

ZORG

Wat beter gaat in de ogen van beleidsmakers en toezichthouders, is niet altijd een echte verbetering



Pauline Meurs is hoogleraar bestuur van de gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam, en voorzitter van de raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Reageer via expert@fd.nl.



Ervaringen ophalen van mantelzorgers en professionals in de zorg is een goede manier om te begrijpen wat er in de dagelijkse praktijk speelt. Het zou mooi zijn als beleidsmakers dat ook regelmatig zouden doen. Nu weet ik van enkele bestuurders en toezichthouders dat zij het in hun werkrou tine hebben opgenomen. Zij horen en ervaren wat het effect is van beleid, zij kunnen zien op welke punten ander beleid nodig of gewenst is en, nog belangrijker, waar moet worden afgezien van beleid. Bij dit laatste spelen twee centrale normen: optimalisatie en vergroting van de efficiëntie. Of anders gezegd: permanente verbetering en altijd streven naar doelmatigheidswinst. Die normen zijn mantra's geworden waar te weinig bij wordt stilgestaan, terwijl dat stilstaan in de zorg meer dan ooit nodig is.

De zorg moet altijd beter. De Inspectie voor de Gezondheidszorg, maar ook veel kwaliteitsgoeroes vragen om verbeterplannen, verbeteracties en feedbacksessies om van te leren. De onderliggende aanname hierbij is dat verbetering altijd mogelijk is, maar ook dat verbetering altijd ook echt beter is.

Ik geef een voorbeeld ter illustratie. Er vinden op dit moment veel initiatieven plaats om de kwaliteit van de zorg in het verpleeghuis te verhogen. Bij die initiatieven horen plannen met actielijsten en verantwoordingsschema's. Die schema's laten vooral de verandering tussen toen en nu zien. Een ziekenverzorgende in een van deze verpleeghuizen verzuchtte eens tegen mij: 'Waarom moet het altijd beter? Wanneer is het een keer goed?' En even later: 'Waarom is er zo weinig waardering voor wat we nu doen en worden we steeds door anderen gewezen op wat we nog meer moeten doen?'

Het was geen klaagzang van deze professional, maar oprechte en, naar mijn idee, terechte vragen over wat onder kwaliteit van verpleeghuiszorg wordt verstaan. Zou het niet mogelijk zijn om te aanvaarden dat zorgverlening is wat het is, dat 'meer' en 'anders' doen niet per se beter is. Inzetten op verbeteringen gebeurt met de beste bedoelingen, maar het voedt ook enige negatieve waardering van alle inspanningen die zorgverleners zich getroosten om cliënten het naar de zin te maken. Soms gebeurt dit met weinig



ILLUSTRATIE: HEIN DE KORT VOOR HET FINANCIEELE DAGBLAD

personeel en met beperkte middelen.

En trouwens, als het al anders zou moeten, laat dat dan vooral onderwerp van gesprek zijn tussen cliënt, mantelzorgers en zorgverlener. In zo'n gesprek kan worden verkend wat goed is om te doen in die specifieke situatie. Dat gebeurt nu te weinig.

ONZINZORG

In de verpleeghuiszorg is, vanwege de extra middelen die op aanwijzen van de Tweede Kamer zijn gereserveerd voor die verpleeghuiszorg, de druk erg hoog om aan te tonen dat het over de hele linie beter gaat. Beter in de ogen van de beleidsmakers en toezichthouders, maar niet per se in de ogen van de cliënten zelf.

Ik geef nog een tweede voorbeeld van waar de valkuilen van optimalisatie op de loer liggen: de ziekenhuiszorg. In het bestuurlijk akkoord tussen de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en alle zorgpartijen — ziekenhuisbestuurders, medische professionals, verzekeraars en patiëntenvertegenwoordigers — is afgesproken dat er meer werk wordt gemaakt van de terugdringing van overbodige en onnodige zorg. Makkelijker gezegd dan

gedaan, zo blijkt in de praktijk. Sjoerd Repping, verbonden als hoogleraar zinnige zorg aan AMC-UvA, zegt het als volgt: 'Zorg waarvan je weet dat het werkt, moet je doen. Als je weet dat het niet werkt, moet je het niet doen. En als je niet weet of het werkt, moet je dat uitzoeken.' Repping is sinds februari ook 'Kwartiermaker zorgevaluatie en gepast gebruik' bij het Zorginstituut Nederland. Aan hem de taak om onzinnige zorg uit te bannen.

Terecht geeft hij aan dat er sprake is van gescheiden werelden, die van de theorie en de praktijk. Een artikel in de *New England Journal of Medicine* dat aantoonde dat de ene behandeling beter werkt dan de andere, leidt tot een blijde onderzoeker, maar verder gebeurt er weinig. Dat laatste moet veranderen.

Er moet betere verbinding komen tussen de wereld van het onderzoek en de wereld van de werkvloer. Dat is knap ingewikkeld omdat er veel belangen in het spel zijn, en omdat betrokkenen gewend zijn aan routines. Maar er is nog meer aan de hand: ook hier is het geloof in verbetering en optimalisatie volop aanwezig, zowel bij de behandelaar als bij de patiënt.

In weerwil van beperkt wetenschap-

pelijk bewijs kan de hoop op beter worden en de wens om alles te proberen de doorslag geven. Over die hoop moet het gaan in de spreekkamer. Wat is realistisch en wat niet en wat is voor de patiënt een goede levenskwaliteit.

DUBBEL WERK

Behalve het streven naar beter, moet het ook efficiënter. Maar de vraag is of dat altijd opgaat. Een les uit een project in de ouderenzorg is dat het leven van mensen op leeftijd langzamer gaat en dat in die vertraagde omgeving kwetsbare jongvolwassenen gedijen. Meer traagheid in de zorgverlening kan dus rust brengen. Het lijkt op het eerste gezicht niet efficiënt, maar het helpt uiteindelijk wel. Dat geldt ook voor de wens om de zorg zo efficiënt mogelijk af te stemmen, zonder overbodige schakels of dubbel werk. Juist daar waar de zorg complex is, is het prettig als er ruimte in het systeem zit, als het niet al te precies is geregeld en er ruimte is om het even anders te doen. Ook al duurt het wat langer.

Slimme vooruitgang heeft de zorg veel gebracht. Nu wordt het tijd voor een nieuw motto: goede zorg begint bij een rustig gesprek.

Een artikel in een vakblad leidt tot een blijde onderzoeker, maar verder gebeurt er weinig