

DE FOTO IS HELAAS NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

DE MENSELIJKE MAAT

Arts moet grenzen stellen aan bedrijfsmatige benadering van zijn werk

Door de zorg te zien als een 'product' en het 'productieproces' op te splitsen in onderdelen, verwordt de gezondheidszorg tot een soort lopendebandgeneeskunde. Maar een arts-patiëntrelatie verschilt essentieel van die tussen dienstenproducent en klant.

C. HALMA

In een regio met een universitair medisch centrum (UMC) en twee perifere ziekenhuizen, verwijst de eerste lijn alle patiënten die buiten kantooruren moeten worden gezien door een internist, naar de Spoedeisende Hulp (SEH) van het UMC. Is opname noodzakelijk, dan wordt de patiënt - direct nadat de dienstdoende assistent in opleiding tot specialist (aios) een diagnose en behandelplan heeft opgesteld - overgeplaatst naar de verpleegafdeling van een van de twee perifere ziekenhuizen. Tenzij de patiënt bekend is in het UMC of een aandoening heeft waarvoor opname in het UMC gewenst is.

Patiënt J. is verwezen naar de polikliniek chirurgie vanwege een coloncarcinoom. Chirurg A onderzoekt hem, legt hem de operatieve procedure uit en zet hem op de wachtlijst. >>

<< De hemicolectomie wordt gedaan door aios B onder leiding van chirurg C. De nazorg op de afdeling is in handen van aios D onder supervisie van chirurg E. Na ontslag wordt de patiënt teruggedzien door chirurg A voor een gesprek over de verdere begeleiding en prognose.

Wat hebben deze situatiebeschrijvingen gemeen? Er spreekt een bedrijfsmatige kijk op patiëntenzorg uit. Om de moderne terminologie te gebruiken: de dokter maakt 'productie'; de patiënt is afnemer van het 'zorg-product'; de gang van de patiënt langs dokterswacht, SEH, operatiekamer, verpleegafdeling en verpleeghuis is een 'proces' met 'doorlooptijden'. Topfiguren uit het bedrijfsleven leggen werkbezoeken af in ziekenhuizen en brengen rapporten uit met de boodschap dat alles in de gezondheidszorg niet alleen beter, maar ook efficiënter (lees: goedkoper) kan.

Deze bedrijfsmatige visie komt natuurlijk niet uit de lucht vallen. Het is een gemeenplaats dat de gezondheidszorg big business is geworden. De dokter had vroeger wel tijd, maar geen effectieve behandelingen die duizenden euro's kosten, zoals nu. Het spreekt vanzelf dat de moderne specialist verantwoording aflegt over wat hij doet en voorschrijft. Op hun beurt moeten ziekenhuisbestuurders onderhandelen met en verantwoording afleggen aan de overheid en de ziektekostenverzekeraars. Vanwege de grote financiële en economische belangen in de gezondheidszorg, die steeds ingewikkelder wordt, zijn toezicht en beheer in handen komen te liggen van beroepsbestuurders zonder medische achtergrond, zoals juristen en economen. Als

Het ziekenhuis wordt een garage met de dokter als anonieme monteur

artsen moeten we dus zaken doen met bestuurders die gewend zijn op bedrijfsmatige en bureaucratische wijze te kijken naar wat er in de gezondheidszorg gebeurt. We kunnen wel terugverlangen naar de geneesheer-directeur van weleer, maar dat is zinloze nostalgie.

KLAAGZANG

Dat de managers niet afkomstig zijn uit de rangen van de mensen op de werkvloer is natuurlijk niet uniek voor de gezondheidszorg. Hetzelfde geldt voor het onderwijs en de politie.¹ Het is echter de vraag of de 'gemengd bureaucratisch-bedrijfskundige logica' van de bestuurders wel zo geschikt is om toe te passen op het dagelijkse werk in de gezondheidszorg.¹ Te oordelen naar de spanning die bestaat tussen bijvoorbeeld ziekenhuismanagers (bestuurders) en medisch specialisten (uitvoerders) wringt het behoorlijk. Brievenrubrieken worden gevuld met klaagzangen over de bureaucrativering van de zorg, en de onwetendheid en onkunde van de managers. Ik wil hier niet uitgebreid ingaan op de vraag hoe het komt dat artsen vooral klagen en verder zo weinig tegenwicht bieden aan die vermaledijde managers. Het heeft misschien iets te maken met de mentaliteit van de arts, die

vooral is geïnteresseerd in de zorg voor de individuele patiënt en nauwelijks belangstelling heeft voor andere besognes, zoals besturen, organiseren en onderhandelen. Belangrijker is dat artsen - maar ook verpleegkundigen - zich bewust worden van het feit dat de eisen die bestuurders aan hen stellen niet altijd stroken met hun professionele verantwoordelijkheid.

Een voorbeeld: de arts-patiëntrelatie. Deze komt niet geheel overeen met de relatie tussen een kledingverkoper en een klant, of tussen een conducteur en een treinreiziger. Voor artsen is dit evident; voor sommige bestuurders lijkt dat niet zo te zijn.

EMOTIONELE COMPONENT

De arts-patiëntrelatie is een persoonlijke relatie, die wordt gekenmerkt door een zekere mate van continuïteit. Een patiënt heeft een relatie met een arts, niet met een ziekenhuis, en komt in het geval van een chronische ziekte steeds bij dezelfde arts terug. Deze arts houdt een dossier bij, dat collega's kunnen inzien en gebruiken wanneer hij afwezig is en de patiënt in de problemen komt. Hierin staan zaken die de patiënt heeft toevertrouwd aan de arts, het zogenaamd medisch geheim. Een arts zal niet alles in een dossier zetten wat hem in vertrouwen wordt verteld, zeker als het niet direct relevant is voor diagnose en behandeling. Al deze aspecten - persoonlijke relatie, continuïteit, vertrouwelijkheid - komen onder druk te staan bij de toenemende 'rationalisering van de processen in het ziekenhuis'. De patiënten worden voor hetzelfde probleem achtereenvolgend door steeds andere artsen gezien. Het ziekenhuis wordt een garage met de dokter als anonieme monteur die 'zijn kunstje doet': patiënt zien op de SEH, eerste consult op de poli, opereren, slechtnieuwsgesprek, wond- of gipscontrole, endoscopie, percutane coronaire interventie, begeleiding op de verpleegafdeling (in een ploegendienst vanwege het Arbeidstijdenbesluit), intercollegiaal consult, patiënt terugzien op polikliniek na ontslag.

In een garage hoeft ik meestal niet te weten wie de monteur is; wanneer je in een ziekenhuis komt vanwege kanker ligt dat toch anders. Ziekte heeft een emotionele component die een lekkende carburateur niet heeft.²

IN DE VINGERS

Maar er zijn ook bedrijfskundige redenen waarom het niet efficiënt is als patiënten volgens het lopendebandprincipe worden behandeld. Het overdragen van een patiënt kost tijd (dus geld). Hoe meer overdrachten, des te duurder wordt de zorg. Bij het overdragen van patiëntgegevens gaat bovendien altijd informatie verloren, wat soms ernstige gevolgen kan hebben, die tijd of geld kosten. Denk aan kleine maar essentiële historische gegevens zoals een allergie voor een geneesmiddel of eerder doorgemaakte ziektes of operaties. Elke arts weet dat hij een patiënt alleen goed 'in de vingers heeft', als hij zelf de

Arbeidsdeling leidt tot lopendeband v

DE FOTO I
NIET BESC
VOOR IN

SAMENVATTING

- In de gezondheidszorg wint een bedrijfsmatig-bureaucratische visie op de patiëntenzorg steeds meer veld.
- Deze visie staat echter op gespannen voet met de professionele verantwoordelijkheid van de arts.
- Artsen moeten zich hiervan bewust zijn en duidelijk grenzen stellen aan de bedrijfsmatige benadering van hun werk, zeker voor zover het de patiëntenzorg en de specialistenopleiding betreft.

MC-artikelen over marktwerking in de zorg vindt u via www.medischcontact.nl/dezeweek.



anamnese heeft afgenomen en de patiënt zelf heeft onderzocht. Dit is niet terug te vinden in de bedrijfskundige studieboeken over de gezondheidszorg. De manager zal tegenwerpen dat dit probleem met het EPD (elektronisch patiëntendossier) tot het verleden zal behoren. Dat EPD is echter al vele jaren toekomstmuziek. Laten we dan maar wachten tot er een perfect EPD is, voordat we verdergaan met het fragmenteren van de zorg.

Elke manager kent het principe van de arbeidsdeling, het opdelen van een productieproces in onderdelen, zoals bedacht door Frederick Winslow Taylor, de vader van het wetenschappelijk management. Hierbij voert elke arbeider steeds dezelfde kleine handeling uit, bijvoorbeeld aan de lopende band. Elke manager weet ook dat gebleken is dat arbeidsdeling niet leidt tot een toegenomen productie, maar tot vervreemding en frustratie van de arbeider en verminderde arbeidsproductiviteit.

KWALITEITSVERLIES

Een patiënt 'statussen' op de SEH en daarna nooit meer zien of horen hoe het met hem is afgelopen, geeft minder arbeidsatisfactie dan het kunnen volgen van de patiënt en zijn ziektebeeld, zelfs al is het maar van horen zeggen. Bovendien is voor een goede opleiding tot specialist continuïteit van zorg essentieel. De aios moet kunnen zien of zijn werkdiagnose en beleid hebben geleid tot het gewenste resultaat ('feedback' in het managementjargon). De aios moet niet alleen maar snapshots zien van zieke mensen; hij moet ook het beloop in de tijd meemaken van een ziekte of een genezingsproces.

Het klinkt wat pathetisch, maar het gaat om de menselijke maat. Een analogie maakt dit misschien wat duidelijker. Het vervangen van loketverkoop door kaartjesautomaten in treinstations is economisch gezien een goede maatregel geweest, want het heeft veel arbeidsplaatsen overbodig gemaakt. Gevolg is echter dat sommige bejaarden de trein niet meer nemen, afschrikt door onbemenste (onveilige) stations met onbegrijpelijke automaten, waaraan ze niet kunnen vragen hoe ze van Delfzijl naar Hardenberg moeten. Zo zit de gemiddelde zieke niet al te assertieve bejaarde in het ziekenhuis niet te wachten op elke keer een andere dokter. De vervanging van conducteurs in bussen en trams door stempelautomaten is een ander voorbeeld van kwaliteitsverlies door productiviteitswinst.

PLEITBEZORGERS

Om terug te komen op de eerste situatieschets: de sluiting van de SEH-afdelingen in de perifere ziekenhuizen heeft natuurlijk plaatsgevonden om financiële redenen. Het gaat wat ver om te eisen dat deze worden heropend vanwege de unieke arts-patiëntrelatie. Maar het is ook niet goed dat de aios in het UMC 's nachts aan de lopende band patiënten statust zonder te weten hoe het zijn patiënten verder vergaat.

Daarnaast vraag ik me af of het aange-naam is om als je 's nachts ziek bent gewor-

den, tweemaal een ritje in de ambulance te moeten maken en tweemaal gestatust te worden: eerst in het UMC en daarna nog eens in het perifere ziekenhuis. Is er niet een betere oplossing te bedenken, ook al kost dat misschien iets meer geld?

In het tweede voorbeeld verbaast het me dat patiënten tegenwoordig met deze gang van zaken genoegen nemen. Hoezo vrije artskenkeuze? Ik zou geopereerd willen worden door dezelfde chirurg met wie ik op de poli gesproken had en die zou ik bij voorkeur ook aan mijn bed willen zien na de operatie. Dat moet toch te regelen zijn?

De arts-patiëntrelatie is wezenlijk anders dan die tussen dienstenproducent en klant. Over de financiële kant ervan mogen bedrijfskundigen natuurlijk meepraten: uurtarief, verrichtingentarieff, dienstverband. De specifieke arts-patiëntrelatie is echter het domein van dokter en patiënt (die we veel te weinig horen) en niet van de manager. Artsen moeten daarom duidelijke grenzen stellen aan de bedrijfskundige benadering van hun werk. Het uitgangspunt van de arts is de persoonlijke relatie met de patiënt, gebaseerd op continuïteit en vertrouwen. Als daaraan wordt getornd op grond van financieel-economische argumenten, moet de arts 'nee' zeggen en voet bij stuk houden. We moeten daarin pleitbezorgers zijn voor onze patiënten. En hopelijk krijgen we dan ook wat plezier in ons werk. ■

dr. C. Halma,
internist Medisch Centrum Leeuwarden

Correspondentieadres: c.halma@znb.nl; cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Literatuur

1. Tjeenk Willink HD. Jaarverslag 2005. Raad van State. www.raadvanstate.nl
2. McCormick J. Death of the personal doctor. *Lancet* 1996; 348: 667-8.

werk en fragmentatie van de zorg.

S HELAAS
HIKBAAR
TERNET