

Rapportage rondetafelgesprek Arntszstichting op 13 november 2001

# **Van hiërarchie naar ruimte en eigen verantwoordelijkheid**

**Over vertrouwen, verantwoordelijkheid, informatie en vernieuwing in de zorg**

H.D. Albeda  
E. Heijdelberg

**Van hiërarchie naar ruimte en eigen verantwoordelijkheid**

Deze publicatie kwam tot stand door de  
Willem Arntsz Stichting

Dolderseweg 164

3734 BN Den Dolder

In deze publicatie wordt verwezen naar een eerste debat. De rapportage van dit debat is te vinden op [www.rekenschap.nl/arntsz](http://www.rekenschap.nl/arntsz).

# Inhoud

<b>Introductie</b> .....	<b>4</b>
<i>Voorgeschiedenis</i> .....	4
<i>Vertrouwenscrisis</i> .....	4
<i>Debat "Vertrouwen winnen"</i> .....	5
<b>Vertrouwen</b> .....	<b>6</b>
<i>Van vertrouwensrelatie naar adviesrelatie</i> .....	6
<i>De mening van patiënten en werknemers</i> .....	7
<i>Gebrekkige transparantie</i> .....	8
<b>Eigen verantwoordelijkheid en gezondheid</b> .....	<b>9</b>
<i>Bevorder gezondheid</i> .....	9
<i>Eigen verantwoordelijkheid nemen</i> .....	10
<b>Informatie en keuze</b> .....	<b>11</b>
<i>Keuze en transparantie ontbreken</i> .....	11
<i>Teveel geheimzinnigheid over prijs en kwaliteit</i> .....	12
<b>Resistentie voor vernieuwing</b> .....	<b>13</b>
<i>Gekneveld door bureaucratie</i> .....	13
<i>Instrumenten om respect en verantwoordelijkheid te belonen</i> .....	14
<b>Conclusies: De eerste stappen</b> .....	<b>15</b>
<i>Menukaart</i> .....	15
<i>Prijskaart</i> .....	15
<i>PGB voor AWBZ en chronisch zieken</i> .....	16
<i>Vervang hiërarchie door eigen verantwoordelijkheid</i> .....	16
<b>Bijlage 1: Tien stappen om vertrouwen te winnen</b> .....	<b>17</b>
<i>Vertrouwenscrisis</i> .....	17
<i>Zelf verantwoordelijkheid nemen</i> .....	17
<i>10 stappen om vertrouwen in de zorg te winnen</i> .....	17
<b>Bijlage 2: deelnemerslijst</b> .....	<b>20</b>

# Introductie

## *Voorgeschiedenis*

Begin 2001 organiseerde de Willem Arntsz Stichting een debat over vraagsturing in de zorg. In het debat concentreerden we ons op 4 thema's die we wilden verbinden met elkaar:

- Relatie vrager en aanbieder van zorg
- Werkhoud en verantwoordelijkheid hulpverlener
- Keuzevrijheid
- Optimale zorg

Conclusie was dat de individualisering en de andere relatie tussen vrager en aanbieder van zorg een nieuwe vorm van begrenzing vragen om tot optimale zorg te komen. Alleen dan kan keuzevrijheid behouden en vergroot worden. Begrenzing en sturing van bovenaf leidt tot een uitdijend bureaucratisch systeem. In de rapportage "Optimale zorg" wordt het debat weergegeven en worden wegen geschetst om te komen tot verandering.

Uit het debat kwam naar voren dat de klassieke vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt/cliënt toe is aan vernieuwing. De relatie is traditioneel verbonden met de expert die de afhankelijke patiënt toespreekt vanuit een onaantastbare kennispositie. De posities zijn veranderd, zo blijkt. Veel patiënten zijn mondiger en soms expert over hun eigen ziekte geworden. De vertrouwensrelatie heeft geleidelijk kenmerken van een adviesrelatie gekregen, waarin nog steeds de patiënt en de arts vertrouwen in elkaar moeten hebben, maar op een zakelijke basis. In de gezondheidszorg is ook de relatie tussen hulpverlener en manager veranderd en deze vraagt een nieuwe invulling. Met een zakelijker opstelling is minder ruimte voor bevoegenheid of in elk geval voelt de hulpverlener daar minder waardering voor. Ook hier staat het vertrouwen tussen partijen onder druk.

De zakelijkere basis zien we ook tussen verzekeraar en zorgaanbieder. De verzekeraar stelt zich meer op als inkoper van zorg en stelt eisen aan de zorgaanbieder. De zorgaanbieder die geconfronteerd wordt met eisen van verschillende verzekeraars en zelfs gedwongen wordt met elke verzekeraar apart te gaan onderhandelen stelt zich ook zakelijker op. Ook deze partijen komen steeds meer in een zakelijke onderhandelingsrelatie waarin vertrouwen de basis is.

Tenslotte is er ook gebrek aan vertrouwen tussen overheid en de zorg. Met Wet- en regelgeving kan niet meer gestuurd worden. Toch leiden regels en reacties daarop tot nieuwe regels.

## *Vertrouwenscrisis*

Wat opviel was de emotie die door het debat opgeroepen werd. Het legde een vertrouwenscrisis in de gezondheidszorg bloot. De verschillende actoren op het terrein van gezondheidszorg blijken elkaar niet (of moeilijk) te vertrouwen.

Vertrouwen is de basis van alle afspraken. Lukt het niet om vertrouwen terug te krijgen in de zorg, dan zal de juridisering en langzame afbrokkeling, die eigenlijk niemand wenst, doorzetten. Dan zullen patiënten steeds meer gezien worden als "rupsjes nooit-genoege", bevoegen hulpverleners als bedreiging voor het budget en

vernieuwende instellingen als bedreigend voor het systeem. Zonder vertrouwen is het niet mogelijk maatschappelijk verantwoord te handelen.

Dit gaf aanleiding tot een initiatief om te zoeken naar wegen om vertrouwen te winnen. Daarvoor is het nodig om inzicht te krijgen in de veranderende relaties tussen patiënten, verzekeren, instellingen en hulpverleners. Daarmee willen we aandacht geven aan een minder zichtbare, maar destructieve crisis die verborgen gaat achter de financiële en personele crisis in de zorg

Om dat initiatief richting en invulling te geven stelden we een document op met suggesties om vertrouwen te winnen (bijlage 1)

### ***Debat “Vertrouwen winnen”***

Op 13 november 2001 organiseerde de Willem Arntsz Stichting een debat over stappen om vertrouwen te winnen. Onder voorzitterschap van Walter Etyy debatteerden mensen van binnen en buiten de zorg over het document “tien stappen om vertrouwen te winnen”.

In het debat merkten we dat er niet snel overeenstemming te bereiken valt over concrete stappen. Er was behoefte meer duidelijkheid te krijgen over wat vertrouwen dan precies inhoudt en of er wel een echte crisis is.

Zo ontstond een debat waarvan deze rapportage de weerslag is. We spraken over vier thema's:

- Vertrouwen
- Eigen verantwoordelijkheid
- Informatie en keuze
- Vernieuwing in het huidige stelsel

Daaruit kwamen suggesties voort om vertrouwen te winnen.

## Vertrouwen

*“Mensen vertrouwen mij als ik competent ben”*

*“Een smerig ziekenhuis schaadt het vertrouwen, men denkt dat de rest dan ook niet goed zal zijn”*

*“Als ik geen antibiotica wil voorschrijven beschaam ik het vertrouwen van sommige patiënten, maar ik vind niet dat ik alles moet voorschrijven wat de patiënt wil”*

*“Vertrouwen daalt als blijkt dat de patiënt niet de zorg kan krijgen die hij nodig heeft”*

*“Er zijn ook patiënten, met name in de geestelijke gezondheidszorg, die geen vertrouwen in de zorg hebben en die niet voor zichzelf kunnen opkomen.”*

*“Als mensen niet de keuze hebben om een andere huisarts te nemen, wekt dat geen vertrouwen”*

*“In de praktijk van de zorg ben je het merendeel van de tijd bezig het vertrouwen tot stand te brengen. Het vertrouwen van patiënten in de individuele hulpverleners is goed.”*

*“Vertrouwen heeft ook te maken met verwachtingen. De verwachtingen worden steeds hoger, die kunnen niet waargemaakt worden. Dat schaadt vervolgens het vertrouwen”*

### ***Van vertrouwensrelatie naar adviesrelatie***

Vertrouwen geven, doet vertrouwen krijgen en voedt wederzijds respect. Dat geldt voor de patiënt richting hulpverlener en verzekeraar, de manager richting hulpverlener en patiënt en verzekeraar richting patiënt en hulpverlener. (Tien stappen, Stap 2)

Het begrip “vertrouwen” roept verschillende associaties op. Het begrip “vertrouwen” in de klassieke vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt is anders dan vertrouwen in een zakelijke transactie. De vertrouwensrelatie heeft meer eigenschappen van een advies- en informatierelatie gekregen en is minder hiërarchisch. Nu de relaties tussen patiënten, zorgverleners en verzekeraars verzakelijken krijgt het vertrouwen in systemen en instellingen meer aandacht.

De crisis waar wij vooraf over spraken lijkt niet zozeer in de individuele relaties te spelen, maar meer in het systeem. Het vertrouwen in het systeem zoals dat opgebouwd is in de 20<sup>e</sup> eeuw begint af te brokkelen. Uit de discussie kwamen verschillende vormen van afbrokkelend vertrouwen naar voren:

- het vertrouwen in de relatie tussen individu en organisatie,
- het vertrouwen dat de zorg tegemoet kan komen aan de wensen,
- het vertrouwen in een systeem met centrale sturing,
- het vertrouwen tussen overheid en zorgaanbieders.

Het vertrouwen tussen individuele patiënt en individuele hulpverlener wordt overigens ingeschat als redelijk goed.

1. De vertrouwensbasis tussen hulpverleners en management staat onder druk. Door de nadruk op efficiency en bezuinigingen zijn handelingen genormeerd en gestandaardiseerd, waarbij het meetbare proces zo belangrijk is geworden dat andere moeilijk meetbare waarden in het gedrang zijn gekomen. De hulpverleners uit de praktijk hebben niet het vertrouwen dat het management weet hoe het in de praktijk werkt. Een hulpverlener die met de patiënt tot een afspraak komt,

vertrouwt niet altijd op een goede afwikkeling als meerdere collega's in verschillende disciplines en meerdere instellingen betrokken zijn. Men voelt zich beklemd door het bureaucratische systeem.

2. De verwachtingen zijn veranderd. Vroeger verwachtte de patiënt van de arts dat hij vertelde wat er aan de hand is en wat er gedaan moest worden. Nu gebeurt het steeds vaker dat de patiënten zelf een idee hebben wat er aan scheelt en wat de huisarts hen moet bieden. Soms verwacht de patiënt van de huisarts een second opinion. Niet alle artsen zijn daar op voorbereid. Soms ziet de patiënt de huisarts als een ober die hem bedient. Waar de patiënt verwacht zonder probleem antibiotica te krijgen zal de arts die verwachtingen beschamen. De verwachtingen zijn ook te hoog. Dood en pijn horen bij het leven, maar het wordt mensen moeilijker gemaakt dat te accepteren. De verwachtingen in de medische stand en technologie zijn te hoog opgevoerd. Gebrek aan vertrouwen is het logische gevolg. Ook toenemende wachtlijsten hebben te maken met hogere verwachtingen.
3. Er is geen vertrouwen in centrale sturing. Het creëert schaarste, veel verpleegkundigen komen in de WAO, huisartsen willen graag eerder stoppen met werken. Men voelt zich verbureaucratiseerd. Het systeem van centrale sturing is strijdig met de trends van decentrale sturing en marktwerking die elders zijn ingezet om meer recht te kunnen doen aan eigen verantwoordelijkheid, keuze en variatie.
4. Er is ook geen vertrouwen dat centrale sturing kan verdwijnen en vervangen kan worden door marktwerking. Er is teveel schaarste, waardoor vrije keuze lang niet altijd mogelijk is. De mondige patiënt die kan kiezen, verantwoordelijkheid kan dragen en verantwoordelijk handelt wordt door sommigen gezien als een fictie. Gespecialiseerd aanbod is door de schaarste een natuurlijk monopolie. Er zijn naast mondige patiënten ook mensen die helemaal niet goed voor zichzelf kunnen opkomen.
5. Er is ook angst dat zonder centrale sturing de kosten zeer hoog zullen oplopen en er ongelijkheid tussen rijke en arme burgers ontstaat. De clichés van wantrouwen steken de kop op: "Als het aan patiënten zou liggen, houdt de zorgvraag nooit op; hoog opgeleiden eisen dure operaties; als de hulpverleners hun gang kunnen gaan lopen de kosten uit de hand". De overheid lijkt weinig ruimte te willen bieden aan de sector. Tegelijk is er een overwegende weerzin tegen de bureaucratie en de centrale sturing, zonder flexibiliteit.

De commissie De Beer<sup>1</sup> die adviseerde over de administratieve lasten in de zorg zei over de relatie tussen overheid en spelers: "Opportunisme is geen der partijen vreemd. Private spelers in een publiekrechtelijke omgeving laten zich sterk leiden door hun drang tot belangenoptimalisatie en het indekken tegen aanspraken of risico's. Dit leidt tot een sterke gerichtheid op marges in de regelgeving en de neiging om waar opportuun uitzonderingsposities te creëren. Een en ander roept snel wantrouwen op bij de overheid en daarmee ontstaat gemakkelijk een (negatieve) spiraal van elkaar versterkend gedrag, met de eisende en normerende overheid aan de ene kant en het veld als klagende tegenspelers aan de andere kant."

## ***De mening van patiënten en werknemers***

Het onderzoeksinstituut Nivel meet meningen van patiënten over de zorg.<sup>2</sup> Prismant voerde onderzoek uit naar de mening van werknemers die vallen onder de ziekenhuis-

---

<sup>1</sup> Commissie - De Beer "Minder regels, meer zorg" Ministerie VWS 2002

<sup>2</sup> [www.nivel.nl/patiënten/chronischzieken](http://www.nivel.nl/patiënten/chronischzieken)

CAO<sup>3</sup>. Daaruit komt niet direct een beeld van een crisis in de zorg. De crisis is niet accuut. Er wordt veel goed werk verricht door gemotiveerde krachten. Dat wordt ook erkend door patiënten. Wel is het ziekteverzuim hoger dan in andere sectoren, is er uitstroom naar de WAO en is er sluimerende ontevredenheid bij consumenten, patiënten en patiëntenorganisaties.

### ***Gebrekkige transparantie***

Er zijn ook factoren die niet te maken hebben met beschaamd vertrouwen, maar die het moeilijker maken om vertrouwen te winnen. De transparantie in de zorg is bijvoorbeeld gering. Dat wekt de indruk dat er iets te verbergen is.

---

<sup>3</sup> [www.prismant.nl](http://www.prismant.nl)

## Eigen verantwoordelijkheid en gezondheid

*“Ik geloof in het afstraffen van risicovol gedrag en ben tegen het afstraffen van genetische risico's. In de gezondheidszorg is juist het omgekeerde: risicovol gedrag is geen probleem, genetische aanleg voor bepaalde ziektes wel. Waar je niets aan kunt doen, moet je voor betalen.”*

*“Patiënten wijzen op hun eigen gedrag valt heel slecht in mijn praktijk”*

*“Gezondheidsbevordering heeft te maken met schoon water en goed milieu, veel minder met het eigen gedrag.”*

*“Eigen verantwoordelijkheid en empowerment is goed. Het is belangrijk dat mensen zelf de baas zijn over hun probleem en stress kunnen bespreken.”*

*“De suggestie van de eigen verantwoordelijkheid die genomen kan worden berust op de mythe van het volledig ontplooibaar individu. Dat bestaat niet en heeft zeker in de geestelijke gezondheidszorg slecht uitgedakt.”*

*“Er is een niet-onaanzienlijke groep die niet voor zichzelf kan opkomen. Daar moeten we ons zorgen over maken. Eigen verantwoordelijkheid kan daar niet verwacht worden.”*

### ***Bevorder gezondheid***

Bestrijd niet in de eerste plaats ongezondheid, maar rust mensen toe om gezondheid te bevorderen. Geef ruimte voor eigen oplossingen, maak analyses van bedreigingen en het vermogen tot verandering bij burgers, hulpverleners, instelling en omgeving. Na de opbouw van een infrastructuur voor hygiëne en een infrastructuur voor genezing zijn we toe aan de individuele gezondheidsbevordering. Dat vraagt een andere aanpak. Dat betekent ruimte geven om eigen keuzen te maken én individuele verantwoordelijkheid om ruimte te nemen en keuzen te maken. (tien stappen, stap 1)

De eerste stap die in het startdocument genoemd werd was “bevorder gezondheid”: *“Na de opbouw van een infrastructuur voor hygiëne en een infrastructuur voor genezing zijn we toe aan de individuele gezondheidsbevordering”*. Maar gezondheid bevorderen spreekt mensen die ziek zijn niet aan. Een dokter die een moralistisch beroep op de patiënt doet beter voor zichzelf te zorgen vindt weinig weerklank.

In een vroeger stadium is meer mogelijk, maar een moralistische aanpak zal weinig helpen. Er zijn geen simpele oplossingen. De relatie tussen bijvoorbeeld stress en gezondheid is niet zo eenduidig als soms gesuggereerd wordt. Bij mensen die gezond zijn zal het vreemd overkomen dat gezond gedrag geen invloed heeft op de verzekeringspremie, terwijl bij andere verzekeringen het nemen van risico's wordt gestraft. Naast deze algemene financiële prikkel wordt weinig mogelijkheid gezien binnen de gezondheidszorg, maar meer binnen de werk- en leefsituatie.

De waarnemingen in het debat sluiten aan bij de noties die te vinden zijn in het artikel van De Haes en Vaandrager in “De kloof verkleinen”<sup>4</sup> dat gaat over sociaal-economische gezondheidsverschillen. Zij stellen dat het werken met peer educators als opgeleide migrantenvrouwen en een brede benadering waarbij men zich richt op lokale sociale vraagstukken als opvoeding, veiligheid, participatie, werkloosheid en multiculturele ontwikkeling in een gemeenschap goede opbrengsten lijken te hebben.

---

<sup>4</sup> W.F.M de Haes en L. Vaandrager “Bevorderen van gezond gedrag bij lagere sociaal-economische groepen: wat werkt en wat niet?” in K. Stronks, J. Hulshof red “De Kloof verkleinen” 2001 ZonMw

Smalle interventies zoals klassikale niet-roken bijeenkomsten bij jongeren lijken slechts een beperkt effect te hebben, waarschijnlijk slechts voor korte tijd. "Mensen die niet het besef hebben dat hun visie er toe doet, dat hun eigen gedrag iets wezenlijks kan veranderen in hun leven, zullen niet geneigd zijn te accepteren dat hun eigen gedrag kan bijdragen aan het verbeteren van hun eigen gezondheid".

## ***Eigen verantwoordelijkheid nemen***

Waar verantwoordelijkheid ontbreekt, vermindert vertrouwen dat gedaan wordt wat moet gebeuren. Verantwoording neem je als je bemoeienis hebt met de zaken die jou aangaan. Met het bieden van keuzevrijheid komt ook verantwoordelijkheid. Voor burgers betekent dat ook dat zij hun verantwoordelijkheid moeten nemen. (Tien stappen, stap 3) Geef eigen verantwoordelijkheid aan hulpverleners. (stap 5)

In de discussie die de Arntsz stichting eerder hield werd opgemerkt dat eigen verantwoordelijkheid binnen de zorg een verwaarloosd terrein is. In de vervolgdiscussie over vertrouwen werd het onderscheid gemaakt tussen de grote groep die wel en de groep die niet goed voor zichzelf kan opkomen.

Er werd aandacht gevraagd voor de mensen die niet goed voor zichzelf kunnen opkomen en de eigen verantwoordelijkheid niet kunnen dragen. Als we ons van die groep niets aantrekken wekt dat geen vertrouwen.

Maar ook werd opgemerkt dat het beleid daardoor soms zeer beperkend is geworden. "We maken regels voor 100% van de patiënten om te regelen wat voor 15% belangrijk is." De kosten voor groepen die niet goed voor zichzelf op kunnen komen, lopen soms hoog op, zonder dat duidelijk is wat het rendement is.

Door het systeem van gezondheidszorg hebben mensen weinig te zeggen over hun eigen gezondheid. Gezondheidszorg is het domein van professionals. De eigen verantwoordelijkheid is soms veel te veel ontnomen, ook wordt geen inzicht gegeven in de totale kosten. Er zijn perverse prikkels: het kan gebeuren dat de kosten van de zorg toenemen, terwijl het individu iets bespaart als de verzekeraar vergoedt. Men komt bij de dokter om een indicatie te krijgen voor simpele recepten, zelfs paracetamol, dan wordt het vergoed door de verzekering. Iemand noemt het voorbeeld van zijn zoon die van het voetbalveld bij de eerste hulppost werd gebracht. Voor een vrij eenvoudige pleister bleek 400 gulden in rekening te zijn gebracht. Hij belde met zijn verzekeraar, maar die maalde er niet om: te lastig en te duur om daar achteraan te gaan.

Er bestaat veel interesse in gezondheidszorg. Internetsites over gezondheidszorg behoren tot de meest bezochte sites. Aansluiten op deze trend betekent investeren in de mogelijkheden van burgers om verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen gezondheid.

## Informatie en keuze

*“De huisarts zou informatie moeten hebben over wat een ziekenhuis levert. Dat is niet goed doenlijk. Bovendien wil een huisarts inschatten of een bepaalde specialist wel of niet past bij een patiënt. Dat kan echt alleen als de huisarts zich op één ziekenhuis oriënteert.”*

*“Het is een maatschappelijk verschijnsel dat transparantie toeneemt, mensen vragen er om als ze het elders zien.” “Maar bij de gezondheidszorg is de weerstand groot en hardnekkig”*

*“Eigen verantwoordelijkheid en vrije keuze mogen niet leiden tot krokettengezondheidszorg. Ik ben tegen vrije keuze voor geneesmiddelen.”*

*“Mensen accepteren niet dat de huisarts iets niet nodig vindt. De verzekeraar vergoedt bepaalde zorg of middelen als de huisarts dat voorschrijft. Dan komen de mensen met de huisarts in conflict als deze dat niet voorschrijft.”*

*“Ik wil mijn patiënten naar een specifiek figuur verwijzen bij de RIAGG. Dat kan helemaal niet. Je hebt geen keuze. Bij een gynaecoloog lukt dat wel.”*

*“De patiënt heeft geen vrije keuze, maar de professional ook niet. Beide hebben door de rare regels vrijwel niets te vertellen en niets te kiezen.”*

*“De regels zitten keuze van de consument in de weg. Alles is gericht op kostenbeheersing, hoe kunnen partijen hun positie dan optimaal maken?”*

*“Ook de huisarts heeft weinig te kiezen. De verzekeraars bepalen wat wel en niet mag.”*

## ***Keuze en transparantie ontbreken***

Bevorder dat mensen goede keuzen kunnen maken. Door kennis te vergroten, informatie te bieden, toegang te verbeteren en keuze te vergroten door het afbreken van monopolies. (Tien stappen, stap 3) Wees open over prestaties en verantwoordelijkheden (stap 6)

Keuzemogelijkheid en transparantie spelen een belangrijke rol in het debat. Beide worden node gemist.

Enkele voorbeelden geven aan dat het gebrek aan keuze verschillende achtergronden heeft.

1. In de geestelijke gezondheidszorg zijn soms meerdere behandelingen mogelijk. De patiënt zou voorlichting kunnen krijgen over keuzen en consequenties. Dat gebeurt niet omdat instellingen niet altijd meerdere behandelingen aanbieden en liever alleen vertellen wat ze zelf in huis hebben.
2. Patiënten kunnen geen andere huisarts kiezen, enerzijds omdat de gezamenlijke huisartsen dat niet willen, anderzijds omdat er een tekort is aan huisartsen. Het tekort aan huisartsen is mede ontstaan doordat er een studentenstop was. Zou het tekort opgeheven zijn, dan nog is het voor een patiënt moeilijk om een keuze te maken, omdat informatie ontbreekt.
3. Ook huisartsen en andere hulpverleners klagen over gebrek aan keuze. De verzekeraar heeft regels gesteld, waardoor de huisarts onder druk komt. Hulpverleners die patiënten hebben die snel geholpen moeten worden stuiten op

wachlijsten voor verwijzing of beperkingen aan de verrichtingen. Organisaties die werken met patiënten die moeilijk handelbaar zijn, merken dat instellingen daar geen verantwoordelijkheid voor willen of kunnen nemen.

4. Hulpverleners worden gestuurd op processen. Vooral in grote organisaties is teveel vastgelegd hoe gewerkt moet worden. De hulpverlener heeft weinig keuze om af te wijken en aan specifieke behoeften van patiënten tegemoet te komen.

De voorbeelden van gebrek aan keuze die genoemd worden, zijn soms een gevolg van schaarste, of bureaucratie. Maar bureaucratie en schaarste zijn ontstaan door sturing van bovenaf. De overheid heeft bepaald hoeveel huisartsen opgeleid mogen worden.

Om bureaucratie te voorkomen en zelfsturing mogelijk te maken, moet het keuzeproces dichterbij de mensen zelf komen: bij de patiënt en de hulpverlener.

### ***Teveel geheimzinnigheid over prijs en kwaliteit***

Kiezen kan bij gratie van de informatie om een goede afweging te maken. De geheimzinnigheid in de sector over kosten en prestaties wordt gehekelde. Elders zijn prijskaartjes heel gewoon, in de zorg zijn ze vrijwel nergens te vinden. Het persoonsgebonden budget is een goed instrument om keuzen te maken en informatie over kosten te geven.

Er is vrijwel nergens goede vergelijkende informatie over specialismen en prestaties, dat maakt keuze niet goed mogelijk. Ook huisartsen kunnen zich moeilijk informeren en moeten bouwen op eigen kennis en ervaring.

Het is weliswaar lastig om de kwaliteit te laten zien, het kan wel. Als gekeken wordt naar het aantal complicaties bij een operatie, moet meegewogen worden wat de risico's van de populatie voor die ingreep zijn. De onderwijsinspectie heeft iets dergelijks voor het onderwijs kunnen doen.

Transparantie ontstaat niet vanzelf. Weliswaar zal er meer vraag naar omen, omdat mensen het elders ook zien, maar er zijn ook partijen die geen belang hebben bij transparantie. De verwachting is dat de druk op partijen om transparanter te worden groter wordt. Het huidige systeem is strijdig met de trends in andere delen van de samenleving waar meer keuze en transparantie gepaard gaan met individuele sturing in plaats van beslissingen van bovenaf.

De technologie om meer informatie te kunnen geven is beschikbaar, maar er is veel weerstand. Niet alleen heerst de angst dat gegevens verkeerd geïnterpreteerd worden, ook is er weerstand omdat men de informatie beschouwt als het eigendom van de expert. Men voelt zich in de privacy bedreigd.

## Resistentie voor vernieuwing

*“Organisaties in de zorg hebben een schaal gekregen die zo groot is, dat er niet meer naar elkaar geluisterd wordt.”*

*“De zorg zoekt niet een vaste relatie met de patiënt, maar met de financier”*

*“We hebben niet alleen last van overheidsregels, ook van regels van zorgverzekeraars.”*

*“Klanten weten niet of de verzekeraar die ze kiezen een goede vertegenwoordiger voor hen is, als ze al kunnen kiezen.”*

*“Er is een grijze macht tussen de uitvoerder en politiek, de bouwcommissie, de tarievencommissie enzovoort.”*

*“Een zorginstelling moet vastgoed in bezit hebben, ik mag mijn huisvesting niet verkopen aan een corporatie en ben daardoor een derde van mijn tijd bezig met huisvesting. Daar ben ik niet voor opgeleid.”*

*“Een huisarts die minder medicijnen voorschrijft mag daar nu niet voor beloond worden.”*

*“Het is heel moeilijk te laten zien dat de kwaliteit van een specialisme in een ziekenhuis onder de maat is.”*

*“Er zijn teveel regels die marktwerking tegenhouden.”*

*“We mogen niet zelf kiezen om meer geld aan zorg te besteden.”*

*“Ik heb wel eens berekend dat per dakloze 150.000 gulden besteed wordt.”*

*“De gedachte heerst “als ik mijn eigen werk goed doe, is het goed”, er is geen verantwoordelijkheid voor het resultaat.”*

*“Er ontbreken afrekeningmechanismen voor managers.”*

### ***Gekneveld door bureaucratie***

Vertrouwen gedijt niet in regeldichtheid. Gedetailleerde regelgeving staat oplossingen in de weg. Waar beide partijen willen en regelgeving in de weg zit kan een gebrek aan vertrouwen ontstaan. (Tien stappen, stap 7)

Binnen veel instellingen is de laatste jaren een schaalvergroting tot stand gekomen waarin eigen verantwoordelijkheid en het afleggen van rekenschap over prestaties als belangrijke punten zijn gesteld. Tegelijkertijd lenen grote instellingen zich niet gemakkelijk voor ruimte voor individuele cliënten en hulpverleners om naar bevind van zaken te handelen. De eigen verantwoordelijkheid van hulpverleners is niet groot. Organisaties zijn nog teveel hiërarchisch georganiseerd. Om risico's te verminderen en kosten te besparen worden processen te precies vastgelegd.

Goede regels en afspraken zijn nodig, maar velen voelen zich gekneveld door bureaucratie. Dat leidt in veel gevallen tot een formalistische houding waarin conflicten tussen patiënten en hulpverleners, tussen hulpverleners en het management en tussen managers van verschillende afdelingen snel juridiseren. Dat leidt tot gevoelens van onveiligheid, tot ziekteverzuim, tot juridische procedures waarin het eigen hachje wordt veilig gesteld, maar achterliggende problemen onaangeeroerd blijven.

## ***Instrumenten om respect en verantwoordelijkheid te belonen***

Voor veel partijen is het bedreigend de verandering te maken van een regeldicht systeem in een ruimte waar eigen verantwoordelijkheid en het afleggen van rekenschap centrale waarden zijn. Het is een moeilijke stap die alleen in een veilige omgeving gedaan kan worden.

Dat vraagt om organisaties en verhoudingen tussen patiënten, hulpverleners en directies die zich daarvan bewust zijn en actief werken aan verhoudingen waarin respect en eigen verantwoordelijkheid "lonen". Daarvoor zijn instrumenten denkbaar, en soms ook al beschikbaar. Denk bijvoorbeeld aan het persoonsgebonden budget, aan professionele statuten, maar ook aan convenanten over de speelruimte binnen vastgesteld beleid en vastgestelde begrotingen.

Het vraagt van managers ruimte voor medewerkers om open te kunnen zijn over werkwijze, daarin onvermijdelijk voorkomende fouten en daar van te leren. Het vraagt het belonen van een open en transparante werkwijze.

Informatica kan bijdragen aan de transparantie van handelingen doordat consultatie, onderlinge toetsing en second opinions makkelijk tot stand kunnen worden gebracht. Grote organisaties kunnen zich zo opdelen in kleinere vrij autonome werkeenheden die door betrokkenen als meer eigen worden beschouwd dan de overkoepelende organisatie.

Als voorbeeld kan gelden de discussie over kleine ziekenhuizen, waarin na jaren van schaalvergroting wordt gesteld dat kleine ziekenhuizen heel efficiënt en doelmatig kunnen werken. Voorwaarde is wel dat niet alle functies onder een dak hoeven te zijn. Noodzakelijke nabijheid wordt gefaciliteerd door informatiesystemen, niet door de bakstenen.

## Conclusies: De eerste stappen

Om verwachtingen reëel te laten zijn en om patiënten in staat te stellen een goede keuze te kunnen maken vindt men informatie over resultaten en processen noodzakelijk. Er is een menukaart nodig en een sterrensysteem om mensen te helpen een oordeel te vormen en tevens goede instellingen te tonen. Naast een menukaart en een systeem van recensies is een prijskaart nodig. Iedereen vindt dat duidelijk moet zijn wat behandelingen kosten. Daarom is een stap die door iedereen onderschreven werd de stap om prijsinformatie te geven aan patiënten.

Het persoonsgebonden budget stelt mensen in staat om net als in bijvoorbeeld de supermarkt zelf af te rekenen waardoor de prijs/kwaliteit-verhouding direct gecontroleerd wordt door de betaler.

Webtechnologie maakt het mogelijk mensen op maat te informeren, als de informatie maar beschikbaar komt, toegankelijk gemaakt wordt en gebaseerd wordt op een standaard. Een deelnemer suggereerde een soort OL2000-project<sup>5</sup> op te zetten voor de gezondheidszorg, waarbij instrumenten ontwikkeld en aangeboden worden.

Om te komen uit de greep van de bureaucratische, van bovenaf gestuurde zorg is het nodig de hiërarchie te vervangen door sturing van onderaf en goede verantwoording over resultaten.

### *Menukaart*

Geef de patiënt eerlijke en begrijpelijke informatie over de zorg die hij kan verwachten. De informatie moet bijdragen aan reële verwachtingen over de mogelijkheden van de gezondheidszorg. Wat zijn gerechtvaardigde verwachtingen, waar kan de patiënt op rekenen, welke keuzen zijn mogelijk? Als de gezondheidszorg op beperkingen stuit moet dat ook hardop gezegd worden. Hiervoor is steun nodig vanuit de opleiding, de overheid en opinieleiders.

De menukaart maakt het mogelijk om keuzen te maken en afwegingen tussen prijs en het resultaat dat daarvan verwacht mag worden. Bijvoorbeeld de afweging tussen een snelle behandeling of minder snel, maar door iemand met een uitstekende reputatie. Dit vraagt een goede afweging waarbij ook gegevens over de patiënten en hun risico's betrokken zijn. Geleerd kan worden van de kwaliteitskaart van de onderwijsinspectie.

### *Prijskaart*

Naast informatie over de gerechtvaardigde verwachtingen hoort informatie over de prijs. Laat iedereen zien wat handelingen kosten. Instellingen weten zelf vaak niet wat de handelingen precies kosten. Men rekent met toegewezen budgetten en schuift met geldstromen. Toch is niets logischer dan met duidelijke informatie over kosten te werken. Instellingen en patiënten moeten weten hoeveel behandelingen kosten. Patiënten moeten ook kunnen zien hoeveel het kost om een recept te krijgen voor iets als paracetamol. Dat kan bijdragen aan zelfdiscipline.

---

<sup>5</sup> Overheidsloket 2000 (OL2000) is een organisatieconcept dat in 1996 is ontwikkeld om publieke dienstverleners te ondersteunen de stap te maken naar vraaggerichte en geïntegreerde dienstverlening. Het concept gaat uit van één aanspreekpunt tussen de overheid en klant. De klant ontvangt op één plaats een samenhangend pakket van overheidsdiensten op basis van specifieke vraagpatronen (bijvoorbeeld het starten van een bedrijf of het bouwen van een garage). Zie [www.ol2000.nl](http://www.ol2000.nl)

Maak ook kosten en baten van collectieve zorg zichtbaar. Dat kan gaan over de kosten en opbrengsten van vaccinatieprogramma's of andere preventieve zorg, maar ook over de zorg voor verslaafden en daklozen. Als blijkt dat bepaalde moeilijke groepen door verschillende instellingen behandeld worden kan het goed zijn een persoonsvolgend budget toe te kennen om kosten beter te relateren aan de zorg voor deze groep. Daar kan de instelling die dat budget krijgt resultaten voor laten zien.

### ***PGB voor AWBZ en chronisch zieken***

Het PGB prikkelt mensen om te weten wat de dingen kosten en een afweging tussen prijs en kwaliteit te maken. De schaarste kan verminderen als nieuwe partijen ook buiten de zorg ingehuurd kunnen worden. Goede resultaten kunnen beloond worden als patiënten die instellingen inhuren elkaar informeren over de resultaten en kwaliteitsgegevens openbaar en toegankelijk zijn.

Persoonsvolgende budgetten kunnen gekoppeld worden aan personen die nu tussen de wal en het schip dreigen te vallen. Met een persoonsvolgend budget wordt niet geschoven met patiënten die moeilijk en onaantrekkelijk zijn en kan het rendement van de hulpverlening zichtbaar worden gemaakt.

### ***Vervang hiërarchie door eigen verantwoordelijkheid***

De flexibiliteit en de kwaliteit om op individuele verlangens in te spelen zal groter moeten worden. Organisaties moeten platter worden en opgedeeld in vrij autonome werkeenheden. Netwerkorganisaties met onderling samenwerkende en elkaar informerende groepen zijn beter in het reageren op individuele wensen en kansen dan grote van bovenaf gestuurde organisaties. Goed functionerende teams kunnen beloond worden met erkenning en meer geld, slecht functionerende teams merken dat ze moeten veranderen om voldoende werk te kunnen genereren.

Managers moeten hulpverleners ruimte geven om in te spelen op individuele behoeften. Daar tegenover staat een goed systeem van verantwoording om successen en openheid te kunnen belonen en te leren van goede praktijken. Waar mensen niet goed functioneren moet dat duidelijk zijn en ingegrepen kunnen worden.

## **Bijlage 1: Tien stappen om vertrouwen te winnen**

### ***Vertrouwenscrisis***

De verschillende actoren op het terrein van gezondheidszorg blijken elkaar niet (of moeilijk) te vertrouwen. Vertrouwen is de basis van alle afspraken. Lukt het niet om vertrouwen terug te krijgen in de zorg, dan zal de juridisering, die eigenlijk niemand wenst, doorzetten. Zonder vertrouwen is het niet mogelijk maatschappelijk verantwoord te handelen.

### ***Zelf verantwoordelijkheid nemen***

De ondertekenaars van dit document zijn bereid zelf een aftrap te doen. Wij gaan er van uit dat we iedereen mogen aanspreken op algemene beginselen als elkaar geen schade berokkenen, weldoen, respect geven en rechtvaardig handelen.

In tien stappen beschrijven we mogelijkheden om vertrouwen in elkaar te herstellen. Deze stappen vragen veel en zullen ook organisaties pijn doen. Het betekent dat bestuurders en managers risico moeten nemen en ruimte moeten geven aan medewerkers, die kunnen fouten maken of een andere weg kiezen dan gedacht. Het betekent dat medewerkers ruimte krijgen, maar ook de verantwoordelijkheid om die goed in te vullen en te verantwoorden. Het betekent ook dat burgers niet alleen ruimte krijgen, maar ook verantwoordelijkheid. Voor iedereen betekent het dat successen ook beloond kunnen worden met meer vertrouwen en zichtbare resultaten. Daar staat tegenover dat verantwoordelijkheid voor fouten niet meer alleen bij anderen gelegd kunnen worden, maar ook bij henzelf.

### ***10 stappen om vertrouwen in de zorg te winnen***

1. *Bevorder gezondheid.*  
Bestrijd niet in de eerste plaats ongezondheid, maar rust mensen toe om gezondheid te bevorderen. Geef ruimte voor eigen oplossingen, maak analyses van bedreigingen en het vermogen tot verandering bij burgers, hulpverleners, instelling en omgeving. Na de opbouw van een infrastructuur voor hygiëne en een infrastructuur voor genezing zijn we toe aan de individuele gezondheidsbevordering. Dat vraagt een andere aanpak. Dat betekent ruimte geven om eigen keuzen te maken én individuele verantwoordelijkheid om ruimte te nemen en keuzen te maken.
2. *Geef vertrouwen.*  
Vertrouwen geven, doet vertrouwen krijgen en voedt wederzijds respect. Dat geldt voor de patiënt richting hulpverlener en verzekeraar, de manager richting hulpverlener en patiënt en verzekeraar richting patiënt en hulpverlener. In debatten tussen belangenbehartigers kan een start worden gemaakt om vertrouwen te geven. Uiteindelijk is het aan iedereen zelf. Zorg betekent zorgen voor elkaar. Ga er van uit dat mensen, daartoe in staat gesteld, voor

elkaar willen zorgen. "De mens is de mens een zorg". Inventariseer wat mensen zelf kunnen en willen doen. Biedt keuzen in ondersteuning, aanvullende professionele zorg en verschillende aanpakken.

3. *Geef keuzevrijheid aan burgers.*

Keuzevrijheid onthouden neemt verantwoordelijkheid weg. Waar verantwoordelijkheid ontbreekt, vermindert vertrouwen dat gedaan wordt wat moet gebeuren. Verantwoording neem je als je bemoeienis hebt met de zaken die jou aangaan. Met het bieden van keuzevrijheid komt ook verantwoordelijkheid. Voor burgers betekent dat ook dat zij hun verantwoordelijkheid moeten nemen.

Bevorder dat mensen goede keuzen kunnen maken. Door kennis te vergroten, informatie te bieden, toegang te verbeteren en keuze te vergroten door het afbreken van monopolies. Versterk en verbreed bijvoorbeeld patiëntgebonden en patiëntvolgende budgetten. Zorg ervoor dat ieder toegang heeft tot de kennis en middelen die het mogelijk maken op die markt te opereren als vrager. Om die verantwoordelijkheid goed te kunnen invullen kan steun door lotgenotenadvies en onderling overleg helpen. Maak de patiënt en hulpverlener sterker waar nodig. Verzekeraars moeten voldoende geconfronteerd worden met concurrentie. Transparantie en vrije keuze draagt hier aan bij.

4. *Benadruk de waarde van zorg als zaak van ons allemaal.*

Uiteindelijk blijven er altijd mensen die deze eigen verantwoordelijkheid en keuze niet aan kunnen. Dat vraagt de bereidheid van individuen ook voor anderen te zorgen.

*Luister naar cliënten en patiënten.* Ga uit van doelen die de cliënt en patiënt stelt. Ga uit van hun deskundigheid en integriteit, wees transparant (als instelling en hulpverlener) over mogelijkheden, onmogelijkheden en trek samen op om regels te veranderen.

5. *Geef eigen verantwoordelijkheid aan hulpverleners.*

Beleid kan pas goed uitgevoerd worden als het door de hele basis van de organisatie wordt gelegitimeerd. Organiseren van de verantwoordelijkheid op het laagste niveau maakt het mogelijk op tijd te zien of verwachtingen niet waargemaakt dreigen te worden of vertrouwen dreigt te worden geschonden. Verantwoordelijkheden kunnen niet verdwijnen in moeilijk aan te spreken bureaucratieën. Dit vraagt vergaand schrappen van regels, afzien van macht aan de top van organisaties, minder regels voor de inspanningsvorm en meer aandacht voor resultaten.

Hiermee organiseren we het gevoel dat alle deelnemers de mogelijkheid hebben het beleid te beïnvloeden. Mensen voelen zich thuis als ze hun eigen scheppende kracht herkennen. De bestaande gezondheidszorginstellingen zullen zich moeten omvormen tot klantenorganisaties. Dan zal de beleidspiramide van top down omdraaien in bottum up.

6. *Wees open over prestaties en verantwoordelijkheden.*

Communiceren van controleerbare prestaties schept vertrouwen. Het geeft altijd rust als je weet dat je zelf kan controleren wat iemand stelt. Onduidelijke verantwoordelijkheden maken de kans groter dat deze niet genomen worden. Maak duidelijk wat men kan verwachten. Geschonden vertrouwen kan te maken hebben met niet waargemaakte verwachtingen, die mogelijk te hoog waren. Helder maken wat verwachtingen mogen zijn, voorkomt geschonden vertrouwen, maar schept ook verplichtingen. Verwachtingen, rechten en plichten kunnen worden vastgelegd in handvesten.

Duidelijkheid over verantwoordelijkheid vraagt ook samenwerking. Als hulpverleners niet samenwerken, weet de patiënt niet of hij wel goed geholpen wordt. Verschillende specialisten kunnen met verschillende verhalen komen zonder dat zij dat van elkaar weten. Dit betekent eveneens dat de kwaliteit van zorg gewaarborgd moet zijn. Daar waar de kwaliteit niet meer voldoet aan wat in deze tijd verwacht mag worden moet worden gesignaleerd en bijgestuurd kunnen worden.

7. *Ga na welke regels geslecht kunnen worden.*

Vertrouwen gedijt niet in regeldichtheid. Gedetailleerde regelgeving staat oplossingen in de weg. Waar beide partijen willen en regelgeving in de weg zit kan een gebrek aan vertrouwen

ontstaan. Wie zich beroept op vage Haagse regels die overduidelijk werkbare oplossingen onmogelijk maken wekt geen vertrouwen. Gedetailleerde regelgeving heeft ook als gevaar dat regels elkaar tegenspreken, waardoor rechtsom of linksom vertrouwen beschaamd moet worden.

Ga uit van gewenste uitkomsten, sluit overeenkomsten met cliënten en hulpverleners hierover, geef zo min mogelijk regels over de weg naar gewenste uitkomsten. Organiseer feedback, overleg en overeenstemming.

8. *Zorg voor maatschappelijke legitimatie.*

Een organisatie moet zich steeds opnieuw maatschappelijk legitimeren. Legitimatie, vertrouwen en autoriteit is geen gegeven meer, maar moet gewonnen worden. Professionele partijen moeten zich daarvoor verantwoorden aan de maatschappij en eigen betrokkenen. Communicatie over verantwoordelijkheden en handelingen moet niet overgenomen worden, dat scheidt geen vertrouwen en werkt minder verplichtend.

9. *Versterk de band tussen opleiding, praktijk en werk.*

Te veel staat in de opleiding het instrumentele centraal. Het is van belang dat de waarde ook weer aandacht krijgt. Deze leer je in de praktijk van alledag. Praktijkwerk in opleidingen is niet neutraal maar ademt ook de sfeer, cultuur en waarden van een instelling. Eigen opleidingen versterken de band tussen instelling en professional, betrekken de toekomstige professional bij de missie van de instelling. Sommige (onderdelen van) opleidingen lenen zich voor een terugkeer van gecertificeerde in-service opleiding. Zowel in de basis (verpleging en verzorging) als binnen management opleidingen.

10. *Geef ruimhartig ruimte aan experimenten.*

Geef in de zorg meer ruimte en zeggenschap aan cliënten en professionals om binnen budgetten en fysieke mogelijkheden nieuwe vormen van wonen, zorg en welzijn te ontwikkelen. Reken niet meteen af op puur efficiency parameters. Geef tijd om te komen tot resultaten en hecht aan het oordeel van cliënten en zorgverleners.

Wij menen dat er veel gesproken wordt over beleid en structuur. Dat is goed, maar het leidt pas tot verbetering als we ook vertrouwen hebben in elkaar.

Alle veranderingen beginnen met een eerste stap. Wij gaven hierboven tien stappen. Het lijkt ons goed om ook nader onderzoek te doen naar de veranderingen in de vertrouwensrelatie en de idealen van professionals in de zorg vergeleken met de idealen van de burgers die zorg wensen. Het is echter ook tijd om te handelen. Dat kan en daar is vraag naar.

## Bijlage 2: deelnemerslijst

W. Etty	Andersson Elffers Felix
L. Zevenbergen	Escador
V. Bekkers	CMG
P. Verbraak	Taskforce vermaatschappelijking
M. Weerts	PP/CP Utrecht
G. Hutschemaekers	De Gelderse Roos
P. van Gool	AMC Neurologie
V. Everts	Interim IC
T. Huygen	TBS-kliniek De Singel
M. de Leeuw	Altrecht
B. Meyboom – de Jong	RUG- artsengeneeskunde
J. Raming	Willem Arntsz stichting
A. Hoppener	Altrecht
H. Albeda	Rekenschap
E. Heijdelberg	Public Health Consultants
M. Wesseling	KNMG
B. Lendemeijer	UMC-verplegingswetenschappen