

COMMENTAAR

Klagen over bureaucratie in de zorg?

TIJD VOOR EEN PROACTIEVE MEDISCHE PROFESSIONE

Raimond W.M. Giard

Enkele oncologen beklagden zich onlangs over de sterk toegenomen bemoeienis van de Inspectie voor de Gezondheidszorg met hun werk, die als bureaucratisch werd bestempeld.¹ Wat is hier aan de hand? Als de oncologen zich belemmerd voelen, moeten we ons afvragen hoeveel beslissingsruimte dokters voor hun werk nodig menen te hebben, maar ook hoeveel vrijheid de maatschappij hun wil toestaan. Waarom dergelijke interventies van de Inspectie? Er blijkt een te grote variatie te bestaan tussen zorgverleners bij hun benadering van hetzelfde medische probleem en patiënten lijden schade omdat de kwaliteit van zorg regelmatig tekort schiet.

Als het anders en vooral beter moet, zijn het alleen de zorgprofessionals die de gewenste veranderingen kunnen realiseren.² Maar hoe beweeg je hen daartoe, wat moeten ze dan anders gaan doen en waarom? Er komt steeds meer wet- en regelgeving, er is toenemende protocollering en intensiever toezicht. Dat geeft de werkers in de zorg een gevoel van toenemende inmenging van buitenaf en daardoor afname van hun professionele vrijheid. Bureaucratische bemoeizucht versus professionele autonomie. Over dat spanningsveld gaat dit commentaar.

BUREAUCRATIE

De beleving van bureaucratie verandert met de tijd. Vincent de Gournay (1712-1759), een Frans econoom, bedacht het woord 'bureaucratie'. Hij gaf met die term uiting aan zijn onvrede over de belemmerende bemoeienissen zowel door de staat als door de gilden met handel, productie en reizen. De Duitse socioloog Max Weber

benaderde bijna twee eeuwen later het begrip 'bureaucratie' constructiever: de doelstellingen van een organisatie worden beter gerealiseerd door de verschillende functies te omschrijven, de onderlinge gezagsverhoudingen te regelen, de beslisprocedures te formaliseren en de werkprocessen gedetailleerd te protocolleren (figuur). De werkwoorden van bureaucratie zijn structureren, standaardiseren en rationaliseren. Maar Weber voorzag ook risico's van een te ver doorgevoerde bureaucratie die hij omschreef met de term 'ijzeren kooi'.³

Bureaucratie wordt tegenwoordig vooral beleefd als een gevoel van onbehagen, de frustrerende ervaring dat men door regelgeving en hiërarchische structuren belemmerd wordt om zaken eenvoudig te regelen of problemen adequaat op te lossen. Zo voelen de hierboven genoemde oncologen zich kennelijk gekooid.

Een kernpunt van Webers visie op bureaucratie is de scheiding tussen de politiek enerzijds en het uitvoerende apparaat anderzijds: 'Der Kern des Politischen ist die Macht'. Wie bedenkt en stuurt de veranderprocessen die de al genoemde problemen van variatie en rond zorgkwaliteit moeten helpen oplossen en wie voeren ze uit? Daarmee zijn we beland bij het thema van de politisering van de geneeskunde. Het toegenomen beleidsdenken en bureaucratie gaan hand in hand.

POLITISERING VAN DE GENEESKUNDE

Er bestond decennialang een vaste rolverdeling tussen artsen, overheid en samenleving. Aan de geneeskundigen was het privilege van zelfregulering verleend als blijk van vertrouwen. Maar die goodwill is de laatste jaren duidelijk geërodeerd, enerzijds door talrijke spraakmakende incidenten en anderzijds doordat uit diverse onderzoeken steeds weer bleek dat de medische zorg structureel tekort schoot bij het garanderen van veiligheid en kwaliteit. De zelfregulatie had gefaald. De vraag is of de medische gemeenschap zich dat wel voldoende realiseert en ook dat dit er mede de oorzaak van is dat patiëntenorganisaties, overheid en verzekeraars nadrukkelijk meer invloed eisen op de organisatie en de praktijk van de zorg. Daarom wordt zelfregulatie vervangen door regulering door anderen.

Meer eenvormigheid en betere kwaliteit van zorg Hoe kunnen we nu gestructureerd komen tot meer eenvormigheid en betere kwaliteit van zorg?

*Maasstad Ziekenhuis Rotterdam, afd. Klinische pathologie, en capaciteitsgroep burgerlijk recht, Erasmus School of Law, Rotterdam:
dr. R.W.M. Giard, patholoog,
klinisch epidemioloog en jurist
(rwm.giard@xs4all.nl).*



FIGUUR Max Weber (1864-1920), jurist en grondlegger van de moderne sociologie.

migheid en betere kwaliteit van zorg? Procesbewaking bij de medische beroepsuitoefening behelst 3 regulerende functies: normen stellen, controleren en interveniëren. Deze functies worden toegepast op de 3 verschillende kennisactiviteiten in de geneeskunde, namelijk onderzoek, onderwijs en klinische praktijk.⁴ De combinatie van de 3 functies met de 3 werkterreinen resulteert in 9 verschillende territoria waar de spanning tussen externe regelgeving en interne zelfregulatie zich zal kunnen manifesteren. De recente nota van minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 'Ruimte en rekschap voor zorg en ondersteuning' toont nogmaals dat de overheid duidelijk meer invloed opeist om het publieke belang van goede kwaliteit van zorg en de toegankelijkheid daarvan te waarborgen.⁵ Ook de Inspectie houdt zich steeds meer met alle 3 genoemde reguleringsfuncties bezig, met name de normstelling.

Artsen krijgen hierdoor steeds meer te maken met het spanningsveld tussen wat zij doen en de politiek: beide gremia hebben verschillende doelstellingen en verschillende methoden. Weber wees al op fricties tussen deze twee werelden.⁶ Het toepassen van wetenschappelijke

evidence over diagnostiek en behandeling in de medische praktijk is geen democratisch proces. Wetenschap omvat het beschrijven, verklaren en voorspellen van fenomenen; in principe is dat een waardevrij gebeuren. Politiek daarentegen betekent keuzes maken. Normen vaststellen en belangen afwegen impliceert het gebruik van morele, ethische, religieuze of juridische argumenten. Ook gezondheidszorg kan instrumenteel zijn ten behoeve van een politieke ideologie. Medische professionals zullen daarbij steeds positie moeten kiezen.

Juist nu zich een complexe omwenteling van de gezondheidszorg aan het voltrekken is, wordt van de medische professie een constructieve, maar vooral ook wetenschappelijk onderbouwde inbreng verlangd en pal te staan voor datgene waarvoor de zorg bedoeld is.

DE VERANDERENDE TAAK VAN DE GEZONDHEIDSZORG

Sinds enkele jaren is in de gezondheidszorg een geleidelijke overgang merkbaar van een organisatie die op diensten georiënteerd is naar een die meer op uitkomsten is georiënteerd.⁷ Dat heeft ingrijpende gevolgen, niet in de laatste plaats voor de vraag welke daarbij passende kennis en vaardigheden van de eigentijdse dokters gevraagd zullen worden. Uitkomsten van medische zorgverlening dienen tegelijk op twee verschillende aspecten gestuurd te worden: zowel op kwaliteit als op kosten. Met deze veranderingen verschuift het accent van transactie naar resultaat, van het klinisch perspectief van individuele interactie met de patiënt naar de effectiviteit van zorgeenheden, en naar de kennistoepassing minder op individueel en meer op organisatieniveau.⁷ Om de voor deze nieuwe organisatorische doelstellingen gewenste veranderingen te realiseren, zal in toenemende mate ook bedrijfskundige en economische inbreng nodig blijken. Het huidige politieke instrument daarvoor is vooral de marktwerkingideologie die, zeker vanuit medisch perspectief, tal van vraagtekens oproept.⁸

Artsen moeten staan voor het doel van geneeskunde

De neiging van artsen om het systeem van zelfregulering en intrinsieke controle zoveel mogelijk te handhaven en te klagen over gevoelens van gekootheid lijkt een weinig vruchtbare strategie. De tijden zijn veranderd, de financiers en de consumenten van zorg eisen hun invloed. Te midden van de elkaar versterkende trends van industrialisatie van de medische zorg, de medicalisering van het leven en de politisering van de geneeskunde dienen we het primaire doel van de geneeskunde niet te vergeten: ziekte voorkómen en zieke mensen beter maken.⁹ Om die doelstelling in de context van de 21e eeuw na te streven, zullen de medische professionals een actievere houding moeten aannemen, voor nieuwe zorgprocessen bij patiënten moeten kiezen en vooral leiderschap moeten tonen.⁷

CONCLUSIE

Bureaucratisering van de zorg in de perceptie van De Gournay is ongewenst. Maar voor de gewenste rationalisering, uniformering en optimalisering van zorgverlening valt eenvoudigweg niet te ontkomen aan meer sturing van de processen in de geest van Weber en ook niet aan een toenemende politieke strijd. Dat vergt, zoals gezegd, een proactieve rationele inbreng van zorgprofessionals. Een cruciaal punt is dat doelen en middelen niet mogen worden omgekeerd. Onze inzet en argumenten worden bepaald door het primaire doel van de zorg en het daaruit voortvloeiende verantwoordelijkheidsgevoel jegens onze patiënten – en de grondslag daarvan is evidence-based geneeskunde. De hierboven genoemde klaagzang van een groep oncologen illustreert dat medici

op organisatieniveau veel actiever moeten zijn; wie te weinig oog voor goede procesvoering en kwaliteit van de zorg heeft, benadeelt de patiënt en roept acties van de toezichthouder over zich af. Ongewenste bemoeizucht bloeit daar waar medici geen eigen verantwoordelijkheid durven nemen.

Joost Zaat gaf commentaar op eerdere versies van dit artikel.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 9 december 2009

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2010;154:A1357

[Meer op www.ntvg.nl/opinie](http://www.ntvg.nl/opinie)

LITERATUUR:

- 1 Wouters MWJM, Gooiker GA, Hoeven JJM van der, Klinkenbijl JHG, Koning CCE, Tollenaar RAEM. Ketenzorg wordt geketende zorg. *Medisch Contact*. 2009;64:1167-9.
- 2 Relman AS. Doctors as the key to health care reform. *N Engl J Med*. 2009;361:1225-7.
- 3 Weber M. *Gesammelte Aufsätze zur Soziologie und Sozialpolitik*. Stuttgart, Duitskand: Uni-Taschenbücher für Wissenschaft; 1988.
- 4 Salter B. Who rules? The new politics of medical regulation. *Soc Sci Med*. 2001;52:871-83.
- 5 Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport. Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning. Den Haag: ministerie van VWS; 2009
- 6 Weber M. *Wissenschaft als beruf*. In: D. Kaesler (red.) *Schriften 1894 – 1922*. Stuttgart: Kröner; 2002.
- 7 Bohmer RM, Lee TH. The shifting mission of health care delivery organizations. *N Engl J Med*. 2009;361:551-3.
- 8 Giard RWM. Marktmyopie. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2009;153:A153.
- 9 Heath I. Promotion of disease and corrosion of medicine. *Can Fam Physician*. 2005;51:1320-2.