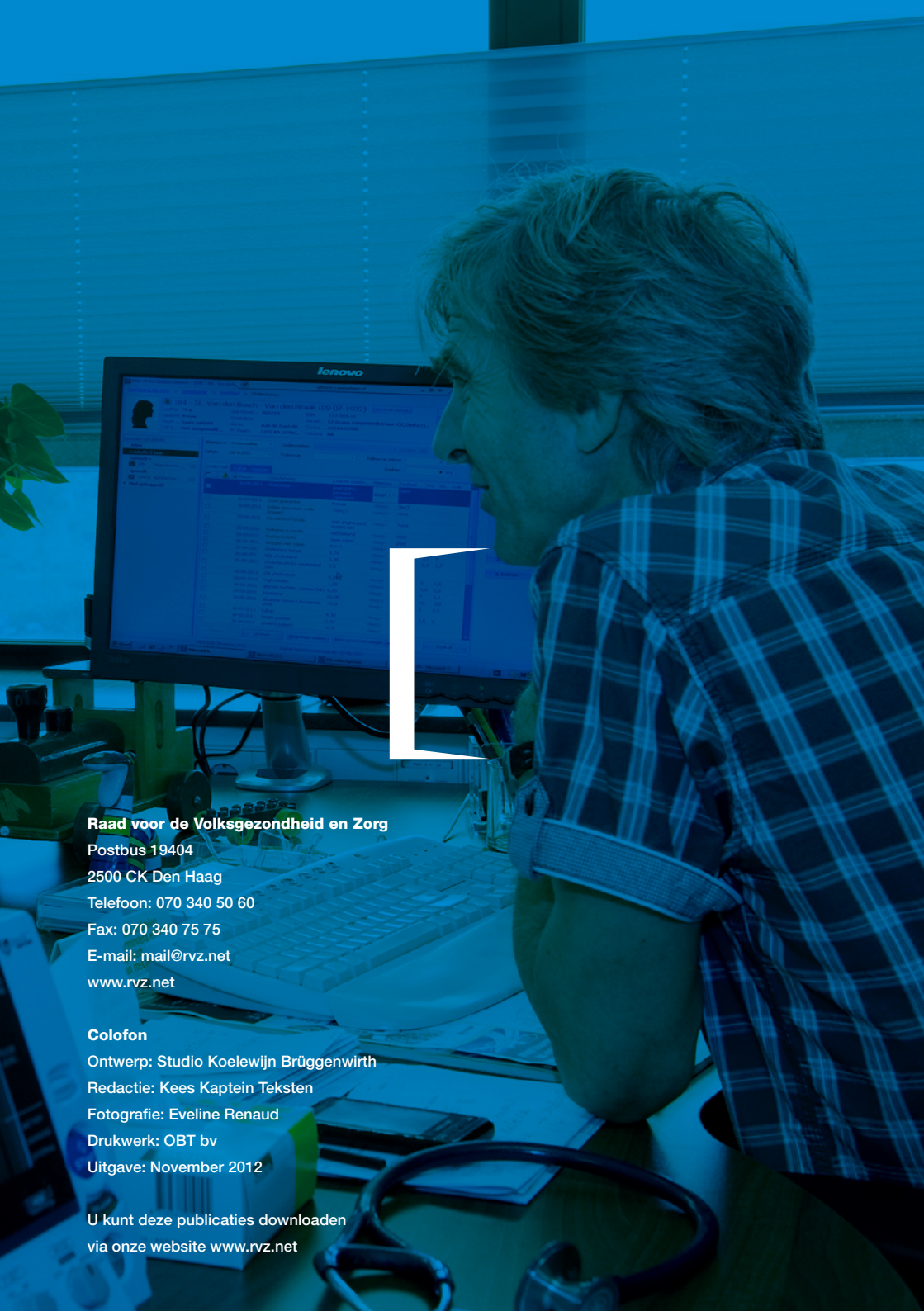




de nieuwe spreek kamer

Interviews





Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 19404

2500 CK Den Haag

Telefoon: 070 340 50 60

Fax: 070 340 75 75

E-mail: mail@rvz.net

www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: Studio Koelewijn Brünnenwirth

Redactie: Kees Kaptein Teksten

Fotografie: Eveline Renaud

Drukwerk: OBt bv

Uitgave: November 2012

U kunt deze publicaties downloaden

via onze website www.rvz.net



**de
nieuwe
spreek
kamer**

Interviews



Geïnterviewden

5	Anke van Blerck-Woerdman
9	Henk Bosma
13	Didi Braat
17	Elisa Carter
21	Wim Groot
25	Jan Kasdorp
29	Johan Mackenbach
33	Rien Meijerink
37	Gerda Raas
41	Marjanne Sint
45	Ben Stoelinga
49	Joep van der Velden
53	Dick Willems
56	Hedy Charles

De stellingen en citaten waarop de geïnterviewden reageren, zijn afkomstig uit de volgende RVZ-publicaties:

- Numerus fixus in de geneeskunde. Twaalf mensen, twaalf meningen (RVZ, 2009)
- Geven en nemen in de spreekkamer. Rapportage debatten over veranderende verhoudingen (RVZ, 2009)
- Moderne patiëntenzorg in Nederland: acht jaar later. Achtergrondstudie uitgebracht door de RVZ ten behoeve van de debatareks Nieuwe Ordeningen (Den Haag, 2010)



Anke van Blerck-Woerdman

‘In de spreekkamer gebeurt het’

‘In de spreekkamer gebeurt het natuurlijk. Daar vinden contacten plaats waar anderen niets mee te maken hebben. Daar wordt niet naar de prijs gekeken. Er wordt gekeken naar de beste behandeling voor de patiënt en dat is niet altijd de beste kwaliteit. Maar in het bredere verband blijft het toch altijd onzichtbaar wat daar gebeurt. Erg belangrijk, maar moeilijk te sturen daardoor.’

‘Dat was al zo toen ik in de Tweede Kamer zat, maar het is mede door de stijging van de zorgkosten nog veel belangrijker geworden. Je kunt tegen beroepsgroepen zeggen dat ze protocollen moeten maken, maar daar is dan verder geen zicht op, want de zorg laat maar heel weinig interventie toe. Het probleem is dat de belangen zo verschillend zijn. In een ziekenhuis zal het vaak over productieverhoging gaan, want daar draait de exploitatie op. Daarom is het moeilijk om iets te bereiken als het gaat om meer aandacht voor de patiënt.’

‘Je mag van de zorgverlener verwachten dat hij verantwoordelijk werkt. Maar voor de patiënt geldt ook dat hij plichten heeft. Het idee komt duidelijk opzetten dat iedereen verantwoordelijk is voor zijn eigen leefstijl. Alleen is het lastig te bepalen hoe je ervoor zorgt dat patiënten die plichten nakomen. Je kunt mensen niet gaan uitsluiten van zorg. Maar ook vanuit het oogpunt van preventie is het toch nodig om mensen op hun gedrag aan te spreken.’

‘De veranderende verhouding in de spreekkamer loopt parallel met andere maatschappelijke ontwikkelingen. Dus eigenlijk kun je vaak alleen maar laten zien dát zo’n ontwikkeling zich voltrekt. Maar wie snelle resultaten verwacht, wordt teleurgesteld. Het kost nu eenmaal tijd. Vergelijk het maar met het roken: twintig jaar geleden rookte zo’n beetje iedereen nog, maar nu is het niet meer vanzelfsprekend. En eigenlijk accepteert men dat ook. Nog lang niet voldoende, maar het gebeurt wel.’

‘De meeste artsen die moeten beoordelen of artsen in opleiding over communicatieve competenties beschikken, hebben deze zelf nooit geleerd.’

‘Ja, dat zat veertig jaar geleden niet in de opleiding. Het was prettig als je goed met mensen kon omgaan, maar het was geen kwalificatie waarop je beoordeeld werd.’

‘Multidisciplinaire samenwerking is een onderdeel van de nieuwe zorgrelatie.’

‘Zoals alles in de zorg is dat inderdaad lastig, weer omdat de belangen zo verschillend zijn. En iedereen is toch gewend om koning in zijn eigen rijk te zijn. Terwijl je iets in moet leveren als je in een breder verband gaat werken. Er zijn ook financiële belangen, laten we daar niet moeilijk over doen. Ik denk dat je dit alleen voor elkaar krijgt als je er een financiële bonus op zet, die het iets makkelijker maakt om ontwikkelingen te ondersteunen. En dan hopen dat bij de nieuwe generatie artsen uiteindelijk het besef doorbreekt dat het echt anders moet, omdat het uit de hand loopt in de zorg. Dan gaat de wal het schip keren. Je ziet nu al dat verschillende politieke partijen vinden dat artsen in loondienst moeten.’

‘Heel erg betrokken en heel goed geïnformeerd over allerlei onderwerpen in de zorg. Dat is eigenlijk het meest typerende aan Pieter. Daarnaast moet hij leiding geven aan de mensen van het secretariaat; ervoor zorgen dat adviesonderwerpen goed uitgezet worden bij de verschillende medewerkers en nagaan of daar ook iets uitkomt. Advisering is namelijk meer dan wetenschappelijk denken. Dan zou je zo’n advies ook gewoon door een hoogleraar kunnen laten schrijven. Het moet ook landen bij de ambtenaren van VWS. De minister moet er iets mee doen, de Kamer moet er iets van vinden, de samenleving... Pieter kan dat allemaal heel goed overzien.’

‘Je bent natuurlijk als secretaris van zo’n club ondergeschikt aan de voorzitter van de Raad, maar het wil nog wel eens voorkomen dat een secretaris zich belangrijker gaat voelen dan de voorzitter, omdat hij veel meer weet van de dagelijkse gang van zaken. En wat mij vanuit bestuurlijk oogpunt dan altijd opvalt, is dat Pieter dat haarscherp aanvoelt.’

‘Dat is Pieter: een prettig mens met een goed gevoel voor verhoudingen. Iemand die altijd openstaat voor anderen. Ik zit in de Raad als iemand met een bestuurlijk-politieke ervaring. Dan kijk je soms anders tegen dingen aan dan mensen met een medisch-wetenschappelijke achtergrond. Maar er wordt altijd met respect naar elkaars mening geluisterd. Dat is mede de verdienste van Pieter.’





Henk Bosma

‘De RVZ heeft een positieve insteek, zonder direct op kijk- en luistergeld over te gaan’

‘Ik denk eigenlijk niet dat die verhouding in de spreekkamer fundamenteel is voor de gezondheidszorg. Allerlei beroepen die vroeger op een voetstuk stonden, worden nu gedemystificeerd. En zo langzamerhand is de medische stand aan de beurt. Mensen willen steeds meer transparantie en in de spreekkamer worden de verhoudingen steeds gelijkwaardiger. Omdat patiënten iets meer kennis hebben kun je met ‘shared decision making’ het zorgproces in betere banen leiden. Ik denk dus wel dat de veranderende verhoudingen in de spreekkamer een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de cultuur van de zorgsector. Maar als je denkt dat je daar kostenbeheersing uit tevoorschijn tovert...daar heb ik mijn twijfels over.’

‘Bovendien blijven de verhoudingen altijd ongelijk. Zeker als mensen echt ziek zijn. En het hangt ook af van de ‘bagage’ die de patiënt meeneemt naar de spreekkamer. Onlangs was er een onderzoekje in de oncologie, waaruit bleek dat mensen met een hogere opleiding beter geholpen worden dan mensen met een lagere opleiding. Dat zit niet in de opzet van de dokter, maar het zit gewoon in dit proces. Maar er kan dus wel degelijk een effect van uitgaan. Daarom heeft de RVZ ook voor een positieve insteek gekozen, zonder direct tot ‘kijk- en luistergeld’ voor artsen over te gaan.’

‘Inkomsten zijn wel van groot belang bij dit thema. Als jij een prijs per verrichting hebt, dan maakt het voor je omzet veel uit of je vijftien of twintig consulten per dag doet. En ik ben ervan overtuigd dat doktoren in omzet denken. Niet alléén, maar óók. Daar word je ook op aangesproken:

“Waarom doe jij minder dan gemiddeld?” Daar praat de medische staf niet graag over, maar het gebeurt ongetwijfeld. Dat zie je aan het beroemde onderwerp van de praktijkvariatie: in sommige regio’s wordt een rughernia 5,5 keer vaker geopereerd dan in een andere regio. Die variatie zou best iets te maken kunnen hebben met het DBC-stelsel. Zijn patiënten in staat om dat te beoordelen? En vervolgens: wil je nog een levensverlengend

medicijn, waardoor je nog twee maanden langer leeft, ook al kost het twee ton? Leidt 'shared decision making' in die gevallen tot minder kosten? Ik betwijfel het. Intellect helpt dan niet meer, want je zit alleen nog maar met de emotie. Er is zelfs onderzoek waaruit naar voren is gekomen dat juist intelligente mensen eerder verkeerde beslissingen nemen.'

'De zorgverlener stelt de diagnose en bepaalt de behandelingsmogelijkheden, maar de patiënt bepaalt uiteindelijk welke behandeling wordt ingezet en hoe deze vervolgens wordt uitgevoerd.'

'Mensen hebben recht op hun lichamelijke integriteit, hoewel ik niet geloof dat ze altijd goede beslissingen kunnen nemen. Uiteindelijk is de patiënt wel de baas, maar dan moet je als arts wel kunnen zeggen: "Als je geen bypasses wilt, moet je dat zelf weten, maar dan ga je binnenkort wel dood." Het omgekeerde is misschien nog wel belangrijker, dat een arts op een gegeven moment zegt: "Ik vind deze behandeling niet meer zinvol; ik ben niet bereid die te doen." En dan is het niet zo dat de patiënt het toch gewoon op bestelling door kan laten gaan.'

'We gaan van instituties rond artsen naar netwerken van patiënten.'

'Ik ben een gelovige in internet, maar deze stelling gaat wel erg ver. Je kunt via internet bij alle mogelijke bronnen komen; onzinbronnen, maar ook heel serieuze bronnen. Met name patiënten-ervaringen willen nog wel eens wat opleveren. Je hebt het beroemde geval van iemand met teelbalkanker, die een bepaalde behandeling voorgeschreven kreeg waar hij het wel mee eens was. Toch ging hij ook nog shoppen op internet en hij kwam bij een Amerikaanse hoogleraar uit, die zei dat het in zijn geval toch anders moest. Vervolgens is hij daarmee naar

zijn dokter gegaan, die het er eigenlijk wel mee eens was. In die zin klopt de stelling wel. En ik geloof ook niet dat het ziekenhuis per definitie zo ontzettend belangrijk is. Het is maar een bedrijfs-verzamelgebouw. Waar het uiteindelijk om gaat, is de kennis en kunde die ergens verzameld is. Dat hoeft niet per se een ziekenhuis te zijn; het kan ook in een gespecialiseerde kliniek zijn. Dus ik geloof ik wel dat die instituties gaan veranderen. Hele kleine streekziekenhuizen hebben bijvoorbeeld geen toekomst in dit verhaal. Wel voor chronische ziektes en dat soort dingen, maar niet voor ingewikkelde dingen. Die worden steeds meer in grote ziekenhuizen of in heel specifieke klinieken geconcentreerd. Instituties gaan veranderen, maar uiteindelijk blijven we instituten nodig hebben.'

'Toenemend streven naar doelmatigheid en efficiency resulteert in een grotere druk op de communicatie tussen patiënt en behandelaar.'

'Dat is wel zo, maar met die druk moet je wel leren omgaan. Ik ben geen voorstander van kijk- en luistergeld: overal vijf minuten aan besteden is niet altijd per definitie goed. Laten ze daar maar eens wat meer aandacht aan besteden.'

‘Pieter Vos is niet voor niets zo lang secretaris van RVZ. Ik denk dat dit werk hem op het lijf geschreven is. Je moet in de eerste plaats toch belangstelling hebben voor het vak dat je beoefent, want de beleidsvoorbereiding is gebaseerd op wat er in de zorgsector gebeurt. Je moet er genoeg in scheppen om dat te doen, en om het in dit geval onafhankelijk en op enige afstand te doen. Dat hoort bij een secretaris. Tegelijkertijd moet hij manager zijn van het secretariaat. Maar het allerbelangrijkste is eigenlijk nog wel, dat hij in staat moet zijn om behendig te opereren op het raakvlak van Raad, staf en het ministerie. Al die belangen moeten soepel op één lijn gebracht worden. En in de tussentijd moet hij ervoor zorgen dat de Raad adviezen uit kan brengen die op het netvlies blijven staan van de verschillende partijen in de zorgsector. Dus niet alléén het ministerie, maar wel degelijk ook het zorgveld en de patiëntenvereniging.’

‘Dat vergt toch een brede bekwaamheid, zonder een al te grote persoonlijkheid te gaan ontwikkelen, want dat kan niet. Er zijn namelijk altijd mensen die het anders willen. Op een gegeven moment, als puntje bij paaltje komt, is de Raad de baas. En dan kun je daar als secretaris anders over denken, maar dat ga je niet winnen. Maar het is soms wel handig om de Raad dingen te laten zeggen die je zelf leuk vindt. Volgens mij is Pieter daar heel goed in.’





Didi Braat

‘Dokters willen geen politieagent zijn’

‘Als je ziek bent, zit je in een angstige en afhankelijke positie. Dan is het prettig als je aan de ene kant een stem hebt in wat er gaat gebeuren, en dat er aan de andere kant iemand is die er heel veel van weet en die je kunt vertrouwen. Dat vertrouwen in elkaar is het startpunt voor een goede behandelrelatie. En dat betekent ook, dat de arts van jou mag verwachten dat je je aan de afspraken houdt en therapietrouw waarmaakt.’

‘Het kan best lastig zijn iemand daarop aan te spreken. Ik laat de mensen die hier voor een IVF-behandeling komen zien, dat er significant minder succes is als je te dik bent of rookt. Dan zeg ik: “Dat u de man van uw leven bent tegengekomen toen u al 39 was, daar kunt u niets meer aan veranderen. Maar dat u te dik bent, daar kunt u wél wat aan doen. U kunt zelf daadwerkelijk bijdragen aan het succes van de behandeling.” In mijn ervaring is de motivatie, de wens om zwanger te raken, vaak zo groot, dat mensen bereid zijn om hun gedrag te veranderen.’

‘Het is natuurlijk niet voor iedere patiënt even makkelijk; er zijn mensen die met financiële problemen kampen, gehandicapt zijn, geen baan hebben én te dik zijn. Maar ook dan vind ik dat wij als professionals een rol hebben in het helpen patiënten te leren hoe ze ermee om kunnen gaan. De volgende stap zou zijn om te zeggen: “Als u niet wilt stoppen met roken, dan behandel ik u niet.” Dat gaat mij te ver. Dan moet ik aan de zorgverzekeraar gaan doorgeven of iemand rookt of niet. Dokters willen geen politieagent zijn, wij zijn opgeleid om mensen te helpen, beter te maken. Ik kan wel zeggen: “U doet uzelf te kort. U krijgt een behandeling met minder kans dan wanneer u zou afvallen.” Daarna houdt het op.’

‘Ik denk dat er altijd een vorm van ongelijkheid blijft tussen patiënt en zorgverlener. Patiënten zijn immers ziek en vaak bang voor wat er kan gaan gebeuren. Maar het is wel belangrijk dat de patiënt meer geïnfor-

meer wordt, meer meedenkt, voor zover hij dat kan. En dat de dokter ook meer luistert naar wat patiënten vinden en voelen, en vraagt naar de omstandigheden waarin ze thuis leven. Wonen ze met andere mensen samen? Zijn er mantelzorgers? Daarnaast moet je kijken wat ze aan informatie aankunnen; en vooral erachter zien te komen wat ze wel en niet willen. Maar over het algemeen zijn het toch mensen die iets hebben, of bang zijn dat ze iets hebben. In die zin hou je altijd een ongelijkwaardige, afhankelijke situatie.'

'De zorgverlener stelt de diagnose en bepaalt de behandelingsmogelijkheden, maar de patiënt bepaalt uiteindelijk welke behandeling wordt ingezet en hoe deze vervolgens wordt uitgevoerd.'

'Shared decision making kan de gelijkwaardige verhouding in de spreekkamer bevorderen. Soms heb je een patiënt die zegt: "Moet dit nu allemaal wel?" Dan kun je natuurlijk antwoorden: "Het moet, want het is goed voor u." Maar je kunt ook proberen uit te vinden waarom die mevrouw daar nu over twijfelt. En soms is er dan angst voor iets wat helemaal niet aan de orde is. Als je dat uitlegt, gaat zo iemand alsnog akkoord met de voorgestelde behandeling. En als ze dat na goede voorlichting en na er goed over te hebben nagedacht, niet wil, is dat ook goed. Dat betekent dat we echt véél meer moeten luisteren naar wat mensen zeggen. En er meer tijd in steken. Het kost geld: kijk- en luistergeld. Maar dat betaalt zichzelf uit.'

'Zorgverleners moeten ruimte geven aan patiënten en verantwoordelijkheden loslaten, en patiënten moeten vertrouwen blijven geven aan zorgverleners en actief verantwoordelijkheden naar zich toe trekken.'

'Dat klopt, en dan is dat 'naar zich toetrekken' opkomen voor jezelf. Daar ligt een grote rol voor patiëntenverenigingen. Er zijn natuurlijk allerlei chronische ziekten waarbij dat al veel meer gedaan wordt dan vroeger, maar ik denk dat het nog een stuk beter kan. Je moet je ook niet zo afhankelijk opstellen, en jezelf goed voorbereiden als je naar de dokter gaat: "Wat wil ik nou vragen, en wanneer ben ik tevreden en wanneer niet?" Dan is het ook zeer belangrijk dat die patiënten goed geïnformeerd worden over waar ze betrouwbare informatie kunnen vinden, want op het internet zie je door de bomen het bos soms niet. Het zou heel goed zijn als de beroepsverenigingen daarin zouden voorzien.'

'Toen ik bij de RVZ kwam, een jaar of zeven geleden, was Pieter degene die alles wist. Hij kon me vertellen wat de RVZ deed, wat er allemaal al gedaan was, welke adviezen de RVZ al had uitgebracht. En dat is eigenlijk altijd zo gebeven. Als we ergens mee bezig zijn, en we denken: "Hebben we daar al niet eens eerder iets over gezegd?"', dan weet Pieter altijd gelijk waar, en hoe, en wat we daarover hebben gezegd in een eerder advies.'

'Hij is zeer goed op de hoogte van de ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Hij houdt ook alles bij. Dan is er ergens weer een artikel verschenen, of dáár heeft iets gestaan, en die heeft er iets over gezegd... Hij weet het allemaal. Een heel intelligente man, aardig, erudiet, betrouwbaar, en de spil van de RVZ. Een prima collega.'





Elisa Carter

‘De patiënt moet in control zijn: zelf kunnen bepalen welke rol hij speelt in het genezingsproces’

‘De verandering in de spreekkamer is een stapsgewijs proces. En het varieert al naar gelang het type patiënt en de relatie tussen de arts of de medisch specialist en de patiënt. Diversiteit dus. Maar we denken dat er ook achter die gesloten deuren sprake is van een machtsverhouding. We krijgen ook klachten binnen over de bejegening; dat de arts te weinig respect toont voor de patiënt. Natuurlijk gaat het ook in veel gevallen goed.’

‘Andersom zijn er ook wel eens patiënten waarvan je denkt: “Oeps, deze liever niet nu.” Je ziet het gewoon aan iemands houding en uiterlijk. Maar ook met zo iemand moet je in gesprek kunnen gaan. In verpleegkundige beroepen zijn daar trainingen voor; bij medici is dat niet zo. Zij zijn vaak opgeleid als eenlingen, het zijn geen teamplayers. Dat moeten ze later, in de praktijk worden. Maar het is een hot item. De laatste jaren is het steeds meer een aandacht voor.’

‘Hoeveel empathie moet een arts hebben? Hij wil ook objectief blijven; zijn ratio bewaren om de juiste beslissing te nemen. Hij bouwt dan een soort schijnmuur, die effectieve communicatie belemmert. Het is ook niet nodig, want je hoeft toch niet helemaal in die empathie op te gaan? Aan de andere kant moet je wel wat invoelingsvermogen hebben, om even wat dieper in het bewustzijn van de patiënt te duiken. Dan gaat het ook om vragen als: beleef je dit echt bewust, of onbewust, of zijn het psychosomatische problemen? Je ziet dat huisartsen en verpleegkundigen daar beter in zijn. In de tweede en derde lijn is het minder.’

‘Hoe de behandeling georganiseerd wordt, speelt ook bij dit onderwerp. In de care en planbare cure krijgen patiënten een grotere rol bij de behandeling. Zeker bij chronische aandoeningen zullen zowel de behandelaar als de patiënt behandelbeslissingen gezamenlijk nemen. Deze verantwoordelijkheidsverdeling vraagt van vele artsen nieuwe manieren van werken, hoewel met name de nieuwe generatie medisch specialisten deze vaardigheden vaak al aangeleerd hebben.’

‘Tegelijkertijd verandert de rol van de medisch specialist, verpleegkundige en andere zorgverleners door de komst van internet en alles wat te maken heeft e-learning en social media. Naast medisch deskundige moet hij nu ook een coachende, luisterende en adviserende professional zijn.’

‘Mensen zoeken in de beschikbare bronnen zoals internet informatie over hun aandoeningen. Daaruit blijkt al hoe belangrijk kennis is. Ik merk dat mensen meer willen weten over hoe hun klachten en de ziekte die daaraan ten grondslag ligt zijn ontstaan, en hoe deze verholpen kunnen worden. Ook de wetgeving moet daardoor veranderen, want de informatie is van de patiënt en niet van de professional alleen. Ik denk dat ergens in de komende tien jaar patiënten de regie zullen krijgen over hun eigen dossier. Ze moeten dan bij de professional komen met informatie uit hun eigen patiëntendossier. Patiënten moeten in control zijn en voor zover ze dat kunnen ook verantwoordelijk zijn: zelf kunnen bepalen welke rol ze spelen in het genezingsproces. We doen daar nog veel te krampachtig over.’

‘Wij gaan van instituties rond artsen naar netwerken voor patiënten.’

‘Ja, zo zie ik het ook. En die netwerken moeten voor 100 procent ondersteund worden met alle instrumenten die nodig zijn om het netwerk in stand te houden of te verbreden. Dat is zo’n dossier, elektronica, devices, de overheid, de buurt, de gemeente...’

‘Het belang van vakinhoudelijke autonomie van een arts wordt breed onderkend, maar de autonomie wordt wel steeds meer ingekaderd.’

‘De autonomie zal blijven. Maar in relatie met de patiënt wordt de professionele autonomie anders ingezet. Je moet met de patiënt en zijn naaste goed in onderhandeling gaan over jouw bevindingen als medicus en de behandeling die daaruit voortvloeit.’

‘Een toenemend streven naar doelmatigheid en efficiency resulteert in een grotere druk op de communicatie tussen patiënt en behandelaar.’

‘Door een paar minuten langer met een patiënt te praten word je efficiënter en doeltreffender. Omdat je de tijd neemt om in dialoog te gaan. Respecteer het feit dat de patiënt zelf in zijn eigen lichaam bepaalt wat hij wil. Maar respecteer ook dat hij van jou accepteert dat hij andere dingen moet doen dan die hij zelf had besloten. Die paar momenten kunnen net dat beetje extra geven. Dan ben je samen blij én je bent sneller klaar.’

‘Wat Pieter typeert is zijn vasthoudendheid als het gaat om hoe een advies vorm moet krijgen, om de boodschap zo goed mogelijk over te brengen. Om de touwtjes in handen te hebben, zonder meer, ook inhoudelijk. Hij bemoeit zich ermee. Hij verdiept zich in de materie, praat met mij om een beeld te krijgen, terwijl hij het hele proces coördineert. Hij is iemand die altijd goed geïnformeerd is en meer wil weten en leren. Het was voor mij een bijzondere ervaring om met Pieter samen te werken en ik heb er veel van geleerd.’

‘Pieter is ook erg betrokken. Bij het advies over forensische zorg binnen de GGZ is hij bijvoorbeeld meegegaan naar alle bijeenkomsten en instellingen die wij hebben bezocht, om te bekijken hoe het in de praktijk gaat. En toen heeft hij mij ook vele andere inzichten gegeven. Want ik bekeek het vanuit zoals ik het wil, maar dan bezit Pieter een soort leidersrol om me scherp te houden. Zo krijgt het advies toch een beetje de kleur van Pieter. Maar dat vind ik prima, want hij is een hele goede secretaris.’





Wim Groot

‘We weten heel goed wat de rechten van de patiënt zijn, maar niet wat de plichten inhouden’

‘Zorg verlenen is ook een communicatief beroep. En een goede communicatie tussen zorgverlener en patiënt is natuurlijk cruciaal voor een goede behandeling. Waar dingen fout gaan in de zorg, ligt het vaak aan onbegrip en miscommunicatie. Vooral bij de huisarts staat of valt een goede diagnose met de manier waarop patiënten hun doelen en wensen onder woorden brengen.’

‘Een paar minuten extra per patiënt kan dus winst opleveren. Maar doordat de beloning is gebaseerd op het aantal verrichtingen, gaan artsen er steeds meer doen en besteden ze per verrichting juist minder tijd. En nu gaan ze klagen dat ze te weinig tijd hebben, maar uiteindelijk is dat hun eigen schuld. Vervolgens gaan ze vragen om ‘kijk- en luistergeld’, wat in feite betekent dat het tarief per consult omhoog zou gaan.’

‘Maar hoe ga je dat veranderen? Een vast bedrag per patiënt, zoals vroeger, in het ziekenfonds? Daardoor kregen we praktijken met duizenden patiënten. Die artsen hadden óók geen tijd voor hun patiënten. Ze wilden zo snel mogelijk doorverwijzen. Meer artsen opleiden dan? In België vechten de artsen om patiënten. Gevolg is dat er daar veel meer medicijnen worden voorgeschreven, want de artsen gaan zich te veel richten op de wensen van de patiënt. Zo wordt zorg een consumptiegoed. En het gaat ook ten koste van preventie, want je geeft de verantwoordelijkheid over je gezondheid juist uit handen. Maar ja, zorg is vaak gratis en preventie vergt zelfopoffering en doorzettingsvermogen. Daardoor is de balans tussen preventie en zorggebruik scheef.’

‘Natuurlijk kunnen artsen ook iemand aanspreken op zijn gedrag, en dat gebeurt ook. Toch is dat vrijblijvend. In de zorg weten we heel goed wat de rechten van de patiënt zijn, maar niet wat de plichten inhouden. Terwijl er juist veel mogelijkheden zijn om burgers op die plichten te wijzen. Dat kan op een positieve manier: Duitse zorgverzekeraars werken bijvoorbeeld

met een bonuskaart waar je punten op krijgt voor preventief gedrag, zoals vaccineren, deelnemen aan een stoppen met roken-programma of lidmaatschap van een fitnessclub. De verzamelde punten geven een korting op de premie.’

‘Maar als patiënten niet therapietrouw zijn of een schadelijke leefstijl niet aanpassen, mag dat ook consequenties hebben voor hun behandeling. Die kan in het uiterste geval zelfs stopgezet worden. Als een patiënt weinig inspanning levert, dan hoeft de samenleving hem ook niet volop te ondersteunen om de behandeling mogelijk te maken.’

‘We gaan van instituties rond artsen naar netwerken van patiënten.’

‘Het idee dat mensen op oudere leeftijd een netwerk zouden kunnen hebben voor zorg, daar geloof ik niet zo in. Het wordt voor mensen die ouder worden juist moeilijker om nieuwe vrienden te maken. Oudere mensen zijn minder flexibel en ze zien vaak ouderen van hun eigen leeftijd aan voor mensen die veel ouder zijn dan zijzelf. Mijn grootmoeder zat in een verzorgingshuis en had daarvoor altijd veel sociale contacten. Maar in het verzorgingshuis ging dat een stuk moeilijker; ze zag niets in al die oude mensen. Zelf zag ze zich niet als oud.’

‘Mensen hebben het altijd over sociale netwerken die jou zorg leveren. Er is nooit iemand die zegt: “Nu zit ik in een sociaal netwerk, en dan ga ik iets voor anderen betekenen.” In netwerken is men meer zorgontvanger dan zorgverlener.’

‘Multidisciplinaire samenwerking wordt aangegeven als onderdeel van de ‘nieuwe’ zorgrelatie.’

‘Je ziet natuurlijk dat er een toename is van vooral oudere mensen met co-morbiditeit, met verschillende aandoeningen: diabetes én een nieuwe heup. Ze hebben daardoor meerdere behandelaars, die vaak elkaar niet kennen en niet weten wat de verschillende aandoeningen zijn. Dat is een gebrek aan communicatie. Het is de vraag of al die specialistische behandelaars dan maar met elkaar moeten gaan communiceren. Maar het is misschien wel belangrijk dat er één iemand is, een behandelaar, die een beetje het overzicht behoudt.’

‘De meest aangewezen figuur daarvoor zou denk ik de huisarts zijn. Dat betekent dat je een belangrijke rol toekent aan de huisarts om dat overzicht te behouden. Overigens kunnen bepaalde taken ook uitbesteed worden aan een verpleegkundige. De huisarts hoeft het niet allemaal zelf te doen.’

‘Zijn gedrevenheid, dat is wat ik altijd heel erg gewaardeerd heb. Als het over de zorg gaat, is Pieter echt meeslepend. Hij is daarvoor ook een bekende persoonlijkheid in de gezondheidszorg. Hij kent iedereen en iedereen kent hem. Hij speelt een centrale rol, zeker op het niveau van beleid en beleidsontwikkeling.’

‘Adviesraden hebben vaak een dominante voorzitter en een secretaris in een meer dienende functie. Maar het mooie van de RVZ is dat we een sterke voorzitter hebben, maar ook een sterke secretaris, die elkaar op veel terreinen goed aanvullen.’

‘Wat ik ook altijd frappant vond: Pieter propageerde ICT-toepassingen in de zorg, maar zijn stukken waren altijd handgeschreven. Zijn computer gebruikt hij alleen maar voor e-mails. De Raad is nu ook overgegaan op sociale media; de raadsleden hebben een instructie gehad om sociale media te gebruiken. Pieter onderkent het belang daarvan, maar hij blijft zijn eigen stukken met een kroontjespen schrijven.’





Jan Kasdorp

‘Prima als goed getrainde verpleegkundigen alle hartpatiënten van een regio onder hun hoede nemen’

‘Eind 1999 ging ik met symptomen van een hartaanval naar de huisarts. Hij nam mijn pols en een aantal andere dingen op en zei: “Ik denk niet dat het een infarct is, maar als u ongerust bent en het zeker wilt weten, rijdt u dan nog even naar het ziekenhuis, dan kijken ze daar verder.” In het ziekenhuis kreeg ik een hartstilstand. Ik heb me daarna afgevraagd waarom die arts mij niet serieus nam. Misschien was ik wel te kalm gebleven. Het is mijn persoonlijke ervaring, maar dat soort dingen kom je dus tegen.’

‘Terwijl er veel patiënten zijn die heel goed van zich zelf weten hoe ze er voorstaan. Die na kunnen denken over wat ze willen in de rest van hun leven. Daarnaast bestaat het idee dat patiënten ook plichten hebben. Daar ben ik niet op tegen, als we het maar niet gaan juridiseren. Je kunt vanwege het gedrag van een patiënt niet zo maar zeggen: “Ik behandel u niet meer.” Dat gaat ervan uit dat iedereen meester over zichzelf en rationeel denkend is. Maar vaak is dat niet zo.’

‘In Nijmegen is er onderzoek gedaan naar welke omgangsvormen tussen arts en patiënt er nu eigenlijk het beste helpen. Daar kwam uit, dat als een patiënt de voorkeur heeft voor de traditionele patiëntenrol, de arts die daar op inhaakt het meest effectief. Maar als je iemand wilt waar je op voet van gelijkheid mee kunt praten en die graag wil weten hoe jij ertegenaan kijkt, dan is een arts die dát kan weer het beste voor de behandeling. Het is dus niet zo dat één bepaalde stijl in de spreekkamer het beste werkt. En het hangt dan nog heel erg af van hoe ziek je bent, en hoe je je opstelt. Als je weinig energie hebt en niet goed weet wat er aan de hand is, zeg je toch echt wel tegen de arts: “Ik hoop dat u het goed weet.”’

‘Maar het is voor mij absoluut geen vast gegeven dat een arts de beste is om bijvoorbeeld chronische patiënten te begeleiden. Het vergt nu eenmaal aparte vaardigheden, zoals inlevingsvermogen en kunnen coachen, die je

dan weer per patiënt verschillend kunt inzetten. Die vaardigheden hebben veel artsen niet. En stel je niet te veel voor van wat er in de opleidingen aan dit soort vaardigheden wordt gedaan. Ik heb het bij mijn laatste project nog laten uitzoeken: in Groningen gingen de studenten één keer bij het tuchtcollege langs, om te zien wat er kan gebeuren als je niet goed communiceert. En daar kregen ze studiepunten voor! Goed getrainde verpleegkundigen kunnen het daarentegen wél. Het lijkt mij dus een prima idee dat een of twee verpleegkundigen de meeste hartpatiënten van een regio onder hun hoede hebben.’

‘Multidisciplinaire samenwerking wordt vaak gezien als onderdeel van de nieuwe zorgrelatie.’

‘Interdisciplinaire samenwerking is onontkoombaar, zeker naarmate je meer met deelspecialisten te maken hebt, met mensen die meer aandoeeningen tegelijkertijd hebben. Maar je moet het wel heel goed organiseren. Daar zijn verschillende mogelijkheden voor. Ik heb een keer een dag meegemaakt in het Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein. Daar hebben ze uitgelegd hoe bij hen de gang van de patiënt is. Alles is exact beschreven, en dat werkt goed. Dan weet je waar je aan toe bent. Dat slijt in en het scheelt fouten. Want fouten ontstaan op het moment dat de verschillende verantwoordelijkheden niet goed zijn belegd en als de overdracht niet goed gaat.’

‘Een tweede belangrijke factor is de vraag of de mensen die interdisciplinair werken met elkaar door één deur kunnen. Dat is niet altijd het geval, maar het is te managen. Dan moet je die twee dus niet bij elkaar zetten.’

‘Een goede zorgrelatie is een gelijkwaardige relatie tussen ongelijke partijen.’

‘Verschil zal er altijd zijn, anders moet je niet naar de dokter gaan. Je hoopt gewoon dat je met die situatie je voordeel kunt doen. Het is dus niet iets negatiefs en je moet die gelijkheid ook niet willen. Juist het feit dat de dokter er voor geleerd heeft, en jij dat niet hebt gedaan, betekent dat je elkaar kunt aanvullen; dat je wat aan elkaar hebt. Niet als meerdere of mindere.’

'Ik heb bij Pieter Vos altijd een heel merkwaardig beeld. Namelijk van een Italiaanse race-auto, een rode Maserati: een heel hoog toerental en snel, snel, snel. Voorbijgeflitst voordat je het weet. Misschien dat je soms meer hebt aan een 2CV, maar zo is het: Pieter denk snel, is akelig slim, kijkt ver vooruit en heeft altijd haast. En als hij in z'n hoofd had hoe het ongeveer moest gaan, werd hij een minder goede luisteraar. Dan was hij al weer een stap verder.'

'Een grote verdienste van Pieter is, dat hij een gerespecteerde, deskundige organisatie heeft gemaakt van iets wat als matig bekend stond, in de vuurlinie lag, en door velen als traag, overbodig en voorspelbaar werd afgeschilderd. Dat is voornamelijk zijn verdienste. De Raad is grotendeels zijn Raad.'

'Twee bijdragen van Pieter springen er wat mij betreft uit. Ten eerste het advies over de geestelijke gezondheidszorg; die zou veel meer als een onderdeel van de curatieve zorg gezien moeten worden. Dat was toen buitengewoon controversieel, maar het advies heeft ook veel invloed gehad. Ten tweede het vrij recente advies over de omslag in de gezondheidszorg van acute zorg naar chroniciteit. Heel belangrijk om dat onderwerp op de agenda te zetten. Beide adviezen zijn duidelijk op zijn conto te schrijven. Daar kunnen veel patiënten hem dankbaar voor zijn.'





Johan Mackenbach

‘Door patiënten intensiever te betrekken bij de besluitvorming, is overbehandeling te voorkomen’

‘Ik denk dat de verhoudingen in de spreekkamer al veel democratischer zijn geworden. Maar het is natuurlijk een relatief kleine groep die echt zelf probeert van tevoren te begrijpen wat er aan de hand is, om zodoende op een bijna gelijkwaardig niveau te komen met de arts. Die kleine groep wordt wel geleidelijk aan groter. Maar ook de patiënten die niet die informatie tot zich kunnen nemen, hebben tegenwoordig de verwachting dat ze mee kunnen praten over wat er gaat gebeuren.’

‘Voor deze ‘shared decision making’ heeft de patiënt veel kennis nodig. Internet is dan een goed middel om je oriënteren. Het Nederlands Huisartsen Genootschap brengt de richtlijnen voor huisartsen nu bijvoorbeeld in een vorm die te begrijpen is voor patiënten. Buitengewoon handig. Als patiënten zich daar een beetje in verdiepen, komen ze veel beter geïnformeerd bij de dokter en kunnen ze effectiever meedenken.’

‘Die verandering is zeker niet alleen veroorzaakt door de patiënten. Sterker nog, er zijn veel voorbeelden te geven van situaties waarin zij vooral door de artsen in gang is gezet. Die artsen beseffen langzamerhand dat het anders moet en kan. Dat hangt samen met het feit dat geneeskunde minder een elite-beroep is geworden. De nieuwe generatie artsen staat veel meer open voor die meer democratische verhoudingen, hoewel er nog steeds specialismen zijn waar je alleen bij kunt komen als je lid bent geweest van het studentencorps.’

‘Door patiënten intensiever te betrekken bij de besluitvorming, is overbehandeling te voorkomen. Neem de laatste levensjaren. Er zijn goede aanwijzingen voor, dat als artsen beter luisteren naar de patiënt, ze veel vaker af kunnen zien van een volgende, misschien wel heel kostbare stap in de behandeling. Met ‘advanced care planning’, het ‘zorgtestament’ zoals het ook wel heet, zullen veel patiënten aangeven dat ze helemaal niet tot het einde door de medische molen willen gaan, maar juist op een rustige en

waardige manier willen overlijden. Maar het omgekeerde kan natuurlijk ook: naarmate patiënten beter weten wat de mogelijkheden zijn, gaan ze die ook opeisen. Dan willen ze toch die volgende stap, terwijl de dokter denkt: “Wat is de meerwaarde hiervan?”

‘Er zijn wel grenzen aan die meer democratische verhouding in de spreekkamer. Bij simpele behandelvormen moeten patiënten niet uitgebreid mee gaan zitten denken. Dat wordt pas zinvol als er ingewikkelde keuzes te maken zijn. Verder denk ik dat er een grens is aan de behoefte van patiënten om mee te denken. Ik denk dat er nogal wat zijn, die zeggen: “Dat is zó ingewikkeld, laat de dokter dat besluit maar nemen.”’

‘Het belang van vakinhoudelijke autonomie van de arts wordt breed onderkend, maar wordt steeds meer ingekaderd.’

‘Dat klopt. Om te beginnen door de richtlijnen van de beroepsgroep. Artsen spreken met elkaar af wat in bepaalde situaties de juiste handelwijze is, op grond van bewijzen uit de wetenschappelijke literatuur. Dat is goed: het leidt tot gemiddeld effectievere behandelingen. Ten tweede werkt de gezondheidszorg steeds meer in teamverband. Veel behandelingen vereisen samenwerking met andere professionals. En in die samenwerking ben je natuurlijk minder autonoom. Een derde factor die de autonomie verder inkadert, is dat de gezondheidszorg grotendeels collectief gefinancierd is, en dat daar (terecht) eisen aan verbonden zijn. Daardoor kun je niet alles doen wat er in het hoofd van de arts of de patiënt opkomt. Door die drie redenen is de inkadering onvermijdelijk. Vermoedelijk is het ook wel een goede ontwikkeling.’

‘Een zorgverlener zou ook grenzen moeten stellen aan het gedrag van de patiënt met betrekking tot behandelafspraken en leefstijl [...] zoals een behandeling niet inzetten bij iemand die rookt, omdat dit niet effectief is.’

‘Dat is iets waar artsen grote moeite mee hebben. De meesten erkennen wel dat er een grens is bereikt wanneer een behandeling gewoon niet werkt omdat een patiënt zijn gedrag niet aanpast. Een voorbeeld is vruchtbaarheidsbehandeling bij mensen die veel te dik zijn. In dat geval zullen veel artsen tegen de patiënt zeggen dat zij eerst haar gedrag moet aanpassen. Maar zo zwart-wit ligt het lang niet altijd en er zijn ook grenzen aan de eisen die je als arts kunt stellen. Je kunt patiënten geen levensreddende behandeling onthouden, alleen maar omdat ze hun gedrag niet aan willen passen. Dat is dan weer strijdig met de eed van Hippocrates. Als iemand dronken met een gapende wond op de Eerste Hulp komt, kun je de behandeling toch niet weigeren? Het is gewoon je plicht als hulpverlener. Bovendien is bepaald gedrag niet altijd een vrije keus van mensen, en dat maakt het nóg lastiger. Het is een mis-

verstand dat mensen in volle vrijheid voor roken of drinken kiezen. Mensen kunnen ook in een sociale omgeving zijn waarin dat gedrag juist wordt aangemoedigd. Allerlei factoren spelen mee. En daar moet je als arts rekening mee houden.'

'Pieter is buitengewoon prettig om mee samen te werken. Waar ik steeds meer bewondering voor heb gekregen, is de 'lenigheid' die hij heeft in zijn benadering van problemen in de gezondheidszorg. Hij ziet kans om uiteenlopende visies op een heel productieve manier met elkaar te verbinden. Als het bijvoorbeeld gaat over marktwerking in de zorg, dan kan hij dat perfect combineren met het idee dat je ook publieke taken in de gezondheidszorg serieus blijft nemen. Die lenigheid zie je in alle adviezen van de RVZ terug. Dat vereist gevoel voor nuance, en als ik iemand ken zonder extreme opvattingen, dan is het Pieter wel.'

'Hoewel het formeel niet de rol is van een secretaris, heeft hij zo toch een eigen stempel weten te drukken op de advisering. En dat is de kwaliteit en consistentie van het werk ten goede gekomen. De adviezen sluiten bovendien goed aan op de politiek-bestuurlijke realiteit. Daar heeft Pieter een bijzonder sterke antenne voor. En daardoor zijn al die adviezen over het algemeen in goede aarde gevallen.'





Rien Meijerink

‘We zijn aan het schuiven: er komt steeds meer verantwoordelijkheid bij de patiënt te liggen’

‘De veranderende verhouding in de spreekkamer is een van onze fundamentele onderwerpen. Het is een vast thema gebleven in de ruim zes jaar dat ik bij de Raad ben. En een heel belangrijk thema, omdat het om het ‘echte werk’ gaat. Ik kan me zelfs nog levendig herinneren dat we er een keer zó verdeeld over waren, dat we maar niet tot een resultaat konden komen. Dat ging over de vraag in hoeverre je patiënten kan dwingen om bijvoorbeeld hun gedrag aan te passen. Wanneer kan een arts de behandeling opschorten, stoppen, of overdragen aan een ander? Of: wanneer hoeft hij het niet meer te pikken? Is dat nu alleen maar als hij zich bedreigd voelt door een patiënt of ook als een patiënt willens en wetens de afgesproken behandeling frustreert?’

‘Die verdeeldheid, daar is wel verandering in gekomen. Je ziet ook dat we aan het schuiven zijn, in de richting van meer verantwoordelijkheid bij de patiënt leggen. Dat vind ik eigenlijk wel kenmerkend: als je terugkijkt naar hoe we er toen over dachten en spraken en hoe we dat nu doen, dan hebben we in die kleine zeven jaar toch een behoorlijke ontwikkeling doorgemaakt.’

‘Maar het onderwerp is natuurlijk veel breder. Het gebruik dat patiënten maken van internet en andere hulpmiddelen hoort er bijvoorbeeld ook bij. Uiteindelijk zie je één duidelijke lijn: meer verantwoordelijkheid bij de patiënt en een steeds dominanter optreden van die patiënt in de spreekkamer. Dat betekent niet alleen betere communicatie, maar ook meebevelissen. Het is een ontwikkeling die deels vanzelf gaat, maar dat geldt niet voor alle dokters. Dat is toch wel een van de problemen: in de spreekkamer zijn er ook behandelaars die in dit opzicht dreigen achter te blijven.’

‘Dokters zeggen dan soms dat ze wel langer met een patiënt willen praten, maar dat ze daar te weinig tijd voor hebben. Maar toch hoor je die geluiden steeds minder. Dokters zien over het algemeen inmiddels heus wel in dat ze daar zelf over gaan. Aan de andere kant staat het nog niet vast dat meebeslissen tot gezondheidswinst leidt. Daar moeten we ons als RVZ nog eens flink op gaan richten. Stel dat die gezondheidswinst er niet is, wat dan? Gaat het dan inderdaad alleen maar om communicatie en een prettiger gevoel?’

‘Een goede zorgrelatie is een gelijkwaardige relatie tussen ongelijke partijen.’

‘Daar zie je direct het dilemma, want in de praktijk zijn de partijen ongelijkwaardig. De patiënt is ziek en totaal betrokken; de arts heeft de kennis en weet welke behandelingen mogelijk zijn, maar heeft nog 99 andere patiënten. Het is niet gemakkelijk om daar meer balans in te krijgen. Maar een patiënt kan z'n positie verbeteren. Hij kan bijvoorbeeld via internet communiceren met ‘collega-patiënten’, of nagaan wat de resultaten van de verschillende behandelaars zijn. Er is van alles mogelijk en er wordt ook steeds meer gebruikgemaakt van die mogelijkheden.’

‘We gaan van instituties rond artsen naar netwerken van patiënten.’

‘Het is een heel snelle ontwikkeling. Maar als je er bovenop zit, denk je juist dat het wel wat sneller kan. Zo heb ik het idee dat er in de sociale media nog wel iets moet veranderen voordat ze echt betekenis krijgen voor patiënten. Het is nu vaak heel erg oppervlakkig en schelderig, en dat helpt niet echt. Maar er zijn voorbeelden van patiëntennetwerken die juist heel erg serieus zijn en wél een enorm positieve bijdrage leveren. Die ontwikkeling gaat vanzelf. Bij de instituties is het anders. Daar zijn innovaties vaak veel lastiger. Dat zit ‘em in de manier waarop zorg betaald wordt, in de opstelling van degenen in die instituties die de beslissingen nemen. Daar merk je terughoudendheid en frictie. En daardoor vinden innovaties die bewezen goed zijn, maar langzaam ingang in de zorg. Bij de zorgverlener is dus het meeste werk te verzetten als het om de veranderende verhouding in de spreekkamer gaat.’

‘Toen ik hier kwam en zo’n beetje kon overzien hoe de werkverhoudingen lagen, hoe de verschillende deskundigheden hier waren verdeeld, en hoe de relatie was tussen Raad en ondersteunend secretariaat, toen wist ik één ding zeker: “Ik hoop dat Pieter nog een tijdje blijft.” Naast de normale invulling van zijn werk, bleek hij namelijk heel belangrijk bij de ontwikkeling van nieuwe gedachten op het gebied van zorg en zorgorganisatie. Een thema als ‘Van ZZ (Zorg en Ziekte) naar GG (Gedrag en Gezondheid)’ heeft met name Pieter naar voren gebracht, inclusief de nieuwe ideeën die hij daarover had. En zo ging het met menig onderwerp.’

‘Ik herinner me bijvoorbeeld heel goed hoe hij een aantal jaren geleden tamboereerde op het onderwerp ‘internet en sociale media’. Aanvankelijk vond ik dat niet heel erg gewichtig, maar hij heeft mij uitstekend weten te overtuigen van het belang ervan. We hebben een advies over dit onderwerp uitgebracht en dat was baanbrekend. Dat mag je van je eigen werk misschien niet zeggen geloof ik, maar het was wel zo.’

‘Pieter is verder heel erg belezen, heeft een fantastisch netwerk en hij weet precies waar hij nieuwe dingen op moet snuiven. Hij heeft ook een enorme werklust; dat hou je niet voor mogelijk. Door dit alles is hij een van de belangrijkste denkers geworden op het gebied van de ontwikkeling van de zorg en zorgorganisatie. Dat mag je van een algemeen secretaris niet eisen. Je kunt er alleen op hopen.’





Gerda Raas

‘Artsen hebben hun rol nog niet gevonden bij de veranderende verhoudingen’

‘Er gebeurt natuurlijk van alles met je als je patiënt wordt. Het is bijvoorbeeld al lang bekend dat moeilijke mededelingen maar voor de helft doordringen tot mensen. Aan dat soort zaken wordt nog te weinig gedaan. Er zijn wel initiatieven, zoals een opname van het gesprek meegeven, maar die worden dan weer stopgezet. Tegenwoordig zijn er ook andere middelen die daarbij kunnen helpen. Waarom daar niets mee gebeurt is mij een raadsel.’

‘Als patiënt kun je er ook iets aan doen: schrijf je vragen op en zorg ervoor dat er iemand meegaat. Of zoek op internet wat er met je aan de hand zou kunnen zijn. Daarbij is het wel belangrijk dat er steeds meer openbaarheid komt over de prestaties van hulpverleners. Dat je als patiënt weet: “Bij die dokter kan ik goed terecht, want die luistert tenminste naar mij.” In ieder geval kun je het als patiënt eigenlijk niet maken om te zeggen: “Ik trek me er niets van aan; beslis maar over mij.” Ik vind het een plicht van de patiënt om zich te informeren over de klacht of aandoening. Dat hij zich afvraagt wat hij zelf kan doen om de behandeling goed te laten verlopen.’

‘Maar de verantwoordelijkheid ligt toch in eerste instantie bij de professionals: als zij niet nagaan of de patiënt alles wel begrepen heeft, dan kunnen ze de patiënt niet zomaar op zijn plichten gaan wijzen. Veel artsen hebben wat dat betreft hun rol nog niet gevonden bij deze veranderende verhoudingen. Die rol verandert van ‘degene die alles weet’, in een gids die met de patiënt in gesprek gaat en zegt waar hij alle informatie kan vinden en nog eens kan nalezen.’

‘Je ziet wel nieuwe initiatieven ontstaan. Soms worden bijvoorbeeld verpleegkundigen ingezet om uit te laten leggen wat er precies aan de hand is. Een fantastisch project is de ‘digitale IVF-poli’, opgezet door artsen

die als uitgangspunt hebben dat de patiënt altijd centraal staat: waar heeft zij behoefte aan, en welke informatie, welke dossiers moet ze in kunnen zien? De vrouwen kunnen als lotgenoten contact met elkaar zoeken en voor vragen is er 24 uur per dag een arts beschikbaar. Om dat soort veranderingen zou het moeten gaan in de gezondheidszorg.’

‘Toenemend streven naar doelmatigheid en efficiëntie resulteert in een grotere druk op de communicatie tussen patiënt en behandelaar.’

‘Het ligt er maar aan hoe je het organiseert. Ik zou wel eens willen weten hoe het uitpakt als de zorgverlener juist iets meer tijd voor die communicatie uittrekt. Maar ik ben ervan overtuigd dat als patiënten een adequaat antwoord krijgen op hun vragen, of van tevoren bijvoorbeeld een filmpje te zien krijgen over een heupoperatie, dat ze helpt om te doen wat ze moeten doen. Dat hoeft de communicatie niet onder druk te zetten. Het helpt juist, want dan is de patiënt meteen al goed geïnformeerd. Het is een kwestie van organiseren. En op dat gebied is er nog een wereld te winnen.’

‘Het belang van vakinhoudelijke autonomie van de arts wordt breed onderkend, maar die autonomie wordt wel steeds meer ingekaderd.’

‘De dokter moet in de spreekkamer handelen in het belang van de patiënt. Autonomie wil zeggen dat je als arts kunt kiezen voor de beste oplossing voor de patiënt, zonder dat de verzekeraar meekijkt of andere motieven een rol spelen. Wat we collectief willen vergoeden vind ik een politieke beslissing. Want de politiek moet uitmaken wat er wel en niet in het basispakket zit. Ik vind niet dat een dokter in de spreekkamer moet beslissen of een patiënt om financiële redenen wel of niet een behandeling kan krijgen. Natuurlijk moeten ze wel meedenken, en aangeven wat de effecten van behandelingen zijn.’

‘De financiële prikkel van een tarief per behandeling zou er niet moeten zijn. Een dokter zou er geen financieel belang bij moeten hebben om een behandeling al dan niet voor te stellen. Ik begrijp wel dat je met alle artsen in loondienst ook niet alle problemen oplost, maar ik ben daar wel een voorstander van.’

‘Enorm creatief; een tomeloze energie. Steeds op zoek naar vernieuwing, naar verandering. Dat is wat je merkt als je met Pieter werkt en met hem in discussie bent. Hij heeft ook altijd een inhoudelijke rol gehad, en ik denk dat het een voordeel is om te kunnen doorgronden wat er allemaal gezegd wordt en wat het voor de praktijk betekent.’

‘Hij is voor de Raad een drijvende kracht geweest. Zijn zoeken naar vernieuwing gold ook voor de manier van werken van de Raad. Pieter is een groot voorstander van een adviesvoorbereiding waarbij bijeenkomsten worden georganiseerd met betrokkenen en deskundigen. En van de inzet van de nieuwe media daarbij. Dat typeert Pieter: voortdurend nieuwe dingen zo effectief mogelijk inzetten.’

‘Hij was heel kritisch tegenover de Raad en de projectleiders: “Het is leuk dat je adviseert, maar wat gebeurt er nu met die adviezen?” Zijn stelling was: als je geen reuring veroorzaakt, tel je niet mee met al je adviezen. Dus bleef hij voortdurend op zoek naar mogelijkheden om ervoor te zorgen dat de adviezen van de Raad urgent zouden zijn en het verschil zouden maken.’





Marjanne Sint

‘Wat een mondige patiënt weet, is niet gelijkwaardig aan wat medisch specialisten in twaalf jaar geleerd hebben’

‘De veranderende verhouding in de spreekkamer is een ontwikkeling. Een deels onontkoombare ontwikkeling, maar niet een die heel snel gaat. Mensen die niet zelf in de zorg zitten, hebben vaak optimistische ideeën over hoe snel het allemaal kan gaan. De veronderstelling is, dat patiënten steeds mondiger worden en in een vorm van ‘shared decision making’ tot een zinvolle dialoog met de medisch specialist komen over de behandeling van hun aandoening. Dat is op dit moment nog heel erg ver van de echte praktijk.’

‘Het hangt ook af van het ziektebeeld. Chronisch zieken zijn vaak beter georganiseerd dan de gemiddelde patiënt die in een ziekenhuis komt. Maar het heeft ook te maken met de kwetsbaarheid en afhankelijkheid van mensen die iets mankeren op het moment dat ze in de spreekkamer komen. Zelfs een medisch specialist kan die afhankelijkheid ervaren als hij in zo’n situatie komt. Er zijn dus wel ontwikkelingen in de spreekkamer, daar ben ik wel van overtuigd, maar ik heb het idee dat soms wordt overschat wat dat in de praktijk betekent voor de verhouding tussen behandelaar en patiënt.’

‘Er is ook geen extreme toename van mondige patiënten die zelf een opvatting hebben over de behandeling van hun ziekte. Wat je wél steeds meer ziet, is dat vooral bij chronische ziekten patiënten een deel van de verantwoordelijkheid voor het behandelplan zélf op kunnen pakken, omdat ze ondersteund door de nieuwe technologie goed aan informatie kunnen komen. Eigenlijk is dat een soort outsourcing van de behandeling naar de patiënt. Een veelbelovende ontwikkeling, want het blijkt de therapietrouw te bevorderen.’

‘In ieder geval hebben lang niet alle mensen opvattingen over wat nou de beste therapie waarvoor is. Dat neemt niet weg dat het belangrijk is om het iets minder over de aandoening en wat meer over de patiënt zelf te hebben in de spreekkamer. Erkennen dat een patiënt meer is dan zijn aandoening, kan helpen in het hele proces van aanvaarding en soms ook de genezing bevorderen. Daarom wordt er in de opleidingen ook meer aandacht besteed aan communicatieve vaardigheden. Leren dat een patiënt geen aandoening op twee benen is. Maar je moet niet doordraven: wat medisch specialisten in twaalf jaar geleerd hebben, is niet gelijkwaardig aan wat een mondige patiënt aan informatie over zijn eigen ziekte heeft. Uiteindelijk, en dat geldt vooral medisch specialisten, blijft het aanbrengen van een stent toch echt een vak.’

‘We gaan van instituties rond artsen naar netwerken van patiënten.’

‘Voor de chronische zorg zie ik dat gebeuren; de rol van patiëntenorganisaties kan daar belangrijk zijn. En platformen op internet kunnen ook helpen. Mijn broer is gestorven aan de zeldzame ziekte van Duchenne. In die tijd was er helemaal geen lotgenotencontact; mijn ouders moesten gewoon alleen tobben met die jongen. Nu weet ik dat er een heel actieve groep ouders van Duchenne-kinderen is, die het voor elkaar heeft gekregen dat er in Leiden specifiek onderzoek is gedaan op die patiëntenpopulatie. Dat vind ik een heel veelbelovende ontwikkeling.’

‘Zorgverleners moeten ruimte geven aan patiënten, en verantwoordelijkheden loslaten. Patiënten moeten vertrouwen blijven geven aan zorgverleners en actief verantwoordelijkheden naar zich toetrekken.’

‘Patiënten kun je tot op zekere hoogte hun verantwoordelijkheid laten nemen. Mijn man moest een tijdje geleden afvallen omdat hij beginnende ouderdomssuiker had. Wij wonen in Amsterdam-Noord, een stadsdeel met vrij veel arme, maatschappelijk wat zwakkere mensen. Dus toen mijn man keurig het advies opvolgde, was hij een groot succes voor die huisarts. Maar gebeurt dat niet, dan heb je als individuele zorgverlener weinig middelen om in te grijpen. Medisch specialisten zijn heel helder: je hebt een behandelplicht. Je kunt niet zeggen: eigen schuld dikke bult. Het is lastig: als je als kind te veel snoep hebt gekregen en je bent als volwassene te dik, komt dat dan door je ouders of door jezelf? Een beenbreuk door het skiën: botte pech of mijn eigen schuld?’

‘Maar ik heb ook wel eens een dag meegelopen met een van onze vaatchirurgen. Een heel indrukwekkende ervaring. Ik ben toen wel geschrokken van de enorme impact die roken heeft. Al die mensen die daar ’s middags op de polikliniek kwamen, en die ernstige vaat-aandoeningen hadden, etalage-benen... Dan zei zo’n specialist: “Ik ga u opereren en ik ga heel erg mijn best doen voor u, maar dan moet u ook uw best doen voor mij: u moet ophouden met roken. U moet dat echt proberen.” Later vroeg ik hem wat hij zou doen als die man terug zou komen en dan nog steeds niet gestopt zou zijn met roken. “Dan opereer ik hem toch.”’

‘Pieter heeft een onwaarschijnlijke hoeveelheid parate kennis over wat er allemaal in rapporten staat en wat de Raad heeft geschreven. Dan zet iemand in een Raadsvergadering een bepaalde redenering op touw en dan hoor je Pieter zeggen: “Ja maar wij hebben toen in 1998 dat rapport....en toen hebben we dat en dat gezegd.” “Dat kan ik niet verifiëren”, zeg ik dan wel eens plagend, “misschien bluff je je wel door de hele vergadering”. Maar ik weet natuurlijk wel beter.’

‘Ik vind hem ook wel een romanticus op een bepaalde manier en dat bedoel ik positief. Hij is enorm begaan met het terrein van de gezondheidszorg en gelooft in grote veranderingen. Daar kan hij dan soms ook heerlijk in doordraven. Maar met een grote lenigheid van geest. Hij is absoluut het tegenovergestelde van een man die vastgeroest zijn tijd zit uit te dienen, terwijl hij het toch al heel lang doet.’





Ben Stoelinga

‘In de gezondheidszorg draait het nog steeds om ziekte en arts. Wanneer komen gedrag en eigen regie in zicht?’

‘Om hun gezondheid te bevorderen moeten veel patiënten hun eigen ongezonde gedrag tegen het licht houden en gaan veranderen. Daarom moet de gezondheidswerker kennis hebben van de motieven om tegen beter weten in ongezond te blijven leven. Daarnaast beschikt diezelfde hulpverlener over een uitgebreid repertoire aan manieren om mensen te verleiden en te disciplineren tot gezonder gedrag. Dit alles staat redelijk ver af van de praktijk, waar de patiënt de inzichten van de arts kan teruglezen in twee regels op het voorschrijfbriefje. “Drie maal daags minder alcohol drinken. Over twee maanden terugkomen.”’

‘Dan de omgekeerde situatie. Chronisch zieke patiënten komen goed geïnformeerd de spreekkamer binnen. Ze weten precies wat ze willen: regie over eigen gezondheid. Dan is relevant hoe de arts tegen kennis aankijkt. Zit kennis als van ouds alleen in zijn hoofd of zit kennis ook in de wijde wereld die internet heet? Ik vrees dat de patiënt met de wereldwijde kennis onder zijn arm nog weinig door de arts als een gelijkwaardig gesprekspartner wordt gezien.’

‘Arts en patiënt vormen een twee-eenheid, maar in de praktijk dansen ze samen nog niet de sterren van de hemel. Ten eerste is het de vraag of een arts wel de eerst aangewezen danspartner (namelijk gedragsdeskundige) is en in het tweede geval de vraag of het danspaar wel uit de voeten kan met de spreekkamer zoals die nu is ingericht (in ruimte en beschikbare tijd). Waarom niet vaker een groepsspreekuur in het buurthuis voor zelf managende COPD-patiënten?’

‘Ik vind dat we in Nederland onze medische dienstverlening nog niet goed in het snel veranderende maatschappelijke veld hebben gepositioneerd. We verwachten nog steeds alle heil van een medische discipline. Als je bijvoorbeeld kijkt naar de aanpak van arbeidsongeschiktheid, dan zie je

dat de arts zich vergezeld weet van een arbeidsdeskundige. De een doet ziekte en stoornis en kijkt naar restfuncties, de ander concentreert zich op de beperkingen bij en de mogelijkheden tot deelname aan het arbeidsproces. Of neem de ggz, de sector die zich bij uitstek bezighoudt met gedrag. De psychiater doet de diagnostiek van de stoornis – de sociaal psychiatrisch verpleegkundige managed samen met de patiënt het terrein van diens dagelijks leven. Waarom dan niet zulke duo's in de somatische gezondheidszorg? Er zijn schoorvoetend nieuwe initiatieven, zoals de nurse practitioner, POH, diabetesverpleegkundige. Maar het is nog veel te weinig en het wordt nauwelijks gefaciliteerd in het pakket en de bekostiging.'

'We gaan van instituties voor artsen naar netwerken rond patiënten.'

'Een van mijn leermeesters had het altijd over 'de taaië bestendigheid van verouderde structuren'; de hardnekkigheid waarmee wij die in tact laten. Kijk eens naar de aanpak van diabetes: er zijn protocollen, standaarden en activiteiten van POH, diabetesverpleegkundige en fysiotherapeuten om mensen meer te laten bewegen. Toch gaat de financiering van zo'n samenhangend pakket uiterst moeizaam. Dat komt voor een deel door de DBC's, want die houden geen rekening met de standaarden van een chronische ziekte. Het is nooit zo dat bij een dergelijke aanpak de verzekeraar zegt: "Netwerk, hier heb je een lumpsum-bedragen; voer de zorg uit met hulp van enkele outcome parameters". Zodoende vallen we iedere keer weer terug op afzonderlijke beroepsbeoefenaren en afzonderlijke instituties. Nog meer experimenteren én uit die experimenten lessen trekken zou wenselijk zijn.'

'De autonomie van de arts wordt steeds meer ingekaderd.'

'Het gaat voorzichtig die kant op. Maar het blijft moeilijk in de praktijk. Het wordt hoog tijd dat de arts als solist met een aantal 'verlengde armen' evolueert naar een netwerk van gelijkwaardige partners, inclusief de patiënt zelf. Je moet een keer een beslissing nemen om die moderne kaders realiteitszin te geven door de oude kaders af te schaffen. Maar het gaat in de gezondheidszorg altijd over de kaasschaaf (ietsje meer en ietsje minder) en nooit over vernieuwing. Bas Bloem van het Parkinson Netwerk zei ooit in de Volkskrant: "Gooi maar een bom op het ziekenhuis." Er zijn maar weinig initiatieven als het Parkinson Netwerk of Buurtzorg, waarbij echt voor een nieuwe ontwikkeling is gekozen.'

‘Pieter Vos kan de gevolgen van een leven met een chronische stoornis of beperking goed vertalen naar de wereld van het beleid en het bestuur. Ook de omgekeerde weg beschrijft hij. En dat steeds in begrijpelijk Nederlands. Er zijn niet zoveel mensen die dat kunnen en daar zichtbaar zoveel plezier aan beleven.’

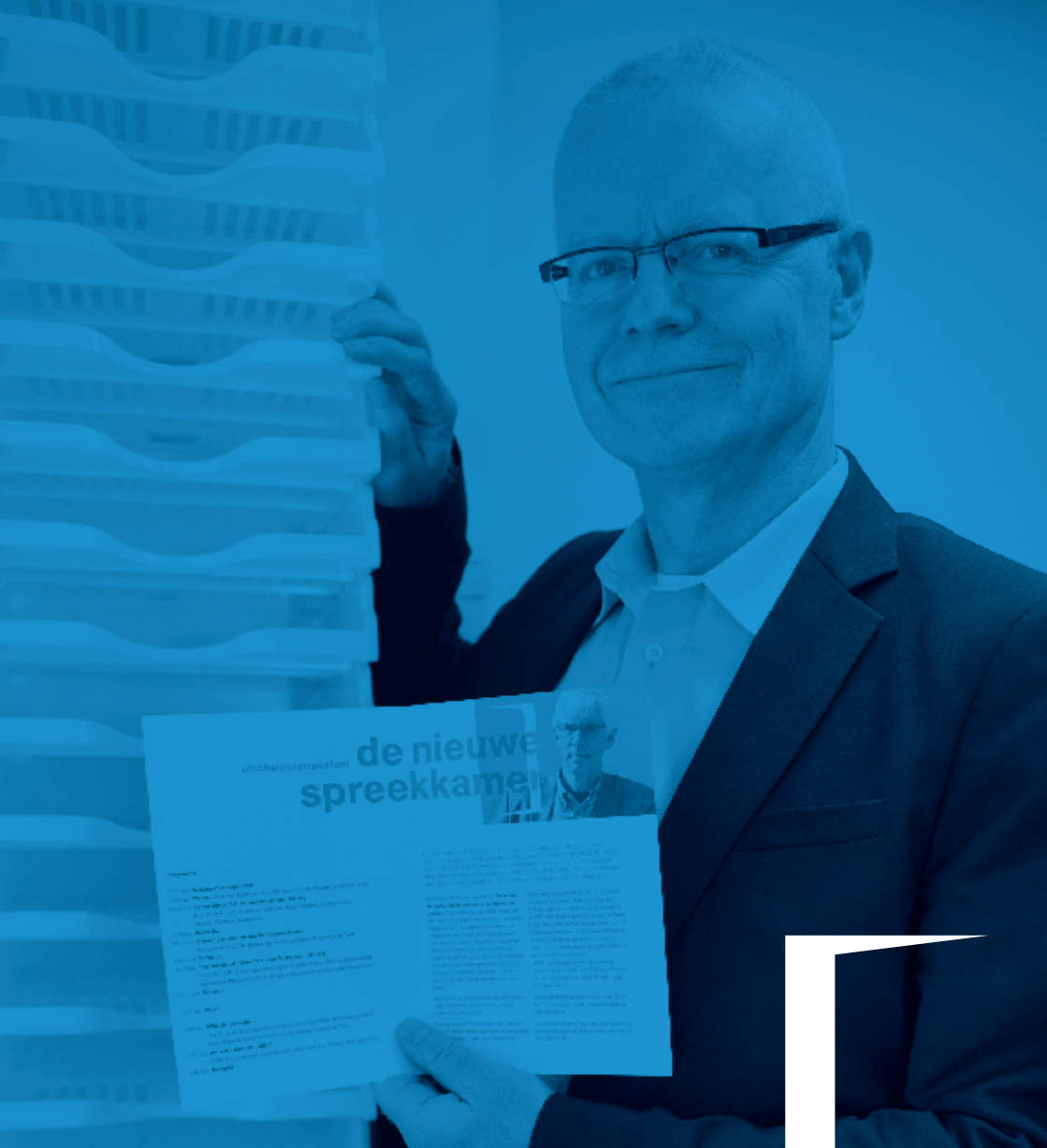
‘Hij is iemand die voortdurend benadrukt dat de regels te ver af komen te staan van de praktijk en heeft ook laten zien hoe je daar op een adequate manier iets aan kunt doen. En dan schop je soms wel heilige huisjes omver. Dat kan niet anders. Maar daar heeft hij ook geen moeite mee.’

‘Met bewonderenswaardig gemak en charme weet Pieter verschillende werelden met elkaar te verbinden – de wereld van de zorg en de wereld van het welzijn, de wereld van praktijkmensen en van beleidsfreaks, van rekkelijken en preciezen. Maar zijn aimabele optreden kan ook verraderlijk zijn. Ik krijg nóg nachtmerries over zijn onverstoerbare houding in de OR-vergaderingen. Op al onze voorstellen volgde een ‘njet’. Pieter kan dus ook rücksichtslos zijn. Ik weet dat hij bij het Nederlands hockey-elftal heeft gespeeld. En dat die sportmentaliteit hem eigen is.’

‘Buiten het veld’ is hij dan weer een aardige en zachtmoedige man. Maar dus wel een man van ‘anders’ in plaats van ‘meer van hetzelfde’. Iemand die voorkeur heeft voor ‘disruptive solutions for health care’; aan innovatie en ingrijpende veranderingen. Dus niet het nieuwe met het oude verweven – bijvoorbeeld zonnepanelen op een kolenmijn zetten. In Pieter’s eigen woorden: “Dan hou je niets anders over dan gemalen kippenstront.”

‘We kunnen Pieter voorlopig nog niet missen. Geen dag.’





de nieuwe spreekkamer



De nieuwe spreekkamer
De nieuwe spreekkamer is een platform voor de Nederlandse ondernemers. Het is een plek waar ondernemers elkaar kunnen ontmoeten, kennis kunnen delen en samenwerken. Het is een plek waar ondernemers hun mening kunnen uiten en hun problemen kunnen bespreken. Het is een plek waar ondernemers elkaar kunnen helpen en ondersteunen. Het is een plek waar ondernemers elkaar kunnen inspireren en motiveren. Het is een plek waar ondernemers elkaar kunnen leren van en voor. Het is een plek waar ondernemers elkaar kunnen steunen en helpen. Het is een plek waar ondernemers elkaar kunnen danken en waarderen. Het is een plek waar ondernemers elkaar kunnen ontmoeten en samenwerken. Het is een plek waar ondernemers elkaar kunnen helpen en ondersteunen. Het is een plek waar ondernemers elkaar kunnen inspireren en motiveren. Het is een plek waar ondernemers elkaar kunnen leren van en voor. Het is een plek waar ondernemers elkaar kunnen steunen en helpen. Het is een plek waar ondernemers elkaar kunnen danken en waarderen.

De nieuwe spreekkamer is een platform voor de Nederlandse ondernemers. Het is een plek waar ondernemers elkaar kunnen ontmoeten, kennis kunnen delen en samenwerken. Het is een plek waar ondernemers hun mening kunnen uiten en hun problemen kunnen bespreken. Het is een plek waar ondernemers elkaar kunnen helpen en ondersteunen. Het is een plek waar ondernemers elkaar kunnen inspireren en motiveren. Het is een plek waar ondernemers elkaar kunnen leren van en voor. Het is een plek waar ondernemers elkaar kunnen steunen en helpen. Het is een plek waar ondernemers elkaar kunnen danken en waarderen.



Joep van der Velden

‘Niet meer de arts achter zijn bureau, maar een zitje met drie stoelen’

‘Specialisten hier in het ziekenhuis hebben vaak moeite met de veranderende verhoudingen. Er komen steeds vaker patiënten binnen met een uitdraai van internet: “Nou dokter, dat is het dan wel. Deze behandeling graag.” En dan moet het gesprek nog beginnen. Of het overal zo fundamenteel aan het veranderen is, kun je je overigens afvragen. Als puntje bij paaltje komt wil een patiënt ook wel heel graag gebruikmaken van de expertise van de dokter. En eigenlijk ook wel gerustgesteld worden door die arts.’

‘Maar de ontwikkelingen vragen toch om een andere, coachende houding van de arts, zodat hij om kan gaan met de mondige patiënt, en er zijn voordeel mee kan doen. In de opleidingen is er ook al plaats voor dit onderwerp: er zijn voor artsen een stuk of acht rollen gedefinieerd, waaronder de rol van communicator. En in de praktijk zie je ook veranderingen. Een bekend voorbeeld is een arts uit Nijmegen die ook letterlijk zijn werk-kamer veranderde. Niet meer standaard een dokter achter een bureau met een pc, maar gewoon een zitje met drie stoelen, zonder tafel. De patiënt kwam binnen en was in verwarring: waar moest hij nu gaan zitten? Dat was precies de bedoeling. Die arts zei dan: “Kies maar.” Om aan te geven dat de patiënt gelijkwaardig is. Heel mooi, hoe hij dat fysiek had vormgegeven.’

‘Artsen kunnen dus veranderen, maar ze vinden het ook lastig. Het kost tijd om mensen iets uit te leggen, en als zij dan zelf ook nog met een hele hoop informatie aankomen, dan kun je niet zeggen: “Dat kan nu niet.” Sommige artsen vinden dat ze eigenlijk voor dat extra werk betaald moeten krijgen; het zogenoemde kijk- en luistergeld.’

‘Maar extra aandacht en kennis van de patiënt zijn hoe dan ook heel belangrijk. Er komen hier bijvoorbeeld ook heel zieke mensen, bij wie behandeling niet meer baat. Bij hen moet je aandacht besteden aan zingevingsvragen: “Het leven loopt ten einde. Wat betekent dat nou eigenlijk?” Dat valt buiten de normale systematiek van verrichtingen. Of kijk

naar je eigen ervaringen. Ik ben zelf ooit twee keer geopereerd aan m'n rug. Als het me nu weer zou overkomen, denk ik wel dat ik op internet zou gaan kijken of dat nog steeds de beste ingreep is. En ik zou me ook afvragen: "Hoezo zou ik naar dat ziekenhuis gaan? Ik zoek zelf wel op waar de beste specialist zit voor deze kwaal."

'Zorgverleners moeten ruimte geven aan patiënten en verantwoordelijkheden loslaten. Patiënten moeten vertrouwen blijven geven aan de zorgverlener en actief verantwoordelijkheden naar zich toe trekken.'

'Dat blijft een gevoelig punt. Je kunt zeggen dat er meer verantwoordelijkheden bij de burger, de 'nog-niet-patiënt' moeten komen te liggen, als het gaat om roken, drinken en ander ongezond gedrag. Daar ben ik het wel mee eens, hoewel je dan in een lastige positie terecht kunt komen. Bij een heel schrijnende situatie denk je dan al snel weer, dat het misschien toch niet zo handig is om gedrag en verzekeringspremie aan elkaar te koppelen. Je krijgt allerlei ethische discussies.'

'We gaan van instituties rond artsen naar netwerken van patiënten.'

'Of we al zo ver zijn, weet ik niet. Vroeger had je helemaal geen ziekenhuizen, maar waren er gewoon dokters die in de stad woonden en daar een praktijk aan huis hadden. Op een gegeven moment zijn er instituten ontstaan; gebouwen waarin medische expertise en apparatuur zich concentreerden. En nu zouden we dan weer terug moeten naar spreiding; een soort anderhalvelijns gezondheidszorg. Maar we worden steeds ouder en krijgen steeds vaker allerlei kwalen tegelijk. Dan moeten zorg en voorzieningen wel erg goed geregeld zijn in die huisartsenpraktijken en anderhalve lijns-centra. Anders zijn ze geen alternatief voor het ziekenhuis.'

'Als je het hebt over de netwerken van patiënten, dan moet je beseffen dat er allerlei soorten patiënten zijn. Met name voor chronische ziekten zijn netwerken al langer in gebruik. Die hebben zich bijvoorbeeld goed georganiseerd op internet. Maar de meeste patiënten zijn heel snel weer ex-patiënt. Die hebben er veel minder mee te maken.'

“Je moet niet denken dat je een beter advies krijgt als je er langer over nadenkt”, zei Pieter altijd. Ik heb daar veel aan gehad: jezelf bijna dwingen om iets binnen een bepaalde tijd te doen. Maar ik beschouw hem ook op andere vlakken als een leermeester. Pieter is een ongelofelijk slim en scherp denker. Hij kan ook heel erg goed schrijven; de meester van de korte zin.’

‘Als directeur van het secretariaat had hij veel oog voor de ontwikkeling van zijn medewerkers. Daar heeft hij heel veel aan gedaan. Ik herinner me trouwens zo’n team-ontwikkelingdag waarop we met z’n allen een vlot moesten bouwen. Pieter was toen enorm gefocust op wat de anderen deden; de klus móést geklaard worden. Heel competitief ook. Als je ging voetballen en hij zat bij de tegenstanders, moest je goed op je benen passen. Maar hij was ook heel sociaal. De bijeenkomsten die hij bij hem thuis organiseerde waren altijd heel gezellig.’

‘Pieter had als ‘meewerkend voorman’ wezenlijke invloed op de belangrijkste RVZ-adviezen. Hij had altijd uitgesproken meningen over wat er in het beleid anders moest. En hij was zijn tijd ver vooruit. Dat was vaak ook te zien aan adviezen; die zag je dan na-ijlen in de politiek. Nu vindt iedereen het bijvoorbeeld normaal dat je zegt: “Als jij gebruikmaakt van een voorziening in de AWBZ, dan ligt het ook voor de hand dat je je eigen huur betaalt. Want we moeten allemaal wonen.” Maar dat was ten tijde van het RVZ-advies hierover zeker nog geen open deur.’





Dick Willems

‘Keuzevrijheid is mooi, maar het moet geen keuzedwang worden’

‘Patiënten hebben over het algemeen een meer actieve, autonome rol dan vroeger. Ze komen meer op voor wat ze willen en ze weten vaak goed wat er te koop is in de gezondheidszorg. Wat dat betreft is die verhouding de laatste twintig jaar toch wel verschoven: van een situatie waarin de dokter alle kennis had, tot een soort gedeelde kennis, waarbij we ons dan ook altijd weer af moeten vragen hoe goed die kennis van de patiënt dan wel is.’

‘De andere kant is wat recenter tot ontwikkeling gekomen: er mag ook meer van de patiënten gevraagd worden. Dat ze doen wat er met de arts is afgesproken. Maar aan ‘goed patiëntschap’ kleven ook belangrijke medisch-ethische vragen. Kun je ook zo ver gaan dat je tegen mensen zegt: “Als je nooit iets doet wat we hebben afgesproken, dan hoef je niet meer te komen”? De eed zegt ook niet: “Je moet alleen maar zorgen voor mensen die gezond leven.” Ik vind juist dat je betrokken moet zijn bij mensen die het gewoon niet handig doen. Dat is een kwetsbare groep. Want het is vaak erg lastig bepaalde gewoontes af te zweren, of om grote hoeveelheden medicijnen te moeten slikken.’

‘Het is overigens maar een kleine groep die heel actief op zoek gaat naar kennis. Er zullen altijd veel mensen blijven die ofwel moeite hebben met middelen als internet, ofwel gewoon geen zin hebben om alsmaar bezig te zijn met gezondheidsvragen. Die denken: “Daar heeft u voor geleerd. Ik ben weer goed in iets anders.” Die zitten niet te wachten op al die keuzes. En dat loopt dan heus niet weer meteen uit op de oude paternalistische houding, waarin de dokter alleen beslist. Ik bedoel: keuzevrijheid is mooi, maar het moet geen keuzedwang worden.’

‘Dat neemt niet weg dat de kennis die de patiënten zelf hebben, heel nuttig kan zijn. De ervaringen van bijvoorbeeld mensen met chronische ziektes, over hoe je kunt leven met een ziekte, en wat daarvoor nodig is. Dat gaat vaak over hele praktische, soms simpele dingen: hoe zorg je ervoor dat je

met artrose toch op de plek komt waar je wilt zijn? Daar hebben mensen vaak heel veel kennis over. Die gebruiken we nog niet genoeg in de gezondheidszorg.'

'Het vraagt om innovaties; nieuwe manieren van omgaan met patiënten. Een mooi voorbeeld zijn de poliklinieken die hier en daar opkomen, waar patiënten via het internet communiceren, onderling en met artsen en verpleegkundigen. Dat is volgens mij wel een soort innovatie die veel kans van slagen heeft. Internet is ook een goed middel om patiëntenkennis te verspreiden. Op platforms kunnen patiënten die dezelfde ziekte hebben met elkaar communiceren. Zo komt er heel veel individuele kennis bij elkaar over hoe je om kunt gaan met de ziekte.'

'De meeste artsen die moeten beoordelen of artsen in opleiding over communicatieve competenties beschikken, hebben deze zelf nooit geleerd.'

'Nee, dat is niet meer zo. Het is misschien niet altijd voldoende, maar communicatie is al heel lang een onderdeel van de opleiding, en de mensen die dat nu beoordelen, hebben dat het ook in hun opleiding gehad.'

'Een zorgrelatie is een gelijkwaardige relatie tussen ongelijke partijen.'

'Volgens mij klopt dat. 'Gelijkwaardig' betekent niet 'gelijk'. Het betekent dat je elkaar in je waarde laat. Dus kunnen ongelijke partijen een gelijkwaardige relatie hebben.'

'Een toenemend streven naar doelmatigheid en efficiency resulteert in een grotere druk op de communicatie tussen patiënt en behandelaar.'

'Dat geloof ik helemaal niet. Ik weet zeker dat goede communicatie doelmatigheid verhoogt. Als je zou ophouden met communiceren ben je juist ondoelmatig bezig. Je moet in ieder geval de mensen goede uitleg geven; goed overdragen wat je advies is. Het is nog wat anders of je daar eindeloos de tijd voor neemt.'

‘Wat ik altijd heel typisch heb gevonden aan Pieter, was dat hij schrijft in telegramstijl. Hij heeft soms van die stukken, daar staat het ene grote begrip na het andere, zonder werkwoorden: “Transparantie. Efficiëntie.” Dat is ook zijn manier van denken, in grote begrippen en heel snel. Hij is niet iemand die heel geduldig dingen wil uitpluizen. Dat duurt hem al snel te lang.’

‘Het werk schiet daardoor wel erg op; maar soms moet je wat langer over dingen nadenken. En dat is dan weer de rol van de raadsleden. Er zijn soms kort-door-de-bochtformuleringen waarbij wij zeggen: “Je moet dit echt wel goed uitleggen, want anders gaat het eruit.”’

‘Ik kan prima met Pieter samenwerken, hoewel ik niet over al zijn standpunten even enthousiast ben. Maar je kunt er natuurlijk niet allemaal hetzelfde over denken. Pieter heeft door zijn rol natuurlijk wel een grote inbreng, ook omdat hij steeds weer nieuwe onderwerpen aanbiedt. Daaraan zie je dat zijn hart bij de inhoud ligt; daar kan hij echt enthousiast van worden. Je kunt ook niet van iemand met zijn staat van dienst verwachten dat hij alleen maar organiseert. En dat moet ook niet, want zijn inbreng is goed. Hij zet soms de zaken ook echt op scherp. Dat is heel prettig.’



Hedy Charles

over Pieter Vos



‘Er was bij Pieter een groot verschil tussen privé en zakelijk. In zijn vrije tijd vond ik hem zeer aimabel; een heel lieve man. Hij nodigde ons van het directie-secretariaat wel eens bij hem thuis uit en was dan een goede gastheer. Zo was hij ook op dagjes uit. Behalve als het om spelletjes ging, hè. Dan moest hij altijd winnen. Hij was heel sportief, maar ontzettend fanatiek. Ik vond dat altijd wel grappig, dat iemand zo’n winnersmentaliteit heeft. Dat iemand zich zo druk kon maken om een spelletje.’

‘Die mentaliteit had hij ook op het werk. Hij was daar afstandelijker, maar wel heel gedreven. Hij kwam als eerste en ging als laatste weg. Altijd serieus. Hij viel op door zijn werklust en gaf altijd het goede voorbeeld. En hij verwachtte dat ook van ons. Ik vond dat prima, want ik was óók zo. Hij vond daarnaast scholing erg belangrijk; iedereen moest zich ontwikkelen. Géén stilstand! De RVZ is dankzij hem echt dynamisch geworden.’

