

TUMULT-verslag van dinsdag 23 mei: *Dat mag van mij kwaliteit heten. Goed presteren in de gezondheidszorg.*

Door Eva Houtsma

‘Stuurt de klant de zorg?’

De Nederlandse gezondheidszorg is flink veranderd dit jaar. Bedoeling is om burgers meer te kiezen te geven. Bovendien moet de zorg door marktwerking beter en goedkoper worden. Maar wat is beter? Wat bepaalt kwaliteit van zorg eigenlijk? En hoe kun je dat meten?

Op dinsdag 23 mei organiseerde TUMULT in samenwerking met Agis zorgverzekeringen een debat met als titel *Dat mag van mij kwaliteit heten. Goed presteren in de gezondheidszorg.* Onder leiding van Jan van Leijnhorst (Vereniging van Nederlandse gemeenten) praatten daarover mee Niek Klazinga (hoogleraar sociale geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam), Roel Steenbergen (voorzitter Raad van Bestuur van het Diaconessenhuis), Tom Schoen (senior beleidsmedewerker van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie), Aldien Poll (manager kwaliteit en innovatie Agis zorgverzekeringen en oprichter van Stichting Miletus) en Wolter Kloosterboer (specialist van het klanttevredenheidsonderzoek over zorg van onderzoeksbureau Marketresponse).

Verandering

‘Hoeveel mensen in de zaal zijn dit jaar van zorgverzekeraar veranderd?’ vraagt debatvoorzitter Jan van Leijnhorst het publiek. Dat is ongeveer de helft van de aanwezigen. Gemiddeld hebben 20% van alle Nederlanders voor een andere zorgverzekeraar gekozen. En dat was meer dan wie dan ook, zelfs minister Hoogervorst, vooraf verwacht had. Wolter Kloosterboer van onderzoeksbureau Marketresponse heeft onderzoek gedaan naar de veranderaars. Het blijkt dat 40% van de betrokken Nederlanders zich niet heeft georiënteerd op de veranderingen in de zorg en de mogelijkheden van verschillende verzekeraars. 25% heeft meerdere offertes aangevraagd. De resterende 35% heeft zowel meerdere offertes als extra informatie aangevraagd en bestudeerd. Mensen die bij hun oude zorgverzekeraar zijn gebleven deden dat vooral vanwege de ervaring met hun bekende verzekeraar. Mensen die van verzekeraar zijn veranderd hebben zich laten leiden door de prijs van de verzekering en de dekking van het aanvullend pakket.

Kwaliteit van zorg was blijkbaar minder belangrijk, constateert Van Leijnhorst. Maar hoe meet je kwaliteit? vraagt hij hoogleraar Niek Klazinga. ‘Allereerst moet worden afgesproken wat we bedoelen met kwaliteit,’ zegt Klazinga. ‘Gaat het dan over medische effectiviteit, gaat het over het proces van zorgverlening (zoals service) of gaat het ook over efficiëntie (wat zijn de wachttijden). Als dat niet duidelijk is, kun je ook niet over kwaliteit praten.’

Ook volgens Tom Schoen van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) is er een verschil in medisch-inhoudelijke kwaliteit en de ervaren kwaliteit. ‘Dat is voor patiënten allebei heel belangrijk.’

Zorgverzekeraar Agis probeert de kwaliteit van zorg te meten, om op die manier de beste zorg in te kopen voor haar verzekeren. Zorgmanager Aldien Poll: ‘Hoe maak je kwaliteit transparant en inzichtelijk? Het gaat ons niet om de laagste prijs, wij willen de beste zorg inkopen.’ Agis heeft in 2005 een nieuwe vragenlijst ontwikkeld om de kwaliteit van

zorgverzekeraars te meten. Toen die lijst ook voor anderen beschikbaar kwam, bleek dat Agis zelf niet zo best scoorde. Poll: 'Dat is vervelend, maar voor ons ook een begin van verbetering.'

Ruzie

Als debatvoorzitter Van Leijenhorst Roel Steenbergen aanspreekt, maakt Van Leijenhorst eerst bekend dat hij Steenbergen al langer kent: Steenbergen is voorzitter van de Raad van Bestuur van het Utrechtse Diakonessenhuis. Van Leijenhorst zit daar in de Raad van Toezicht.

Volgens Steenbergen is er in Raden van Bestuur steeds meer aandacht voor kwaliteit van de zorg. 'Wij hebben daar een verantwoordelijkheid voor en die nemen we steeds vaker.' Hij noemt als voorbeeld de *intensive care* van het Diakonessenhuis, waar onlangs zes artsen werden weggehaald vanwege onderlinge ruzies en moeilijke samenwerking. Steenbergen: 'We hebben ingegrepen en daarmee onze verantwoordelijkheid genomen.' Dat beaamt hoogleraar Klazinga. 'Mensen worden ongerust door de media-aandacht voor zo'n voorval. Maar er is geen reden voor paniek. Er zijn geen aanwijzingen dat de zorg in Nederland slechter is dan twintig jaar geleden. Ik durf gerust op een Nederlandse *intensive care* te liggen.'

Een mevrouw vraagt zich af wat voor effect fusies hebben op dit soort ruzie. 'Volgens mij heeft dat vaak met elkaar te maken.' Steenbergen is het daar mee eens. 'Dokters zijn ook gewoon mensen. Die maken soms ook gewoon ruzie. En na een fusieproces gebeurt dat eerder.'

Ranglijst

Voorzitter Jan van Leijenhorst noemt de verschillende onderzoeken naar kwaliteit van zorg. Het Algemeen Dagblad publiceert bijvoorbeeld jaarlijks een kwaliteitslijst van ziekenhuizen in Nederland. Het Diakonessenhuis scoort daar hoog. Maar wat zegt dat over de kwaliteit? wil Van Leijenhorst weten. 'Niet alles,' denkt Steenbergen. 'Hoe meer gegevens je invult, hoe hoger je scoort. Het betekent dus dat het Diak veel gegevens verzamelt en bijhoudt. Maar dat is geen definitieve indicatie voor kwaliteit.' De ranglijst van het Algemeen Dagblad kan wel een impuls geven aan ziekenhuizen om de kwaliteit te gaan verbeteren, denkt Tom Schoen van de NPCF.

Maar het blijft appels met peren vergelijken, vindt Wolter Kloosterboer van onderzoeksbureau Marketresponse. 'De gemiddelde patiënt kan zich bovendien geen goed oordeel vormen over de medische kwaliteit van artsen.' Hoe moet het dan wel? vraagt Van Leijenhorst hem. Dat blijkt een lastige vraag. Maar volgens Kloosterboer kunnen patiënten in Nederland in ieder geval niet van uit gaan dat de zorg gegarandeerd een goede kwaliteit heeft. 'De Inspectie voor de Gezondheidszorg doet slechts momentopnames. Er zijn volgens mij teveel incidenten in de Nederlandse zorg, dat is het topje van de ijsberg.' Kloosterboer denkt dat de kwaliteit van de zorg wel degelijk grote verschillen kent. 'In de bekende onderzoeken wordt voornamelijk gefocust op factoren rónnd de zorg: klantvriendelijkheid, service, interactie met de arts.'

Aldien Poll van Agis vindt die informatie een belangrijke factor. 'Er is steeds meer informatie en op die manier ontstaat een informatiemarkt over kwaliteit in de zorg. Dat prikkelt om over kwaliteit te gaan praten. Als zorgverzekeraar voelen wij ons de vertegenwoordiger van onze klanten. Daarom toetsen we de zorg die we inkopen. Uiteindelijk stuurt de klant de zorg.'

Medische fouten

In de zaal krijgt Sophie Hankes, voorzitter van de Nederlandse organisatie voor slachtoffers van iatrogene nalatigheid, het woord. Zij wil wat zeggen over de gevolgen van medische fouten. ‘Het treft mij pijnlijk dat hier op deze manier wordt gesproken over kwaliteit van de zorg. Medische fouten worden ondertussen nog steeds niet geregistreerd of geanalyseerd. Daar wordt niet over gesproken en het is dus ook niet te verbeteren. Ik pleit voor een dialoog met ervaringsdeskundigen.’

Er valt in dat opzicht nog heel wat te verbeteren, is hoogleraar Klazinga het met haar eens. ‘Er wordt al twintig jaar geprobeerd om medische fouten te registreren, maar de praktijk is weerbarstig. Schadeverzekeraars willen niet dat artsen een fout toegeven, omdat dat geld kost. Het is dus lastig om openlijk te communiceren. Maar er is wel verbetering: tien jaar geleden werd er sowieso niet over gesproken, de cultuur is nu opener.’

Bij Roel Steenbergen van het Diaconessenhuis staat het onderwerp bovenaan de agenda. ‘Er is een toenemend besef dat het belangrijk is om dit bespreekbaar te maken en fouten te erkennen, ook bij medici.’ Het Diak is bezig met een intensief project om de veiligheid te verbeteren. Volgens Steenbergen ontstaan medische fouten in de eerste plaats door een gebrek aan communicatie. In de tweede plaats zijn er geen systemen om fouten op het spoor te komen. ‘En dan kun je er ook niet van leren. In Nederland sterven teveel mensen onnodig als gevolg van te voorkomen incidenten. Iedereen is er mee gediend als dit zou veranderen.’

Ellenlange procedures

Een bezoeker van het debat wijst er van uit de zaal op, dat het systeem van schadeverzekeraars veranderd zou moeten worden. ‘Zij remmen artsen om open met patiënten te praten. Dit systeem zou moeten veranderen.’ Daar zijn alle panelleden het mee eens. Maar hoe krijg je de schadeverzekeraars zo ver? wil een bezoeker weten. Dat blijft lastig: het gaat om een “cultuuromslag” en een “nieuwe dynamiek” vinden de panelleden. Zorgverzekeraars moeten met schadeverzekeraars om de tafel, vindt Steenbergen. Aldien Poll van Agis is het daarmee eens.

De aansprakelijkheidscultuur uit de Verenigde Staten zouden we in ieder geval moeten voorkomen, vat Van Leijenhorst samen. Daar gaan artsen failliet op gemaakte fouten. Een mogelijk ander model is om op voorhand afspraken te maken over uitkering bij fouten. Steenbergen: ‘De meeste ellende komt nu ná de fout, door de ellenlange procedures. We moeten weg van die financieel-juridische wereld bij medische fouten. Dat geeft ruimte.’

Ook de NPCF is bezig met een project om het mogelijk te maken om fouten laagdrempelig te bespreken. Tom Schoen: ‘Een patiënt ziet vaak van alles, maar het is niet geen gewoonte om dat ter sprake te brengen.’ Het ontzag voor de medische stand is nog steeds groot, concludeert Van Leijenhorst. Dat herkent Aldien Poll: ‘Er is een kloof tussen behandelaar en patiënt. Vaak denkt een specialist dat hij een patiënt alle ruimte geeft, maar ervaart die laatste dat helemaal niet zo. De ervaringen matchen niet met elkaar.’

Vraagbaak

Een mevrouw in de zaal wil weten hoe Agis de tevredenheid over kwaliteit van de zorg meet. Aldien Poll legt uit: ‘We gebruiken gesloten vragen, zodat mensen niet hun eigen waardering geven, maar feitelijke informatie. We werken met een steekproef van 1000 mensen. De respons is 75%.’

Agis voelt zich als verzekeraar de vertegenwoordiger van de patiënt, haalt Poll nog eens aan. ‘Steeds vaker treedt de verzekeraar op als mediator tussen arts en patiënt.’ Dat heeft Steenbergen nog niet meegemaakt: ‘Nog nooit in vijftien jaar.’ Maar het gebeurt steeds vaker, volgens Poll. ‘In het nieuwe zorgstelsel krijgt de verzekeraar een andere taak. Hij is degene die weet welk ziekenhuis en welke specialist goed of slecht bekend staat.’ Tom Schoen van NPCF heeft daar nog weinig ervaring mee. Hij verwijst naar regionale patiëntenorganisaties: die hebben daar misschien meer kennis over.

De verzekeraar als vraagbaak, wie wil dat? Vraagt Van Leijenhorst. ‘Iedereen natuurlijk!’ denkt Aldien Poll. De bezoekers in de zaal zijn minder enthousiast. Misschien heeft ook de huisarts een taak, oppert Van Leijenhorst. Poll is het daarmee eens. ‘Er is een hoop informatie beschikbaar die nu niet gebruikt wordt. We zijn steeds meer harde informatie aan het verzamelen, maar dat is nog steeds niet op individueel behandelingsniveau.’

Klachten

Roel Steenbergen van het Diak aarzelt of dat zou moeten. ‘Incidenten en fouten zijn vaak niet terug te voeren tot een individuele specialist. Het heeft te maken met onderlinge communicatie en het systeem van een ziekenhuis. Daar zou meer aandacht voor moeten zijn.’

De vraag wie de informatie zou moeten beheren is dus onbeantwoordbaar, concludeert Van Leijenhorst. Maar waar blijft de verantwoordelijkheid dan? vraagt een student Journalistiek in de zaal zich af. Steenbergen: Als voorzitter van de Raad van Bestuur draag en aanvaard ik verantwoordelijkheid.’ Volgens hem is er een verschil tussen klachtenafhandeling en foutenafhandeling. ‘Aan de afhandeling van klachten wordt door ziekenhuizen veel aandacht besteed. Dat wordt door patiënten als positief ervaren. De afhandeling van gemaakte fouten is een juridisch circus. Normale communicatie wordt dan onmogelijk.’

Een mevrouw in de zaal van het regionale Patiënten en Consumenten Platform gaat in op die klachtenafhandeling. ‘Heel veel klachten worden ongegrond verklaard. Vaak is onduidelijk waarom.’ Maar volgens Steenbergen is dat niet het geval. ‘Patiënten willen vooral gehoord worden. Dat gebeurt door een onafhankelijke commissie. Ook als hun klacht ongegrond wordt verklaard zijn ze meestal tevreden met de afhandeling.’

Behandeling

Een bezoeker wijst er op, dat de discussie afdwaalt. ‘We hebben het over klachten en fouten. Maar het meest belangrijk bij een discussie over kwaliteit is, of er doelmatig is gehandeld. Heeft de behandeling geholpen?’ Maar hoogleraar Klazinga betwijfelt of die informatie interpreteerbaar is: ‘De verschillen in uitkomst van een behandeling hebben meestal met de patiënt te maken, niet met de aanpak. Op sterftepercentage kun je ziekenhuizen niet met elkaar vergelijken.’

Steenbergen is het daarmee eens. ‘“Heeft het geholpen?” is niet de juiste vraag. Heel veel medische behandelingen helpen niet. Over mensen kun je niet praten als over auto’s in de garage. Mensen zijn complexer dan technologie.’ Hij maakt zich zorgen over het “recht op beter worden.” ‘Het neemt extreme vormen aan. Dat leidt tot geweld in ziekenhuizen tegen artsen en verpleegkundigen: de patiënt eist dat de behandeling moet helpen. Dat gaat veel te ver.’

Vertrouwen

Uit alle vergelijkingslijstjes kan de burger geen wijs meer worden, concludeert Van Leijenhorst. ‘De gemiddelde patiënt kan zich geen objectief oordeel vormen aan de hand van die gegevens. Misschien moet dat worden overgelaten aan de zorgverzekeraar?’

Tom Schoen pleit ervoor, dat die informatie wel zoveel mogelijk beschikbaar is voor burgers. Informatie over zorg moet transparant worden, vindt ook hoogleraar Niek Klazinga. ‘Maar dat heeft een keerzijde. Als we doordenderen in de informatiestroom, dan maken we de zorg kapot. Zorg is meer dan ziekenhuizen, zorg gaat om zieke en afhankelijke mensen. Denk aan verpleeghuizen, psychiatrie. Patiënten moeten met vertrouwen in een zorgtraject kunnen stappen.’ Klazinga raadt het boek ‘Logica in de zorg’ van filosofe Annemarie Mol aan.

Kwaliteit van zorg hangt voor een groot deel af van de professionaliteit van de medicus, aldus Van Leijenhorst. ‘Wat kan een Raad van Bestuur doen om die kwaliteit te verbeteren? Artsen zijn immers ook eigenwijs,’ vraagt hij Steenbergen. Klazinga ergert zich aan Van Leijenhorst en Steenbergen: ‘U zit elkaar te bevestigen. U praat alleen over klachten en fouten. Maar de meeste artsen willen gewoon goed zorgen.’

Toetsen

Volgens Aldien Poll moet niet dienstverlening, maar zorginhoud de keuze van burgers bepalen. ‘Denk aan innovaties. Het Meander Medisch Centrum biedt nierpatiënten sinds kort de mogelijkheid tot nachtdialyse. Dat is een geweldige innovatie. Als zorgverzekeraar moet je inkopen op kwalitatieve zorg en niet op prijs.’

Een bezoeker gaat daar op in: ‘Dus u bepaalt straks welke zorg het beste is. Wat schiet de burger daar mee op?’ Er wordt wel degelijk getoetst, reageert Poll.

De zorgverzekeraar heeft een nieuwe positie gekregen, vindt Klazinga. De verschillende verzekeraars moeten zich nog positioneren. ‘Sommigen zijn “betaalkantoren” die gaan voor de winst. Anderen voelen zich verantwoordelijk om de dialoog aan te gaan met zorgaanbieders en de kwaliteit van zorg te toetsen.’

Van Leijenhorst voegt toe: ‘De vraag is dus of de klant dat onderscheid kan maken. Kan de burger in een marktgerichte omgeving dit soort keuzes maken?’ Klazinga: ‘De burger moet zich afvragen wat een verzekeraar doet om goede zorg te garanderen. Er wordt nu vaak gekeken in kokertjes: thuiszorg / huisarts / ziekenhuis. Die blik moet geïntegreerd worden. Mensen hebben daar vaak geen notie van, die kijken naar hun portemonnee en naar de premie.’

Van Leijenhorst wil het debat afsluiten en stelt alle panelleden een laatste vraag: ‘Wat moet er als eerste gebeuren om kwaliteit in de zorg te verbeteren?’ Volgens Roel Steenbergen van het Diakonessenhuis moeten Nederlandse ziekenhuizen hun veiligheidsbeleid verder ontwikkelen. Aldien Poll van Agis Zorgverzekeringen wil als verzekeraar luisteren naar de klanten en de zorgverleners. Tom Schoen van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie vindt het belangrijk de beeldvorming over de zorg aan te pakken. Wolter Kloosterboer van onderzoeksbureau Marketresponse vindt dat vergelijkingslijstjes duidelijker moeten zijn, met betere en helderder criteria. Hoogleraar Niek Klazinga wijst nogmaals op de competitie tussen zorgverzekeraars: ‘Burgers én werkgevers hebben hun keuze gemaakt. En het blijkt dat verzekeraars die hebben ingezet op prijs aan de winnende hand zijn. Er is gekozen voor een lage premie en nauwelijks gekeken naar kwaliteit van zorg.’