

Het 41ste KNMG-Ledencongres te Bussum

Kwaliteit gezondheidszorg afhankelijk van samenspel van alle betrokkenen



Beroepsbeoefenaren
Overheid
Financiers
Instellingen
Hulpvragers

Jaarrede KNMG-voorzitter W. H. Cense

De jaren tachtig van de twintigste eeuw zijn wat betreft de gezondheidszorg in Nederland gekenmerkt als de tijd van de bezuinigingen, van bezinning op de geneeskunde en van nadenken over prioriteiten.

De inhoudelijke, organisatorische en financiële aspecten en problemen van onze gezondheidszorg zijn in de jaren tachtig meer dan ooit onderwerp geweest van discussies én conflicten. Was in het verleden het uitgangspunt 'wat dokter doet is goed' voldoende reden om de gezondheidszorg inclusief het functioneren van de beroepsgroep buiten de publieke meningsvorming en kritiek te houden, in de jaren tachtig is daar definitief een einde aan gekomen. Daar zijn

verschillende oorzaken voor aan te geven, waarvan ik er slechts enkele wil noemen. De kennis van medische theorieën en technologieën was in het verleden alleen voorbehouden aan deskundigen. De media hebben er de laatste decennia toe bijgedragen dat deze kennis meer gespreid en toegankelijk werd voor iedereen. Het publiek werd mondiger én kritischer. Vervolgens waren er van overheidszijde organisatorische en financieel-economische motieven die sturing en beheersing noodzakelijk maakten (onder andere Structuurnota in 1974 en budgettering sinds 1983), waarmee het functioneren van de gezondheidszorg in toenemende mate onderwerp van de politieke discussie werd.

Tenslotte werden alle participanten in de gezondheidszorg er zich steeds meer van bewust dat meer zorg niet altijd synoniem is met betere zorg, doch dat integendeel de strikte toepassing van medische techniek en wetenschap ook steeds vaker gepaard kan gaan met onbedoelde neveneffecten, complicaties en soms ernstige handicaps. Hierdoor kunnen er vraagtekens worden geplaatst bij de kwaliteit van de verleende zorg en bij de kwaliteit van het resterende leven. Bovendien is voor alle betrokkenen de vraag steeds actueler geworden, 'hoe, waarom en waarvoor worden de gelden besteed in verhouding tot de gemaakte inspanningen?' en 'beantwoordt het resultaat aan het vooropgestelde doel?'

In feite zijn wij hiermee midden in de discussies over het begrip kwaliteit van de gezondheidszorg aangeland. Werd de kwaliteit van de medische beroepsuitoefening in het verleden, waarin gold 'wat dokter doet is goed' als de enige maatstaf voor de kwaliteit van de gezondheidszorg geaccepteerd, anno 1989 is het duidelijk dat ook de andere actoren – overheid, financiers, instellingen en in toeneemende mate ook de hulpvragers – een eigen specifieke verantwoordelijkheid dragen.

Kwalitatief goede gezondheidszorg kan alleen maar worden gerealiseerd wanneer er een optimaal samenspel, met erkenning van de wederzijdse deskundigen én verantwoordelijkheden plaatsvindt. Een samenspel dat zowel op macro-, meso- als microniveau tot uiting moet komen. Ik zou dit de relationele kwaliteitsaspecten willen noemen, waarin besloten ligt de wijze van omgaan met elkaar.

Alvorens hierover enige opmerkingen te maken in het kader van de kwaliteit van de medische beroepsuitoefening, wil ik eerst stilstaan bij de relatie beroepsgroep – overheid. De kwaliteitsaspecten van deze relatie waren de laatste decennia bepaald niet optimaal.

Toen in de jaren zeventig het economische tijt keerde en de idealen van de verzorgingsstaat financieel niet meer waren op te brengen resulteerde dit in een aantal overheidsmaatregelen dat niet werd bepaald door de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek, maar door waarde-oordelen, waarvan de samenhang en logica voor het veld veelal niet duidelijk waren. Botsingen en conflicten tussen overheid en het veld van de gezondheidszorg waren het gevolg.

In haar naarstig streven de gezondheidszorg te ordenen, heeft de overheid de laatste twee decennia meer ordenende wetgeving tot stand gebracht dan in de daaraan voorafgaande eeuw. De bezuinigingen die op macroniveau op louter financiële beheersmotieven werden vastgesteld hebben op meso- en microniveau vérstrekkende beperkende gevolgen gehad. Het veld kwam in verzet, omdat enerzijds aan de zorginhoudelijke verplichtingen niet meer optimaal kon worden voldaan en anderzijds de eigen belangen zwaar onder druk werden gezet. Van het veld werd te veel idealisme verwacht; een totale inzet, maar met beperking van mogelijkheden en inkomen! Bovendien kan niet worden ontkend dat de professie vanuit een conservatief gekleurde traditie gewend was kritiek van derden voetstoots te accepteren.

Het resultaat hiervan was dat men gedemotiveerd raakte en de afstand en het onbegrip tussen de partijen groeide. Het

wederzijdse 'vijandbeeld' deed zijn intrede. Wanneer beleidsintenties van de overheid niet of moeilijk realiseerbaar bleken, verleende volgens de overheid en de politiek het veld onvoldoende medewerking.

Het veld daarentegen zat gevangen tussen de opgelegde beperkingen, de toegenomen technische mogelijkheden en de druk vanuit het publiek om van deze nieuwe mogelijkheden gebruik te mogen maken. Daarbij komt dat een traditioneel vanuit het zorgmodel denkende bedrijfstak binnen enkele jaren diende om te schakelen op een bedrijfsmatige aanpak van het zorgverleningsproces met als hoofddoelstelling: de bezuiniging met nauwelijks een inhoudelijke onderbouwing. De structuur en organisatie waarbinnen het veld de zorg moest verlenen werd spanningsvol. De kwaliteit van de zorg kwam hierdoor onder druk te staan, omdat demotivatie nu eenmaal niet inspirerend werkt.

De overheid heeft deze problemen tweeslachtig en afstandelijk benaderd. Tweeslachtig, omdat zij enerzijds partij is en dus medeverantwoordelijk is voor de ontstane situatie, maar anderzijds naar het publiek – de kiezers – geen duidelijke keuzes durft te maken tussen de objectieve behoeften, 'needs' en de subjectieve behoeften 'demands', aan gezondheidszorg. Afstandelijk, omdat zij nauwelijks reageert op de signalen uit het veld, waar dagelijks de confrontatie plaatsvindt met de gevolgen van het beleid in de vorm van onder andere wachtlijsten en selectieproblematiek.

Hoe moeten wij ons tegen deze achtergrond de toekomstige ontwikkelingen voorstellen, waarbij de overheid terugtreedt en de zelfregulering door de sector een kans krijgt? Ik ben ervan overtuigd dat allereerst beide partijen van het 'vijandbeeld' af moeten. Beide hebben een eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg in Nederland en deze verantwoordelijkheden dienen complementair te zijn en geen verlamrende invloed op elkaar te hebben.

Dit betekent voor de overheid een duidelijke positionering van taken en verantwoordelijkheden, waarbij de aard van de overheid met zich meebrengt dat zij niet direct kan beïnvloeden, maar dat ze veel eerder moet stimuleren. De overheid dient inhoudelijke doelstellingen te formuleren en geen politieke 'coalitie-doelstellingen'.

De consequentie hiervan is onder meer een afstandelijke op deskundigheid gebaseerde opstelling ten aanzien van de behoeften en wensen die onder de bevolking leven en dus duidelijke keuzes maken. Tevens heeft zij de verantwoordelijkheid om eenheid en duidelijkheid te creëren in haar beleidsuitgangspunten met betrekking tot de financiering, prijsbeheersing en planning van de voorzieningen. In dit verband zijn de beleidsvoornemens die zijn geformuleerd in de Nota 2000 en het vervolg daarop in het Ontwerp Kerndocument Gezondheidsbeleid bijzonder bemoedigend, ware het niet dat de ontbrekende financiële paragraaf de twijfel weer doet rijzen.

De professie zal van haar kant de kwaliteitscriteria van het zorgproces operationeel en inzichtelijk dienen te maken, waarbij ook duidelijk moet zijn waarvoor zij staat, wat de mogelijkheden zijn en hoe en aan wie zij verantwoording wil afleggen. Als echte professie zal zij de onderling overeengekomen normen en waarden consequent aan elkaar dienen te toetsen. Zij zal de gehanteerde criteria publiekelijk

kenbaar dienen te maken. Een zich toetsbaar opstellen zal respect afdwingen. Van Londen spreekt over het normbesef van de factoren in de gezondheidszorg: 'Er zal een confrontatie optreden van normen en waarden per categorie, tussen de categorieën onderling en tussen de categorieën en de waarden van het algemeen belang'.

Wanneer de ordenende en afwegende taak van de overheid zal plaatsvinden met respect voor al die verschillende normen en waarden en de randvoorwaarden voor de zelfregulering hierdoor mede worden bepaald, dan zullen de jaren negentig goede jaren kunnen worden voor de kwaliteit van de zorg. De door overheid, beroepsbeoefenaren, financiers, instellingen en patiëntenorganisaties opgestelde intentieverklaring, na de door de overheid geïnitieerde conferentie 'Kwaliteit van zorg' in april van dit jaar, stemt in ieder geval hoopvol.

De kwaliteit van de medische beroepsuitoefening staat deze jaren in het centrum van de belangstelling. In mijn congresrede drie jaar geleden heb ik hierover reeds enige gedachten naar voren gebracht (MC 1986/nr. 41). Ik heb toen onder meer gesteld dat, gezien de fabelachtige ontwikkelingen van de kunde en de techniek, de attitude van de beroepsbeoefenaar een steeds belangrijker factor zal worden in de geneeskunst en dat de kwaliteit van de zorgverlening wordt bepaald door een optimale afstemming tussen kunde en kunde. De geneeskunst heeft als grondslag wel doen en trachten leed te vermijden met respect voor de autonomie van de hulpvrager. De zorgverlening dient hierop te zijn gebaseerd en maakt daarbij gebruik van de geneeskunde die doeltreffend en doelmatig behoort te zijn. Helaas moet ik constateren dat, onder meer ten gevolge van het strikte bezuinigingsbeleid van de afgelopen jaren, ook het zorgverleningsproces steeds meer in de ban is geraakt van de bijna tot heilige maatstaven verheven begrippen doeltreffendheid en doelmatigheid. Begrippen die uitstekend voldoen om de medisch-technische aspecten te kwalificeren, maar onvolledig en onvoldoende zijn om het resultaat van de zorg, het welbevinden van de patiënt – waar het toch uiteindelijk om gaat – weer te geven. Het is mijn overtuiging dat dit welbevinden van de patiënt een essentieel onderdeel dient te zijn bij de beoordeling van het resultaat van de totale medische zorg. Tegen deze achtergrond kunnen patiënten en ex-patiënten waardevolle informatie verschaffen over aspecten en gehanteerde normen van het medische zorgproces.

De patiënt beleeft en ondergaat het medisch zorgproces vanuit zijn ervaringsdeskundigheid. De uitdrukking ervaringsdeskundigheid dient in dit verband zo ruim mogelijk te worden opgevat en is niet strikt beperkt tot de ervaringen met betrekking tot de gezondheidszorg. Ook maatschappelijke, levensbeschouwelijke en vele andere elementen bepalen de ervaringsdeskundigheid van ieder individu in de samenleving. In dit verband signaleer ik slechts de grote verschillen die er bestaan in welbevinden en gezondheid ten gevolge van sociale ongelijkheid. Wij zullen hieraan in de toekomst, veel meer dan voorheen, consequentvolle aandacht aan dienen te besteden.

Vakdeskundigheid van de medicus en ervaringsdeskundigheid van de patiënt dienen in het zorgproces voortdurend op

elkaar te worden afgestemd. Deze voortdurende afstemming van beide deskundigheden is een belangrijk onderdeel van het begrip kwaliteit van zorg: *het relationele kwaliteitsaspect*. In deze omschrijving komt de wisselwerking tussen arts en patiënt beter tot haar recht dan hetgeen in het rapport van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid de kwaliteit van de attitude van beroepsbeoefenaar wordt genoemd.

De attitude van de beroepsbeoefenaar zal echter van wezenlijk belang zijn om op een juiste wijze in te spelen op de veranderende arts-patiëntrelatie. Ik wil dit in het kort toelichten.

Van oudsher wordt de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt als de basis voor het medisch handelen beschouwd. Wij dienen ons hierbij echter te realiseren dat dit een *functionele relatie* is met een duidelijk eenrichtingsverkeer. De patiënt vertrouwt de arts van alles toe, de arts de patiënt niets. Michels spreekt in dit verband over een *toevertrouwensrelatie*, waarbij de diepte van de relatie wordt bepaald door het doel waarvoor de relatie is aangegaan. Veelal is deze relatie beperkt in de tijd, zij begint en eindigt abrupt. De diepte van deze relatie gaat vaak over de privacygrens heen; daarom wordt een ambtsgeheim of fatsoensnorm ingebouwd.

Hiernaast moet in de arts-patiëntrelatie het *instrumentele aspect* worden onderscheiden. De patiënt heeft de arts nodig om hetzij van zijn klacht af te komen, hetzij bepaalde voorzieningen of faciliteiten te verkrijgen. Deze instrumentele relatie wordt vanuit de patiënt veelal omgevormd tot een oppervlakkige persoonlijke en vanuit de arts tot een functionele. Van daaruit meent de arts dan ook dat hij alles van de patiënt moet weten en hem integraal moet behandelen, terwijl de patiënt alleen maar van zijn klacht wil worden afgeholpen of zijn voorzieningen wil verkrijgen. De omvorming van de instrumentele relatie enerzijds tot een persoonlijke, anderzijds tot een functionele kan ertoe leiden dat beiden hun houding ten opzichte van elkaar niet meer begrijpen. In haar streven naar goede medische zorg zal de beroepsgroep zich deze aspecten van de relatie arts-patiënt in de toekomst meer bewust dienen te worden.

Dit betekent een attitudewijziging met betrekking tot het begrip kwaliteit van zorg, aangezien tot voor kort de maatstaven van goede medische zorg voornamelijk door de professie zelf werden geformuleerd op basis van de criteria voor het methodisch technisch handelen. In strikte zin blijft dit natuurlijk ook zo. Goede geneeskunde bedrijven kan alléén wanneer de wetenschappelijke kennis actueel en paraat is en de technische vaardigheden adequaat worden beheerst.

Dit betekent dat de arts geheel verantwoordelijk blijft voor de kwaliteit van het methodisch technisch handelen én voor de kwaliteit van de organisatie van zijn beroepsuitoefening. Verantwoording dragen betekent ook dat er verantwoording moet worden afgelegd. Wat betreft het methodisch technisch handelen zullen interne toetsingscriteria de voornaamste maatstaf vormen waarvoor men binnen de beroepsgroep verantwoording aan elkaar moet afleggen. Anderen – patiënten, financiers, instellingen en overheid – hebben er evenwel recht op kennis te nemen van de criteria

die de beroepsgroep hiervoor hanteert. Bij de organisatie van de beroepsuitoefening zal de inbreng van derden, onder andere patiëntenorganisaties, een belangrijk onderdeel van de kwaliteitscriteria dienen te zijn, terwijl er ten aanzien van de relationele kwaliteitsaspecten sprake zal dienen te zijn van een optimaal samenspel tussen professie en hulpvrager.

De beroepsgroep van haar kant heeft er evenwel evenveel recht op om te weten welke criteria een overheid hanteert ten aanzien van een aantal brandende problemen die in directe relatie staan met de kwaliteit van de gezondheidszorg. Zowel ten aanzien van de inkadering van ethische problemen als ten aanzien van regelgeving van beroepsbeoefenaren zijn nog te veel zaken onduidelijk.

Ik denk hierbij aan het wetsvoorstel BIG, de twee wetsvoorstellen inzake euthanasie, het wetsvoorstel BOPZ, het wetsvoorstel medische experimenten, een voorontwerp van wet betreffende de geneeskundige behandelingsovereenkomst en de wetgeving rond de orgaantransplantatie. Het is niet langer acceptabel dat immateriële wetgeving in de gezondheidszorg steeds weer vooruit wordt geschoven bij gebrek aan prioriteitstelling. De ontwikkeling rond de commercialisering van de orgaantransplantatie en de affaire rond de hersenvliezen is hiervoor tekenend. Wil een overheid en de politiek op macroniveau een woordje meespreken over de kwaliteit van de zorg, dan zal zij ook ten aanzien van deze onderwerpen eerst duidelijkheid moeten verschaffen. Op mesoniveau zullen regionale platforms en dienstverleners gezamenlijk moeten streven naar het formuleren van 'consumerstandards'. De zorg moet immers op maat.

De medische professie zal in haar relatie tot de hulpvrager tot de erkenning dienen te komen dat patiënten de deskundigen bij uitstek zijn om de niet technisch gebonden activiteiten van het zorgverleningsproces te beoordelen. Op grond hiervan kan niet worden genegeerd dat patiënten vanuit deze deskundigheid ook attent en alert zijn met betrekking tot het technische deel van het zorgproces. De beroepsbeoefenaren zullen meer dan voorheen ontvankelijk dienen te zijn voor op- of aanmerkingen op dit onderdeel van hun beroepsuitoefening.

Een moeilijkheid is echter dat vakdeskundigheid is gebaseerd op wetenschappelijke kennis en ervaring, waaraan een lange traditie van geordend denken en systematiek ten grondslag ligt. Casuïstiek wordt hierin als een incident beschouwd, waaruit geen consequentie met betrekking tot het systeem van handelen en behandelen behoeft te volgen. Patiënten vereenzelvigen hun ervaringen echter vaak met de hele organisatie van de zorgverlening. Illustratief in dit verband is een Amerikaans onderzoek naar het verschijnsel klachten in de dienstverlenende sector. Dit onderzoek bracht aan het licht dat iedere klacht die wordt gemeld eigenlijk met 26 moet worden vermenigvuldigd.

Verder kwam naar voren dat een klacht of slechte ervaring aan gemiddeld tien andere mensen wordt doorverteld. Iedere klacht zou dan bij 260 mensen een negatieve beïnvloeding van het kwaliteitsimago opleveren. Hiertegenover stond het feit dat een goede ervaring aan drie mensen werd doorverteld. Dit geeft aan, dat een goede dienstverlening

als normaal wordt ervaren en een slechte kwaliteit als abnormaal. Of deze cijfers ook voor Nederland van toepassing zijn, weet ik niet. Ik wil hier slechts mee aantonen dat beide partijen dienen te waken voor een versterde wederzijdse beeldvorming! In feite is het een methodologisch probleem dat door beide partijen, zonder waarde-oordelen vooraf, serieus dient te worden aangepakt. De kwaliteit zal er door worden gestimuleerd.

Donabedian stelt: 'The interpersonal process is the vehicle by which technical care is implemented and on which its success depends. Therefore the management of the interpersonal process is to a large degree tailored by the achievement of success in technical care.'

Dat het relationele kwaliteitsaspect van toenemend belang zal blijken te zijn en intensieve aandacht van de professie zal vragen volgt ook uit een veranderd morbiditeitspatroon in de toekomst. De toenemende vergrijzing met meer ouderdomsziekten en de toename van het aantal patiënten komen die een intensieve begeleiding nodig hebben.

In de veelal langdurige care-situatie worden er andere relationele vaardigheden gevraagd dan in de meestal kortdurende cure-situatie. Wanneer echter de marktwerking en concurrentie-elementen onze gezondheidszorg gaan beïnvloeden en bovendien de economische ontwikkelingen (1992) hiertoe zullen stimuleren, kunnen de minder profijtlijke langdurige 'care'-functies wel eens onder druk komen te staan; tijd kost immers geld. En er zal veel geld in de toekomst nodig zijn!

In het scenarioreport 'Ouder worden in de toekomst' van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg wordt onder meer becijferd dat bij een ongewijzigd politiek beleid en in het jaar 2000 er in de bejaardenoorden 50.000 en in de verpleeghuizen 5.000 bedden te kort zijn en dat ten aanzien van de ziekenhuisbedden slechts 66% van de noodzakelijke opnames voor 65-plussers kan worden gerealiseerd. Dit alles zal de kwaliteit van de zorg niet ten goede komen.

Tegen deze achtergrond is het van groot belang dat criteria ten aanzien van aspecten van kwaliteit worden opgesteld waarmee een bepaald kwaliteitsniveau kan worden aangegeven. Als gelijkwaardige partners zullen de aanbieders en de vragers van zorg samen met financiers dit kwaliteitsniveau dienen te formuleren; de overheid stelt op grond hiervan de eisen vast. Ten aanzien van de zorg en het bepalen van de grenzen van de zorg dient eenzelfde procedure te worden vastgesteld.

In dit verband wil ik toch met enige trots vermelden dat de KNMG tot nu toe als enige koepelorganisatie in de gezondheidszorg aan de veranderde positie van de patiënt ook consequenties heeft verbonden door samen met het Landelijk Patiënten/Consumenten Platform een modelregeling arts-patiënt op te stellen en actief te participeren bij het opzetten van regionale klachtencommissies.

In de toekomst zal in het samenspel tussen de partijen in de gezondheidszorg op micro-, meso- en macroniveau veel afhangen van de relationele kwaliteitsaspecten. Het gaat er immers om hoe je met elkaar om gaat. Hopelijk gaat dat in de jaren negentig beter dan in de jaren tachtig. De kwaliteit van de zorg zal erbij gebaat zijn! □