

CHIRURG WITTENS PLEIT IN ZIJN BOEK VOOR ZORG OP RADICAAL ANDERE BASIS

‘Doodzieke zorg moet op de schop’

Andere ziekenhuizen met anders werkende artsen zijn de sleutel tot betere en meer betaalbare ziekenhuiszorg. Daarvan is vaatchirurg Cees Wittens overtuigd, die het in een ‘deltaplan’ over een andere boeg wil gooien.

Een operatie loopt uit. Het operatieteam besluit af te zien van de laatste operatie die daarna stond gepland, want anders wordt het te laat. Chirurg, anesthesioloog en ok-verpleegkundige vertrekken naar huis, alle dure faciliteiten blijven onbenut achter, en de al maanden op zijn operatie wachtende patiënt slijkt zijn teleurstelling weg.

Vaatchirurg Cees Wittens zucht diep. Zo’n situatie is een grote doorn in zijn specialistenooi. Na zo’n veertig jaar meedraaien in de ziekenhuiswereld zijn er wel meer zaken die hij graag anders ziet. Hoe, dat legde hij vast in het boek *De zorg is doodziek*, in de hoop dat beleidsmakers durven te kiezen voor een radicaal andere inrichting van de specialisten- en ziekenhuiszorg.

Want artsen kunnen op dit moment niet altijd de best mogelijke zorg bieden. En in ziekenhuizen wordt geld niet efficiënt besteed. Dat zijn, kort samengevat, de belangrijkste kritiekpunten die Wittens uit in zijn boek. In een bijbehorend symposium dat op 20 december plaatsvindt, wisselt hij van gedachten met sprekers als zorgondernemer Loek Winter, vice-voorzitter Huib Cense van de Federatie

Medisch Specialisten (FMS), en oud-bestuursvoorzitters Herre Kingma (Medisch Spectrum Twente) en Hans Büller (Erasmus MC) over de implicaties van zijn plan.

Wittens, zelf werkzaam voor het Maastricht UMC+ en DC Klinieken Slotervaart, heeft volgens eigen zeggen ‘een kritisch oog’. Dat leverde hem de nodige innovaties in zijn eigen vakgebied op, en bracht hem tot zijn toekomstdroom van het ideale ziekenhuislandschap. Hij wil vooropstellen dat hij de mensen die in ziekenhuizen werken niks kwalijk neemt. ‘Mijn boek is geen aantijging tegen de mensen, maar tegen het systeem dat we hebben gebouwd. Dat is ziek, en daardoor komen mensen niet tot hun recht.’

Eerst de basis

De basis van Wittens’ ‘deltaplan’, zoals hij zijn voorstel aanduidt, begint bij een nieuwe ziekenhuisstructuur. Weg met de wildgroei aan ziekenhuizen, zbc’s en klinieken die er nu bestaan. Wat Wittens betreft kan het aanbod worden teruggeschroefd: naar zes academische ziekenhuizen, zo’n vijftig tot zestig dagbehandelcentra en twintig 24-uurscentra.

Om met die laatste beginnen. Die twintig volcontinucentra zijn bedoeld voor zorg waarbij een opname nodig is, en daar wordt 24 uur per dag, zeven dagen per week gewerkt. Los van een nachtelijke schoonmaakronde, draaien artsen hier het etmaal rond in ploegendiensten. Want dat maakt dat een dergelijk ziekenhuis ‘gemiddeld drie keer zo productief is als een even groot, bestaand ziekenhuis’, aldus Wittens. Bovendien worden ze identiek gebouwd, waardoor alles – van operatiekamer tot facilitaire dienst en administratie – gelijk is. Dat bespaart kosten op ontwerp, onderhoud en inkoop, voorziet Wittens. Deze ziekenhuizen dienen zich wel te specialiseren in hun behandelingen, ervan uitgaand dat ‘verdere concentratie van kennis en kunde’ de kwaliteit van zorg ten goede komt.

Naast die 24-uurscentra ziet Wittens ruimte voor zo’n vijftig tot zestig dagbehandelcentra, die zich beperken tot een handvol behandelingen. In die centra worden relatief eenvoudige ingrepen uitgevoerd die geen opname vergen, en samen goed zijn voor 60 tot 70 procent van de benodigde zorg die nu door algemene ziekenhuizen wordt geleverd. Ook hier is de gedachte: hoe meer artsen zich concentreren op een bepaalde vaardigheid, hoe beter ze hun werk zullen doen. Het aantal dure universitaire medische centra mag van Wittens worden teruggebracht. Vanwege de spreiding over het land zou hij het UMC in Leiden en een van de twee Amsterdamse willen schrappen. De zes die overblijven focussen dan



MATS VAN SOOLINGEN

‘Een ziekenhuis is in de eerste plaats een reparatiebedrijf’

volledig op topklinische, innovatieve zorg die zo vernieuwend is dat er nog weinig over in richtlijnen is te vinden. Ja, patiënten zullen in zo’n situatie verder moeten reizen naar een passend ziekenhuis. En artsen zullen een meer afgebakend takenpakket krijgen. Maar een ziekenhuis is ‘in de eerste plaats een reparatiebedrijf’, zegt Wittens. ‘Iets is kapot en dat moet gerepareerd, en dat moet effi-

ciënt. Dat is de basis.’ Zaken als een ziekenhuis om de hoek, goed eten op de zaal en een empathische arts zijn belangrijk voor patiënten ‘maar we hebben nu niet het geld voor de basis én de extra’s. Laten we nu eerst de basis goed maken’.

Opleiding in delen

Eén van de zaken die Wittens hoopt te ondervangen met zijn nieuwe zieken-

huisstructuur ‘is het veranderde arbeids-ethos’ onder artsen en andere zorgverleners. Met ietwat lede ogen ziet hij aan hoe zij toch vaker een negen-tot-vijfmentaliteit hanteren dan hem, diep in het hart, lief is. Hij begrijpt het en probeert erin te berusten – ‘het is de nieuwe generatie’ – maar wil er een oplossing voor vinden, die in ieder geval toekomstige artsen met een meer diverse loopbaanopties biedt.

Daarom pleit hij voor een andere opleiding die erop aansluit: geen zesjarige specialisatie voor elke arts, maar een opleiding in delen. Na de eerste twee jaar kan een arts als zaalarts aan de slag, die overdag actief is in een opnameziekenhuis. In deze functie is er veel ruimte voor patiëntcontact, voor de arts die daar het meeste affiniteit mee heeft. 'De huisarts van het ziekenhuis' vat hij deze functie samen.

Na nog eens twee jaar studie kan een wat verder gespecialiseerde arts aan de bak in een dagbehandelcentrum – ook nog steeds een meer regelmaat brengende positie, want die centra zijn 's avonds niet open. Voor de carrièretijgers die zich verder willen specialiseren en die leven voor hun artsenbestaan, wachten de laatste twee jaar van specialisatie. De specialist met dit diploma op zak, kiest voor de consequentie van een ploegendienst-

'Het kunstje dat ik goed kan, doe ik weinig'

bestaan in een 24-uurscentrum. En focust dan ook volledig op het 'kunstje' waar hij goed in is. Wittens is voorstander van meer specialisatie in de artsentaken. Hij vindt het zonde dat een arts die goed is in bijvoorbeeld een bepaalde operatie of diagnose, daar maar een relatief klein deel van de tijd mee bezig is. Hij ziet liever taken gesplitst: de arts met meer affiniteit met de patiënt achter de ziekte richt zich daarop, de arts die wil focussen op zijn technische of diagnostische vaardigheid, kan daar meer tijd aan besteden. 'Ik heb zes jaar geleerd voor opereren, maar opereer nu anderhalve dag per week. Het kunstje dat ik goed kan, doe ik

weinig. Dat is eigenlijk zonde', stelt Wittens. Voor de arts van de toekomst moet dat anders, wat hem betreft. 'Die staat acht uur te opereren. Zou ik dat zelf willen? Nee, ik zou dat vreselijk vinden, want ik vind het leuk om mijn patiënten na een operatie te zien. Maar als je het systeem anders inricht, krijg je ook andere mensen die met een andere motivatie het beroep kiezen.' Artsen moeten wat hem betreft daarnaast allemaal in loondienst, om elk risico op perverse productieprikkels te vermijden.

Computers uit 1800

Wittens breekt in *De zorg is doodziek* een stevige lans voor moderne, landelijk uitgerolde ICT in ziekenhuizen. Verontwaardigd: 'Er staan nu computers uit het jaar 1800, die minutenlang opstarttijd nodig hebben, en niet met elkaar kunnen communiceren. In ziekenhuizen staat spul waar je thuis niet mee wilt werken.'

Gecombineerd met een digitaal patiëntendossier dat voor elke zorgverlener inzichtelijk is – en een pasje in beheer bij de patiënt – zou de kwaliteit van zorg drastisch verbeteren, verwacht hij. Artsen hoeven geen onderzoeken meer te doen die collega's elders al hebben verricht. En krijgen zicht op het volledige ziektedossier van een patiënt, wat helpt om betere afwegingen te maken. 'Patiënten hechten minder aan privacy dan we denken. Op een verjaardag zijn ze bij wijze van spreken de eerste om te vertellen over hun kankerbehandeling.'

Bovendien maakt dergelijke ICT het mogelijk om snel, relatief eenvoudig en zonder toenemende administratielast te meten. En Wittens ziet vooral graag dat er meer wordt gemeten. Wat is een gekozen behandeling en wat was het effect? En: welke specialist en welk ziekenhuis doen het goed, en welke minder? Als het aan hem lag, worden artsen strenger gevolgd. Wie het goed doet, mag beloond, wie het minder doet wordt, als waarschuwing en bijscholing niet helpen, uit het vak gezet. 'De zorg die wordt geleverd gaat om jouw moeder, kind, broer. Dat moet je iedereen voorhouden.'

Wittens neemt voor zijn deltaplan het jaar 2050 als horizon, 'zodat de mensen die er nu werken er geen last van hebben en zich gaan verzetten, maar meedelen'. 'We hebben het zorgstelsel dertig jaar lang laten groeien. En het werkt niet goed. Er komt telkens, als zeepsop, blubblub, iets nieuws bij, maar er gaat nooit iets vanaf.' Hij heeft er geen vertrouwen in dat de ziekenhuiszorg zich vanzelf evolueert naar iets wat leidt tot betere zorg tegen minder kosten. Vandaar zijn drang om het over een andere boeg te gooien.

Opnieuw beginnen

Ja, hij is wel een beetje 'de oude grijsaard' die moppert en geen concreet antwoord op de vraag biedt hoe een overgang van het huidige systeem naar zijn ideale ziekenhuisomgeving in de praktijk mogelijk is, erkent Wittens ruitertlijk. Wat hij vooral hoopt, is dat zijn poging out of the box te denken voer voor discussie biedt, en dat hij bij politici een snaar raakt. 'We moeten echt opnieuw beginnen. Het liefst zou ik zien dat een brede commissie van honderd mensen wordt samengesteld, die twee jaar sleutelt aan en nadenkt over een toekomstschets. En dan zegt: dit is het, dit voeren we consistent uit. Net als bij het Zeeuwse Deltaplan gebeurde. Dat heeft ook meerdere kabinetten doorstaan. Daar mag ook iets heel anders uitkomen dan ik schets. Als we maar een doel hebben en weten waar we naartoe gaan.' ■

web

Wittens presenteert zijn visie tijdens het symposium 'De zorg is doodziek' (dezorgisdoodziek.nl), op dinsdag 20 december, in hotel/theater Figi te Zeist. *De Zorg is doodziek*, Cees Wittens, Uitgeverij PMA, 91 blz., 35 euro.