

## Prioriteiten en dingen die overblijven

Enkele jaren geleden presenteerde een faculteitsbestuur aan een onzer randstedelijke universiteiten zijn nieuwe beleidsvoornemens tijdens een bijeenkomst met het facultaire personeel. Onderzoek, zo verklaarde het bestuur, zou voor de faculteit voortaan prioriteit nummer 1 zijn. Een van de aanwezige universitaire docenten stak zijn hand op en informeerde of dit betekende dat er voortaan minder intensief onderwijs zou worden gegeven. Meer hoorcolleges en minder kleinschalige werkgroepen? Minder individuele begeleiding? Nee, nee, corrigeerde de faculteitsbestuurder haastig. Onderwijs bleef natuurlijk ook eerste prioriteit. ‘Mogen we dan van nu af aan onze bestuur- en beheerstaken afraffelen?’ vroeg een andere medewerker hoopvol. Maar dat was ook niet de bedoeling. De drie traditionele taken van universitair personeel (onderzoek, onderwijs en bestuur) hadden alledrie prioriteit. Dat onderzoek in de nieuwe plannen zo’n prominente plaats had gekregen moest vooral niet worden gezien als een vrijbrief om de andere taken minder aandacht te geven.

Lezer Peter van der Knaap maakt zich in de *NRC* van 5 april boos over mijn scepsis ten aanzien van kwaliteitsbeleid en prestatie-indicatoren in de zorg. Als verpleegkundigen en artsen extra moeten gaan letten op doorligwonden, of postoperatieve pijnbelevingsenquêtes gaan afnemen is dat alleen maar prachtig, zo meent hij. Die indicatoren kunnen toch immers een prima startpunt zijn voor een discussie over de kwaliteit van de zorg? Ja, dat kunnen ze inderdaad, maar dat moet dan wel een discussie zijn zoals de hierboven beschreven universitair docent graag wilde voeren. Als ergens een bepaalde behandeling moet worden verbeterd, als deze of gene patiëntengroep meer aandacht moet krijgen, als zo of zo symptoom extra moet worden gevolgd, dan is het volstrekt redelijk om de vraag te stellen ten koste waarvan of van wie die verbetering moet worden gerealiseerd.

Het is denkbaar dat het personeel in de zorg de verbetering voor elkaar krijgt door harder te gaan werken en minder aandacht te besteden aan hobby’s of kinderen. In het laatste geval krijgen de medewerkers wellicht op enig moment ruzie met minister Rouvoet, die vermoedt dat hun kinderen last gaan krijgen van adhd of autisme, maar gezien vanuit het engere belang van de zorginstelling of het ziekenhuis zou je kunnen zeggen dat deze bredere maatschappelijke kosten maar door anderen moeten worden opgebracht.

Het is ook voorstelbaar dat de artsen en verpleegkundigen de kwaliteitsverbetering realiseren door – bewust of onbewust – minder tijd te investeren in collegiale contacten en de begeleiding van jongere medewerkers. Vanuit de zorg gezien is dat al ernstiger. Op de korte termijn leiden de prestatie- of kwaliteitsindicatoren tot verbetering, maar op de langere termijn zijn er misschien onbedoelde gevolgen: een hoger ziekteverzuim onder de medische staf, meer stress of zelfs burnout verschijnselen bij jonge artsen en verpleegkundigen in opleiding, een instroom van nieuwe artsen en verpleegkundigen die minder goed getraind werden dan hun voorgangers.

Het zou ook kunnen zijn dat de kwaliteitsverbetering wordt gerealiseerd ten koste van de aandacht voor familieleden van patiënten, die weliswaar niet ziek zijn, maar wel bang, bezorgd, uitgeput of wanhopig.

Het is ten slotte niet helemaal onwaarschijnlijk dat een ‘kwaliteitsslag’ ten behoeve van één bepaalde groep patiënten wordt gemaakt door te bezuinigen op de zorg aan andere patiënten. Sterker nog, dit komt regelmatig voor, aldus dokter Raymond Tallis in het prachtige boek *Hippocratic Oaths. Medicine and Its*

*Discontents* (een gouden leestip van Anca Ansink op de columns-site van de *NRC*). Patiëntenorganisaties die aandringen op verbetering van de zorg voor hun achterban (borstkankerpatiënten, diabetespatiënten) moeten zich daar rekenschap van geven, als zij zich inzetten voor verbetering van de zorg voor de groep patiënten zij vertegenwoordigen.

Het moet onze tweede natuur worden om bij iedere ingevoerde of voorgestelde kwaliteitsverbetering te kijken naar wat economen omschrijven als 'opportunity kosten'. Evaluatieonderzoekers moeten niet alleen een nulmeting en een nameting doen (Is het aantal doorligwonden gedaald na invoering van het decubitus protocol? Is de zorg voor borstkankerpatiënten verbeterd door de invoering van een mamma poli in ziekenhuis X?), zij moeten ook kijken wie daarvan – eventueel – de dupe zijn geworden. Nog beter is het om dit vooraf te bedenken en dan een eerlijke discussie te voeren. "Beste minister of ziekenhuismanager, bent u met ons eens dat invoering van de mamma poli (ik noem maar een willekeurig voorbeeld) ten koste zal gaan van de aandacht voor patiënten met (ik verzin maar iets) darmkanker en longkanker? Een eerlijke minister of ziekenhuisbestuurder zou daarop moeten durven antwoorden: "Ja, dat realiseren we ons; we willen deze patiëntengroep inderdaad prioriteit geven, omdat het zo'n grote groep is, omdat ze een fors beslag leggen op ons budget, omdat de zorg voor deze patiënten de laatste jaren is achtergebleven bij wat medisch-technisch mogelijk was."

Toegegeven, in enkele gevallen werkt een verbetering tijdbesparend: de verpleegkundige die het nieuwe protocol volgt, hoeft bijvoorbeeld uiteindelijk minder complicaties te behandelen. Zo eenvoudig is het echter lang niet altijd en in die gevallen moet een afweging plaatsvinden. Prioriteiten stellen is keuzes maken en het gaat niet aan om die keuzes te verdoezelen in een reclamejargon dat de politiek en de publieke sector niet staat.

© Margo Trappenburg, 11 april 2008.