

Alles moet snel en efficiënt, maar menselijke maat is ver te zoeken

Marktdenken bedreigt het artsenvak

W.J. Jongejan,
huisarts niet-praktiserend
(sinds juli 2007), publicist

Correspondentieadres:
wjongejan@planet.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Ook standaardisatie in de
industrie ziet de menselijke
maat over het hoofd. Hier
meesterlijk verbeeld door
Charlie Chaplin in de film
Modern Times.

beeld: Corbis

De huidige managementfilosofie in de gezondheidszorg, gericht op standaardisatie en efficiency, tast het gevoel van eigenwaarde, de beroepseer en beroepstrots van zorgverleners aan. Tijd om de grenzen aan te geven.

Een groeiend aantal verpleegkundigen, huisartsen en specialisten raakt gedesillusioneerd bij de uitoefening van hun vak door ontwikkelingen die ongeveer twintig jaar geleden in gang zijn gezet. Eind jaren tachtig werd duidelijk dat de overheid niet alles wat zij aan taken op zich had genomen, naar behoren kon uitvoeren. Een stringenter begrotingsbeleid met noodzakelijke bezui-

nigen maakte dat steeds meer met steeds minder moest worden gedaan. De overheid omarmde toen het gedachtegoed van het *New Public Management* (NPM). Christopher Hood introduceerde in 1991 NPM als een verzameling voorschriften om de overheid te organiseren.^{1 2} In deze managementfilosofie wordt het spel verdeeld. Verschillende partijen – bij de zorg gaat het hier om meerdere zorgaanbieders, verzekeraars en cliënten- of patiëntenorganisaties, met elk hun eigen verschillende belangen – worden op een beroepsveld toegelaten om machtsconcentraties te voorkomen.³ ‘Marktwerving’ is het toverwoord om tot lagere prijzen/kosten, hogere productie en meer kwaliteit te komen. Managers worden de ‘machthebbers’ over het geheel. Hoe hoger in de organisatie, hoe meer macht. De handelingsruimte op de werkvloer wordt ingeperkt door protocollen en richtlijnen, diagnose-behandelcombinaties (DBC's) of andere outputsturing. Op de werkvloer kan men niet meer meepraten over doelstellingen of prioriteiten, maar uitsluitend nog over de keuze van de middelen.

Lopende band

Het NPM is gestoeld op de ideeën van Frederick W. Taylor (1856-1915), een Amerikaans werktuigbouwkundig ingenieur: het zogenaamde *scientific management*.⁴ Hij betoogde dat werknemers niet maximaal presteerden. Zijn gedachte om het productieproces volledig uiteen te rafelen en daarin vergaande rationalisering door te voeren, heeft grote invloed gehad op standaardisatie en efficiëntie in de industrie. De



massaproductie van goederen heeft hierdoor een enorme groei doorgemaakt. Aan zijn gedachtegoed (het taylorisme) kleven echter ook grote bezwaren. De menselijke maat raakt zoek, prachtig uitgebeeld in de film *Modern Times*, waarin Charlie Chaplin aan de lopende band in een steeds rapper tempo twee moeren moet aandraaien (met elke hand één: het top-punt van efficiency).⁵ Het wezenskenmerk van het taylorisme is de scheiding van denken en doen, van managen en uitvoeren.⁶ Er is hierin vrijwel geen plaats voor de sociale behoefte van de mens, namelijk waardering en erkenning voor zijn vakmanschap. Het in 2004 uitgegeven boek *Intensieve Menshouderij* laat op treffende wijze zien hoe kwaliteit oplost in rationaliteit.⁷

Vakmanschap

Ontegenzeggelijk is op veel plaatsen in de zorg sprake van vakmanschap in de oude zin van het woord. Vakmanschap dat steeds meer onder druk komt te staan door de gevolgen van het NPM. Zorgprofessionals zoals medisch specialisten, huisartsen en verpleegkundigen werken als vaklieden die erkenning vinden in de wijze waarop ze hun vak naar eer en geweten (beroepseer) uitvoeren. Ze ontleen er hun beroepstrots aan. In andere sectoren, zoals on-

derwijs en de politie, is al enige tijd duidelijk dat het NPM met outputsturing tot veel onvrede onder de werkenden leidt.

In de jaren negentig zag ik in de eigen praktijk hoe de wijkverpleegkundigen

werden gedwongen een tijdsregistratie van onderdelen van hun werk uit te voeren. Later kwamen er barcodelezers om handelingen als wassen en medicijnen toedienen snel vast te leggen. Daarna zag je steeds meer onderdelen van de zorg door minder gekwalificeerde krachten uitgevoerd worden. Op output werd gestuurd en het werk leek zogenaamd efficiënter te worden uitgevoerd. Dat daardoor in plaats van één nu meerdere zorgverleners achter elkaar een patiënt bezochten, was een onvermijdelijk gevolg en leek bijzaak. Outputsturing door middel van door de beroepsgroep aangeleverde indicatoren is inmiddels ook bij de huisarts gaande. De medisch specialisten kennen in dat kader de DBC's.

Functionele bekostiging

Dit jaar introduceerde minister Klink het plan voor functionele bekostiging van de chronische zorg in de eerste lijn. Chronische zorg voor

specifieke categorieën zoals diabetes, COPD (emfyseem), hartfalen en cardiovasculair risicomanagement wil hij uit het totale zorgpakket van de huisarts halen en laten aanbesteden. Marktwerking ten top. Ook de DBC's zijn doorgedrongen tot het huisartsenvak, want voor de financiële afhandeling van voornoemde chronische zorgonderdelen zijn keten-DBC's noodzakelijk. Minister Klink schrijft in een brief aan de Tweede Kamer dat aandacht voor effecten van te grote marktmacht (lees: van de huisarts) essentieel is.⁸ Zorgverzekeraar Agis stelt in de voorwaarden voor inkoop van ketenzorg dat zij die inkoop bij een rechtspersoon die chronische zorg en basishuisartsenzorg *kan of doet* bieden.⁹

Er zijn straks drie mogelijkheden. De huisarts wordt hoofdcontractant voor de zorg van eigen diabetespatiënten óf hij wordt subcontractant van een andere instantie die de diabeteszorg gegund is óf anderen dan huisartsen gaan die zorg leveren. Dit laatste vereist een functionerend landelijk elektronisch patiëntendossier (L-EPD), omdat een andere zorgverlener de al bestaande data moet kunnen inzien. Het L-EPD is echter een duur luchtkasteel, dat als het ooit tot stand komt onvolledig en onbetrouwbaar is met 300.000 rechthebbenden op toegang.¹⁰ Deze ontwikkelingen leggen de bijl aan de wortel van de huisartsenzorg. Er is geen sprake meer van persoonlijke, integrale en continue zorg, ook niet van maatwerk, maar van zorg waaruit onderdelen worden verwijderd.¹¹ Wordt de chronische zorg voor diabetes toch aan de eigen huisarts gegund, dan zal dit door het aanbesteden gepaard gaan met veel extra bureaucratie. Het Centraal Planbureau heeft onlangs laten weten dat de door minister Klink beoogde besparing door functionele bekostiging erg onwaarschijnlijk is.¹²

Schemergebied

Veel negatieve ontwikkelingen in de gezondheidszorg zijn het gevolg van het te ver doorvoeren van het taylorisme. Bij de productie van goederen marginaliseerde het de vakman, bij de levering van diensten blijkt het ronduit desastreus te zijn. De overheid heeft in het kader van het marktdenken veel ambtelijke diensten verzelfstandigd. Voorbeelden hiervan zijn studiefinanciering, gevangenis, asielzoekersopvang. Het zijn quango's geworden: het acroniem voor quasiautonome niet-gouvernementele organisaties. Een schemergebied tussen markt en staat, tussen overheid en burger is het gevolg. Veel maatschappelijke onvrede berust hierop (Fortuynisme, opkomst PVV).

Het landelijk EPD is een duur luchtkasteel



SAMENVATTING

- De toepassing van het *New Public Management* (NPM) door de overheid heeft grote consequenties voor de gezondheidszorg gehad.
- Door het NPM is het vakmanschap van de werkers in de zorg sterk aan erosie onderhevig.
- De voorgenomen functionele bekostiging van chronische ziektes is, net als het geforceerd tot stand brengen van een landelijk EPD, een bedreiging voor de kernwaarden van het huisartsenvak en het vakmanschap van de huisarts.
- We moeten de overheid duidelijk maken dat de grens is bereikt en tonen waar de Nederlandse huisarts voor staat.

Het allerbelangrijkste blijft de inhoud van het vak zelf

Tjeenk Willink, vicevoorzitter van de Raad van State, heeft bij herhaling in zijn jaarverslagen gewezen op de gevaren van dergelijke organisatievormen, maar de politiek blijkt vooralsnog niet in staat of van zins dit te veranderen. Het moet nu dus van de werkers zelf komen en eventueel van hun beroepsverenigingen, volgens Tjeenk Willink.¹³


Hij zei onlangs dat de professionaliteit het zwakste element in het krachtenveld van overheid en markt dreigt te worden.¹⁴ Elke normering, elk protocol, elk model houdt een reductie in van de pluriforme werkelijkheid waarin zorgverleners hun vak uitoefenen. Het wordt tijd voor een krachtige herbezinning op

wat de zorgprofessionals essentieel vinden voor de uitoefening van hun vak. Een krachtig 'neen' als er ontwikkelingen zijn die de kern van het eigen vak raken.

Bundeling van krachten

In de thuiszorg heeft Jos de Blok met Buurtzorg de wijkzorg een nieuw menselijk gezicht gegeven door het formeren van kleinschalige, zelfstandige teams in plaats van grote anonieme thuiszorgorganisaties.^{15 16} Het blijkt een succesformule. Binnen de huisartsenwereld begint door te dringen dat de functionele bekostiging van chronische zorg het vak reëel aantast. Bundeling van krachten is meer dan ooit vereist. Het Nederlands Huisartsen Genootschap stopte recentelijk de verdere ontwikkeling van zorgstandaarden die voor functionele bekostiging noodzakelijk zijn.¹⁷

Wat betreft het L-EPD moet de confrontatie met de minister nog komen. Aansluiting op het L-EPD moet binnenkort plaatsvinden en in zijn ogen worden afgedwongen met boetes. In de memorie van toelichting aan de Eerste Kamer over de wet die het L-EPD regelt, geeft de minister aan dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) gaat toezien op de daadwerkelijke aansluiting.¹⁸ Ook handhaving en de mogelijkheid om boetes op te leggen, valt onder de IGZ. Er ontstaat straks de vreemde situatie dat kwalitatief hoogwaardig werk leverende huisartsen die om kwaliteitsredenen weigeren zich op het L-EPD aan te sluiten, een forse boete opgelegd kunnen krijgen door de IGZ, omdat de minister vindt dat alleen met een L-EPD vakwerk wordt geleverd. De nu al onderbezette IGZ zal daar een harde dobber aan krijgen. Het wordt een zeer interessante casus als grote aantallen huisartsen weigeren deel te nemen. Het is het uitgelezen moment nu een grens te trekken. Laten we ons bewust zijn van het grote maatschappelijke draagvlak dat de huisarts heeft en de durf tonen te laten zien waar we voor staan. Laten we trouw blijven aan de kernwaarden van ons vak.

Deze oproep is niet alleen als verzet bedoeld. De professionals in de zorg hebben in het verleden vaak zelf initiatieven ontplooid die de zorg en de efficiency verbeterden. Vakmensen hebben namelijk de innerlijke drang hun vak continu te vernieuwen. Het is niet toevallig dat in dit artikel nergens de financiële positie van de werkers is aangestipt. Dat is een ander terrein. Het allerbelangrijkste blijft de inhoud van het vak zelf en hoe je daar vorm aan geeft. De stichting Beroepseer houdt zich al enige tijd met dit onderwerp bezig.¹⁹ 



De literatuurlijst vindt u onder de digitale versie van dit artikel op www.medischcontact.nl.

Referenties

1. Hood C. A public management for all seasons? Public Administration 1991; 69 (1): 3-19.
2. Maesschalk J. Ondergraaft New Public Management de integriteit van de ambtenaar? In Beroepszeer: Waarom Nederland niet goed werkt. 2005, 271-80.
3. Jansen T, van den Brink G van den, Kole J. Beroepstrots: een ongekende kracht. 2009, 19.
4. www.wikipedia.nl.
5. Modern Times, 1936, film van Charlie Chaplin met in de hoofdrollen Charlie Chaplin en Paulette Goddard.
6. Ten Have K. Beroepstrots: een ongekende kracht. 2009, 337.
7. Peters J, Pouw J. Intensieve menshouderij. 2004.
8. Voorhangbrief keten-DBC's en huisartsbekostiging. Brief van minister Klink van VWS aan de Tweede Kamer d.d. 13-07-09. Kenmerk: CZ/EKZ/2934968.
9. Functionele bekostiging, wat nu? Keten zorg in 2010, www.agisweb.nl, gedateerd 01-10-2009.
10. Jongejan WJ. Het EPD als luchtkasteel. Medisch Contact 2008; 63 (33/34): 1360-3.
11. Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het NHG. Woudschoten-rapport; rapport over de taak van de huisarts, de zogenaamde Woudschoten-materie, aangeboden aan het bestuur van het NHG, januari 1963.
12. Houdbaarheidsmaatregelen curatieve zorg, CPB, 15-09-2009, hoofdstuk 3, 9-12.
13. Tjeenk Willink H. Vicevoorzitter van de Raad van State in gesprek met A. van der Burgt, Stichting Beroepseer, bij de boekpresentatie Niemand Regeert van Marc Chavannes, 09-09-2009.
14. Tjeenk Willink H. Vicevoorzitter van de Raad van State, Gezondheidszorg, een publiek belang, inleiding op het symposium voorafgaande aan de inaugurele rede van prof. K. Putters aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, 09-10-2009.
15. Zie www.buurtzorgnederland.com.
16. Kiers B. Beroepstrots: een ongekende kracht. 2009, 320-5.
17. Timmermans AE. Brief NHG aan de minister van VWS A. Klink, kenmerk DIR/09-147/AT/CF/ty, 30-09-2009.
18. Klink A. Memorie van Toelichting aan de Eerste Kamer bij de wijziging van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg in verband met de elektronische informatie-uitwisseling in de zorg (wetsvoorstel 31466), 15, 07-09-2009.
19. Stichting BeroepsEer, www.beroepseer.nl, Tapijtweg 2, 2597KH Den Haag.