

Product- en procesdenken in de huisartsenzorg

Zorg is meer dan een product



drs. N.P.C.A. Vermunt, huisarts en econoom

prof. dr. G.P. Westert, hoogleraar Kwaliteit van Huisarts- en Ziekenhuiszorg bij Tranzo (Wetenschappelijk Centrum voor Transformatie in Zorg en Welzijn), faculteit der Sociale Wetenschappen, universiteit van Tilburg

Correspondentieadres
n.p.c.a.vermunt@gmail.com;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Beeld: Roland Blokhuisen

Een huisarts die het productdenken hoog in het vaandel heeft, schiet tekort bij een onzekere oudere patiënt met multimorbiditeit. Maar waarom is hier nu eigenlijk sprake van een mismatch tussen vraag en aanbod?

Het contact tussen een patiënt en zijn huisarts is op verschillende manieren te kenschetsen. Zo is de relatie tussen huisarts en patiënt er een van aanbod en vraag. Marktwerving, commercialisering, technologische veranderingen, individualisering en standaardisatie beïnvloeden het aanbod van en de vraag naar zorg.¹

Iemand die zorg vraagt, kan zich opstellen als patiënt of als consument. Een patiënt is een zieke; een consument is iemand die zorg verbruikt.²

De manier waarop een huisarts zorg biedt, is een mix van productdenken en procesdenken. Het productdenken is te omschrijven als zorg in een klantrelatie vastgelegd in een behandelovereenkomst. Deze zorg is probleemgeoriënteerd, doelgericht en verantwoord door protocollering en standaardisatie. De zorgproducten zijn afgebakend, duidelijk gedefinieerd, verhandelbaar op

de zorgmarkt en kunnen door inwisselbare zorgverleners worden geleverd. De vragers van deze zorg stellen zich op als consumenten; de ziekte staat centraal.³⁻⁷ Aandoeningen waarbij een huisarts voor productdenken kiest, zijn bijvoorbeeld een urineweginfectie en een enkeldistorsie.

Bij het procesdenken draait het om de relatie tussen arts en zorgvrager, met als belangrijke

waarden nabijheid, betrokkenheid en zorgzaamheid. De relatie heeft een verbintenis-karakter en is patiëntgeoriënteerd. De zorg wordt aangepast aan de patiënt en zijn omstandigheden. De *personen* van de arts en de patiënt zijn essentieel voor de geboden zorg. De zieke, de patiënt, staat centraal.^{3-7 25} Voorbeelden van zorg waarbij de nadruk ligt op procesdenken, zijn palliatie bij maligniteiten en COPD. Zowel het productdenken, als het procesdenken hoort tot de professionele vaardigheden van de huisarts en wordt afhankelijk van de aandoening, de zorgbehoefte, de zorgsituatie, de sociale structuur en de leeftijd, in verschillende mate toegepast in elk zorgcontact.

Tegenwoordig ligt de nadruk op zorgvragende consumenten en het zorgaanbod in de vorm van producten.^{5 6 8 9} Maar het beperken van de zorgrelatie tussen arts en patiënt tot de concepten consument en productdenken geeft geen volledig beeld van de zorgvraag en het zorgaanbod. Deze beperkte benadering kan leiden tot spanningen tussen arts en patiënt, omdat vraag en aanbod niet goed op elkaar zijn afgestemd. We zullen deze stelling illustreren.

Uitdagingen

Anno 2009 staat de huisarts in zijn relatie tot de zorgvrager voor een aantal uitdagingen. Zo zit de huisarts in een spagaat tussen de vereisten van het productdenken (het bieden van – letterlijk en figuurlijk – ‘gestandaardiseerde’ zorg) en de moeilijke toepasbaarheid van dit product-

*De huisarts
zit in een spagaat*

Elementen van productdenken en procesdenken		
	productdenken	procesdenken
doel	verbeterdoel/genezen	kwaliteit van leven/care
	onzekerheidsreductie	geen illusie totale controle
waarden	autonomie	verbintenis
	eigen verantwoordelijkheid	gedeelde verantwoordelijkheid
	inwisselbare arts	authenticiteit
	professionele distantie	professionele betrokkenheid ²⁶
relatie	contractrelatie/behandel-overeenkomst	niet-juridische verbintenis
	symmetrisch	asymmetrisch
	individueel gericht	gemeenschappelijkheid
	transactie	interactie
	gericht op zorgvrager	wisselend actorschap
zorgaspecten	probleemoriëntatie	oriëntatie op unieke individuele patiënt
	klantgericht	patiëntgericht
	evidence-based medicine	dokteren ²⁷ /maatwerk
	protocollering	praktijkwijsheid
	standaardisatie	afstemmen op persoon
	doelgericht ingrijpen	latende modus
	werken vanuit grootste gemene deler	oog voor het unieke van ieder mens
	planmatig	adaptief
	gefragmenteerd	langdurig
	gespecialiseerd	integraal
	vereenvoudiging van werkelijkheid	realiteitszin
	verlangens aanwakken	uitersten temperen
	grenzeloos ²⁸	grenzen aan dadendrang
	bestrijding van lijden	leedtolerantie ²⁹

(Gebaseerd op referenties 3-7, 12-23)

Zorgaanbod en zorgvragers

zorgaanbod volgens procesdenken

denken op groepen kwetsbare patiënten. De kwetsbaarheid van patiënten hangt samen met multimorbiditeit, ouderdom, chronische aandoeningen en moeilijke omstandigheden.^{5 6} Een andere uitdaging is dat een deel van de zorgvragers zich opstelt als (veeleisende) consument. De huisarts krijgt te maken met consumentisme, claimend gedrag en agressie.¹⁰ De zorgconsument ziet hem als technisch bekwaam, maar inwisselbaar voor een andere leverancier.^{5-7 9}

Bij beide uitdagingen zijn de zorgvraag en het zorgaanbod in de brede zin van het woord niet op elkaar afgestemd. Een kwetsbare patiënt krijgt mogelijk niet de optimale zorg, omdat zijn huisarts het productdenken laat overwegen, terwijl voor deze situatie procesdenken geschikter lijkt.³⁻⁶ Onpersoonlijk consumentisme, claimend gedrag en agressie kunnen leiden tot mentale overbelasting van de huisarts.^{5 11} Rechtsboven zijn de relaties tussen het zorgaanbod en de zorgvraag vereenvoudigd weergegeven.

Het is belangrijk te bedenken dat iedere zorgvrager zowel consument- als patiënt-



Niet iedere patiënt kan zijn eigen zorgvraag formuleren

eigenschappen heeft en dat elk zorgaanbod elementen van het procesdenken en van het productdenken in zich draagt. Per cel in de figuur verschilt de nadruk op deze componenten echter. De cellen vertegenwoordigen combinaties van zorgvraag en zorgaanbod en de mate waarin deze op elkaar aansluiten. Alvorens de inhoud van de cellen te behandelen, gaan we dieper in op de concepten productdenken en procesdenken.

De tabel geeft een samenvatting van de elementen van productdenken en procesdenken. Door deze aanbodconcepten te relateren aan de zorgvrager (als patiënt en als consument), zijn de genoemde uitdagingen voor de huisartsenzorg beter te begrijpen.

Zelf kiezen

Het productdenken en de consument lijken voor elkaar gemaakt (cel A). En ook de als patiënt te karakteriseren zorgvrager en het

procesdenken passen goed bij elkaar (cel D). Vooral oudere patiënten met multimorbiditeit, chronische aandoeningen en moeilijke omstandigheden zijn gebaat bij deze aanpak van de huisarts.

De concepten productdenken en patiënt zijn niet goed te verenigen (cel B). De arts die het productdenken toepast, gaat ervan uit dat de autonome zorgvrager zijn eigen zorgvraag formuleert. Niet iedere patiënt kan dat echter. Ook impliceert het productdenken dat de zorgvrager zelf kiest en dus ook zelf de verantwoordelijkheid voor de gevolgen van deze keuze draagt. De patiënt in cel B verwacht echter steun en gedeelde verantwoordelijkheid bij een onverwachte, negatieve uitkomst.^{3 4 7}

Op het gebied van de zorgvraag bestaat ook het risico dat ingewikkeldere patiënten – patiënten met een hogere leeftijd, moeilijke omstandigheden, een chronisch probleem, multimorbiditeit – worden vermeden, omdat het moeilijk is gestandaardiseerde zorgproducten in te zetten om deze gezondheidsproblemen te verbeteren/te genezen. Het productdenken stimuleert niet tot dokteren, terwijl dat wel noodzake-

SAMENVATTING

- Iedere zorgvrager heeft consument- en patiënteigenschappen.
- Het productdenken en het procesdenken zijn essentiële onderdelen van de professionaliteit van de huisarts.
- Discrepanties tussen 'consumenten'-vraag en 'proces'-aanbod van de huisarts kunnen leiden tot consumentisme, claimend gedrag en agressie of mentale uitputting van de huisarts.
- Het toepassen van productdenken op kwetsbare patiënten kan leiden tot een niet-beantwoorde hulpvraag.
- Bewustwording van consument- en patiënteigenschappen van zorgvragers en proces- en productelementen van het zorgaanbod helpt om zorgvraag en -aanbod in de huisartsenzorg beter op elkaar af te stemmen.

lijk is voor deze zorgvragers.²⁷ Ook is er op de zorgmarkt geen ruimte voor het ongewisse, nieuwe, frustrerende en tragische, waardoor het moeilijk is de zorg een menselijke maat te geven.^{6,7}

De realiteit van de patiënt bestaat uit vergankelijkheid en soms uit lijden en sterven. Het productdenken gaat echter uit van maakbaarheid en verbeterbaarheid. Het productdenken laat de illusie van de totale controle bestaan. Lijden, sterven en vergankelijkheid passen daar niet bij. Aan de zorgvraag van patiënten die hiermee

worden geconfronteerd, wordt niet voldaan.⁵⁻⁷

Kenmerkend voor het productdenken zijn relaties die onpartijdig, gedistantieerd, rationeel en gelijkwaardig zijn.²⁴ Om de zorg goed af te stemmen op de vraag van een patiënt is een relatie nodig

die uitgaat van asymmetrie, afhankelijkheid, betrokkenheid, kwetsbaarheid, waarbij ook op niet-rationele gronden beslissingen worden genomen. Doordat bij het productdenken het winst oogmerk een rol speelt, ontbreken betrokkenheid en persoonlijke aandacht in de zorgverlening.^{3-7,9,13}

Mismatch


Het procesdenken en de consument passen ook niet goed bij elkaar (cel C). Op de probleemgeoriënteerde zorgmarkt worden zorgproducten en zorgprocessen verhandeld tussen klanten en aanbieders. De consument stelt eisen aan de kwaliteit. In het procesdenken biedt de arts primair de niet-verhandelbare persoonlijke zorgrelatie aan. De mismatch tussen de zorgvrager als consument en het procesdenken kan leiden tot consumentisme, claimend gedrag of agressie.¹⁰ De markt pretendeert voor ieder

probleem een oplossing of een verzachting te hebben en anders wordt deze wel gecreëerd.

De consument, die zijn verwachtingen baseert op de informatie van de zorgmarkt, kan irreële verwachtingen gaan koesteren en deze ook uitspreken. De procesaanpak, als het bijstaan in lijden en nood, kan als kwalitatief onvoldoende worden ervaren. Het doel is verbetering met zo min mogelijk onzekerheid. Lijden en vergankelijkheid zijn taboe geworden.^{6,7}

In het procesdenken is de arts professioneel betrokken en gaat hij uit van een relatie waarin wederkerigheid en respect vanzelfsprekend zijn. De consument ziet de arts als een leverancier van zorgproducten. De arts ziet de zorg niet als product. De consument rekent de arts af op het geleverde product en/of het resultaat van de zorg. Dit kan leiden tot een eisende houding, waarbij de consument onvoldoende rekening houdt met professionele standaarden en andere zorgvragers. Een eisende houding en gebrek aan wederkerigheid en respect kunnen bij de arts leiden tot een afname van plezier en motivatie en uiteindelijk tot emotionele uitputting. Agressie in de zorgrelatie heeft een grote impact op de individuele arts.^{7,9-11}

Professionaliteit

We concluderen dat zowel het procesdenken als het productdenken essentiële onderdelen zijn van de professionaliteit van de huisarts. De zorgvrager heeft in elk contact in meer of mindere mate patiënt- en consumentteigenschappen. Een eenzijdige nadruk op de zorgvragende consument en een huisarts die productdenken toepast, draagt bij aan spanningen tussen arts en zorgvrager door onvoldoende afstemming van vraag en aanbod. 

Lijden en vergankelijkheid zijn taboe geworden



De literatuurlijst vindt u onder dit artikel op onze website: www.medischcontact.nl.



Literatuur

1. Groenewegen PP, Hansen J, Bekke S ter. Professies en de toekomst. Veranderende verhoudingen in de gezondheidszorg. Springer Uitgeverij, 2007.
2. Sterkenburg PGJ van, Verburg ME. Van Dale handwoordenboek van hedendaags Nederlands, tweede druk, Van Dale Lexicografie, Utrecht/Antwerpen, 1996.
3. Baart A. Een theorie van de presentie. Band 1. Lemma, Utrecht, 2001.
4. Baart A., Een theorie van de presentie. Band 2. Lemma, Utrecht, 2001.
5. Heijst A van. Van professie naar professionaliteit; In: Pijnenburg M, Mansum P van. Voor zorg gekozen: een uitdagende erfenis, FSCZ en UMC St Radboud, Nijmegen, 2000.
6. Heijst A van. Menslievende Zorg. Een ethische kijk op professionaliteit. Klement, Kampen 2005.
7. Mol A. De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen. Van Gennep, Amsterdam, 2006.
8. KNMG Manifest 'Medische professionaliteit' KNMG, Utrecht, 2007.
9. Tonkens E. Mondige burgers, getemde professionals: marktwerving, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector. NIZW, Utrecht, 2003.
10. Jagt EJ van der. Eisend gedrag en agressie van zorgvragers; uit Signalering Ethiek en Gezondheid 2003.
11. Onbekende auteur. Vrouwelijke arts vaker opgebrand. Brabants Nieuwsblad, 14 oktober 2008.
12. Have HAMJ ten, Meulen RHJ ter, Leeuwen E van. Medische Ethiek, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2003.
13. Hilhorst MT. Goeddoen met winst maken. Naar een economisering van zorg en beroepsethiek? Publicatie van het Centrum voor Ethiek en Gezondheidszorg, Den Haag, 2004.
14. Boyd CM, Darer J, Boulton Ch, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients with Multiple Comorbid Diseases. Implications for Pay for Performance. JAMA 2005; 294: 716-24.
15. Mayer Th, Cates RJ. Service Excellence in Health Care. JAMA 1999; 282: 1281-3.
16. Coulter A. Patients' views of the good doctor. BMJ 2002; 325: 668-9.
17. Ngo-Metzger Q et al. End-of-Life Care: Guidelines for Patient-Centered Communication., Am Fam Physician. 2008; 77 (2): 167-74.
18. Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J. Interventions for providers to promote patient-centred approach in clinical consultations (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, issue 4. Art. No.: CD003267. DOI: 10.1002/14651858.CD003267.
19. Pringle M. Primary care: core values Patient centered primary care. BMJ 1998; 316: 1882-3.
20. Rebel A. Management van Menslievende Zorg. Zorgmanagement op het snijvlak van kruisende logica's. Thesis ter afronding van de studie Master of Health Administration, jaargang 15, TiasNimbas Business School, Tilburg, 2007.
21. Baart A, Grypdonck M. Verpleegkunde en presentie. Een zoektocht in dialoog naar de betekenis van presentie voor de verpleegkundige zorg. Lemma, Den Haag, 2008.
22. Jansen MGMJ. Presentie en Prestatie. Sleutelbegrippen in een verpleegeethiek., Utrecht, 2004.
23. Verkerk M. Zorgethiek: naar een geografie van verantwoordelijkheden. In: Manschot H, Dartel H van. In gesprek over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk. Boom, Amsterdam, 2003.
24. Manschot H, Verkerk M. Ethiek van de zorg. Boom, Amsterdam-Meppel, 1994.
25. Deze beschrijving van het procesdenken moet niet worden verward met het 'logistieke' procesdenken.
26. Professionele betrokkenheid bestaande uit persoonlijke aandacht, zorgzame attitude, steun, empathie en nabijheid.
27. Dokters: Het komt in de spreekkamer niet aan op het uitvoeren van kant en klare technieken, maar op uitvinden en experimenteren, om het zorgaanbod aan te passen aan de unieke zorgvrager met zijn of haar unieke zorgvraag. Zie ook noot 7.
28. Grenzeloos: 'De markt laat mensen in plaats van met hun neus door de ellende van hun ziekte te wrijven en aan te sporen tot aanvaarding en verstandigheid, dromen van allerlei moois. De markt kan daardoor aan chronisch zieken aan het verkopen blijven. De potentiële vraag naar gezondheid van chronisch zieken is grenzeloos.' Zie ook noot 7.
29. Leedtolerantie: Het procesdenken beperkt zich tot redelijke behandeling en probeert de patiënt te beschermen tegen oneindig doorbehandelen ter vermindering van de eigenlijke situatie. Zie ook noot 6 en 7.