

VERTROUWEN IN DE ZORG

Rede

uitgesproken bij de openbare aanvaarding van het ambt van hoogleraar in Health Care aan de Universiteit van Tilburg op 12 december 2014 door prof. Dr. PHJ van der Voort, MSc.

Hooggeachte Rector Magnificus,

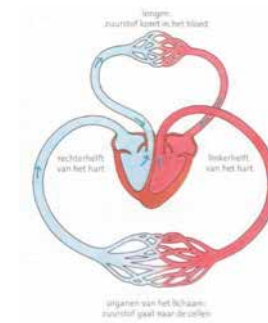
Hooggeachte decaan en bestuursleden van TIAS,

Zeer geachte collegae, vrienden en kennissen

Lieve familie,

Inleiding

In aansluiting op de rede van mijn collega Nardo van der Meer over bescheiden leiderschap, zal ik spreken over vertrouwen in de zorg. Mijn opleiding geneeskunde is begonnen in 1982 met fysiologie maar nu, 32 jaar later, houd ik een rede over vertrouwen in de zorg. Misschien zult u denken dat ik aardig de weg ben kwijt geraakt. En misschien hoopt u dat ik toch over fysiologie en ziekte zal spreken. Maar misschien bent u wel nieuwsgierig naar hoe vertrouwen en fysiologie samengaan. Zelf denk ik dat ik in mijn vak als intensivist aan beide onderwerpen, fysiologie en vertrouwen, soms snel na elkaar, aandacht moet schenken. Ik probeer u vanmiddag uitleg te geven van wat ik daarmee bedoel. Ik zal beginnen met de fysiologie want dat is de *comfort zone* van velen van u.



figuur 1

© Peter van der Voort, 2014

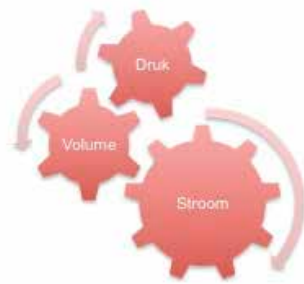
ISBN: 978-94-6167-xxx-x

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier.

www.tilburguniversity.edu/nl

De grootheden van de circulatie

De bloedsomloop, door dokters meestal circulatie genoemd, bestaat uit het hart, de vaten die het bloed voort geleiden en de haarvaten in de weefsels. Deze laatste noemen we de microcirculatie. Maar deze elementen zijn eigenlijk de anatomie. De bloedsomloop is meer. Er is ook nog het bloed zelf en bovendien is er beweging van het bloed in de genoemde structuren. Hoe kunnen we een ingewikkeld proces als de bloedsomloop, de circulatie, in maat en getal omschrijven? In de natuurkunde gebruiken we daarvoor meetbare eigenschappen. Die meetbare eigenschappen noemen we grootheden. De grootheden van de circulatie, de meetbare eigenschappen dus zijn druk, volume en stroom.



figuur 2

Het hart moet druk opbouwen aan de linker kant en druk laag houden aan de rechter kant zodat het bloed gaat stromen. Er moet dan geen obstructie van de vaten zijn en wel voldoende volume in de vaten. Als de circulatie faalt dan is er een levensbedreigende situatie, een indicatie voor intensive care behandeling.

Stel je een patiënte voor die zich in de vroege ochtend op de eerste hulp meldt met een doorgemaakt hartinfarct. Ze is nog geen 70 jaar en nu kortademig en met zuurstof tekort op de spoed eisende hulp. Doodsangst in haar ogen. Door het hartinfarct kan het hart bij deze patiënte niet meer voldoende druk opbouwen en het bloed stroomt niet meer voldoende om het lichaam te leveren wat nodig is. De circulatie faalt, bloed stuwte in de longen. Een levensbedreigende situatie. Nu zou ik aan de geneeskunde studenten vragen wat de behandelmogelijkheden zijn. Maar voor vandaag stel ik de vraag: wordt deze vrouw geholpen in de Nederlandse gezondheidszorg? U zal volmondig ja antwoorden op deze vraag. We hebben immers met elkaar in Nederland grofweg 90 miljard euro per jaar vrijgemaakt om altijd en voor iedereen zorg te regelen. Er zijn collectief financiën beschikbaar gemaakt die ondertussen een aanzienlijk deel van onze nationale begroting vormen. De toegankelijkheid van de zorg is geborgd. Ook patiënten gaan er van uit dat de zorg die ze nodig hebben altijd en tijdig beschikbaar is. Daar hebben ze vertrouwen in.

Grootheden in de zorg Zoals druk, volume en stroom de grootheden van de circulatie zijn, zo zijn er ook grootheden in de gezondheidszorg. De meetbare eigenschappen van de zorg. Ik benoem ze als de F van financiën, de F van faciliteiten en de F van focus.



figuur 3

De F van financiën heb ik aangestipt: op dit moment kost de zorg zo'n 90 miljard euro per jaar en dit bedrag is de afgelopen jaren toegenomen. De gezondheidszorg in Nederland is ondertussen de duurste in Europa, gemeten naar percentage bruto binnenlands product. Bijna een kwart van de zorguitgaven wordt gebruikt in de ziekenhuiszorg. De intensive care gebruikt hiervan ongeveer 5%. Ongeveer 18% van onze zorguitgaven gaan op dit moment naar de ouderenzorg en met het toenemend aantal ouderen lijkt dit ook te gaan toenemen. Een belangrijke vraag die ons bezig houdt is: hoe kunnen we de kosten beteugelen in een situatie waarin er steeds meer ouderen zijn? Ouderen waarvan we weten dat ze meer behoefte hebben aan gezondheidszorg dan jongeren. Het is de maatschappelijke taak van zowel de zorgprofessionals op de vloer als van de managers en beleidsmakers om samen de kosten binnen betaalbare grenzen te houden. En tegelijkertijd de kwaliteit van zorg te behouden, nee, eigenlijk te verbeteren. Dat lijkt een onmogelijke opgave. Maar ik ben ervan overtuigd dat er mogelijkheden zijn om dit te bereiken. De oplossing ligt niet in een nieuw medicijn maar in de organisatie van de zorg. Organisatie op zowel micro- als op macroniveau. Met microniveau bedoel ik de professionals op de werkvloer en hun directe leidinggevendenden. Met macroniveau bedoel ik de structuur en financiering van de zorg vanuit overheid, beleidsmakers en bestuurders van zorgorganisaties. Het is aan TIAS om leidinggevendenden en bestuurders gereedschappen te geven om deze klus te klaren.

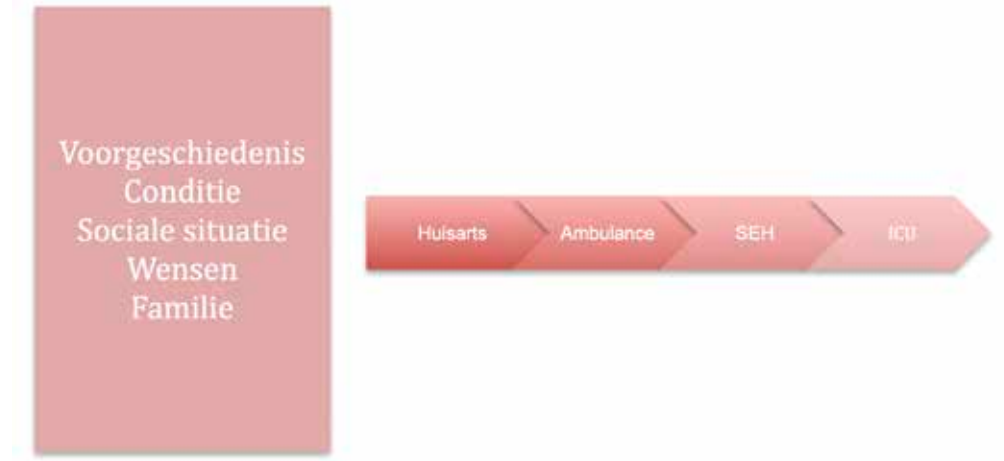
TIAS school for business and society

De TIAS business school heet niet voor niets *School for business and society*. De managers die bij TIAS gestudeerd hebben moeten maatschappelijk betrokken zijn, in de praktijk staan en oplossingen bieden voor organisaties maar wel binnen een maatschappelijke context. Het is daarom dat de *executive master* opleiding *for Health Administration*, de



figuur 4

MHA, de studenten opleidt om binnen die maatschappelijke context oplossingen te vinden in de gezondheidszorg. Deze studenten lopen al jaren als manager tegen problemen aan waar ze, gedreven door bevoegenheid voor de zorg, oplossingen voor willen vinden. Zo is financiering van de zorg op instellingsniveau een uitdaging en moet deze ook passen binnen de nationale wens om gezondheidszorg betaalbaar te houden. Als *Academic Director* van de MHA opleiding probeer ik daaraan vorm te geven. De MHA opleiding zal zich de komende jaren verder ontwikkelen en managers afleveren die, zoals u net gehoord heeft van collega van der Meer, leiding geven. Maar ook analytisch denken en betrokken zijn zowel naar hun eigen mensen als naar de maatschappij. Om dit verder invulling te geven heeft de Tilburg Universiteit deze leerstoel mogelijk gemaakt binnen TIAS en daarbinnen het HealthLAB. Wetenschappelijk onderzoek naar organisatie en kwaliteit van de zorg ondersteunt deze doelstellingen. Het wetenschappelijk onderzoek dat ik zal leiden zal passen binnen de leeropdracht: Organisatie en kwaliteit van de acute zorg. Aangezien mijn wortels in de intensive care liggen zal de focus zich initieel daar bevinden maar geleidelijk en in toenemende mate ook andere aspecten van de acute zorg gaan omvatten. Om de efficiëntie van de zorg te verbeteren zal er aandacht zijn in het onderzoek voor samenwerking en afstemming tussen verschillende zorg verlenende instanties.



figuur 5

Om dit concreet te maken: onze kortademige patiënte van zojuist ziet binnen enkele uren heel veel hulpverleners: de dienstdoende huisarts, de ambulance verpleegkundige, de spoedeisende hulp verpleegkundigen, de spoedeisende hulp arts, de arts-assistent cardiologie, de cardioloog en daarna de artsen en verpleegkundigen van de intensive care. De zorg is opgeknipt in specialisme gebonden onderdelen. In serie worden ze aangeboden aan de patiënt. Maar deze vrouw heeft behoefte aan een snelle en naadloos in elkaar over gaande de zorgverlening. Hoe kunnen we de zorg zo organiseren dat, vanuit de patiënt gezien, deze in de behoefte voorziet? Zodat de benodigde informatie uit haar voorgeschiedenis beschikbaar is, zodat we weten wat haar wensen zijn en zodat er geen verlies van kennis is binnen de keten met de vele overdracht momenten.

Deskundigheid geeft vertrouwen

Stelt u zich voor hoe zij zich fors kortademig van ambulance naar spoed eisende hulp naar de intensive care verplaatst. Ze lijkt volledig vertrouwen te hebben in de zorg die de verpleegkundigen en dokters haar leveren. In het acute moment verwonder ik me toch even over dat onvoorwaardelijke vertrouwen. En daaraan gekoppeld realiseer ik me de verantwoordelijkheid die ik heb om dat vertrouwen niet te schenden. Ik pak haar hand, benoem de angst, zij knikt en we proberen de angst voor het sterven weg te nemen met wat morfine. Het benoemen van de angst, het uiten van begrip en het geven van aandacht leidt allemaal tot vertrouwen. Het vertrouwen bij haar is duidelijk groot, terwijl wij toch onbekenden van elkaar zijn. Dat vertrouwen zal ze nodig hebben om de zware intensive care behandeling te doorstaan. Het is daarom zaak om actief aan dat vertrouwen te werken. Giddens heeft dit beschreven in 1994 als *active trust*. Vertrouwen waar je actief aan moet werken. Ondertussen vraag ik me af waar haar vertrouwen zijn oorsprong vindt. Weet deze vrouw of onze kwaliteit van zorg goed is? Waarschijnlijk wéét ze dat niet, maar ze verwacht het wel. Vertrouwen heeft namelijk een prospectief aspect: op basis van vertrouwen zijn er verwachtingen voor de toekomst. In tegenstelling tot tevredenheid. Tevredenheid is retrospectief. Alleen achteraf kan je tevreden zijn, niet vooraf. Denk je eens in hoeveel reden tot angst er is als je volledig afhankelijk bent van die paar personen aan je bed zonder te weten wat ze waard zijn. Maar de angst van deze vrouw lijkt door haar ziekte veroorzaakt, niet door gebrek aan vertrouwen. Zij heeft er vertrouwen in dat de mensen aan bed expertise hebben. Deskundigheid is namelijk een factor die vertrouwen geeft. De mensen aan bed zijn geschoold en zij vertrouwt er op dat de organisatie van het ziekenhuis er op toeziet dat alleen degenen met de juiste expertise aan haar bed staan, dag en nacht. Sinds 1995 hebben we in Nederland, via de GIC, de gemeenschappelijke intensive care commissie, met elkaar geregeld dat intensivisten aan bed geschoold zijn en gecertificeerd. Dit is tot stand gekomen door oud minister prof. Els Borst en inhoudelijk vorm gegeven door prof. Bert Thijs en prof. Chris Stoutenbeek. Alle drie een te vroege dood gestorven.

Het overlijden dat we bij onze patiënte proberen te voorkomen door non-invasieve beademing met masker te geven, aangevuld met medicatie via een centrale lijn. Hiermee neemt de kortademigheid af inderdaad. Er zijn voor deze behandeling voldoende faciliteiten aanwezig: de IC afdeling zelf, apparatuur, medicamenten en personeel.

Faciliteiten

Daarmee komen we bij de tweede grootheid van de gezondheidszorg: faciliteiten. Naast de F van financiën heb ik de F van faciliteiten benoemd. Zonder materialen en gebouwen kan immers geen gezondheidszorg geleverd worden. Dat is in het bijzonder waar voor de intensive care. Een intensivist zonder spullen is een visser zonder hengel. Natuurlijk is er een belangrijke verbinding tussen financiën en faciliteiten; apparatuur moet immers gekocht kunnen worden. Onder faciliteiten vat ik ook mensen die in de zorg werken. Mensen die geschoold zijn en de zorg daadwerkelijk leveren. Een intensivist kan geen zorg leveren zonder de IC verpleegkundigen en ondersteunende diensten. Artsen, verpleegkundigen en anderen moeten als team samenwerken. Ieder met hun eigen verantwoordelijkheden en taken maar met elkaar moeten ze geïntegreerde zorg leveren. Zeker in een situatie van spoed en levensgevaar is het belangrijk om met elkaar die complexe zorgvraag te beantwoorden. We hebben daar op de IC van het OLVG in de afgelopen jaren aan gewerkt met als leidraad de principes en voorwaarden van *high reliability organizations*. Dit concept van Weick & Sutcliffe (2001) beschrijft een model van organisaties die hoog betrouwbaar moeten zijn. Dit zijn organisaties waarbij verkeerde beslissingen verregaande gevolgen kunnen hebben. Denk aan vliegdekschepen, brandweerkorpsen maar dus ook intensive care. Het werken met dit concept kan een organisatie helpen om beter te presteren.



figuur 6

De verkoking tussen verpleegkundigen en intensivisten is daarmee grotendeels opgeheven zodat we als team kunnen optrekken. Een *high reliability organization*, HRO, heeft een aantal kenmerken. We hebben respect voor elkaar en elkaars werk, we houden elkaar goed op de hoogte en we maken een gezamenlijk referentiekader van waaruit we werken. We hebben ons geoefend in allerlei aspecten van HRO door het werken met experimenten. Dit was enerverend en vaak ook moeilijk omdat het in een experiment gaat zoals het gaat. Er is geen goed of fout. Dat was moeilijk omdat wij steeds denken in goed en fout en fouten maken op zichzelf fout is. Voor sommigen voelden de experimenten ongemakkelijk en voor anderen juist bevrijdend. Waar het mij om gaat is dat ook binnen een afdeling, op microniveau, gewerkt moet worden aan de samenwerking om vertrouwen te hebben in elkaar en om vertrouwen te kunnen geven aan de patiënten die dat zo hard nodig hebben.

Focus Daarmee komen we als vanzelf bij de derde grootheid van de gezondheidszorg die ik heb benoemd als focus. Met focus bedoel ik de werkelijke inzet van geld en faciliteiten voor de patiënt. Deze is minder makkelijk te meten maar daarom niet minder belangrijk. Bij focus gaat om werkelijke inzet, niet alleen in technische zin maar ook in aandacht en betrokkenheid. Om aan te voelen wat ik met focus bedoel stel ik u een beetje gekke vraag: wat is een relatie zonder liefde? Parallel daaraan: wat is een zorgverlener zonder focus op de patiënt als mens. *Patient-centered care*, *family-centered care*, *humanity-centered care*, dat zijn begrippen die op dit moment veel aandacht en invulling krijgen en die gaan over focus. Deze focus geeft zin aan de zorg, deze focus geeft een warm en tevreden gevoel. Patiënten willen natuurlijk goede zorg. Maar medisch inhoudelijk goede zorg gaat niet als vanzelf gepaard met een tevreden patiënt. En andersom ook niet overigens. Een van onze TIAS docenten leert de MHA studenten dat ontevredenheid soms voortkomt uit op eerste gezicht triviale zaken zoals bijvoorbeeld het slechte eten of de parkeergelegenheid. Maar ook als je die factoren prima regelt is het niet zeker dat patiënten en familie tevreden zijn. Het wegnemen van factoren die ontevredenheid geven leidt niet automatisch tot tevredenheid. Tevredenheid over de verkregen zorg wordt vooral bereikt door aandacht, betrokkenheid, liefde en respect door de zorgverlener voor je patiënt, cliënt, medemens. Dat bedoel ik met focus en is geldig voor verpleegkundigen, dokters maar óók voor leidinggevenden en bestuurders.

Vertrouwen:

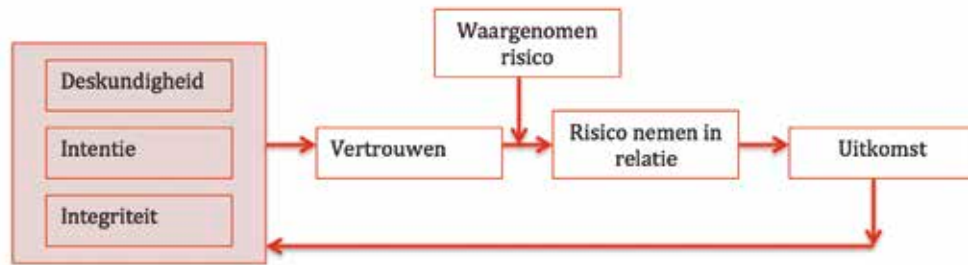
de brandstof van de zorg Zijn we er dan met 3x F van financiën, faciliteiten en focus? Het lijkt dat je daarmee de zorg wel beschreven hebt. Het duurde bij mij een paar jaar voordat ik een vierde, cruciale, factor onderscheidde, vertrouwen. Juist omdat vertrouwen zo vanzelfsprekend lijkt, omdat vertrouwen de basis vormt van alles wat in de zorg gebeurt. Annette Baier (Baier 1986) vergelijkt vertrouwen met schone lucht: je bent je pas bewust van schone lucht als de lucht niet schoon is. Vertrouwen in de zorg is impliciet, je bent je er pas van bewust als het ontbreekt. Je kan de carrosserie van een auto hebben. Met zelfs een motor daarin en een bestuurder. Maar de auto gaat pas rijden als de motor is aangezet en blijft alleen rijden als er brandstof is. De brandstof van de zorg is vertrouwen. Zonder vertrouwen kan de zorg niet functioneren zoals ze nu doet. Vertrouwen van de patiënten in de zorgverleners, vertrouwen van zorgverleners onderling in elkaar, vertrouwen in de organisatie, in bestuurders en in de overheid. Zelfs vertrouwen in het zorgstelsel als geheel is cruciaal. De *humanity centered care* is in feite een manier om het vertrouwen te vergroten. Door de patiënten of cliënten zo u wilt, met respect en aandacht te benaderen, door interesse te tonen in hun zijn als mens met een ziekte of een beperking, door wat sommigen noemen de echte verbinding te leggen tussen zorgverlener en zorgvrager daardoor wordt vertrouwen opgebouwd.

Wat is vertrouwen Deze vrouw, opgenomen met heftige kortademigheid door falen van de circulatie, bleef ondanks masker beademing en de initiële verbetering toch zuurstofbehoefstig. Er bleef een forse ademarbeid bestaan in de dagen na de opname. Het afwijkende beeld op de röntgenfoto van hart en longen verbeterde niet ook al werd er vocht afgedreven. De vermoeidheid nam toe en na een paar dagen was kunstmatige beademing met een buisje in de luchtpijp onvermijdelijk. De communicatie tussen ons was nu beperkt omdat met zo'n beademing de stem niet gebruikt kan worden. Dag na dag verstreek. De diagnose verschoof naar een onbehandelbare interstitiële longziekte als onderliggende ziekte waarbij het acute hartinfarct had geleid tot falen van de circulatie. De behandel mogelijkheden waren beperkt. En toch, het vertrouwen van deze kranige vrouw in ons als behandelteam bleef onverminderd.

‘Vertrouwen in dingen of mensen behelst de bereidheid risico te ondergaan dat ze ons in de steek laten, met de verwachting dat het niet zo zal zijn of gebrek aan aandacht voor die mogelijkheid’

Bart Nooteboom, 2002

Wat is eigenlijk vertrouwen? Bart Nooteboom (Nooteboom 2002) onderzocht vertrouwen en definieert vertrouwen als: 'vertrouwen in dingen of mensen behelst de bereidheid risico te ondergaan dat ze ons in de steek laten, met de verwachting dat het niet zo zal zijn of gebrek aan aandacht voor die mogelijkheid'. Als we vertrouwen, dan veronderstellen we oprechtheid, geloofwaardigheid en betrouwbaarheid tot het tegendeel blijkt. Deze omschrijvingen hebben een aantal implicaties. Zo zit er een element kwetsbaarheid in vertrouwen. Als je vertrouwt dan stel je je kwetsbaar op. De verwachtingen die je hebt kunnen geschaad worden en dat kan leiden tot wantrouwen of in ieder geval verminderen van vertrouwen.



figuur 7

Een patiënt met een hulpvraag en vertrouwen in de zorgverlener is dus kwetsbaar. Daarom is er een ultieme noodzaak dat de zorgverlener deze kwetsbaarheid niet misbruikt. Dit heeft te maken met integriteit van de zorgverlener. Integriteit en vertrouwen zijn op die manier met elkaar verbonden. De verontwaardiging die er is bij betrokkenen en in de maatschappij na een incident waarbij de zorgverlener niet integer gehandeld heeft is daarom terecht. Dergelijke incidenten schaden niet alleen het vertrouwen in die ene zorgverlener maar schaad ook breder het vertrouwen in de zorg. Naast kwetsbaarheid en integriteit wordt er bij vertrouwen nog een 3^e aspect onderscheiden: intentie. De zorgverlener moet een goede intentie hebben. Dat niet alleen, deze intentie moet ook blijken uit daden. Het spreekwoord luidt niet voor niets: 'vertrouwen moet blijken'. We spreken dan over *conditional trust*, voorwaardelijk vertrouwen. Dit voorwaardelijk vertrouwen wil zeggen dat men bereid is elkaar te vertrouwen zolang het gedrag passend is om het vertrouwen te handhaven. Zolang dat gedrag passend is wil men met elkaar stappen in de toekomst zetten. Daarnaast bestaat *unconditional trust*, onvoorwaardelijk vertrouwen. Dit onvoorwaardelijk vertrouwen is gebaseerd op gezamenlijke waarden.



figuur 8

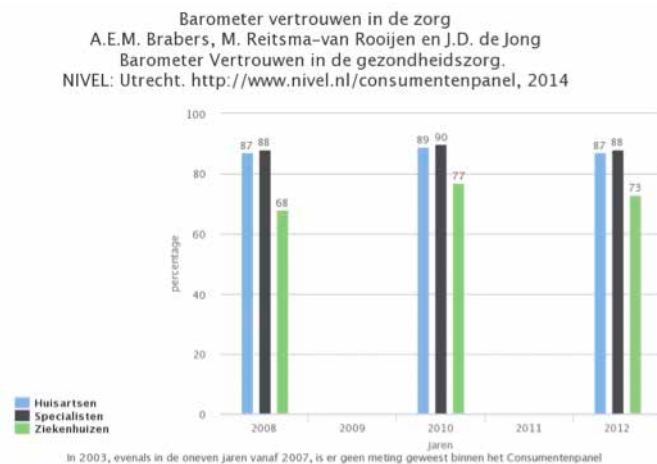
Deze gezamenlijke waarden drijven het vertrouwen. Een goede relatie is gebaseerd op onvoorwaardelijk vertrouwen. De geloofwaardigheid in elkaar is met de gezamenlijke waarden geregeld. Dit onvoorwaardelijk vertrouwen is ontstaan door empirisch bewijs; door herhaald gedrag en interactie zijn de gezamenlijke waarden die het vertrouwen maken geworden tot kennis. In de zorg dreigt er een verschuiving van vertrouwen. Van onvoorwaardelijk vertrouwen naar voorwaardelijk vertrouwen. In het verleden was er sprake van de dokter die de besluiten nam en de patiënt die daar zonder vragen of opmerkingen in meeging. De maatschappij is echter de laatste jaren snel aan het veranderen. Na de tweede wereldoorlog, na zoveel leed en uitelkaar gerukte families, wilden we goed voor elkaar zorgen. Samen sterk in de verwerking en in de wederopbouw. Dat leidde ook tot een sluitend sociaal netwerk, nauwkeurig door de overheid geregisseerd. De stijgende welvaart en de sterke internationale positie maakte het ook mogelijk om dit uit de rijksfinanciën te laten ontstaan. Vanuit die zorgzame samenleving is het individuele zelfbewustzijn gegroeid met zelfsturing als belangrijk kenmerk. Na de maakbare samenleving en de maakbare leefomgeving is er nu ook je maakbare leven. De elektronische revolutie die zich de laatste jaren voor doet heeft deze ontwikkeling verder ondersteund. Regie over je eigen leven en dus ook over je gezondheid. Niet meer de expertise en daaruit volgende besluitvorming door hulpverleners is vanzelfsprekend maar beschikbaarheid van informatie via digitale media is dat. En van daaruit maak je zelf als zorgvrager wel je keuzes. De experts zijn adviserend. Het ondersteunen van die behoefte via een patiënt gerichte, liever nog een patiënt gestuurde inzet van zorgverleners is de transitie waar we middenin zitten.

Het vertrouwen is daarmee voorwaardelijk: als zorgverlener krijg je het vertrouwen zolang je gedrag overeenkomstig is met je adviserende rol. Er is daarmee geen wantrouwen ontstaan maar wel een verschuiving van vertrouwen, van onvoorwaardelijk naar voorwaardelijk. Dit voorwaardelijk vertrouwen is wel impliciet bij het aangaan van een

relatie, bijvoorbeeld die tussen arts en patiënt maar om het te behouden zal er blijvend aan gewerkt moeten worden, het zogenaamde actieve vertrouwen. Volgens Giddens kan er actief vertrouwen zijn door openheid en intensieve communicatie waarbij zelfreflectie een belangrijk kenmerk is. Zorgverleners moeten leren om actief aan vertrouwen te werken en hier prioriteit aan te geven.

Hoe is het gesteld met vertrouwen in de zorg?

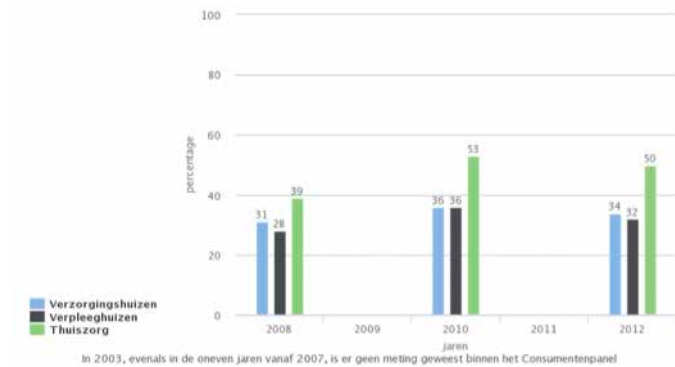
Hoe is het dan nu gesteld met vertrouwen in de zorg? Er is nog heel weinig onderzoek gedaan naar het vertrouwen in de zorg. Bij het NIVEL wordt het vertrouwen in de zorg wel al jaren gemeten via de barometer vertrouwen in de gezondheidszorg.



figuur 9

U ziet dat er over de jaren bij ongeveer 70 tot 75% van de respondenten veel vertrouwen in ziekenhuizen is maar dit is lager dan het vertrouwen in medisch specialisten en huisartsen waar het over de jaren net onder de 90% is. Op zichzelf is het interessant om de vraag te stellen waarom ziekenhuizen als organisaties een consequent lager vertrouwen scoren dan medische beroepsbeoefenaren als persoon. Het vertrouwen in de verpleeghuizen, thuiszorg en verzorgingshuizen lijkt nog lager te zijn dan ziekenhuizen.

Barometer vertrouwen in de zorg
A.E.M. Brabers, M. Reitsma-van Rooijen en J.D. de Jong
Barometer Vertrouwen in de gezondheidszorg.
NIVEL: Utrecht. <http://www.nivel.nl/consumentenpanel>, 2014



figuur 10

Het is onduidelijk welke factoren een rol spelen, welke *confounders* er zijn en welke aspecten van vertrouwen hierin van belang zijn. U begrijpt, het onderwerp vertrouwen in de zorg behoeft verder onderzoek.

Transparantie is noodzaak geworden

Ik heb eerder benoemd dat het actief werken aan vertrouwen noodzakelijk is geworden. In het licht hiervan wordt transparantie over data voorgestaan. Duidelijkheid over resultaten waarmee je als zorgvrager keuzes kan maken en waarmee je als zorgverlener of zorgorganisatie aan vertrouwen kan bouwen. Hoewel resultaten uit het verleden geen garantie zijn voor de toekomst, zijn het data over de structuur, de processen en de uitkomsten die de hulpvragers in toenemende mate voeden. Transparantie is daarmee een noodzaak geworden, een onmisbaar instrument om actief aan het voorwaardelijke vertrouwen te werken. Het achterhouden van data ondermijnt daarmee het vertrouwen. Deze gegevens, de meetbare elementen van zorgverlening noemen we indicatoren. Indicatoren die openbaar zijn en waarop zorgvragers en toezichhoudende instanties besluiten nemen moeten daarom robuust zijn op inhoud en registratie. Indicatoren zijn voor zorgverleners zelf erg belangrijk om inzicht te krijgen in de eigen kwaliteit van zorgverlening, we noemen deze indicatoren dan interne indicatoren. Het blijkt echter uit onderzoek dat het moeilijk is om op grond van deze interne indicatoren de eigen resultaten te verbeteren. We zullen daarom de komende jaren samen met de indicatoren commissie van de NVIC, de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care, moeten zoeken naar manieren om te komen tot werkelijke verbeteringen in de zorg via interne indicatoren.

Als voorzitter van deze indicatoren commissie hoop ik daar samen met de andere commissieleden en geïnteresseerden richting aan te kunnen geven.

Voor de intensive care is de stichting NICE, de Nationale Intensive Care Evaluatie, op de goede weg door zich bewust te tonen van de noodzaak van het delen van informatie en het werken aan transparantie. Sommigen in de beroepsgroep hebben twijfels over deze transparantie. Dat is begrijpelijk omdat op de korte termijn het voordeel onzeker is. In termen van vertrouwen kan je stellen dat ervaringen uit het verleden met betrekking tot transparantie nog geen vertrouwen hebben gewekt bij de professionals dat het transparant zijn gunstige effecten sorteert. Als bijvoorbeeld uit de gegevens blijkt dat de zorg niet overall even goed is kan dat gegeven op zichzelf het vertrouwen in de zorg ondermijnen.

“Werken met indicatoren is wel noodzakelijk
maar kent veel haken en ogen”

Dat is een probleem voor de individuele zorgverlener maar misschien nog meer voor de zorginstantie. De zorginstantie bevindt zich steeds meer in een concurrerende omgeving en moet zien dat in de onderhandelingen met de zorgverzekeraar een goed resultaat behaald wordt. Het werken met indicatoren is dus wel noodzakelijk maar kent veel haken en ogen.

Zorgstelsel Niet alleen het vertrouwen in zorgprofessionals en de zorginstantie is belangrijk maar ook vertrouwen in het zorgstelsel als geheel. Hierbij speelt de overheid een cruciale rol. Het gaat om het vertrouwen in een overheid die zorgt voor toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. De overheid heeft een aantal ingrijpende veranderingen ingevoerd. De transitie van het zorgstelsel past bij de maatschappelijke veranderingen die gaande zijn. In zowel de cure als in de care betekent dit dat er vanuit een andere visie op gezondheid en ziekte aanpassingen aan het systeem gedaan worden. De zorg moet meer vraag- dan aanbod gestuurd gaan functioneren. De roep om eigen regie te voeren, een zelfsturende rol, is bij de ouderen minder uitgesproken dan bij de jongere generaties. Patiënten en cliënten zullen nu meer dan voorheen een actievere rol moeten vervullen. Door te sturen op financiën en faciliteiten moet deze verandering ingezet worden. Deze transitie van het zorgstelsel is enerzijds een risico voor het vertrouwen in de zorg op korte termijn maar moet op langere termijn het vertrouwen behouden. Nu het voor velen onzeker is hoe de veranderingen in onder andere de AWBZ, WMO en WIZ uitpakken staat dat

vertrouwen onder druk. De jeugdzorg en ouderenzorg staan voor grote uitdagingen om binnen gemeentelijke afspraken de kwaliteit te behouden. Een belangrijke uitdaging is om in deze nieuwe constructie de kansen te zien om de zorg te verbeteren door onder andere zelfsturing en eigen participatie te vergroten. In de visie van Porter en Teisberg (Porter & Teisberg 2006) betekent dit het vergroten van de waarde door de kwaliteit te vergroten en de kosten te verlagen. De genoemde transitie is ook in de ziekenhuizen gaande waarbij ook de organisatie van intensive care aan verandering onderhevig is. De afgelopen 4 jaar is gewerkt aan een nieuwe richtlijn voor de Organisatie en werkwijze van intensive care afdelingen voor volwassenen. De huidige richtlijn stamt uit 2006 en behoeft binnen de veranderende zorg een revisie. Ook hier is de uitdaging om vanuit een patiënt gerichte benadering de intensive care organisatie aan te passen. Waar beleidsmakers en bestuurders vanuit een brede visie op gezondheidszorg vooruit werken, zijn professionals op de vloer meer met individuele zorg op basis van *evidence based medicine* bezig. Evidence based medicine is dus één maar niet het enige perspectief. Dat keuzes die professionals maken niet altijd congruent zijn met die van beleidsmakers is daarmee vanzelfsprekend en behoeft van beide kanten begrip. Dat het proces van het maken van deze nieuwe richtlijn het vertrouwen tussen intensivisten onderling op de proef heeft gesteld is duidelijk. Daar tegenover staat dat als het ons lukt om een nieuwe IC organisatie richtlijn te accorderen en te implementeren dat we voor langere tijd het vertrouwen in de IC zorg kunnen vergroten.

U vraagt zich ondertussen misschien af hoe het onze patiënte vergaat die in een uitzichtloze situatie is gekomen waarbij een beademingsapparaat haar in leven houdt. Ondanks de gebrekkige communicatie in deze beademde toestand heb ik haar duidelijk gemaakt dat we denken dat onze behandeling geen verbetering gaat geven. Om helemaal zeker te zijn kunnen we de medicijnen nog over het weekend de tijd geven. We komen overeen dat als ik er op dinsdag weer ben en het dan niet beter is dat we dan de behandeling zullen stoppen waarna ze zal overlijden. Ik ben onder de indruk van de rust die deze sterke vrouw uitstraalt tijdens dit ‘gesprek’. Ze geeft aan de zorg van ons erg te waarderen. Bij mijn terugkomst op dinsdag is de situatie niet verbeterd. Ik ben me bewust van de unieke situatie die iedere stervensbegeleiding is en van het vertrouwen dat ik krijg van iemand die bijna letterlijk haar leven aan me geeft. Ik krijg van haar het vertrouwen dat ik haar sterven zonder pijn en benauwdheid kan laten verlopen. Ik krijg dat vertrouwen van haar nadat de zorg, en ik zelf als zorgverlener, haar het vertrouwen heeft gegeven. Vandaar dat ik van mening ben dat vertrouwen in de zorg kostbaar is en dat we daar continu en actief aan moeten blijven werken.

“Vertrouwen in de zorg is kostbaar
en daar moeten we continu en actief aan blijven werken”

Conclusie Vertrouwen in al zijn facetten krijgt als eigenschap van de zorg nog weinig aandacht.

De veranderingen in maatschappij en de zorg leiden tot verschuiving van vertrouwen van onvoorwaardelijk naar voorwaardelijk. Dat maakt dat iedereen in de zorg actief moet werken aan het onderhouden van vertrouwen.

Dankwoord

Ter afsluiting wil ik een dankwoord wijden aan een aantal personen en organisaties. Natuurlijk is het onmogelijk om iedereen die dat verdient hier persoonlijk te bedanken. Daarom bij voorbaat dank aan een ieder die ik gezien de tijd niet kan noemen. Als eerste dank ik de Rector en het College van Bestuur van de Tilburg Universiteit die samen met de decaan en vice-decaan van TIAS, Kees Koedijk en Jenke ter Horst, deze leerstoel mogelijk gemaakt hebben. Ik dank de leiding van TIAS, Kees Koedijk, Jenke ter Horst en Hilde Baart voor de warme ontvangst binnen TIAS, de ruimte die ik krijg om invulling te geven aan mijn taak en de waardering voor mijn inbreng. TIAS was voor mij niet erg bekend en ik kan niet anders zeggen dan dat ik onder de indruk ben van de kwaliteit en energie die jullie als leiding maar ook TIAS als geheel heeft. TIAS is kwaliteit en energie. De zuivere academische omgeving die binnen TIAS bestaat doet mij erg goed. Hierin speelt Theo Poiesz voor mij een belangrijke rol en daarom mijn dank aan Theo en ook aan Freek Lapré die al jaren de MHA Tilburg draaien en die mij steeds vakkundig, kritisch en behulpzaam terzijde staan bij alle vragen die ik heb voor de Utrecht groep. De programma managers, recruiters, marketeers, secretariaat en anderen bedankt voor jullie steun. Nardo, bedankt voor het open zetten van de TIAS deur en het vertrouwen dat je steeds in me blijkt te hebben. Wij spreken elkaar straks nog wel!

Veel dank gaat naar mijn opleiders in het vak. Zij zijn rolmodellen en kennisdragers en van onschatbare waarde geweest. Ik noem, zonder anderen tekort te willen doen Bob Silberbusch, Klaas Roozendaal, Chris Stoutenbeek, Heleen Oudemans en Durk Zandstra. Zij hebben een belangrijke rol gespeeld in mijn persoonlijke ontwikkeling. Dank aan de Raad van Bestuur van het OLVG en aan de vakgroep intensivisten om me de ruimte te geven de twee functies te combineren. Dan natuurlijk de intensive care afdeling van het OLVG met alle collega's, dank voor de samenwerking. Met name noem ik de vakgroep intensivisten, stuk voor stuk collega's die ik niet zou willen missen en ik hoop nog lang met jullie samen te werken.

Lieve Sterre, Evan en Merijn, jullie zijn de meest fantastische kinderen die ik me kan voorstellen. Tot slot Jolanda, dank voor je relativerende vermogen en wat mij betreft volstaat het om te zeggen: onvoorwaardelijk vertrouwen.

Ik heb gezegd.

Referenties

- Aersen F, Theeuwen M, van Geel E (2008) Stop met forecasten. Sdu Uitgevers bv, Den Haag.
ISBN 978 90 5261 679 7
- Baier A (1986) Trust and Antitrust, The Chicago University Press, USA
- Brabers AEM, Reitsma-van Rooijen M, de Jong JD: Barometer Vertrouwen in de gezondheidszorg.
NIVEL: Utrecht. [<http://www.nivel.nl/consumentenpanel>]
- Calnan M, Rowe R. (2008) Trust relations in a changing health care service. J Health Serv Res Policy
13(suppl 3):97-103
- Giddens A (1994) Risk, Trust, Reflexivity in U. Beck, A. Giddens and S. Lash (eds) Reflexive
Modernization, Cambridge: Polity Press
- Jones G, George J (1998) The experience and evolution of trust: Implications for
cooperation and teamwork. Academy of Management Review, 23(3), 531-546.
- Mayer RC, Davis JH, Schoorman FD (1995) An integrative model of
organizational trust, Academy of Management Review, vol.20, No.3, 709-734
- Mosch RHJ (2004) The Economic Effects on Trust, Theory and Empirical Evidence, nr. 340
Tinbergen Institute Series
- Nooteboom B (2002) Vertrouwen Vormen, grondslagen, gebruik en gebreken van vertrouwen
Academic Service, Schoonhoven
- Porter M, Teisberg E. (2006) Redefining healthcare. Harvard Business Review press.
- Rowe R, Calnan M. (2006) Trust relations in health care – the new agenda. Eur J Public Health 16:
4-6.
- Van Dalen B, Slagmolen B, Taen R. Mindful organiseren. Apollo 13 consult. ISBN 978-90-813857-1-8
- Voortman P. Vertrouwen werkt. Over werken aan vertrouwen in organisaties. Academisch
proefschrift. 24 mei 2012. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Weick KE, Sutcliffe KM. Managing the unexpected. Resilient performance in an age of uncertainty.
2nd edition, 2007 John Wiley and Sons, Inc. San Fransisco, USA. ISBN 978-0-7879-9694-9

Colofon

vormgeving

Beelenkamp Ontwerpers, Tilburg

foto omslag

Maurice van den Bosch

druk

PrismaPrint, Tilburg University