor de leesles en voor de rekenles, waar vergelijkbare problemen speelden. Mooi geregeld zou je zeggen, maar dan begint het op hol slaan van het goede idee. Het lesgeven moet nog veel kindvriendelijker, nog kindgerichter, het moet rekening houden met ieders belangstelling. We moeten af van saaie vormen van kennisoverdracht waar kinderen niets aan vinden, we moeten kijken wat kinderen zelf graag willen leren en als de d's en t's daar niet bij horen, dan is dat maar zo. Zo kregen we het studiehuis, de tweede fase en het competentiegerichte leren en zo heb ik nu aan de universiteit met enige regelmaat studenten die geen zin correct op papier krijgen en die mij paniekerig aankijken als ik ze vraag wat een persoonsvorm is.

Een ander voorbeeld is de roep om transparantie, verantwoording en meetbaarheid in de zorg. In de jaren vijftig genoten professionals in de zorg – dokters en verpleegkundigen – een groot vertrouwen. We namen aan dat ze allemaal hun uiterste best deden om hun patiënten beter te maken. We hadden het tuchtrecht en de inspectie voor als er ernstige fouten werden gemaakt en daar lieten we het bij. Vanaf eind jaren 80, begin jaren 90 wordt er gepleit voor veel meer transparantie en verantwoording in de zorg. Dokters en ziekenhuizen zouden veel nauwkeuriger moeten registreren wat zij doen voor welke patiënten in hoeveel tijd en dan zouden ze vervolgens kunnen afspreken om het in een volgend tijdvak beter, sneller of efficiënter te doen. Op zichzelf geen gek idee, maar het sloeg totaal op hol. Het wemelt in de moderne gezondheidszorg van de kwaliteitsindicatoren. Er zijn labels en lintjes en stickers van patiëntenverenigingen. Er zijn kwaliteitsindicatoren van de inspectie. Beroepsverenigingen van artsen hanteren hun eigen prestatie-indicatoren. Zorgverzekeraars gebruiken hun eigen prestatienormen op basis waarvan ze wel of geen contract sluiten met dokters en ziekenhuizen. Een beetje zorgprofessional administreert zich tegenwoordig drie slagen in de rondte en hij niet alleen. Professor Roland Bal van de Erasmus Universiteit constateerde in zijn oratie uit 2008 dat er in de zorg “een hele industrie is opgebouwd die zich bezighoudt met het bevorderen van transparantie. Mensen van universiteiten, adviesbureaus, van verzekeraars, zorginstellingen, de overheid, op allerlei plekken zijn inmiddels mensen die belang hebben bij het opstellen van prestatie-indicatoren, het verzamelen van data over prestaties, het vergelijkbaar maken ervan en het rangordenen van die informatie voor allerlei doeleinden.”

Een laatste voorbeeld gaat over het hameren op autonomie en vraagsturing in de zorg. In de jaren vijftig hadden we paternalistische dokters die eigenmachtig beslisten wat goed was voor hun patiënt. Mijn promovenda Jolanda Dwarswaard analyseerde

jaargangen van *Huisarts en Wetenschap* uit de jaren '50 en vond daar een typerend citaat over de behandeling van patiënten met multiple sclerose:

“In het algemeen dient men aan de patiënt de diagnose niet mede te delen, behalve wanneer de ziekte tot blijvende invaliditeit gaat leiden. Om in beginnende gevallen de patiënt tot medewerking te bewegen, is echter een zekere mate van ziekte-inzicht soms gewenst.”

Prima dus dat er in de zorg aandacht kwam voor de wensen en de autonomie van de patiënt, maar ook dit goede idee is net zolang doorgedraaid en opgeblazen tot we geesteszieke psychiatrische patiënten aan hun lot over gingen laten omdat ze zelf niet vroegen om hulp en professionals respect moesten hebben voor hun autonomie.

Nu we weten dat dit zo werkt in de publieke sector moeten we ons aanwennen om bij ieder nieuw hoera-woord alvast na te denken over de grenzen ervan, om te voorkomen dat goede ideeën op hol slaan. Ik wil dus graag met u even stilstaan bij de mogelijke valkuilen waar u in terecht kunt komen als uw eigen Tilburgse hoerawoord – lief ziekenhuis – op hol slaat. U hebt vandaag al heel veel mooie dingen over ‘lief ziekenhuis’ gehoord; een beetje aandacht voor de gevaren kan geen kwaad.

De eerste valkuil is dat u aardigheid en empathie gaat verwarren met klantvriendelijkheid in de commerciële zin van het woord. Sinds de invoering van marktwerking in de zorg is dat gevaar levensgroot aanwezig. Veel ziekenhuizen spelen bijvoorbeeld proactief in op de wensen van de moderne patiënt. Met kleine, vage, minder belangrijke klachten hoef je niet meer langs de strenge Nederlandse huisarts, die je vertelt dat het waarschijnlijk vanzelf over gaat. Nee, je kunt ook naar een *lief ziekenhuis*, waar ze je klachten serieus nemen en alle aandacht geven. Nederlandse ziekenhuizen hebben tegenwoordig hoestpoli's, poep- en plaspoli's, mannenpoli's, pijnpoli's en wat al niet. Zorgprofessionals kunnen, net als winkels, behoeften creëren, als ze hun best doen. Je gaat naar de supermarkt voor een pak melk en een bruin brood en je komt eruit met paaseitjes, puddinkjes en voetbalplaatjes voor je zoon. In winkels zijn dat geaccepteerde verkooptrucs waar volwassen consumenten tegen bestand moeten zijn. Bij banken vinden we dit aansmeren van producten waar mensen eigenlijk niet bij gebaat zijn al veel dubieuzer en in ziekenhuizen – die voor het overgrote deel worden betaald uit collectieve middelen – is dat nog veel sterker het geval.

De tweede valkuil is nauw verwant aan de eerste en heeft betrekking op wat wel genoemd wordt: de hotelfunctie van ziekenhuizen. Een van de eerste reflexen van ziekenhuisbestuurders na de invoering van marktwerking in de zorg was: kom, laten we ons

ziekenhuis gaan verbouwen. Vrijwel alle Nederlandse ziekenhuizen staan in de steigers of zijn daar net uit. Er zijn prachtige ontvangsthallen gemaakt met marmeren trappen en aardige receptionisten, er zijn luxe eenpersoonskamers gekomen met een eigen badkamertje en wc, dvd spelers aan het bed, internet verbinding, wifi aansluiting, room service, restaurantvoorzieningen en wat al niet. Wie in de jaren tachtig en negentig onderzoek deed naar het reilen en zeilen van de Nederlandse gezondheidszorg stuitte nog wel eens op verhalen van Amerikanen die hier in een ziekenhuis hadden gelegen. De horror! De primitieve omstandigheden! Dat je nog geen glas wijn bij het eten kon bestellen! Dat soort getuigenissen zijn verleden tijd. In moderne ziekenhuizen is het veel prettiger en comfortabeler.

Daar staat tegenover dat Nederland in de jaren negentig van de vorige eeuw een bescheiden 8 procent van het bruto nationaal product besteedde aan gezondheidszorg; dat percentage bleef jarenlang ongeveer gelijk. In Amerika zaten ze toen al op rond de 14 procent. Inmiddels gaan wij in Nederland Amerika achterna. Amerika staat nog steeds aan kop met rond de 17 %, maar Nederland staat tegenwoordig op de tweede plaats met meer dan 12 procent en die stijging lijken wij voor een groot deel te danken te hebben aan onze nieuwe, klantvriendelijke, marktgestuurde zorg.

Als dit zo door blijft gaan kunnen we voorspellen wat er gebeurt. De politiek zal aandringen op steeds meer eigen betalingen: die comfortabele ziekenhuiskamers zijn er wel, maar alleen voor patiënten die zich de bijbehorende hotelrekening kunnen veroorloven. Niet voor de gewone, gemiddelde patiënt met een laag inkomen. Een luxere gezondheidszorg maakt ons ongelijk in het ziekenhuis, ongelijk voor de artsen en de verpleegkundigen die daar werken. Dat is een heel hoge prijs voor een beetje luxe en ik weet niet of we die als politieke gemeenschap wel willen betalen.

De derde valkuil heeft te maken met professionele afstand. Een ziekenhuis is geen winkel en geen hotel. De dokter of verpleegkundige is ook niet je zus, je vriend of je beste vriendin. Jolanda Dwarswaard ondervroeg huisartsen en chirurgen over hun contact met patiënten. Chirurgen waren het er vrijwel allemaal over eens dat zij tegenwoordig veel meer met hun patiënten moesten praten. Sommigen vertelden dat zij dit echt hadden moeten leren.

“Ik moet eerlijk toegeven dat ik niet primair iemand ben die altijd veel medeleven met patiënten heeft. Dat is misschien ook slecht. [...] Ik heb daar ooit in het begin wel op moeten letten. Dat ik me toch ook inleef in die patiënt als die iets heeft en niet primair denk: ik kan dat wel opereren. [...] Ik vond altijd wel dat ik de operatie goed moest doen, maar ik had altijd iets minder inleving voor de patiënt. Dat heb ik nu wel meer, maar dat is ook puur omdat ik dat

professioneel voor het vak doe. Ik vind het nu ook wel heel belangrijk. [...] Nu krijg ik dus van patiënten complimenten dat ik zo goed naar ze luister en dat ik zo empathisch ben. Maar daar heb ik ontzettend op moeten letten, want ik deed dat eigenlijk niet automatisch.” (CJV1)

“Een liesbreuk is gewoon een routine. Ik bedoel als het meezit acht op een ochtend, of zes op een ochtend. Dat is gewoon puur flits, flits, flits. Dat stelt niets voor. Maar voor de patiënt is het een hele ingrijpende gebeurtenis. En dan moet je oppassen dat je het niet als routine wegwerkt. En dat heb ik denk ik wel eens een keer fout gedaan. Dat ik, als iemand begon te zeiken over een liesbreuk op het spreekuur, dacht: kom op zeg, waar hebben we het over. Volkomen fout. De patiënt stond dan na twee minuten weer buiten. En dan kwam de secretaresse, die kende mij ook, die zei: ik heb die patiënt weer even in het hokje gezet, want ze had nog wat vragen. Je hebt het gewoon weer veel te snel gedaan..” (COM2)

Maar velen wezen er ook op dat er grenzen waren aan de hoeveelheid medeleven die zij konden betonen. Omdat ze meer patiënten hadden op diezelfde ochtend bijvoorbeeld.

“Ik heb dan zo een oncologiespreekuur en dan zie je gewoon dertig mensen op een ochtend met borstkanker. Voor die ene persoon met dat nieuws is dat natuurlijk enorm veel, dus die wil het liefst natuurlijk, haar wereld stort in, uren met jou het erover hebben. Maar jij hebt nog dertig mensen en de week daarna weer en dus, in verhouding wat zij natuurlijk vragen aan jou, die tijd heb jij nooit. Die zal je nooit hebben in verhouding tot wat sommigen willen.” (CJV4)

En heel vaak hoorden we dat teveel emotie je in de weg kan gaan zitten bij het dokter zijn.

“Ik heb een hoop verpleegkundigen moeten opereren aan mammacarcinoom en dat was toch vervelend moet ik zeggen. Ik heb het wel goed gedaan, maar toch was het vervelend, want ik zat niet aan een patiënt, nee ik zat aan haar.” (COV1)

“Je moet dus een deel van het leed negeren en je daarvoor afsluiten. Ja. Daar moet je iemand toe in staat stellen om dat te doen en daar wordt dus steeds aan getornd nu hè... [...] Als je dan dus stil blijft staan bij de gevolgen voor die familie en daar de hele tijd mee terug geconfronteerd wordt, dan durf je de volgende keer die ingreep niet te doen. Er moet een grens zitten, het medisch technische is prima, om terug te koppelen, maar dat, die hele zwaarte van dat emotionele, dat mag dan in beperkte zin en ook daar mag je dan, moet je een punt achter mogen zetten of moet je af kunnen sluiten en vervolgens weer fris een volgende ingreep kunnen doen.” (CMV4)

“Ik heb daar misschien wel een beetje last van, omdat ik nu soms wel een beetje teveel meeleef. [...] Je moet het soms ook gewoon als een ding zien. Die buik moet open en als we er oneindig over gaan zitten meuteren, dan zijn we te laat. [...] Het zal een keer misgaan en dat is heel kut voor de patiënt. Maar als ik daarna nooit meer durf te opereren, omdat ik denk, ik ben bang dat ik iets fout doe dan werkt dat echt tegen je. Ik ben te empathisch misschien geworden.” (CJV1)

Er is iets te zeggen voor de houding van dr House uit de gelijknamige televisieserie. Een prijs voor liefde of empathie zal hij nooit winnen, maar hij is objectief, daadkrachtig en deskundig en dat is ook wat waard.

Ik heb jarenlang in een commissie gezeten samen met een jonge kinderarts in opleiding. Een dokter die zelf nog geen kinderen had en die nog geen heel dichtbijge sterfgevallen had meegemaakt in haar persoonlijke omgeving. Wij reden samen naar huis en

dan vertelde zij over de zieke kinderen en hun ouders op de afdeling waar ze werkte. Ik voelde de pijn van die kinderen, het verdriet van hun ouders; ik zou waarschijnlijk zelf zijn gaan meehuilten op haar afdeling. Maar zij wond zich niet op over het noodlot dat die kinderen had getroffen, ze maakte zich boos als ze zag dat de zorg suboptimaal was, als dokters of verpleegkundigen genoeg namen met een zesje, terwijl ze een acht of een negen aan zorg hadden moeten leveren. Daar schoten die zieke kinderen veel meer mee op.

Lief zijn is belangrijk, maar goede zorg ook en als die twee elkaar in de weg gaan zitten weet ik niet of het lief zijn zou moeten winnen.