

Kwaliteit van zorg, enkele overpeinzingen

Eind 2012 nam Maarten Rutgers afscheid als voorzitter van de raad van bestuur van Zorggroep Leveste Middenveld (waaronder het Scheper Ziekenhuis). Op een minisymposium over veiligheidsbeleid in ziekenhuizen hield hij een voordracht ter markering van zijn afscheid. De uitwerking van die voordracht levert een mooie zienswijze op over kwaliteit van zorg. Nieuwe wegen worden geschetst. De aandacht voor uitkomsten van zorg vraagt dat de patiënt als partner wordt gezien. Dit zal de normen en waarden van professionals wezenlijk veranderen.

Door: M.J. Rutgers

Het onderwerp kwaliteit van zorg is aan de orde van de dag, meestal of zelfs uitsluitend als kwaliteit van het medische proces, het primaire proces. En dan ook nog toegespitst op medisch specialistische zorg; ziekenhuiszorg dus. Als je nadenkt en overpeinst hoe het komt dat wij heden ten dage zoveel aandacht besteden aan kwaliteit en veiligheid in het primaire proces, zou je haast tot de conclusie komen dat er vroeger geen aandacht voor het onderwerp bestond. Het tegendeel is waar. Er was altijd aandacht voor kwaliteit van zorg, alleen keek de buitenwacht er minder naar.

Love

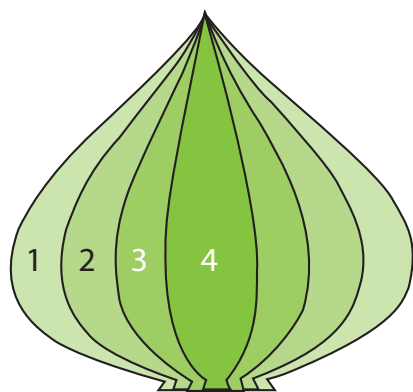
Terugblikkend blijkt dat tot ongeveer 1980 kwaliteit tot het domein van de professional werd gerekend. Alhoewel Donabedian¹ al in de jaren zestig over kwaliteit van zorg publiceerde bleef een respons in Nederland lang uit. Pas in de jaren tachtig kwam de discussie op gang.² Donabedians indeling in 'structure, process and outcome' bleek verhelderend en leidde tot veel aandacht voor deze drie onderdelen. Nog steeds is daarbij 'uitkomst' het ondergeschoven kindje. De gekozen aanpak was meestal een systeemaanpak. Donabedian zelf was overigens van mening dat systeemoplossingen slechts ten dele zouden werken; in zijn ogen was de houding van de professional cruciaal. Een veelgebruikt citaat:

'Systems awareness and systems design are important for health professionals, but are not enough. They are enabling mechanisms only. It is the ethical dimension of individuals that is essential to a system's success. Ultimately, the secret of quality is love.'

Hij wijst hier op het belang van het handelen van het individu. Dit handelen wordt sterk beïnvloed door de normen en waarden van iedere medewerker, van ieder individu in de organisatie. Als we de analogie van een ui gebruiken om de cultuur van een organisatie te beschrijven, zien we dat waarden en opvattingen over kwaliteit en veiligheid de kern van die cultuur betreffen (zie figuur 1). Daarmee gaan we niet voorbij aan de andere lagen; de rokken van de symbolen, helden (voorbeeldfuncties) en zeker ook de rituelen spelen in het samenwerken in het primaire proces een rol. Het is bekend dat aanpassingen in deze lagen gemakkelijker zijn; hoe meer naar de kern toe hoe moeilijker veranderingen te realiseren zijn.

Meester-gezel

Voor een beter begrip van de waarden en opvattingen gaan we terug naar de periode voor 1980; de periode waarin het domein van de professional ook het domein van kwaliteit



Figuur 1. De organisatiecultuur als ui

1. Symbolen
2. Helden
3. Rituelen
4. Waarden en opvattingen

was. Die periode is lang, eigenlijk zolang er medisch handelen door *opgeleide* mensen bestaat. Eeuwenlang worden er al mensen opgeleid om bij hulpvragende mensen, zieken, een diagnose te stellen, ze te behandelen en te begeleiden. Het zijn chirurgijns of artsen die dit doen. Chirurgijns waren het meest geliefd onder brede lagen van de bevolking; artsen meer onder de notabelen, de welgestelden. Chirurgijns beschouwden hun vak als een handvaardigheid; artsen als een wetenschap. Dit onderscheid bestaat in Nederland pas sinds de zeventiende eeuw. Zoals dat in de Middeleeuwen, maar ook later, gebruikelijk was, waren deze professionals goed georganiseerd in gildeachtige structuren. De opleiding was in de meester-gezel vorm. Kwaliteit werd gegarandeerd door het lidmaatschap van het gilde. Toezicht, voor wat het waard was, gebeurde door het gilde. De eerste grote toets voor beide groepen, chirurgijns en artsen, was de Franse revolutie. Hun functioneren kwam in het politieke circuit ter discussie.³ De overheid gaat zich vanaf die tijd bemoeien met de voorwaarden waaronder artsen kunnen functioneren.

Cri de coeur

Ook in Nederland begint deze beweging. Het gevolg is de 'Verordening omtrent het Geneeskundig Onderzoek en Toevoorzigt' van 1804. De geneeskundige hulpverlening werd onder gezag van de staat gesteld. De wet legde de bevoegdheden van allen werkzaam op het terrein van de gezondheidszorg, artsen, chirurgijns enzovoort, vast. In 1848 wijst professor dr. F.C. Donders aan het slot van zijn inaugurale rede⁴ aan de Utrechtse Hoogeschool op een 'schaduwzijde' van de gezondheidszorg:

'In Nederland worden thans nog geneeskundige studien volbragt, zonder dat de grondslagen der physiologie van den gezonden en van den

zieken mensch, de weefselleer en de ziektekundige ontleedkunde, tot de verpligte lessen behooren. In Nederland worden thans nog wettig Doctoren gecreëerd in de genees-, heil- en verloskunde, zonder dat bewijzen van bekwaamheid in de genoemde wetenschappen worden gevorderd.'

Zijn 'cri de coeur' leidt niet meteen tot veranderingen, maar de eerste stap is gezet. In 1865 worden vier wetten tot stand gebracht; wetten die een onderlinge samenhang tonen. Het gaat om de Wet 'regelende de uitoefening der geneeskunst', de Wet 'regelende het geneeskundig Staatstoezicht', de Wet 'regelende de voorwaarden tot verkrijging der bevoegdheid van geneeskundige, apotheker, hulp-apotheker, leerling-apotheker en vroedvrouw' en de Wet 'regelende de uitoefening der artsenijbereidkunde'. Door de nieuwe wetten ontstond een tweedeling tussen artsen 'nieuwe stijl' en de 'oude' heel- en vroedmeesters en chirurgijns.

Oude zakken

Met de Wet uitoefening geneeskunst uit 1865 wordt vastgelegd dat het uitoefenen van de geneeskunst is voorbehouden aan degenen aan wie de bevoegdheid daartoe volgens de wet is toegekend. Deze bevoegdheid kan alleen verworven worden door universitaire studie. De basis voor deze beperking is de wetenschap. Hiermee wordt de vigerende wetenschapsopvatting door de staat als de enig juiste bestempeld. Het beroep van universitair opgeleid arts wordt op deze wijze als enige erkend. Hierdoor worden anderen uitgesloten van het artsenberoep. De groep krijgt de ruimte de eigen groep, de gelijken, te disciplineren. Onderlinge solidariteit, broederschap, wordt gestimuleerd. Artsen houden zelf toezicht op hun beroepsgenoten; hebben hun eigen tuchtrechtspraak. Hiermee is de professionele autonomie verankerd. Het gildesysteem in nieuwe vorm; oude wijn in nieuwe zakken. De Middeleeuwen herleven, zij het in een nieuw, moderner gewaad.

Macht

Van der Krogt⁵ beschrijft uitvoerig wat de meerwaarde is van professionalisering van een beroep. Het levert de professional kennis-macht, handelingsmacht, marktmacht en economische macht op. Het grote voorbeeld is de medische professie, maar hiervan afgeleid ook de andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg voor zover ze erin geslaagd zijn hun

beroep als professie gelegitimeerd te krijgen. De wet BIG heeft hieraan een grote impuls gegeven. Voor alle duidelijkheid: deze ontwikkeling heeft grote voordelen, maar ook nadelen. De nadelen hebben vooral te maken met de diverse vormen van macht. Professionele autonomie leidt tot de opvatting dat de beroepsgroep zelf bepaalt wat juist is en wat niet. Ook kwaliteitsvraagstukken worden tot het eigen domein gerekend. Het kan anderen van deelname aan het gesprek over kwaliteit uitsluiten.

Middeleeuwen

Wanneer we kijken naar de huidige gezondheidszorg zien we dat deze wordt gekenmerkt door grootse ontwikkelingen, vooral technologische. Het is de eenentwintigste eeuw. De organisatie van de zorg past bij de commodificatie van de gehele samenleving; het kenmerk van de twintigste eeuw. De wetenschappelijke basis van de zorg stamt uit de negentiende eeuw; moderne ontwikkelingen als de quantumfysica zijn er vrijwel geheel aan voorbijgegaan. Nog steeds wordt de klassieke fysica benut. De manier waarop de professionals georganiseerd zijn kan niet anders dan middeleeuws genoemd worden; een gesloten systeem, waarin de beroepsgroep zelf vrijwel alles bepaalt, gelegitimeerd door de staat.

Gelegitimeerd

Wanneer we nu terugkeren naar kwaliteit van zorg, naar structuur, proces en uitkomst, zagen we dat de essentie ligt in de normen en waarden van de gezondheidszorg. Deze normen en waarden zijn de normen en waarden van de mensen in de zorg, maar ook van de mensen die zorg behoeven. Over de rol van de staat zouden we nu kort moeten kunnen zijn; deze is eerder bescheiden dan iets anders, wanneer we Mill⁶, de grondlegger van het liberalisme, volgen. De werkelijkheid is weerbarstiger. De staat heeft de professionele autonomie in al haar facetten gelegitimeerd. Weliswaar anders dan in de negentiende eeuw, maar nog steeds. De staat garandeert nog steeds het recht van iedereen op zorg, garandeert het gelijkheidsbeginsel, maar het wankelt wel. De staat waarborgt deze twee nog maar tot op zekere hoogte. Dit geldt ook voor de solidariteit als het om de kosten van de zorg gaat.

De professionele autonomie bepaalt in hoge mate hoe de structuur en de processen van de zorg moeten zijn. Denk aan opvattingen over wat 'evidence based' handelen is, wat de inhoud van de opleiding zou moeten zijn, hoe de zorg georganiseerd moet worden enzovoort.

Vrijheid is strak ingekaderd. Bij de uitkomst, het eerder benoemde ondergeschoven kindje, komt de patiënt pas om de hoek kijken.

Uitkomst

Het begint nu duidelijk te worden waarom het zolang geduurd heeft voordat we aandacht gingen schenken aan de uitkomst. Tot nu toe was alleen de medisch professionele uitkomst van belang. Hier wordt wetenschappelijk gelijkgeschakeld. Hier is het individu in hoge mate buiten beeld. Heden ten dage komt het individu terug in de zorg. Hier is de vrijheid van opvattingen aan de orde, vrijheid om te kiezen voor een behandeling, voor welke behandeling of niet, gelijkheid als het om het recht op behandeling gaat en broederschap,

'De staat heeft de professionele autonomie in al haar facetten gelegitimeerd'

solidariteit als het om de kosten gaat. Dat is een andere invulling dan de professional eraan geeft. Als het een voordeel is om te professionaliseren, als het een voordeel is de daarbij behorende macht te bezitten, dan wordt het tijd dat de patiënt ook professionaliseert. En dat zien we gebeuren aan het eind van de vorige eeuw. Patiëntenbelangenorganisaties ontstaan. En zoals dat hoort bij de professionalisering zoek je legitimering via de staat. En dat is gelukt. Wat ontbreekt is een soort BIG-registratie voor deze groep, de ultieme erkenning als professie. Patiënt-zijn als professie?

De kern

Wat moet er verder gebeuren? Vooral door gaan op de ingeslagen weg. Structuur en proces behoren op orde te zijn. Laten we niet vergeten dat ook hier de patiënt zijn bijdrage kan leveren; in het tot stand komen van gelijkgeschakelde structuur en processen. Maar geef de patiënt ook de ruimte om bij te dragen in zijn of haar persoonlijke situatie. Dat laatste klemmt des te meer daar waar het over de uitkomsten gaat. We zien intussen de ontwikkeling met de PROM's, Patient Reported Outcome Measures. Maar dat is maar een deel van wat er moet gebeuren. In het ziekenhuis moet aandacht komen voor de opvatting van de patiënt als het gaat om de collectieve uitkomsten, PROM's, maar ook om de opvatting van de patiënt omtrent de processen en zelfs de structuur. Het organiseren van de collectieve opvatting, de collectieve macht van de patiënt gaat bepalen of we voldoende inzicht

krijgen in de kwaliteit van zorg. Alleen als we op die manier invloed organiseren, als we op die manier wezenlijke veranderingen tot stand brengen in proces en structuur, zullen de normen en waarden van de professionals wijzigen en zullen de normen en waarden van de zorg, waar nodig, veranderen. Dan pas zijn we in het binnenste, de kern van de uieland. Dit gelukt pas als de patiënt als gelijkwaardig, als partner wordt gezien.

Chinees

Los van dit alles zullen we de patiënt ook moeten betrekken bij zijn individuele gang door de gezondheidszorg. Ook hier zijn structuur, proces en uitkomst relevant. Uit onderzoek blijkt dat we ook hier nog een lange weg te gaan hebben. Maar ook hier geldt het Chinese gezegde dat met de eerste stap een lange tocht begonnen wordt. Dus laten we starten met individuele patiënten te betrekken bij keuzes, laat de patiënt alle opties zien, laat de patiënt meebeslissen over zijn individuele onderzoeken en behandeltraject. Hier hoeven we niet op het collectief te wachten, hier kunnen we vandaag mee aan de slag. En ook dit zal de normen en waarden doen veranderen.

We startten deze overpeinzingen met de vraag naar kwaliteit en de belangstelling ervoor. We zagen dat vrijheid, gelijkheid en broederschap, solidariteit door de professional worden gebruikt om zijn domein af te schermen, zoals gezegd nogal middeleeuws maar gevormd door de negentiende eeuw. Het wordt tijd door te groeien met dezelfde begrippen naar de eenentwintigste eeuw. Dit betekent vrijheid om individueel mee te beslissen hoe jouw gezondheidszorg eruit ziet; recht voor iedereen op de gewenste gezondheidszorg, gelijk voor iedereen en onderlinge solidariteit om dat te realiseren, solidariteit door iedereen te verzekeren, ongeacht de persoonlijke situatie. De gevolgen hiervan moeten,

ook in geldelijk opzicht, helder worden en worden dan onderwerp van debat.

Roer om

De patiënt werkelijk centraal; dus de patiënt als partner. Dan dringen we door tot de kern, tot het binnenste van de ziekenhuiscultuur. Dan kan er echt iets veranderen. Dan moet de professionele autonomie een andere, beperktere, invulling krijgen en moet de reikwijdte van professionele autonomie samen bepaald worden. Laten we niet stil blijven staan, niet alleen de uiterlijkheden veranderen, symbolen, helden, rituelen, maar in beweging komen om de kern, de normen en waarden, aan te pakken en te veranderen. Het roer moet om.

Bewerkte en ingekorte versie van de toespraak
20 december 2012

Noten

- 1 Donabedian, A., Evaluating the Quality of Medical Care, *Milbank Quarterly*, 83, nr. 4, 2005 (reprint 1966), 691-729.
- 2 Donabedian, A., *Explorations in Quality Assessment and Monitoring, The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. Health Administration Press. An Arbor, Michigan, 1980.
- 3 Foucault, M., *Naissance de la Clinique, Une archéologie du regard médical*, Presses Universitaires de France, 1963.
- 4 Donders, F.C., *De Harmonie van het Dierlijk Leven, de Openbaring van Wetten, Inaugurale rede Utrechtsche Hoogeschool, 1848* (<http://www.gutenberg.org/files/17079/17079-8.txt>).
- 5 Krogt, Th.P.W.M. van der, *Professionalisering en collectieve macht*, Universiteit Tilburg, 1980 (dissertatie).
- 6 Mill, J.S., *On Liberty*, Longmans, Green and Co, 1859.

Informatie over de auteur

Dr. Maarten Rutgers is na zijn afscheid als voorzitter van de Raad van Bestuur van Zorggroep Leveste Middenveld (waaronder het Scheper Ziekenhuis) voorzitter van de Vereniging voor Veilige Curatieve Zorg. Tevens vervult hij enkele toezichthoudende functies.