

Samen maken we de zorg (beter)

Essay in het kader van het advies *Blijk van vertrouwen. Anders verantwoord voor goede zorg*

Marina de Lint
Den Haag, mei 2019

Raad 
Volksgezondheid
& Samenleving

Inhoud

Inhoud	2
1 Inleiding	3
2 Het systeem van de zorg: 'rupsje nooit genoeg'	5
3 Tien jaar later	7
Tussentijdse conclusie	9
4 Anders verantwoord: samen maken we de zorg (beter)	10
Conclusie	13

1 Inleiding

De zorg gaat al jaren gebukt onder een teveel aan administratieve lasten. Deze administratieve lastendruk lijkt zelfs toe te nemen. Recent bleek uit onderzoek¹ dat zorgverleners gemiddeld genomen maar liefst 40% van hun werktijd aan administratie besteden. Het behoeft geen nader betoog dat dit ten koste gaat van tijd en aandacht voor patiënten en leidt tot frustratie en verminderd werkplezier van zorgverleners.

Administratieve lasten vloeien voort uit een hoge regeldruk die niet als passend wordt ervaren. Regels zijn er in vele soorten en maten en betreffen alle bedrijfsprocessen van zorgaanbieders. Ze zijn afkomstig van zowel de sector zelf (richtlijnen en protocollen, administratieve processen) als van de overheid. Een substantieel deel van de regels betreft de verantwoording over voorgeschreven handelwijzen en geleverde diensten.

Onlangs hebben zorgverleners en beroepsorganisaties samen met andere betrokken partijen uit het zorgveld in de beweging (Ont)Regel de Zorg de handschoen opgepakt en het initiatief genomen om te komen tot een voorstel voor te schrappen regels en bijbehorende actieplannen. In maart 2017 hebben zij aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) zo'n zeventig overbodige regels voorgedragen om te schrappen. Het ministerie presenteerde medio mei 2018 een actieplan om deze en andere overbodige regels af te schaffen. In het actieplan belooft het ministerie verantwoordelijkheid te nemen voor het „coördineren van de uitvoering“ van het programma, maar de veldpartijen blijven zelf verantwoordelijk voor de uitvoering van de plannen.

Dit is een mooi initiatief, waar met veel inzet en betrokkenheid aan wordt gewerkt. Maar is het ook voldoende om het tij te keren? De initiatiefnemers van (Ont)regel de zorg zijn verheugd dat de bewindslieden van VWS hun plan oppakken en verder willen brengen, maar vrezen tegelijkertijd de vrijblijvendheid: in het actieplan worden geen duidelijke doelen en deadlines gesteld, terwijl ook sancties ontbreken. Wat hen betreft moet de vrijblijvendheid ervan af. Eerdere pogingen om tot minder regels te komen zijn in de praktijk immers moeizaam verlopen en ook nu is de tegendruk van partijen met andere belangen groot, zo stellen zij.

Dit essay gaat nog een stap verder: als er niets verandert aan het onderliggende systeem dan is de kans groot dat een initiatief zoals dit verzandt of – erger nog – uiteindelijk averechts werkt en de administratieve lasten juist weer doet toenemen. Illustratief hiervoor is de rake observatie van cabaretier Pieter Derks² over het actieplan (Ont)regel de zorg: “Vierenzestig kantjes symptoombestrijding. Er komt een formulier waarop de vraag wordt gesteld: bent u al minder tijd kwijt aan het invullen van formulieren?” Ditzelfde lot lijkt ook pilots met ‘regelarme zorg’ te zijn beschoren: verschillende pilots zijn inmiddels gestaakt omdat er in plaats van minder juist meer regels voor zijn teruggekomen³. (

Het onderliggende systeem betreft de ingewikkelde verhouding tussen de centrale overheid, die verantwoordelijk is voor de publieke belangen in de zorg, en de (overwegend) private partijen, die

Noten

¹ Denktank (Ont)regel de zorg, november 2017.

² <https://www.ordz.nl/reacties-op-actieplan-een-selectie/>

³ zie bijvoorbeeld <https://www.bndestem.nl/.../regelarme-zorg-leidt-tot-meer-regels...>

hieraan uitvoering moeten geven. Dit essay tracht te ontrafelen hoe dit systeem werkt door de onderliggende mechanismen bloot te leggen. Daarmee kan inzichtelijk worden waarom 'het systeem' alleen maar uitdijt en de zorg uiteindelijk dreigt te verstikken.

Het essay eindigt met een voorstel voor een andere manier van verantwoorden, waarmee dit mechanisme kan worden doorbroken. Het betreft een manier van verantwoorden die aansluit op de relatie tussen zorgverlener en patiënt en die recht doet aan diversiteit.

2 Het systeem van de zorg: 'rupsje nooit genoeg'

De overheid heeft de grondwettelijke taak maatregelen te treffen ter bevordering van de volksgezondheid (art. 22 Grondwet). Hiervan afgeleid is een algemeen recht van burgers op gezondheidszorg, dat in ons land wordt uitgelegd als het recht van de burger op kwalitatief goede, geografisch bereikbare en financieel toegankelijke d.w.z. betaalbare gezondheidszorg. De overheid ziet voor zichzelf dan ook een rol in het waarborgen van de kwaliteit, bereikbaarheid en (financiële) toegankelijkheid van de zorg voor de burger, de 'publieke belangen' van de zorg. Om de toegankelijkheid op individueel niveau te kunnen blijven waarborgen, behoort ook een beheerste kostenontwikkeling tot de publieke belangen.

De wegen waarlangs de overheid deze doelen tracht te realiseren kunnen heel verschillend zijn. Zo laat de Britse National Health Service zien dat aan deze overheidstaak ook invulling kan worden gegeven door een staatsorganisatie die de zorg verleent. Hiermee is overigens niet gezegd dat een invulling zoals deze, waarbij de overheid de uitvoering van de zorg zelf ter hand neemt, minder regeldruk tot gevolg heeft. Het gaat er hier alleen om duidelijk te maken dat aan de borging van publieke belangen op verschillende wijzen en in verschillende constellaties vorm en inhoud kan worden gegeven.

In Nederland zijn de opvattingen over de taak van de overheid ten aanzien van de zorg in de afgelopen decennia behoorlijk veranderd. Aanvankelijk was de curatieve gezondheidszorg een zaak van particulier initiatief en impliciete solidariteit, slechts bewaakt door de Maatschappij der Geneeskunst (thans KNMG) en de wettelijke tuchtcolleges als marktmeesters. In de tweede helft van de vorige eeuw is de zorg langzaam maar zeker beheerst geraakt door een systeem van overheidsregulering, waaruit vrijwel alle concurrentie verbannen was: een model van sterke overheidssturing. Onder invloed van de New Public Managementstroming⁴ in de jaren tachtig van de vorige eeuw markeerde het rapport van de commissie-Dekker een omslagpunt in het denken over het stelsel. En met de nota *Vraag aan bod* van het kabinet-Paars II is de beweging ingezet, waarin de zorg afstevent op minder overheidsbemoeyenis, meer ondernemerschap en meer vraagsturing.

Volgens deze laatste, nog altijd actuele, opvatting zou de zorgsector een zo veel mogelijk zelfregulerend systeem moeten worden met daarin prikkels voor zowel verzekeraars, verzekerden als zorgaanbieders. In deze driehoek zijn de rollen als volgt verdeeld: *zorgverzekeraars* dingen met elkaar om de gunst van verzekerden en treden op als belangenbehartigers voor hun verzekerden. Middelen daartoe zijn de premiestelling en inkoop van producten en diensten met een goede prijs-kwaliteitverhouding. *Zorgaanbieders* dingen met elkaar om de gunst van patiënten en zorgverzekeraars. Zij worden zo geprikkeld zorg van goede kwaliteit te leveren die zoveel mogelijk beantwoordt aan de behoefte van de patiënt en die bovendien doelmatig is. Door het betalen van

Noten

⁴ Deze stroming stond tegenover de bureaucratische principes en wilde het model van de private sector toepassen op de publieke sector. De basiswaarden van het New Public Management kunnen worden verwoord door zuinigheid, doelmatigheid en doeltreffendheid. Zo wordt er meer gebruikgemaakt van het instrument verzelfstandiging en worden bijvoorbeeld resultaten belangrijker dan de wijze waarop die behaald zijn. Het denken is bedrijfsmatig, men denkt in termen van producten en klanten. Ook krijgen managers meer vrijheid maar ook meer verantwoordelijkheid.

een (deels) nominale premie aan hun verzekeraar en vormen van eigen betalingen bij zorggebruik worden *zorgvragers* gestimuleerd tot een kritische opstelling ten aanzien van de prijs en kwaliteit van de geleverde diensten. Op bepaalde zorgdeelmarkten zal zelfs sprake kunnen zijn van directe sturing door de patiënt/cliënt als deze, bijvoorbeeld door middel van een persoonsgebonden budget, zelf de gewenste zorg koopt. Eventueel kunnen zorgvragers, om meer marktmacht te mobiliseren, collectief optreden, bijvoorbeeld in de vorm van patiëntenorganisaties die voor hun leden bepaalde zorg inkopen⁵.

Volgens dit besturingsmodel krijgen particuliere personen en organisaties op decentraal niveau meer beslissingsvrijheid om de publieke zorgbelangen veilig te stellen. Niettemin blijft de verantwoordelijkheid van de overheid voor de publieke belangen in de gezondheidszorg onverminderd intact. Wel treedt er een verschuiving op in de manier waarop die belangen veiliggesteld worden: de overheid zal meer en meer optreden als kadersteller en toezichthouder.

Het kader dat de overheid vaststelt vormt het raamwerk waarbinnen de decentrale beslissingsvrijheid ingevuld kan worden. Daarnaast is het toezichtinstrumentarium vernieuwd om effectief toezicht te kunnen houden op de relevante publieke belangen. De overheid is en blijft immers verantwoordelijk voor het functioneren van het systeem; hij is 'systeemverantwoordelijk'. De overheid moet dus kunnen ingrijpen als er imperfecties optreden in het zelfregulerend systeem en bepaalde publieke gezondheidszorgbelangen onvoldoende gewaarborgd worden of dreigen te worden.

In de plaats van directe overheidssturing komt nu dus de toezichtfunctie van de overheid sterker naar voren. Dat stelt eisen aan de systematische beschikbaarheid van informatie over het functioneren van het systeem.

Noten

⁵ Tweede Kamer der Staten-Generaal, Herziening van het zorgstelsel. Nota Vraag aan bod, vergaderjaar 2000-2001, 27 855 nr.2

3 Tien jaar later

Inmiddels hebben we ruim tien jaar ervaring opgedaan met dit nieuwe besturingsmodel. Een belangrijke aanleiding om over te stappen naar een model van gereguleerde concurrentie was juist de behoefte om de administratieve lasten in de zorg te verminderen. Maakt het in die zin zijn beloften waar?

Er is een aantal opvallende bevindingen, die overigens geplaatst moeten worden tegen de achtergrond van ontwikkelingen in de sector zelf die – nog los van het besturingsmodel – een opwaartse druk geven op de administratieve lasten. Zorg verandert snel van aard en omvang: door voortschrijdende medische mogelijkheden kunnen meer mensen behandeld worden en ook meer mensen met complexere zorgvragen. Dit leidt tot verdergaande specialisatie en versnippering binnen zorginstellingen met afzonderlijk belegde deelverantwoordelijkheden, terwijl tegelijkertijd de behoefte aan domein- en instellingsoverschrijdende netwerkzorg toeneemt (RVS 2017)⁶. Om deze groter wordende kloof te overbruggen zijn steeds meer overdrachten, regels en verantwoording nodig.

Een rechtstreeks uitvloeisel van het nieuwe stelsel of besturingsmodel is dat steeds meer partijen verantwoording en informatie willen over tal van bedrijfsprocessen. Dat zijn enerzijds (private) partijen die door zorginstellingen worden ingeschakeld om zorginstellingen behulpzaam te zijn bij het zichtbaar maken en verbeteren van de kwaliteit van processen en dienstverlening, zoals de accreditatietrajecten die zorginstellingen doorlopen. En daarnaast de zorgverzekeraars, die ten behoeve van hun verzekerden de best mogelijke zorg willen inkopen tegen de best mogelijke prijs. Anderzijds zijn er steeds meer instanties die als verlengde arm van de overheid toezicht houden op deelaspecten van de zorg. Zo stelde de commissie Büller reeds in 2007 vast dat ziekenhuizen te maken hebben met wel veertig verschillende toezichthouders⁷. Wat deze partijen gemeen hebben is dat zij letterlijk op afstand staan van het primaire proces. Om hun respectievelijke taken te kunnen vervullen zijn zij afhankelijk van informatie van zorgverleners en zorgaanbieders over hun handelen en prestaties. De betrokken instanties vragen ieder vanuit hun eigen perspectief en deskundigheid informatie op, delen vrijwel geen informatie met elkaar, terwijl de indicatoren die zij hanteren regelmatig veranderd worden. Deze 'informatie-uitvraag' leidt tot dubbel werk voor zorginstellingen, sluit niet aan op de bedrijfsprocessen van de instellingen en biedt weinig mogelijkheden om de uitkomsten ervan aan te wenden ter verbetering van toekomstig medisch en administratief handelen.

Het gegeven dat het aantal nieuwe actoren in en rond zorginstellingen steeds meer toeneemt en daarmee ook de verantwoordingslasten hangt voor een deel samen met het feit dat het begrip systeemverantwoordelijkheid – anders dan bij het ontwerp van het nieuwe zorgstelsel was beoogd – geen duidelijkheid biedt over wat de rol van de rijksoverheid precies behelst en juist tot meer in plaats van minder sturing door de overheid leidt⁸.

Noten

⁶ Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, Heft in eigen hand. Zorg en ondersteuning voor mensen met meervoudige problemen, oktober 2017

⁷ Commissie Büller, Zorg voor minder last, juli 2007

⁸ Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, Verhalen van systeemverantwoordelijkheid. Bijlage 1 bij het advies Verlangen naar Samenhang, april 2016

De toename van de verantwoordingslasten hangt daarnaast samen met een snel veranderende buitenwereld. Burgers en media worden steeds kritischer ten aanzien van het handelen van overheid en semipublieke instellingen. Dit getuigt van een afnemend vertrouwen. Maar ook van een gebrek aan gevoel van mede-eigenaarschap. Mensen voelen zich steeds minder verbonden met deze instituties, ondanks de toegenomen verantwoording.

Hoewel hieraan verschillende oorzaken ten grondslag liggen speelt onmiskenbaar een rol dat de sturing in de zorgsector zich vaker op een beperkt aantal variabelen concentreert, namelijk datgene dat meetbaar is en gekwantificeerd kan worden. Deze kwantitatieve sturingsinstrumenten en rekenmodellen doen onvoldoende recht aan de meervoudige belangen die de zorgsector dient en maken bovendien gevoelig voor perverse prikkels, met als risico dat kwaliteit ondergeschikt raakt aan rendement⁹. De gekozen meetinstrumenten creëren een schijnwerkelijkheid en maskeren de werkelijke performance van zorgverleners en zorgaanbieders, die op papier steeds beter functioneren, terwijl dat door patiënten en cliënten niet zo ervaren wordt (performance-paradox).

Een gevolg van het toenemend wantrouwen van burgers in het handelen van overheid en semipublieke instellingen is dat burgers meer en sneller om nog meer verantwoording en maatregelen vragen. Kwaliteit is onderwerp van publieke verantwoording en rapportages in kranten en tijdschriften. Incidenten worden snel en soms opgeblazen in de media gebracht. Van elk van de onderscheiden Inspecties wordt verwacht dat zij volledig instaan voor het door hen gecontroleerde. Te vermijden risico's worden steeds minder acceptabel geacht en vaak aan inspecties toegerekend¹⁰. Dit leidt tot frequente aanpassingen van indicatoren en tot nog meer uitvraag van gegevens, in een poging om vooral niets te missen of over het hoofd te zien. Ministers worden met regelmaat ter verantwoording geroepen naar aanleiding van het handelen of prestaties van individuele instellingen. Het gaat daarbij vaak om een incident, soms om een calamiteit of misstand. Onder politieke druk reageert de Minister vaak met een belofte van strenger optreden, hetgeen leidt tot het opleggen van extra regels en verantwoordingsplichten. Tot een zoektocht naar dieperliggende oorzaken en oplossingen komt het meestal niet¹¹.

De overheid reageert op incidenten dus vaak met beleidsmaatregelen zonder te weten of er een structureel probleem is (regelreflex). Volgens de commissie Behoorlijk Bestuur is dit een uiting van een onvoldoende doordenking van de ministeriele verantwoordelijkheid voor de semipublieke sector. De praktische invulling van deze verantwoordelijkheid heeft geen gelijke tred gehouden met de veranderde relatie tussen overheid en individuele instellingen. Zo is er om te beginnen niet goed duidelijk gemaakt wat de publieke belangen zijn en hoe conflicterende belangen tegen elkaar moeten worden afgewogen. Daarnaast leiden incidenten niet tot een duidelijker afbakening van de ministeriele en politieke verantwoordelijkheid, terwijl dat wel gewenst zou zijn. De commissie wijst er hierbij op dat bij sector- of systeemverantwoordelijkheid een grondhouding past van vertrouwen in de afzonderlijke instellingen, in de professionele verantwoordelijkheid van werknemers en bestuurders en in het zelfreinigend vermogen van de sector. Dan moeten zij die verantwoordelijkheid ook nemen en kan de minister daarnaar verwijzen. De Kamer en minister moeten dan ook aanvaarden dat bijv. een willekeurig conflict in een ziekenhuis zich onttrekt aan politieke bemoeienis en zich dus niet leent voor een hoogoplopend debat. Deze commissie besluit

Noten

⁹ Commissie Behoorlijk Bestuur, Een lastig gesprek, september 2013

¹⁰ Commissie Büller

¹¹ Commissie Behoorlijk Bestuur

dan ook met de aanbeveling dat ministers en Kamer zich in algemene zin zouden moeten buigen over de invulling en begrenzing van de ministeriele verantwoordelijkheid in de semipublieke sector.

Hoe sympathiek deze gedachte ook is, er valt weinig heil van te verwachten. Met de hoofdlijnenakkoorden die de minister van VWS sluit met veldpartijen in verschillende deelsectoren van de zorg geeft hij aan hoe hij de invulling van zijn ministeriele verantwoordelijkheid ziet en hoe hij de publieke belangen wil borgen. Dat is voor de veldpartijen zeker behulpzaam om bepaalde beleidskeuzes te kunnen maken, maar niet toereikend om de verantwoordingsspiraal te doorbreken.

Het probleem zit hem meer hierin dat het niet lukt om de publieke belangen en de ministeriële verantwoordelijkheid scherp af te bakenen. En zelfs als het zou lukken om (in theorie) een grens te trekken dan nog zal het moeilijk zijn voor bewindspersonen om zich hier strikt aan te houden, zolang het wantrouwen jegens overheid en semipublieke instellingen blijft bestaan.

Tussentijdse conclusie

De overheid is verantwoordelijk voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Om deze verantwoordelijkheid waar te kunnen maken is hij afhankelijk van de veldpartijen, die de uitvoering voor hun rekening nemen. De overheid is systeemverantwoordelijk hetgeen betekent dat hij alleen ingrijpt als de publieke belangen in gevaar (dreigen te) komen. Wanneer daarvan sprake is, is echter niet duidelijk. Elk incident kan immers iets zeggen over de werking van het systeem. In het verlengde hiervan en in een poging om het geheel beheersbaar te houden (maken?) zijn steeds meer verschillende partijen, waaronder inkopers, toezichhouders en inspecties belast met deeltaken en – verantwoordelijkheden. Burgers herkennen zich steeds minder in deze instituties en voelen zich steeds minder betrokken en vertegenwoordigd; dat voedt hun wantrouwen. De ministeriële verantwoordelijkheid voor de zorg is diffuus en lijkt zo alomvattend dat het moeilijk is weerstand te bieden aan kritische vragen van de buitenwacht (burgers, media en Kamerleden). Omdat ook alle instituties door de buitenwacht kritisch worden gevolgd en verantwoording moeten afleggen over de wijze waarop zij hun taken vervullen, vragen zij steeds meer gedetailleerde informatie op van zorgaanbieders en zorgverleners. Dit alles leidt tot steeds meer regels voor zorgaanbieders en zorgverleners, waarover bovendien verantwoording moet worden afgelegd. Zo drijft het systeem steeds verder uit.

Zo gezien moeten zorgaanbieders en zorgverleners aan alles en iedereen verantwoording afleggen, behalve aan de klant, de patiënt of cliënt, zelf. Het zijn instituties die buiten het primaire proces staan die bepalen welke zorgverlening goed is of niet goed is en in welke richting zorgverleners en zorginstellingen zich zouden moeten ontwikkelen. De patiënt en wat hij belangrijk vindt, staan hierin buiten spel.

4 Anders verantwoord: samen maken we de zorg (beter)

Met deze tussentijdse conclusie opent zich de mogelijkheid om tot een andere manier van verantwoord te komen. Een manier die aansluit bij de kern van waar het in de zorg om draait: de patiënt en zijn ervaringen met de zorg, zorgverlener en zorginstelling. Het afleggen van verantwoording aan overheid en andere externe partijen zou moeten plaatsmaken voor rechtstreekse verantwoording aan 'de klant'.

Het toezicht door al die verschillende instituties op het handelen en de prestaties van zorgaanbieders en zorgverleners is bedoeld om te monitoren hoe het is gesteld met de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg, zodat kan worden ingegrepen indien deze publieke belangen in het gedrang (dreigen te) komen. Tot op zekere hoogte werkt dit toezicht ongetwijfeld preventief, maar we schieten door. Het is prima dat toezicht gehouden wordt op de voorwaarden waaraan zorgaanbieders en zorgverleners moeten voldoen om überhaupt zorg te mogen verlenen (de 'license to operate'), maar alle aandacht die gevraagd wordt om kwaliteit van geleverde prestaties inzichtelijk te maken leveren navenant onvoldoende op. Er lijkt sprake van de wet van afnemende meeropbrengst, terwijl er bovendien een vertekend beeld ontstaat van de kwaliteit van zorg die geleverd wordt (performance paradox).

Een saillant punt is ook dat al die instituties en actoren zelf buiten de zorg staan en dat patiënten, die zorg aan den lijve ondervinden, in de geïnstitutionaliseerde wereld van de zorg geen partij zijn in het verkrijgen van inzicht in de performance van zorgaanbieders en zorgverleners. Dat is des te meer opmerkelijk omdat veel incidenten en misstanden in de zorg niet aan het licht komen door de huidige versnipperde manier van verantwoord aan even zo vele instituties, maar juist door patiënten (al of niet opgepikt door de media). Zo waren het voormalige patiënten van de neuroloog in het Medisch Spectrum Twente die elkaar vonden in hun strijd om erkenning van de schade die zij hadden ondervonden door zijn handelen. Zij wendden zich tot een letselschadespecialist, die namens hen het disfunctioneren van de neuroloog aanhangig maakte¹². En het waren familieleden van bewoners van verpleeghuis De Egmontshof in Oud-Beijerland die de media opzochten om hun ongenoegen te uiten over de tekortschietende zorg aan hun naasten, die overdag nog in pyjama's rondliepen. En het waren ook patiënten en hun familieleden die kritische vragen stelden over de zorg op de IC van het Maasstad ziekenhuis¹³, hetgeen leidde tot de opsporing en bestrijding van een multiresistente bacterie. Kwaliteitssystemen, toezichthouders en andere externe partijen hebben dergelijke calamiteiten niet kunnen voorkomen en niet tijdig ontdekt, alle informatie-uitvraag ten spijt. Het ligt dan ook meer voor de hand om patiënten een grotere rol te geven in het bewaken en verbeteren van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

Hoe dan, zult u zich afvragen. Natuurlijk zijn er eerder pogingen ondernomen om patiënten meer te betrekken bij het reilen en zeilen van instellingen, met wisselend succes overigens. Zo haalde jaren geleden het wetsvoorstel maatschappelijke onderneming, waarin een belangrijke rol was weggelegd voor een belanghebbendenraad, het niet. Maar dat is ook niet de richting die we

Noten

¹² Commissie Lemstra, En waar was de patiënt ..? september 2009

¹³ Externe onderzoekscommissie MSZ, Oog voor het onzichtbare, juli 2012

voorstaan: het zou leiden tot weer een nieuwe geïnstitutionaliseerde actor, die (andere) patiënten vertegenwoordigt. Het ligt meer voor de hand te denken aan een meer rechtstreekse betrokkenheid van individuele patiënten/cliënten, door te vragen wat zij vinden van de zorg die geleverd is.

Het goede nieuws is: er is al veel informatie van patiënten beschikbaar die hiervoor aangewend kan worden. Patiënten geven regelmatig – gevraagd en ongevraagd – feedback aan zorgverleners en zorgaanbieders over hun ervaringen met de verleende zorg. Denk aan de groene en rode kaarten die patiënten in ziekenhuizen kunnen uitdelen om te laten weten hoe zij de aan hen verleende zorg (door een zorgverlener, afdeling) waarderen; informatie uit spiegelgesprekken tussen zorgverleners en patiënten, patiëntenenquêtes, CO-indexen en natuurlijk ook (formele) klachten en claims. Het gaat daarbij zowel om positieve als negatieve ervaringen, complimenten en kritiek. Tezamen geeft deze informatie goed weer wat patiënten belangrijk vinden. Instellingen gebruiken deze informatie vooral voor verbetering van de interne bedrijfsvoering, maar gaan hierover lang niet altijd in gesprek met patiënten en andere belanghebbenden. Terwijl dat toch juist de essentie is (of zou moeten zijn) van verantwoording afleggen. Instellingen zijn weliswaar verplicht een jaarverslag uit te brengen over de ingediende klachten en de afhandeling daarvan, maar dat betreft slechts een beperkt deel van de feedback die zij krijgen. Externe partijen zoals inkopers van zorg en toezichthouders gebruiken deze informatie nauwelijks, als deze hen al bereikt. Zij richten doorgaans eigen ledenfora op. De feedback die patiënten geven wordt dus onvoldoende benut als bron voor kwaliteitsverbetering, laat staan voor gericht toezicht.

Dat is opvallend want dit is in algemene zin juist de feedbackloop die bedrijven en organisaties nodig hebben om hun product- en dienstverlening te kunnen verbeteren. En dit levert dus ook de informatie op die nodig is om te kunnen beoordelen of een bedrijf of organisatie goede dienstverlening biedt en leert van fouten. Hier is in feite sprake van een systeemfout: in juridische zin levert een zorgverzekeraar die een naturaverzekering heeft gesloten met een verzekeringnemer zorg aan die verzekerde. Omdat hij dit zelf niet kan leveren koopt hij die zorg in. Als een patiënt, tevens verzekerde, een klacht heeft over de geleverde zorg dan zou die klacht in feite tegen de zorgverzekeraar gericht moeten zijn. In ons zorgstelsel is hiervoor niet gekozen (hoewel het ook niet uitgesloten is), omdat men vindt dat klachten over de geleverde zorg en de behandeling daarvan primair thuishoren in de relatie tussen zorgverlener en patiënt. Dit is beslist geen pleidooi om dit te veranderen, maar op de keper beschouwd is het wel een kapitale fout voor de werking van het systeem; het verklaart mede waarom zorgverzekeraars zich moeten verlaten op andere bronnen en data om te proberen zich een oordeel te vormen over de kwaliteit van de geleverde zorg.

Toch lijkt er inmiddels een kentering te ontstaan. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) is onlangs begonnen met het verkrijgen van inzicht in de verwachtingen en ervaringen van burgers ten aanzien van het werk van de inspectie. Zo wordt ervaring opgedaan met het betrekken van 'ervaringsdeskundigen' bij het toezicht op de verpleeghuiszorg en werkt de IGJ met burgerpanels. Ook betreft de IGJ signalen van burgers over risico's in de kwaliteit en veiligheid in de zorg: zo wordt er bijvoorbeeld gekeken naar informatie uit social media. Tot slot stelt het Landelijk Meldpunt Zorg (LMZ) jaarlijks dat sinds december 2016 officieel onderdeel is van de inspectie, een Klachtbeeld op, waarmee het inzicht biedt met betrekking tot klachten in de zorg. Burgers weten dit meldpunt steeds beter te vinden. Het LMZ legt sommige klachten ter beoordeling aan de inspectie voor met het oog op eventueel noodzakelijk vervolgonderzoek door de IGJ. Andere

klachten stuurt het LMZ door naar de IGJ als signaal. Deze signalen worden door de IGJ meegenomen in haar toezicht¹⁴.

Ook in het gemeentelijk domein zien we dat de ervaringen van cliënten een onderdeel zijn van de kwaliteitscyclus. Gemeenten zijn wettelijk verplicht onderzoek te doen onder de cliënten die zich in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) melden met een hulpvraag bij de gemeente. Dergelijk onderzoek stelt gemeenten in staat te bezien in hoeverre de geboden ondersteuning en voorzieningen bijdragen aan de doelen van de Wmo, met name op het gebied van ondersteuning van zelfredzaamheid en participatie. De wijze waarop gemeenten dit klanttevredenheidsonderzoek inrichtten was vrij van bepalingen. Vanaf 2016 is iedere gemeente verplicht een uniforme enquête uit te zetten – het zogeheten cliëntervaringsonderzoek (CEO) Wmo. VNG en VWS ontwikkelden hiervoor samen met gemeenten een vragenlijst met tien standaardvragen. Deze standaardvragen gaan in op de ervaringen van cliënten ten aanzien van de toegankelijkheid, kwaliteit en effecten van de ondersteuning via de Wmo. De standaardisering van de vragenlijst, de onderzoeksopzet en de vereiste respons hebben als doel landelijke vergelijkbaarheid van de resultaten mogelijk te maken op Waarstaatjegemeente.nl. Het staat gemeenten vrij om voor eigen doeleinden een meer uitgebreide vragenlijst af te nemen¹⁵.

Wat kunnen we hieruit leren voor de zorg? De feedback die individuele patiënten geven kan over alle mogelijke aspecten van de zorg gaan, van attitude en bejegening door zorgverleners tot klachten over de behandeling. Deze informatie zou gebundeld moeten worden per relevante eenheid. Dat kan een afdeling zijn of een cluster rond een zorgpad dat een patiënt doorloopt. Het is vervolgens aan de instelling om deze informatie openbaar te maken en hierop te reageren, door aan te geven wat hij doet of gedaan heeft om klachten en kritiek te verhelpen, en welke lessen hij hieruit trekt voor de toekomst. Dat is verantwoording afleggen aan je klanten! Daarmee ontstaat een dialoog en zo helpen patiënten de zorgaanbieder de zorg beter te maken. Zo ontstaat ook ruimte voor diversiteit: patiënten kunnen ook klagen over aspecten die niet in de afvinklijstjes van toezichthouders staan maar wel belangrijk zijn voor hen. Zo maken professional en patiënt samen de zorg (beter).

Hoe werkt dat uit voor verschillende sectoren? In de langdurige zorg (verpleging, verzorging en ondersteuning) kunnen cliënten prima beoordelen wat in hun ogen goede zorg is. En dat gebeurt ook al op verschillende plaatsen. In de curatieve zorg is het medische aspect soms moeilijker te beoordelen, maar mensen kunnen heel goed aangeven wat in hun ogen goed is gegaan of mis is gegaan, daarbij gebruik makend van de nodige hulpbronnen: veel professionele richtlijnen zijn voor patiënten beschikbaar, patiënten kunnen zich wenden tot een klachtenfunctionaris van de instelling. Bovendien zijn zorginstellingen aangesloten bij een onafhankelijke geschillencommissie, die beoordeelt of een klacht gegrond is of niet.

Wat is hiervoor nodig? Van belang is natuurlijk dat veel patiënten feedback geven, zowel positieve als negatieve. Als te weinig mensen dit doen kan dit net zo goed een vertekend beeld geven als wanneer er op welbepaalde indicatoren wordt beoordeeld. Het is dus van belang dat aanbieders hun klanten actief bevragen op wat zij van de geleverde zorg vonden en of zij suggesties hebben ter verbetering. Daarbij hoort ook een goed toegankelijke procedure. Veel mensen zijn terughoudend met het geven van kritiek of het indienen van een klacht, omdat zij de relatie met de zorgverlener(s)

Noten

¹⁴ Zie onder meer <https://www.igj.nl/.../ons-toezicht-2018-kijken-door-de-ogen-van-de-burger/>

¹⁵ Zie bijvoorbeeld gemeente Amstelveen, jaarverslag Complimenten en klachten 2017

waarop zij aangewezen zijn niet op het spel willen zetten of omdat zij opzien tegen de omvang en duur van de procesgang. Klachtenfunctionarissen kunnen hierin een bemiddelende rol vervullen, maar dan moeten mensen hen wel weten te vinden. Tot voor kort hadden mensen ook weinig vertrouwen in de klachtenbehandeling omdat zij de klachtencommissie zagen als een onderdeel van de instelling en twijfels hadden over de objectiviteit van deze commissie. De procedure van de Wet kwaliteit klachten en geschillen (Wkkgz) lijkt hierin verandering te kunnen brengen door de verplichte aansluiting van instellingen bij een (regionale) geschillencommissie, die meer op afstand staat van de instellingen.

En tenslotte natuurlijk de hamvraag: Hoe kan hierdoor de verantwoordingslast voor zorgaanbieders en zorgverleners verminderen? Als blijkt dat patiënten tevreden zijn over een instelling zou de verantwoordingslast en daarmee gepaard gaande informatie-uitvraag moeten afnemen; als blijkt dat een bepaalde instelling of afdeling veel klachten krijgt kan dat reden zijn het toezicht en de verantwoording juist aan te scherpen. Dit zou moeten functioneren als communicerende vaten. Op basis van de feedback van patiënten zou je instellingen kunnen indelen in risicoklassen. Dan ga je toe naar een meer risicogestuurde vorm van toezicht, waarbij het bepalen van het risicogehalte gebeurt op basis van (gestaafde) ervaringen van patiënten/cliënten (een gedifferentieerd verantwoordingsregime).

Conclusie

Kwaliteitsbewaking en -bevordering van de zorg is in ons land 'weggeorganiseerd' van patiënten. Steeds meer verschillende partijen, waaronder inkopers, toezichthouders en inspecties zijn belast met deeltaken en -verantwoordelijkheden op het gebied van de kwaliteitsbewaking en -bevordering. Die partijen staan op afstand van het primaire proces en vragen ieder voor zich gedetailleerde gegevens op van zorgverleners en zorginstellingen. Deze uitvraag neemt onder druk van media en ongeruste burgers in aard en omvang toe door incidenten in de zorg. Dit alles leidt tot steeds meer regels voor zorgaanbieders en zorgverleners, waarover bovendien verantwoording moet worden afgelegd. Zo drijft het systeem steeds verder uit.

Geef patiënten en cliënten een prominente plaats in het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van zorg. Dat kan door de feedback van patiënten en cliënten op de geleverde zorg en het handelen van zorgverleners leidend te laten zijn voor de risicoklasse waarin zorgaanbieders worden geplaatst. Beloon zorginstellingen die in de lagere risicoklasse(n) vallen door minder regels, controle, toezicht en informatie-uitvraag en vice versa.

Dit uitgangspunt kan ook helpen om het vertrouwen van burgers in de zorgsector en de overheid te herstellen ('mijn mening doet ertoe', samen maken we de zorg beter); er ontstaat ook aandacht voor de moeilijker meetbare kwaliteit en ruimte voor diversiteit. Zo kan de steeds maar uitdijende verantwoordingspiraal worden doorbroken. Natuurlijk vergt dit nadere doordenking en uitwerking, maar laat dit het leidend beginsel zijn.