

Prof.dr. J. Kievit

**Zorg en Kwaliteit:
van individu naar systeem, naar beide**



**Universiteit
Leiden**

Bij ons leer je de wereld kennen

Zorg en Kwaliteit: van individu naar systeem, naar beide

Rede uitgesproken door

Prof.dr. J. Kievit

ter gelegenheid van zijn afscheid als hoogleraar

Kwaliteit van Zorg

aan de Universiteit Leiden

op maandag 11 september 2017



**Universiteit
Leiden**

Inhoud:

Een terugblik3

Een halve eeuw geneeskunde.....3

 Die schijnbaar onaantastbare geneeskunde3

 Democratisering van medische wetenschap en inzichten.....4

 Patiëntveiligheid5

 Effectiviteit.....5

Beperkingen van de systeemaanpak.....5

Systeem en individu8

Gepaste zorg9

Value Based HealthCare.....10

VBHC in het LUMC11

En dus?.....12

Dankwoord.....13

Relevante verwijzingen:15

Mijnheer de Rector Magnificus, zeer gewaardeerde toehoorders,

Bij een afscheidscollege kan een emeritus gemakkelijk worden overvallen door enige weemoed, door gedachten aan hoe het allemaal begon, en aan al die drukke maar mooie jaren die erop volgden. Aan die weemoed van een scheidende functionaris heeft u als toehoorders weinig boodschap. De meesten van u zijn immers nog volop aan het werk.

Toch kan ook voor u een korte terugblik zinvol zijn, aangezien ervaringen en inzichten uit dat verleden soms ook voor de toekomst van belang kunnen zijn. Citaten daarover variëren overigens in hun mate van optimisme, van de waarschuwing *‘Those that fail to learn from history, are doomed to repeat it’* tot Aldous Huxley’s ironische *‘That men do not learn very much from the lessons of history is the most important of all the lessons that history has to teach’*.¹ Laat ik u in elke geval deelgenoot maken van enkele zaken die ik in bijna veertig jaar in de zorg heb geleerd. Misschien, hopelijk, hebben sommigen van u daar iets aan.

Een terugblik

In september 1967, exact een halve eeuw geleden dus, startte ik als een idealistische wat naïeve student geneeskunde - geheel in de tijdgeest van toen aanzienlijk meer behaard dan nu - aan de zojuist opgerichte Medische Faculteit Rotterdam. Ik wilde dokter worden, en liefst chirurg. Mijn ideaalbeeld van hoe het zou zijn om dokter te zijn en patiënten te helpen was vrij simpel. Het ging ongeveer als volgt:

- een patiënt komt bij de dokter met een probleem,
- die dokter heeft jaren gestudeerd, weet dus wat die patiënt heeft, stelt een diagnose, en kan op basis daarvan de patiënt behandelen,
- door die behandeling geneest de patiënt en kan - blij en dankbaar dat alles weer in orde is - weer verder met zijn of haar leven,
- de dokter blijft achter, klaar voor weer een volgende patiënt, en blij en dankbaar dat hij/zij zo’n mooi beroep mag uitoefenen.

‘Wie wil er nou geen dokter worden?’ denk je dan ...

Natuurlijk waren er wel ziektes die nog niet te genezen waren. Maar daar hebben we dan weer het wetenschappelijk onderzoek voor, om te zorgen dat dat er steeds minder worden. Ook dat heeft dus zelfs zijn positief uitdagende kanten.

Andere afwijkingen van dit rooskleurige plaatje onttrokken zich vooralsnog aan mijn voorstellingsvermogen. Geen besef dus van fout-positieve of fout-negatieve diagnostische testen, van risico’s of bijwerkingen van behandelingen, van capaciteitsproblematiek en wachtlijsten.

Je moest gewoon hartstikke goed je best doen, dan zou het wel goed komen.

Een halve eeuw geneeskunde

Die schijnbaar onaantastbare geneeskunde

In de tijd dat ik als student begon, was het imago van de geneeskunde en van haar beoefenaren, de medici, vrijwel smetteloos, zeker vergeleken met wat er later zou komen. Een dokter was, na een lange studie, opleiding en specialisatie, de onbetwiste expert. De idee dat experts, die zoveel wisten en zoveel verantwoordelijkheid droegen, ook hun beperkingen hadden en zelfs fouten konden maken, was nog nauwelijks tot het publieke besef doorgedrongen. Zo herinner ik mij een gesprek met een goede vriend, werkzaam in een andere sector, die zijn beklag deed over alles wat er de afgelopen dagen weer mis was gegaan op zijn werk.

*“Er gaan zoveel dingen fout bij ons, gek wordt je ervan!
Ja, dat kan niet hè, bij jullie in de gezondheidszorg, fouten maken.
Want anders zouden er mensen dood kunnen gaan”.*

En ik beaamde dat, in mijn naïviteit; wist ik veel ... Ook jaren later werd in de geneeskunde het besef, dat misschien niet alles goed ging, niet door iedereen gedeeld. Zo heb ik mij bijna een leven lang bezig gehouden met complicatieregistratie. Maar ik weet nog goed dat, als in het begin van de jaren tachtig het gesprek op complicaties kwam, er altijd wel een collega was die

dat op hautaine toon afwimpelde in de trant van ‘*Complicaties, die zie ik nooit! Jij wel dan ...?*’. Bij hem ging immers altijd alles goed.

Democratisering van medische wetenschap en inzichten

Dat imago van de dokter als alles wetende en alles kunvende autoriteit veranderde in de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw. Het enorme kennisdomein van de medische wetenschap werd geleidelijk aan toegankelijk gemaakt voor een breder publiek via verzameling van de meeste literatuur in online databases als MedLine² en later PubMed.³ Informatie over medische ziektebeloop of over medische interventies was daardoor niet meer exclusief voorbehouden aan medische professionals.

Niet alleen de toegankelijkheid van medische kennis veranderde, maar ook de aard ervan.

Medische statistiek en klinische epidemiologie legden de basis voor veel hoogwaardiger patiëntgebonden onderzoek, met betere studie-opzet, dataverwerking, en conclusies. Grote trials, in het verleden voornamelijk betrekking hebbend op geneesmiddelen, werden nu ook gedaan voor andere behandelingen, inclusief chirurgische, te beginnen met de chirurgische behandeling van maagkanker. De wereldwijde verdienste van collega van de Velde op het gebied van klinisch-chirurgische research mag hier zeker niet onvermeld blijven.

Door al die steeds betere research kwamen steeds meer goed onderbouwde, getalsmatige gegevens beschikbaar over diagnostiek, therapie en beleidscombinaties.

Die sterk verbeterde ontsluiting van medisch wetenschappelijke kennis leidde tot een medisch-wetenschappelijke democratisering. Die golf werd een tsunami toen onderzoekers van McMasters in de jaren negentig het concept van *Evidence Based Medicine* introduceerden, als

‘a systemic approach to analyze published research as the basis of clinical decision making’⁴

De implementatie van EBM werd wereldwijd ter hand genomen door de Cochrane Collaboration.⁵ Met hulp van heel veel vrijwilligers werd de bestaande medisch wetenschappelijke literatuur, met bijzonder aandacht voor gerandomiseerde trials, samengevat in strak geprotocolleerde Systematic Reviews, die dan weer ruim werden verspreid via de Cochrane Library.⁶ Disciplines als *Medische Besliskunde* en *Medical Technology Assessment (later Health Technology Assessment)* (genoemd) verschaften de methodologie om verschillende soorten ‘evidence’ over ziektebeloop, diagnostiek, behandeling en nazorg met elkaar te combineren. De legpuzzel, waarin al die stukjes deeldennis werden gecombineerd, heet een beslissingsanalyse en biedt de mogelijkheid om verwachte effecten van verschillende beleidskeuzes door te rekenen, en te kiezen op basis van verwacht effect.

Wanneer we verwachte effecten combineren met verwachte kosten, spreken we van een kosteneffectiviteitsanalyse. Die kosteneffectiviteitsanalyses vormden destijds belangrijke input voor zorgpolitieke beslissingen over onder meer nierdialyse en -transplantatie, en voor lever-, hart- en longtransplantatie.⁷ Vreemd genoeg lijkt het alsof we die koppeling tussen beoogde gezondheidswinst en realistische budgetgrenzen een aantal jaren vergeten zijn. Inmiddels is die koppeling weer teruggekeerd in ons collectieve bewustzijn, zowel in de heftigheid van de discussie rond dure geneesmiddelen,⁸ als in de meer positieve context van Value Based HealthCare.

De wetenschappelijke benadering van de geneeskunde heeft ons heel veel goeds gebracht. Medische interventies die de toets van wetenschappelijk bewijs niet konden doorstaan verdwenen uit de geneeskunde en van weer andere interventies is de superioriteit duidelijk aangetoond. Daardoor verbeterde de effectiviteit van veel behandelingen aanzienlijk, nam de overleving van hart- en vaatziekten en kanker sterk toe, en nam de iatrogene schade van veel behandelingen af. Het resultaat was meer gezondheid en welzijn voor heel veel meer mensen.

Patiëntveiligheid

Al die goede ontwikkelingen ten spijt, veranderde het maatschappelijk imago van de medische impact en autoriteit ook op een andere manier. In 1999 publiceerde het Institute of Medicine het spraakmakende rapport 'To err is human', dat becijferde dat er jaarlijks in Amerika zo'n 44.000 patiënten overleden, als gevolg van voorkombare fouten in de zorg, meer dan als gevolg van verkeersongevallen.⁹ Niet ondanks de zorg, maar mede als gevolg van die zorg. Die realisering deed wereldwijd een schokgolf door de geneeskunde gaan.

Korte tijd na 'To err is human', in 2001, bracht het Institute of Medicine een tweede rapport uit getiteld 'Crossing the Quality Chasm', waarin wordt gesteld:

*"... Private and public purchasers, health care organizations, clinicians, and patients should work together to redesign health care processes ..."*¹⁰

Het signaal is duidelijk: het probleem is te groot om over te laten aan de individuele dokter met zijn of haar individuele patiënt, of zelfs aan het individuele ziekenhuis. Het vereist een breder gecoördineerde aanpak. Wereldwijd staat veiligheid in de zorg sindsdien hoog op de agenda. In Nederland leidde dat tot het programma VMS-Zorg - VeiligheidsManagement Systeem Zorg - dat liep van 2008 tot 2013.¹¹

VMS omvatte tien speerpunt-thema's, variërend van wondinfecties tot high-risk medicatie, en van zieke kinderen tot kwetsbare ouderen, en had de enorme ambitie om onbedoelde sterfte te halveren. Het werd begeleid door grootschalige periodieke onderzoeken naar onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen, gecoördineerd door Cordula Wagner en uitgevoerd door een EMGO-Nivel onderzoeksgroep. Die onderzoeken lieten zien dat het aantal potentieel vermijdbare sterfgevallen, dat eerder nog was gestegen van 1.735 in 2005 naar 1.960 patiënten in 2008, in 2013 was gedaald naar ongeveer 970 patiënten.¹² Waarmee - tot verbazing van velen - de halveringsambitie bleek te zijn gehaald.

Naast VMS zijn er steeds meer aandoeningsspecifieke verbeter-initiatieven ontstaan. Ten aanzien van één van de meest bekende - de Dutch Surgical Colorectal Audit - kon Rob Tollenaar in 2015 landelijk bekendmaken dat de sterfte onder darmkankerpatiënten in vijf jaar tijd meer dan was gehalveerd, van 5,2 procent in 2009 naar 2,3 procent in 2014. Dat betekent dat er jaarlijks circa 200 patiënten minder overlijden na een risicovolle darmkankeroperatie.¹³ Zo werd het succes van een grootschalige systematische aanpak ook voor aandoeningsspecifieke registraties en interventies aangetoond.

Effectiviteit

Het zijn prachtige resultaten die er ongetwijfeld mede aan hebben bijgedragen dat de Nederlandse gezondheidszorg in allerlei internationale vergelijkingen consistent extreem goed scoort.¹⁴ Een mogelijke kanttekening bij deze fraaie successen is, dat ze vrij nadrukkelijk focussen op de negatieve kant van de zorg, dus op onwenselijke zaken zoals sterfte en complicaties.

Gevolg is een proportionele schaarste aan informatie over de positieve kant van de geneeskunde, die van effectiviteit; de mate waarin het beoogde doel wordt gehaald. Doorgaans gaat een patiënt met een hulpvraag immers naar een zorgverlener, in de hoop dat zijn of haar probleem wordt opgelost, en niet primair om complicaties te vermijden.

Maar informatie over succespercentages, over welke doelen hoe vaak zijn behaald en welke niet, speelt nog steeds een ondergeschikte rol. Ongetwijfeld is één van de redenen daarvoor, dat effectiviteit zoveel moeilijker is te operationaliseren dan veiligheid. Immers, het gestelde doel verschilt veel sterker tussen groepen van patiënten met verschillende aandoeningen, en tussen individuele patiënten onderling, dan de risico's die zij lopen bij medische interventies.

Beperkingen van de systeemaanpak

De systeemaanpak, de wereld van wetenschap, van grote getallen en van standaardisatie, heeft dus veel goeds gebracht. Die benadering heeft - zoals alles - echter ook beperkingen en potentiële risico's.

Ik loop er samen met u een aantal langs:

- Allereerst ontstaan **twee werelden**, die van de getallen-abstractie, en die van wat er echt gebeurt met patiënten en hun zorgverleners.

Daar kan men aan voorbij gaan, zeker als dat wel goed uitkomt. Maar de werkelijkheid is dat die beide werelden behoorlijk uit elkaar kunnen liggen, soms met dramatische gevolgen. Een paar voorbeelden:

- De validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid van kwaliteitsindicatoren is door een samenwerkingsverband van AMC, Erasmus MC en LUMC een aantal jaren geleden onderzocht, en daarover is gerapporteerd in het NFU-rapport 'Beperkt zicht'.¹⁵ Onze conclusie was dat het met veel van die indicatoren niet best is gesteld. De indicatoren-systematiek, waarbij zorgverleners zelf de getallen aanleveren waarop zij vervolgens worden beoordeeld, is daar misschien wel intrinsiek schuldig aan.

Eén van die indicatoren betrof de vraag 'bij welk percentage operaties de patiënt 60 tot 15 minuten vóór de incisie antibiotica toegediend heeft gekregen'. Een citaat:

'Een ziekenhuis dat hard heeft gewerkt om het tijdstip van antibiotica toediening binnen de range van 60 tot 15 minuten te krijgen en in korte tijd van 60% (van de patiënten) naar 92% is gestegen, kreeg de reactie van de zorgverzekeraar "waarom 'maar' 92% wordt gescoord en geen 100% zoals bij andere ziekenhuizen"'

Een ander citaat:

'Hoe eerlijker je rapporteert, des te meer ellende je ziet. Als je de lijstjes voor bijvoorbeeld bloedtransfusies bekijkt dan zie je dat andere ziekenhuizen maar 1 of 2% scoren [...] dat kan gewoon niet.'

Kennelijk is onbedoeld een systeem ontstaan met immorele trekken, dat opportunisme beloont en dat een strikt integere zelfkritische houding bestraft. Dat kan en mag niet de bedoeling zijn.

Overigens waren wij met ons rapport 'Beperkt zicht' niet de enigen die heel kritisch waren over de indicatoren-gekte. Ook een rapport van de Algemene Rekenkamer 'Indicatoren voor kwaliteit in de zorg' uit 2014 was uiterst kritisch over betrouwbaarheid, bruikbaarheid en kosten van indicatoren.¹⁶

- Er zijn veel meer voorbeelden van de wankel relatie tussen de wereld van getallen en de wereld van de werkelijk geleverde zorg. Ik denk aan de HSMR - de Hospital Standardized Mortality Ratio, de verhouding tussen geobserveerde sterfte enerzijds, en de statistisch verwachte sterfte anderzijds. De signaal-ruis verhouding van die HSMR is nog verre van duidelijk. Daarnaast bestaat in onze transparante wereld het gevaar dat voor een ziekenhuis met een ongewenst hoge HSMR, de vraag 'Hoe krijgen we dat getal omlaag?' als urgenter wordt beschouwd dan de veel belangrijkere maar complexere vraag 'Wat betekent dat werkelijk, en waar zitten onderliggende problemen die daar misschien een verklaring voor vormen?'

Die cultuur dat de getallen, op basis waarvan wordt gefinancierd, belangrijker zijn geworden dan de werkelijke zorg die door patiënten wordt beleefd, lag ook ten grondslag aan het Mid Staffordshire General Hospital drama, dat rond 2009 de Engelse media beheerste. Een eenzijdig focus op getallen, met voorbij gaan aan werkelijke kwaliteit, leidde ertoe dat slechte zorguitvoering, verstopt achter de schijn van mooie indicatorenwaardes, als gevolg had dat uiteindelijk zo'n 400 mensen onnodig stierven.^{17,18}

- Een laatste voorbeeld van de twee werelden-problematiek betreft uitkomstfinanciering. Dat is nu hot, lijkt

heel mooi, en in ons enthousiasme daarover lopen we opnieuw het gevaar de beperkingen ervan te negeren. In een recente publicatie in de JAMA van 2017 concludeerden Chen en coworkers:¹⁹

“physician practices that served more socially high-risk patients had lower quality and lower costs, and practices that served more medically high-risk patients had lower quality and higher costs”

Ook hier dus weer een perverse prikkel, waarbij professionals gestraft worden voor het feit dat zij patiënten behandelen uit een lagere socio-economische klasse, of patiënten met meer complexe medische problematiek. In een literatuur search die ik niet zo lang geleden deed, viel mij op dat er nogal wat evidence is die suggereert dat uitkomstfinanciering niet het ei van Columbus is, waar we zozeer op hadden gehoopt.

- Een heel breed bekend nadelig effect van een op getallen gebaseerde aanpak is de enorme *registratielast* die daardoor is ontstaan. U kunt daarover bijna dagelijks in de media lezen. Desondanks doet zich daar mijns inziens nog steeds de absurde paradox voor, dat professionals die luidkeels klagen over die registratielast, niet zelden zelf betrokken zijn bij initiatieven die even zo vrolijk weer leiden tot verder toename van die registratielast. Dat geldt zelfs voor minister Schippers zelf, die bij de opening van het Zorginstituut in 2014 stelt:²⁰

‘En ook al is er soms verwarring over de termen en de cijfers, één ding is duidelijk: het zijn er vooral gewoon veel te veel. En dat kunnen we alleen samen oplossen.’

Evenzo vrolijk introduceerde de minister een jaar later, in 2015, weer nieuwe indicatorensets voor dertig aandoeeningen, die die registratielast weer verder opstuwden.²¹

Die paradox geldt mijns inziens ook voor de nieuwe registratiegolf die we op dit moment om ons heen zien ontstaan in het kader van Value Based HealthCare.

Opvallend bij veel van deze voorbeelden is de *blindheid en doofheid* voor potentiële beperkingen, nadelen of risico's van nieuwe ontwikkelingen - of het nu gaat om indicatoren of om Value Based HealthCare - waar men willens en wetens aan voorbij lijkt te gaan.

Het lijkt alsof er een bijna heilig geloof ontstaat in de nieuwe ontwikkeling, waarbij het nieuwe licht verblindt en iedere twijfel wordt verbannen naar de duistere wereld van de ongelovigen. Het doet denken aan het Manicheïsme, van oorsprong een religieuze beweging uit het Perzië van de derde eeuw na Christus, gesticht door de profeet Mani.²² Die religie ging uit van de dualistische strijd tussen een goede, spirituele wereld van het licht, en slechte, materiële wereld van de duisternis. En inderdaad, hoe minder er sprake is van evidence en hoe meer van geloof, van overtuiging, hoe sterker die duale tegenstelling lijkt op te treden, en hoe minder ruimte er is voor kritische reflectie, hoe constructief ook bedoeld. Ook hier zijn er voorbeelden uit recente praktijk:

- De psychiatrie, met als inspirerende initiator de Leidse hoogleraar psychiatrie Frans Zitman, was één van de eerste specialismen dat startte met Routine Outcome Monitoring (ROM) - het regelmatig invullen van vragenlijsten - als ondersteuning van behandeling. Verzekeraars, enthousiast over al die mooie getallen, zagen hun kans schoon. ROM leek hun een handige en direct beschikbare methode om de effectiviteit van psychiatrie te kwantificeren, en op basis daarvan te financieren. Alle waarschuwingen van alle acht kernhoogleraren psychiatrie en van een zeer kritisch rapport van de Algemene Rekenkamer, ten spijt.^{23,24,25} De aanlevering van ROM-gegevens is een wettelijke verplichting, en zorgverzekeraars geven boetes als er onvoldoende ROM-gegevens worden aangeleverd. Partijen staan nu, naar verluidt, in een rechtszaak tegenover elkaar. Wat dat voor de kwaliteit van die data betekent kunt u raden.

- In 2015 werden nogal wat taken op de grens van zorg en welzijn gedecentraliseerd naar de gemeenten. Daarmee werden 388 gemeenten verantwoordelijk voor de hulp aan minderjarigen met problemen, terwijl tegelijkertijd door het Rijk met 15 procent werd gekort op het jeugdzorgbudget. De gevolgen voor de jeugdpsychiatrie waren dramatisch.

In juni van dit jaar schreef hoogleraar kinderpsychiatrie Robert Vermeiren tezamen met collega's uit het Expertisenetwerk Kinder- en Jeugdpsychiatrie een brandbrief aan staatssecretaris Martin van Rijn, over een *'substantieel tekort aan intensieve en langer durende behandeltrajecten voor jongeren met zware problemen, wat leidt tot riskante wachtlijsten'*.^{26,27} Ook voor kinderen die de wanhoop van een suïcide nabij waren.

8

In beide gevallen was het probleem niet, dat er niet was gewaarschuwd. De waarschuwingen waren al eerder ruim afgegeven, maar werden genegeerd omdat zij niet pasten in het heersende systeemdenken.

Is mijn conclusie dan dat we moeten ophouden met die systeembenadering en al die getallen?

Zeker niet!

Maar mijn conclusie is wel dat we onder ogen moeten zien dat die getallen vaak nog onvoldoende betrouwbaar zijn. En dat slechte getallen, of te beperkte informatie, ons gemakkelijk de verkeerde weg wijst. Dat kan leiden tot verspilling van menskracht en middelen, en zelfs tot onbedoelde schade voor patiënten.

De richting om te gaan lijkt duidelijk.

We zullen het moeten doen met minder getallen, maar van hogere kwaliteit. Noch het één noch het ander zal vanzelf gaan. Sterker nog, het lijkt me een van de belangrijkste uitdagingen van dit moment dat we minder en beter gekozen getallen krijgen, van hogere kwaliteit.

Een tweede conclusie is dat het gebruik van getallen om daarvan te leren en daarmee te verbeteren, eerder tot een gewenst

resultaat zal leiden dan het gebruik van getallen om te benchmarken en op basis daarvan financieel te belonen en te straffen.

Systeem en individu

Een heel ander onbedoeld effect van de systematisch benadering van de geneeskunde, van wetenschap, grote getallen en richtlijnen-standaardisatie, is het feit dat daardoor de aandacht voor het individu in de verdrinking kan komen. Daar doet zich trouwens een interessante paradox voor:

- van overheidswege roept men al jaren, dat dokters zich beter aan hun eigen prachtige, evidence based richtlijnen moeten houden, en dat dat steeds strenger zal worden getoetst,
- ook van overheidswege roept men dat dokters beter naar de patiënt moet luisteren, en hun zorg beter moet afstemmen op de behoefte van de individuele patiënt.

Die opdrachten klinken ieder afzonderlijk verstandig, doch zijn in hun combinatie in de spreekkamer tegenstrijdig.

De spanning tussen evidence based medicine en het gezondheidsbelang van het individu komt uitgebreid aan de orde in het rapport dat de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving in juni van dit jaar uitbracht onder de titel 'Zonder context geen bewijs. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg'.²⁸

De onderliggende boodschap van dat rapport is een verstandige. Echter, in het licht van de versimpeling en onnodige contrastering die daarvan in de media wordt gemaakt, lijkt het alsof 'evidence based medicine' achterhaald is en 'context based medicine' de toekomst. Niets is mijns inziens minder waar. Schoten we eerder onnodig door in onze ontwikkeling van individu naar systeem, zo dreigen we weer terug - en onnodig door - te schieten naar individu alleen, met voorbijgaan aan kennis op groepsniveau dus aan de wetenschappelijke basis van de geneeskunde.

Gepaste zorg

De realiteit is dat noch Evidence Based Medicine is achterhaald, noch dat de ruimte voor variatie in zorg op individueel niveau onbegrensd is. Wat wel achterhaald is, is de idee dat in evidence based standaardisatie enerzijds en gepaste individualisering anderzijds, een tegenstelling zit opgesloten die dwingt tot een keuze voor het één of het ander. Wat echt nodig is, is een verstandige combinatie van beide.

Wanneer we dat wel doen, en op de juiste wijze, dan hebben we het over 'gepaste zorg'. Gepaste Zorg werd door de Raad voor Volksgezondheid en Zorg in het gelijknamige advies uit 2004 omschreven als 'zorg die in elk geval patiëntgericht, noodzakelijk, effectief en doelmatig is'.²⁹ Het concept van 'gepaste zorg' is in 2015 verder uitgewerkt in het 'Begrippenkader Gepaste Zorg en Praktijkvariatie', dat op initiatief van het ZorgInstituut, de Federatie Medisch Specialisten, ZONMW en onze eigen NFU tot stand kwam, en waaraan ik als 'trekker' heb mogen bijdragen. Het rapport is het resultaat van uitgebreid literatuuronderzoek, twee invitational conferences en van veel denk- en discussie werk van de ad hoc-werkgroep, en is te vinden op de website van het ZorgInstituut Nederland (ZINL).³⁰

Daarin wordt beschreven hoe een zo goed mogelijke procesgang van de arts-patiënt-interactie, geëxpliciteerd in zes min of meer volgtijdelijke elementen, kan bijdragen aan gepaste zorg.^a

Die zes elementen zijn:

1. als eerste: een goede *probleem*-inventarisatie, van de aard en de ernst van het probleem van de patiënt, en van de mate waarin diens beperkingen, klachten en/of afwijkingen gezondheid en welzijn verstoren
2. vervolgens een *duiding*, een vertaling van het probleem naar een medische diagnose, verklaring of interpretatie, die aanknopingspunten biedt voor hoe daarmee om te gaan

3. als derde: een bespreking van de *opties*, die op basis van de duiding ter beschikking zijn, en waarvan we op basis van wetenschappelijk onderzoek de mogelijkheden, beperkingen en risico's kennen
4. dan, een passende *individualisering*, met als vraag of de richtlijn een voorkeursoptie suggereert, en of die voorkeursoptie dan ook wel geldt voor deze individuele patiënt. Factoren die daarbij o.a. van belang kunnen zijn, zijn geslacht, leeftijd en levensverwachting; de aard, ernst en context van het probleem; medische voorgeschiedenis; bijkomende aandoeningen; en persoonlijke verwachtingen en voorkeuren, aarzelingen en angsten
5. als vijfde het proces van afweging en *keuze*, variërend van niet meer dan een zorgvuldige informed consent tot een uitgebreid traject van zorgvuldige gezamenlijke besluitvorming over meerdere afspraken
6. en als zesde en laatste de *uitvoering* met als toets dat die in overeenstemming is met de gemaakte keuze en moet voldoen aan landelijke kwaliteitsnormen.

Diegenen die bekend zijn met de campagne 'drie goede vragen' van NPCF en Federatie zullen een zekere overeenkomst zien met deze elementen.³¹ De beide initiatieven wijzen zeker in de zelfde richting. Er zijn echter ook verschillen, zoals in de mate van aandacht voor het eerste element (het probleem) en element 4 (de passende individualisering).

In een recent bezoek dat ik met een delegatie van de NFU mocht brengen aan Intermountain Healthcare, één van de best presterende organisaties in de Amerikaanse gezondheidszorg, is de individualiseringsvraag tot een plicht verheven. Van dokters wordt verwacht dat zij in principe de richtlijnen volgen, maar even nadrukkelijk wordt van hen verwacht 'that they vary their practice on the basis of the need of the patient'.

a hier worden zes elementen weergegeven, terwijl in de originele versie sprake was van vijf. De hierboven gepresenteerde elementen 2 en 3 ('duiding' en 'opties') waren in de oorspronkelijke versie gecombineerd in één element ('duiding en opties'). Er zijn nogal wat redenen om die beide elementen uit elkaar te trekken (JK)

Gepaste praktijkvariatie dus, niet op basis van persoonlijke voorkeuren van dokters, maar op basis van de juiste aanpassing aan de belangen van de individuele patiënt.

Zo kan er een passende verbinding tussen evidence based basis van de geneeskunde enerzijds, en gepaste individualisering anderzijds.

Value Based HealthCare

Value Based HealthCare (VBHC) is een concept dat de laatste jaren wereldwijd sterk in de belangstelling staat. De basis voor het enorme succes van Value Based HealthCare is gelegd door Harvard professor Michael Porter, onder meer in zijn boek 'Redefining Healthcare' uit 2006 en in de diverse artikelen van zijn hand die in de New England Journal of Medicine en de Harvard Business Review zijn verschenen.^{32,33,34,35} Porter omschreef Value Based HealthCare als

10 *'Maximizing patient value, i.e. patient health outcomes per dollar spent'*

Er zijn overigens in het VBHC-framework veel elementen, die voortbouwen op eerdere concepten zoals op doelmatigheid, op IHI's 'Triple Aim' en op 'gepaste zorg', zorgpaden en 'shared decision making'.

Met doelmatigheid heeft VBHC gemeen dat het expliciet de verbinding legt tussen zorguitkomsten en kosten. Daarbij heeft VBHC de slimme omkeer-truc toegepast dat het nu niet gaat om kosten per hoeveelheid gezondheidswinst, maar om gezondheidswinst per eenheid van kosten. Aan klassiek kosteneffectiviteits-onderzoek werd immers maar al te gemakkelijk het verwijt gemaakt dat het teveel focuste op geld. Met het omdraaien van die wiskundige breuk - van geld gedeeld door QALYs, naar waarde gedeeld door geld - heeft VBHC dat verwijt in één klap van zich afgeschud. Dat is qua marketing, in al zijn simpelheid, een geniale zet.

Maar Porter heeft met VBHC meer gedaan dan dat. Hij heeft ook beargumenteerd dat we die zorg moeten organiseren:

- rond aandoeningen ('medical conditions'), in plaats van rond medische specialismen;
- over de gehele zorgketen, niet alleen intramuraal, maar ook instelling overschrijdend;
- vanuit het perspectief van de patiënt, en niet vanuit dat van de aanbieder.

Nog belangrijker, hij geeft aan dat we die zorg moeten laten leiden door uitkomstmaten die voor gezondheid en welzijn van die patiënt van belang zijn, onderverdeeld in 'three tiers', drie niveaus van belangrijkheid, namelijk korte termijn resultaten, de behandelfase zelf, en lange termijn resultaten.

De grote kracht van Porter is dat hij een veelheid aan elementen heeft samengebracht 1) in één samenhangend framework, 2) met een focus op wat er voor de patiënt werkelijk toe doet, 3) met verbinding van medische en economische dimensies, en 4) met een hoog inspirerend gehalte. Dat is geen geringe prestatie.

Het meest knappe is misschien wel dat dat inspirerende effect dat van Value based HealthCare uitgaat, iedereen raakt, van politicus tot verzekeraar, en van bestuurder in de zorg tot medische of verpleegkundige professional.

In dat inspirerend effect schuilt zowel een verdienste als een risico van VBHC.

Zoals het risico dat de vlag belangrijker wordt dan de lading die hij dekt. De term Value Based HealthCare wordt steeds meer te pas en te onpas gebruikt en is aan zowel misbruik en inflatie onderhevig.

Een ander risico is dat wij opnieuw, in ons heilige geloof in de zoveelste ideale oplossing, er voor kiezen om doof en blind te zijn voor risico's en potentiële nadelen.

De plek waar dat geloof in Value Based HealthCare heeft geleid tot misschien wel de meest radicale en grootschalige aanpak, is het Karolinska Ziekenhuis in Stockholm Zweden. Daar wordt,

onder aanvoering van de Nederlandse CEO Melvin Samson, het gehele ziekenhuis op zijn kant gelegd, inhoudende dat de verticale verdeling van het ziekenhuis in specialismen en afdelingen is opgeheven, en is vervangen door een onderverdeling in multidisciplinaire zorgpaden voor 270 aandoeningen.

Die kanteling dient ongetwijfeld belangrijke goede doelen.

Maar door de schaal van die enorme operatie - we konden het vorige week nog horen bij het bezoek aan ons land van één van de mede-uitvoerders ervan, Ulf Lockowandt - zijn er ook nadelen en risico's, waar misschien vooraf meer aandacht aan had moeten worden geschonken.³⁶

Zo is er weliswaar een strategische visie, maar het uitvoeringsplan was weinig concreet. De keuze om in één keer het hele ziekenhuis te kantelen, in plaats van dat eerst als pilot te doen met een redelijk afgrensbaar gedeelte van de zorg, is moedig maar aanvechtbaar, en zou je ook als roekeloos kunnen beschouwen. De gekozen aanpak heeft directe risico's voor de kwaliteit van zorg. Zo zijn de vragen 'Wat te doen met de patiënten die nog geen duidelijke diagnose hebben, die een diagnose hebben die niet past in één van die 270 groepen, of die meerdere diagnoses hebben?' vooralsnog nog onbeantwoord. Evenals de vraag wat dat alles betekent voor de opleiding van jonge specialisten. Ook zijn er geen duidelijke, SMART doelen geformuleerd, en zijn er nauwelijks relevante voormetingen gedaan. Het zal dus lastig, zo niet onmogelijk, worden om op basis van evidence conclusies te trekken over hoe zinvol deze rigoureuze kanteling is geweest. De kans is dan ook groot dat de tegenstellingen tussen 'believers' en 'non-believers' nog wel even zal voortbestaan.

VBHC in het LUMC

Wij staan op het punt om, na uitgebreide discussies en zorgvuldige afweging in een voorbereidingstraject van bijna twee jaar, Value Based Healthcare in het LUMC te gaan invoeren. Voorzichtiger, meer gefaseerd dan in Karolinska. Onder aanvoering van collega Mark van Buchem en in intensieve samenwerking c.q. afstemming met onze collega's uit het Universiteitsziekenhuis van Leuven en de Medical Delta .

We zullen vergelijkbare uitdagingen tegenkomen, waar ook Karolinska en andere pionier-huizen mee hebben geworsteld of nog worstelen. Dat biedt ons de mogelijkheid om te leren van zeer recente, bijna parallelle geschiedenis en om sommige dingen daardoor beter te doen.

Naast die Value Based Healthcare-specifieke uitdagingen zullen we ook te maken krijgen met meer algemene spanningen tussen ambitie en haalbaarheid, die eigen zijn aan een zo grote organisatie als een UMC.

Ik noem er een paar:

- we creëren graag strategische vergezichten en bewonderen visie, maar zijn veel minder 'eager' en effectief in het vertalen van die visies naar 'wat/wie/hoe/wanneer'-consequenties, en in het realiseren van de randvoorwaarden die nodig zijn om die vergezichten werkelijkheid te maken, op ICT-gebied dan wel anderszins;
- we maken graag mooie plannen, gaan tevreden uit elkaar en duiken weer onder in onze drukke dagelijkse beslommingen, waarna we een jaar later bij elkaar komen om te constateren dat er eigenlijk niets veranderd is, waarna we weer even zo vrolijk nieuwe mooie plannen maken;
- we klagen over trage besluitvorming en stroperigheid van zo'n grote organisatie, maar vergeten dat we daar zelf met 'ja maar ...' en terughoudende agenda-prioritering aan bijdragen;
- we zijn tegen versnippering en tegen langs elkaar heen werken, en tegen de chaos en ondoelmatigheid die daarvan het gevolg zijn, maar we zijn ook - en misschien nog wel sterker - tegen een (centraal gecoördineerd) ingrijpen daarin;

- we stellen de patiënt graag centraal, maar nog veel te vaak, terwijl die er zelf niet bij is.

Het betekent wel dat we bereid moeten zijn dergelijke banale zaken te onderkennen in plaats van ze te negeren, dat we aan onszelf zullen moeten werken, om voor de patient optimale zorg te kunnen leveren.

In de landelijke CQ-index geven patiënten het LUMC een prima rapportcijfer van 8.3, niks mis mee. Toch laat onze eigen onderzoek van patiënt ervaringen na ontslag zien, dat er wel degelijk verbeter punten zijn. Patiënten hebben vooral moeite hebben met tegenstrijdige informatie, met het feit dat zij onvoldoende betrokken worden bij behandelkeuzes, en het meest met onduidelijke informatie bij ontslag. Bemoedigend is, dat het feit dat het LUMC het ontslagbeleid tot een speerpunt heeft verheven, heeft geleid tot een verbeterde score op dat ervaringsonderdeel.³⁷ Anderzijds blijven er nog forse uitdagingen over, door ons gekwantificeerd in Picker-probleemscores, die al jaren geen verbetering laten zien. Daarnaast is iedere individuele patiënt, die schrijnende ervaringen heeft ten aanzien van onduidelijkheid of gebrek aan coördinatie, van afzonderlijke zorgverleners die keurig hun eigen straatje schoonvegen maar zich niet gezamenlijk en integraal verantwoordelijk voelen, er één te veel. Een leuk cijfer op systeemniveau doet niets af aan de urgentie, om uit die schrijnende ervaringen van individuele patiënten inspiratie te putten voor blijvende verbeter-urgentie. Dergelijke ervaringen onderstrepen voor mij ook de grote relevantie van Value Based HealthCare, met zijn integrale aanpak, gericht op wat er voor de patiënt werkelijk toe doet.

En dus?

Geachte toehoorders, ik kom tot de afronding van mijn verhaal.

Laat ik het samenvatten, vanuit het imaginaire standpunt 'als ik het voor het zeggen zou hebben, dan zou ik ervoor zorgen dat ...'

Natuurlijk is de essentie van vandaag nu juist, dat ik het niet meer voor het zeggen heb, en dat ik, om dat te vieren, nog één keer iets mag zeggen. Die constatering plaatst mijn bespiegelingen dan gelijk in het juiste perspectief.

- Allereerst is er meer expliciete, gedocumenteerde en dus toetsbare aandacht nodig voor de verbinding, te beginnen met de verbinding tussen de systeemwereld van de wetenschap, de grote getallen en standaardisatie enerzijds, en die van de juiste aanpak op individueel niveau anderzijds. Bij elk besluit zullen we ons zowel moeten afvragen: 'Wat betekent dat voor de zorg op systeemniveau?' als 'Wat betekent dat voor de zorg voor de individuele patiënt?' Maar ook 'Wat betekenen veranderingen in de systematiek van zorgverlening voor de leefwereld van de individuele professional?'
- Bij het beantwoorden van die vragen maken we mijns inziens vooralsnog veel te weinig gebruik van de inzichten van de verandekunde. Of het nu gaat om de vijf veranderkrachten - urgentie, ambitie, planning, leiderschap en interactie - die Annemarie Mars beschreef in haar boek 'Hoe krijg je ze mee?';³⁸ of om de wijze waarschuwingen die hoogleraar verandekunde Wouter ten Have in de NRC van oktober 2016 deed horen.³⁹ We doen er nog veel te weinig mee. Het lijkt erop dat ons geloof in de nieuwe oplossing ons telkens weer doof en blind maakt voor die verstandige waarschuwendende geluiden. Daarmee doen we zowel onszelf tekort, alsook die mooie nieuwe ideeën, omdat de slagingskans erdoor afneemt.
- Eén van die lessen bij verandering is ongetwijfeld ook dat we beter de verbinding moeten leggen tussen onze strategische vergezichten en ambities, en onze reële verandercapaciteit. We zouden geen grootschalige start moeten maken met mooie vergezichten, als we negeren dat we de meest elementaire randvoorwaarden daarvoor nog niet op orde hebben.

We zullen dus bescheidener moeten worden qua ambities, maar veel ambitieuzer in het realiseren ervan.

- Naar mijn mening kan het gedachtengoed van Value Based Healthcare bij veel van deze zaken een inspirerende en richting gevende rol spelen.

Dat werkt - ik betoogde het al eerder - het best indien professionals weliswaar bevlogen zijn, maar ook met twee benen op de grond blijven staan. Wanneer wij een open oog hebben zowel voor mooie beloften die de toekomst inhoudt, maar ook voor risico's en nadelen. Inclusief voor het ontvullende besef dat Value Based Healthcare slechts een middel is, en geen doel op zich.

Geachte toehoorders, er is veel gaande in de zorg. Er gaat veel goed, maar er kan ook nog heel veel - veel te veel - een stuk beter. Er zijn zoveel uitdagingen, dat we ons niet kunnen veroorloven daar met minder dan een uiterste effectiviteit en doelmatigheid aan te werken. Dat betekent dat we gebruik zullen moeten maken van alle wetenschap, inzichten en ervaringen die ons ten dienst staan. En van allen die daaraan kunnen bijdragen van binnen de zorg, maar met name ook van daarbuiten, zoals experts in veiligheid, gastvrijheid, logistiek en operations research, verandermanagement en wat dies meer zij.

Maar bovenal dat we dat doen samen met de patiënt zelf, die we zo gemakkelijk in woorden centraal stellen, maar die verdient dat we dat veel vaker waarmaken, conform het principe van 'Nothing about me without me'.

Ik heb gezegd.

Dankwoord

Aan het eind van dit college, en van mijn loopbaan in het LUMC, wil ik graag een aantal mensen bedanken. Een simpele prospectieve risicoanalyse leert dat dat een riskante exercitie is. Immers voor iedereen die je wel noemt, zijn er veel meer individuen die niet genoemd worden, terwijl ze dat wel verdienen. En andersom, hoe meer individuen je noemt, hoe minder interessant dat wordt voor u, mijn gehoor.

Laat ik mijn dank beginnen met Albert Zwaveling, die de visie heeft gehad om het belang van Medische Besliskunde voor de geneeskunde te zien, en die mij voor die mooie combinatie van kliniek enerzijds en beleidsanalyse anderzijds naar Leiden haalde. Zonder hem hadden het AZL/LUMC en ik elkaar nooit ontmoet.

Zijn opvolgers Onno Terpstra, Hajo van Bockel en Rob Tollenaar, die de sterk kwaliteitsgerichte afdelingscultuur hebben bestendigd, en mij altijd hebben gefaciliteerd in mijn aandeel daarin.

De opeenvolgende bestuurders van ziekenhuis en faculteit, zoals Onno Buruma, Ferry Breedveld en Willy Spaan, die mogelijkheden hebben gecreëerd om besliskunde en kwaliteit van zorg te laten groeien. En die op het juiste moment de gelegenheid hebben aangegrepen om Medische Besliskunde te doen samengaan met de Medische Statistiek, en in het vervolg daarvan met de Klinische Epidemiologie. En die hebben gezien dat al die mooie kwaliteits-initiatieven effectiever en doelmatiger kunnen zijn indien zij worden gesteund, gecoördineerd en klinisch verbonden door een Directoraat Kwaliteit en Patiëntveiligheid.

Ik dank de staf en het secretariaat van Medische Besliskunde en Kwaliteit van Zorg, voor jullie enorme inzet, inspirerende dialogen, mooie initiatieven, en voor die o zo positieve sfeer die ik altijd heb ervaren op onze afdeling. Ik dank jullie voor jullie vertrouwen en jullie tegenspraak, en voor jullie verdraagzaamheid naar een baas die twee zo verschillende functies combineert. Dat is slechts mogelijk geweest door jullie hoge mate van zelfstandigheid. Ook dank ik alle onderzoekers van andere afdelingen en instituten, met wie wij jaren in onderzoek

hebben samengewerkt. In het bijzonder wil ik hierbij noemen mijn chirurgische collega en onderzoeker Cock van Velde, die het chirurgische patiëntgebonden onderzoek in Nederland en internationaal een tot voorheen ongekende hoogte heeft opgestuwd.

Met hem ben ik teruggekomen bij de chirurgische kliniek, waar ik ook begonnen ben, en die qua uren zo'n groot deel van mijn werkzame leven heeft uitgemaakt. Als clinicus dank ik al diegenen met wie ik op de werkvloer van de zorg heb samengewerkt. Ik denk aan wijlen Hans Feuth, die mij in het AZL begeleidde op mij eerste schreden als chirurg-intensivist, die als geen ander liet zien dat goede zorg niet alleen wetenschappelijk verantwoord is, maar ook rekening houdt met de klinische werkelijkheid van de individuele patiënt. En die, soms nog beter dan wij chirurgen, wist dat er een tijd is voor nadenken, en een tijd voor handelen. Ik dank mijn chirurgische opleiders eerst in den Haag en later in Leiden. Velen zullen het herkennen, wanneer ik in het bijzonder wijlen Hans Terpstra noem, die 'klinische blik' tot een kunst had verheven, en die als operateur het 'super-secuur indien nodig, voortvarend indien mogelijk' als geen ander beheerste. En alle latere collega's, medici, verpleegkundigen, ondersteunend en beheerspersoneel en wie dan ook, die er gezamenlijk voor zorgden dat die multidisciplinaire zorg op OK, afdeling of waar dan ook, soms bij nacht en ontij, de best mogelijke was.

Het zijn zulke clichés - 'zorg is mensenwerk' en 'zorg is samenwerking' - maar tegelijkertijd is het ook zo ontzettend waar.

Ik ben ontzettend dankbaar dat ik zulke goede opvolgers heb, dat zowel de endocriene en hoofdhalshirurgie, de medische beslistkunde, als het Directoraat Kwaliteit en Patiëntveiligheid in de handen van zulke excellente en bevolgen mensen overgaan. Mooier kan het niet.

Het allermeeest dankbaar ben ik natuurlijk mijn gezin, mijn echtgenote Petry en onze drie zonen Rogier, Arthur en Eric. Die zo lang hebben geleefd met de realiteit dat er zo maar een moment kan zijn, dat je naar het tweede plan verdwijnt omdat je het immers altijd verliest - terecht maar niet minder vervelend - van een patiënt in acute nood. Hun begrip daarvoor,

hun vergevingsgezindheid en hun blijvende steun en liefde hebben gemaakt dat ik dit alles kon doen.

'Last but certainly not least' is er natuurlijk de realiteit dat samenwerking zeker niet alleen collega's betreft, maar bovenal ook patiënten. Immers, alleen met patiënten samen kunnen we komen tot de best denkbare zorg, met een eigen complementaire inbreng voor hulpverlener en hulpzoekende. Daarom dank ik als laatste alle patiënten die ik heb mogen bijstaan en behandelen in hun zorgen, hun gezondheidsproblemen, en soms hun levenseinde.

Van hen heb ik zoveel geleerd, en zoveel teruggekregen.

Laat ik eindigen met een uitspraak die me onlangs ter ore kwam, en die zo ongeveer luidde:

"Retirement is too important a job, to leave it to the young"

Daarom ga ik met pensioen.

En daarom gaat ú, waarde toehoorders, verder met de toekomst, met al die uitdagingen van het LUMC en van de zorg daarbuiten, van zorg, onderzoek, onderwijs en opleiding, om dat steeds maar weer beter te maken.

Het ga u allen goed!

Relevante verwijzingen

- 1 https://en.wikiquote.org/wiki/Aldous_Huxley
- 2 <https://en.wikipedia.org/wiki/MEDLINE>
- 3 <https://en.wikipedia.org/wiki/PubMed>
- 4 Claridge JA et al. History and development of evidence-based medicine. *World J Surg.* 2005; 29(5): 547-53.
- 5 <http://www.cochrane.org/>
- 6 <http://www.cochranelibrary.com/>
- 7 Bonsel GJ et al. Een 'technology assessment' van levertransplantatie; een onderzoek naar het Groningse levertransplantatieprogramma van 1977-1987. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1989; 133 (28): 1406-14.
- 8 <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/discussie-rond-pompefabry-loopt-hoog-op.htm>
- 9 <https://www.nap.edu/catalog/9728/to-err-is-human-building-a-safer-health-system>
- 10 <https://www.nap.edu/catalog/10027/crossing-the-quality-chasm-a-new-health-system-for-the>
- 11 <http://www.vmszorg.nl/>
- 12 https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/monitor_zorggerelateerde_schade_2011_2012.pdf
- 13 <https://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/Nieuws/2015/6/DICA-200-minder-patienten-overlijden-na-darmkankeroperatie-1773376W/>
- 14 <https://healthpowerhouse.com/publications/euro-health-consumer-index-2016/>
- 15 <http://www.nfu.nl/actueel/beperkt-zicht>
- 16 <https://www.rekenkamer.nl/publicaties/rapporten/2013/03/28/indicatoren-voor-kwaliteit-in-de-zorg>
- 17 http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/england/staffordshire/7948293.stm
- 18 <https://www.gov.uk/government/publications/independent-inquiry-into-care-provided-by-mid-staffordshire-nhs-foundation-trust-january-2001-to-march-2009>
- 19 Chen LM et al. Association of Practice-Level Social and Medical Risk With Performance in the Medicare Physician Value-Based Payment Modifier Program. *JAMA* 2017; 318 (5): 453-61.
- 20 <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/toespraken/2014/04/02/toespraak-bij-de-opening-van-het-zorginstituut-nederland>
- 21 <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2015/12/03/kamerbrief-over-tweede-voortgangsrapportage-kwaliteit-loont>
- 22 <https://en.wikipedia.org/wiki/Manichaeism>
- 23 <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/rom-onder-vuur-feiten-en-meningen.htm>
- 24 <https://www.zorgictzorgen.nl/algemene-rekenkamer-maakt-gehakt-rom-curatieve-ggz/>
- 25 <https://www.zorgictzorgen.nl/wp-content/uploads/2017/01/Rapport-Bekosting-van-de-curatieve-geestelijke-gezondheidszorg.pdf>
- 26 <https://www.volkskrant.nl/wetenschap/psychiaters-luiden-noodklok-suicidale-kinderen-moeten-te-lang-wachten-op-hulp~a4501823>
- 27 https://vkplusbmobilebackend.persgroep.net/rest/content/assets/336f2bda-0966-4bf4-b0aa-1b253a9d131f?_sp=c78c21cf-f7f2-43a2-91b7-32cbe7b86a17.1505894642466
- 28 https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Zonder_context_geen_bewijs.pdf
- 29 https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Gepaste_zorg.pdf
- 30 <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2015/04/15/begrippenkader-gepaste-zorg-en-praktijkvariatie>
- 31 <http://3goedevragen.nl/>
- 32 <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMbke57186>
- 33 Porter ME. A strategy for health care reform--toward a value-based system. *N Engl J Med.* 2009 Jul 9; 361 (2): 109-12.
- 34 Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med.* 2010 Dec 23; 363 (26): 2477-81.

- 35 <https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care>
- 36 <http://www.zorgvisiecongressen.nl/vbh>
- 37 <http://archieftijdschriftkiz.nl/downloaden/15151/Pati%C3%ABntervaringen-meten-%C3%A9n-verbeteren->
- 38 <http://www.forachange.nl/boeken-en-tools/hoe-krijg-je-ze-mee/>
- 39 <https://www.nrc.nl/nieuws/2016/10/14/veranderen-is-geen-exacte-wetenschap-4819597-a1526716>

PROF. DR. JOB (JACOB) KIEVIT (DEN HELDER, 1950)



- 1972 doctoraalexamen geneeskunde Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR)
- 1972-1976 wetenschappelijk medewerker afdeling Anatomie II/ Neuroanatomie EUR
- 1977 artsexamen EUR
- 1979 promotie EUR: 'Cerebello-thalamische projecties en de afferente verbindingen naar de frontaalschors in de rhesusaap'
- 1985 registratie als chirurg staflid Heelkunde Academisch Ziekenhuis Leiden, specialisatie endocriene en hoofd/ halschirurgie, tevens onderzoek Medische Besliskunde
- 1991 universitair hoofddocent, hoofd van de 'Medical Decision Making Unit' van de Rijksuniversiteit Leiden
- 1997 hoogleraar Medische Besliskunde, Universiteit Leiden
- 2012 hoogleraar-afdelingshoofd Kwaliteit van Zorg, Universiteit Leiden
- 2017 hoofd van het onderdeel Zorgevaluatie en Implementatie van het Directoraat Kwaliteit en Patiëntveiligheid

Op 1 september 2017 beëindigde Job Kievit zijn gecombineerde loopbaan als chirurg, en als hoogleraar Medische Besliskunde (1997-2012) c.q. hoogleraar Kwaliteit van Zorg (2012-2017) aan het Leids Universitair Medisch Centrum.

Bij zijn emeritaat werd hij onderscheiden tot Officier in de Orde van Oranje-Nassau

Vanuit de combinatie van klinische zorg en beleidsmatige (veelal kwantitatieve) analyse, heeft Job Kievit zich bijna zijn gehele loopbaan bezig gehouden met doelmatigheid en kwaliteit van zorg, en was hij actief in een veelheid van commissies en organisaties, zowel in het LUMC, landelijk als internationaal. Het spanningsveld tussen het macro- en microniveau van de zorg - tussen beleid enerzijds en de beleving van de individuele patiënt anderzijds - heeft daarbij altijd zijn bijzondere belangstelling gehad.

In deze afscheidsrede kijkt hij terug op een halve eeuw geneeskunde, en op de veranderingen die zich vanuit professioneel, patiënt- en maatschappelijk perspectief hebben voorgedaan. Hij probeert daaruit lessen te trekken voor de toekomst, in het bijzonder met betrekking tot het functioneren van de zorg op systeemniveau enerzijds, en op het niveau van de individuele patiënt en diens zorgverlener anderzijds.



Universiteit
Leiden