

Prof.dr. J. Kievit

Kwaliteit van zorg: over het “Wat?” en het “Hoe?”



Universiteit
Leiden

Bij ons leer je de wereld kennen

Kwaliteit van zorg: over het “Wat?” en het “Hoe?”

Oratie uitgesproken door

Prof.dr. J. Kievit

bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar op het gebied van

Kwaliteit van Zorg

aan de Universiteit Leiden

op vrijdag 14 juni 2013



**Universiteit
Leiden**

Mevrouw de Rector Magnificus, zeer gewaardeerde toehoorders,

Het is mij een bijzondere eer en genoegen om vanaf deze plaats opnieuw het woord tot u te mogen richten. Mijn eerste oratie, zo'n zestien jaar geleden, ging over het wat, hoe en waarom van de Medische Besliskunde. Ik legde u uit dat Medische Besliskunde de wetenschappelijke discipline is die zich bezighoudt met het beschrijven, analyseren en ondersteunen van medische beslissingen. Die als doel heeft zowel het proces van medische besluitvorming zelf te verbeteren, alsook de uitkomst van specifieke medische beslissingen. Omdat het in de geneeskunde bijna altijd gaat om keuzes in onzekerheid, doet de Medische Besliskunde dat op basis van het principe van maximaliseren van verwacht nut, 'Expected Utility', de getalsmatige combinatie (het product) van kansen en uitkomsten, gebouwd op het fundament van de beste beschikbare evidence. Die aanpak heeft ons veel gebracht en blijft nog steeds de basis voor veel beleidskeuzes, variërend van richtlijnen tot pakketbeslissingen. Maar er is meer. Na de keuze volgt namelijk de uitvoering, en ook die is in hoge mate bepalend voor het gezondheidsresultaat.

In november 1999 bracht het Institute of Medicine (IOM) het rapport 'To Err is Human' uit. Dat rapport beschreef hoe patiënten niet alleen maar dood gaan ondanks alle inspanningen van hulpverleners, maar soms ook juist als gevolg daarvan: door ziekenhuisinfecties, transfusieproblemen, medicatiefouten, complicaties, verwisselingen en wat dies meer zij. Die inzichten werden voor Nederland bevestigd in het EMGO-NIVEL rapport uit 2007 over 'Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen'.¹ Dat kwam tot een schatting van 1735 potentieel vermijdbare sterfgevallen: 0,13% van alle opnames. In een vervolgonderzoek uit 2010 werd duidelijk dat die vermijdbare schade niet even in een paar jaar gehalveerd kon worden.² De oorzaken zijn daarvoor te complex, te multifactorieel. Wat al deze onderzoeken op heftige wijze duidelijk maken, is dat goede zorg meer inhoudt dan alleen de vraag van de juiste keuze, van het 'Wat moeten we doen?'

De vraag van de best mogelijke uitvoering - 'Hoe moeten we dat doen?' - is evenzeer van belang.

Standaarden en definities voor goede zorg

Voor 'goede zorg' bestaat al decennia, zelfs al vele eeuwen, een gelaagd systeem van standaarden, dat de hulpverlener houvast biedt bij de vraag hoe te handelen.

De **eerste, meest fundamentele laag** is die van de medische ethiek, van de intrinsieke morele motivatie om goed te doen voor onze patiënt. Die motivatie werd meer dan tweeduizend jaar geleden geëxpliciteerd in de eed van Hippocrates. Het gaat dan om normen die gelden voor meer hulpverleners dan artsen alleen, zoals 1) respect voor autonomie, 2) niet schaden, 3) goed doen, en 4) rechtvaardigheid. Als ik het verder in mijn betoog heb over medici, dan staan zij model voor zorgaanbieders in bredere zin. Met als verklaring en verontschuldiging dat mijn expertise en ervaring aangaande het medische vak nou eenmaal groter zijn dan aangaande andere beroepen.

De **tweede laag** bestaat uit de professionele standaarden, zoals die van de KNMG, de Wetenschappelijke Verenigingen, Richtlijncommissies en andere professionele gremia. Het gaat dan niet alleen om algemene competenties, zoals de zeven 'Canadian Medical Education Directives for Specialists', afgekort tot CanMeds.³ Het gaat ook om meer specifieke standaarden, zoals de Normering Chirurgische Behandelingen 3.0, die de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde in juni 2012 heeft uitbracht.

De **derde laag** betreft de juridische verankering van de eisen die aan een goed hulpverlener mogen worden gesteld. De basis daarvoor is de 'Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg', de Wet BIG. Die stelt dat een hulpverlener 'zijn beroepsuitoefening op zodanige wijze organiseert en zich zodanig van materieel voorziet, dat een en ander leidt of redelijkerwijze moet leiden tot verantwoorde zorg'. Daar hoort

bij: 'de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg'. Andere wetten zijn onder meer de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst en de Kwaliteitswet Zorginstellingen.

De vierde laag ten slotte is de meest recente. Dat betreft het meten van geleverde kwaliteit met behulp van indicatoren. Indicatoren zijn, volgens de definitie van Zichtbare Zorg Ziekenhuizen 'meetbare aspecten van zorgverlening, die een aanwijzing geven over de mate van kwaliteit'. Zij dienen meerdere doelen, waaronder allereerst de Wet BIG-eis dat de professional (of de zorginstelling) zelf in staat is de eigen zorgkwaliteit te bewaken, te beheersen en te verbeteren. Dat wordt wel het intern gebruik van indicatoren genoemd. Er bestaat ook een extern gebruik, bijvoorbeeld als het gaat om de vraag of zorg wel voldoet aan de kwaliteitseisen die de maatschappij eraan stelt, of om het bieden van keuze-informatie aan patiënten en aan verzekeraars.

Maar wat betekent 'kwaliteit van zorg' eigenlijk? Ter verheldering een tweetal definities. Kwaliteit van zorg is in 1990 door het IOM omschreven als '*the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge*'. De Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) formuleerde het in 2003 nog bondiger, als '*doing the right thing at the right time in the right way for the right person and having the best results possible*'. Die definities zijn misschien conceptueel redelijk helder, maar voor de praktijk ook erg globaal. Daarom wordt kwaliteit van zorg in de praktijk standaard onderverdeeld in een aantal dimensies. De meest gebruikte zijn 1) Veiligheid, 2) Effectiviteit, 3) Doelmatigheid, 4) Cliëntgerichtheid, 5) Tijdigheid en 6) Toegankelijkheid.

Onzekerheid

Waarom maken we het eigenlijk niet veel simpeler? Als de gezondheid van een patiënt vooruitgaat, is dat goede zorg, en

als die gezondheid achteruitgaat, is dat slechte zorg.

De complicerende factor daarbij is, dat het in de geneeskunde altijd gaat om kansen.

Kansen dat er, ook zonder zorginterventies, spontane veranderingen in gezondheid kunnen optreden bij patiënten, soms ten goede, en soms ten kwade. Dat wordt wel het '*probabilistische karakter*' van de geneeskunde genoemd. Zo vertelt in de diagnostiek een test niet altijd de waarheid. Dat kan leiden tot onnodige onrust door fout-positieve uitslagen, waarbij de test alarm slaat, maar er in werkelijkheid sprake is van een onschuldige variatie. Een andere keer wordt een afwijking door een test niet opgemerkt, omdat die test niet voor die afwijking bedoeld is, of omdat die afwijking onder de detectiegrens lag. Geen enkel diagnosticum is honderd procent betrouwbaar. Niet omdat iemand een fout maakt, maar omdat een test sommige dingen niet kan detecteren, en in andere gevallen echte pathologie niet kan onderscheiden van onschuldige zaken. Die beperkingen kunnen we zelfs kwantificeren, in begrippen als sensitiviteit en specificiteit. Die beperkingen zijn ook de reden dat het gebruik van de 'total body scan', bij iemand die geen klachten heeft, onverstandig is. Omdat zo'n scan gemakkelijk een afwijking ziet, waarvan pas na veel kostbaar vervolgonderzoek - met misschien wel onbedoelde schade - duidelijk wordt dat het om iets onschuldigs ging. En omdat een 'schone' scan u geen garantie biedt, dat er niet enige tijd later een leukemie wordt gediagnosticeerd, of een dodelijk infarct volgt. Daarom wordt die scan in ons land niet aangeboden, en moet u de grens over, indien u hem toch wilt. En daarom is de aanbieder, die bekende Nederlanders laat uitleggen hoe geweldig die scan is, in november 2011 door de Reclame Code Commissie is veroordeeld voor misleidende reclame.⁴

Laat ik diagnostische kansen illustreren met een paar gatsmatige voorbeelden. Over het nut van borstkanker-screening wordt al decennia lang gediscussieerd. Recent kwam een zware onafhankelijke commissie, voorgezeten door prof. Michael Marmot van University College Londen, tot een best mogelijke schatting van de effectiviteit van

borstkankerscreening.⁵ De bevindingen zijn gepubliceerd in de Lancet in 2012 en houden in dat voor elk borstkankersterfgeval dat door screening wordt voorkomen, er drie vrouwen zijn die ten gevolge van die screening een niet-noodzakelijke (harder gezegd 'onnodige') borstkankerbehandeling ondergaan.⁶

Onnodig, niet omdat iemand iets verkeerd heeft gedaan, maar omdat de microscopisch aanwezige kanker zonder die screening bij die drie vrouwen nooit zou zijn aangetoond, en zij gewoon op hoge leeftijd aan een andere oorzaak overleden zouden zijn. Wij weten alleen niet wie degene is die baat heeft bij die detectie, en wie degenen zijn die een onnodige behandeling ondergingen.

Nog teleurstellender is de winst-verlies-balans bij prostaatankerscreening. Een Cochrane review (met updates in 2011 en 2013) toont aan dat screening resulteert in meer prostaatankerdiagnoses en -behandelingen, en meer behandeling gerelateerde morbiditeit, maar de sterfte aan prostaatanker niet vermindert (relatief risico op 10-jaars sterfte = 1.00).⁷

Niet alleen bij diagnostiek maar ook bij behandeling, en dat zal u minder verbazen, speelt dat probabilistische karakter van de geneeskunde een interpretatie-bemoelijkende rol. Bij iedere behandeling, hoe correct ook uitgevoerd, zijn er risico's. Ook bij een totaal onwerkzame behandeling is er wel eens een patiënt die opknapt, gewoon door natuurlijke variatie in het ziektebeloop. Daarom trekt de medische wetenschap, anders dan in de media soms gebeurt, zelden of nooit een conclusie uit één enkel geval, maar worden beleidsaanpassingen gebaseerd op zorgvuldig opgezette en uitgevoerde studies bij voldoende grote patiëntengroepen. En daarom is 'verkeerd gegaan' in de geneeskunde niet per definitie hetzelfde als 'verkeerd gedaan'.

De Nederlandse Gezondheidszorg

In de praktijk van de klinische zorg, en ook in de medische opleiding, zijn we gewend vanuit een positief kritische benadering te vragen: 'Wat ging er goed? En wat kan er beter?'. Wat er in de Nederlandse gezondheidszorg goed gaat en ging, is veel, heel veel. De European Health Consumer Index is

een onafhankelijk meetsysteem, geregisseerd vanuit de regio Stockholm, en gerelateerd aan de Europese Commissie.⁸ Die Index meet sinds 2005 de waardering van Europese burgers voor hun zorgstelsels, aan de hand van 42 indicatoren, verdeeld over een vijftal subdisciplines, middels een zeer gedetailleerde en volstrekt transparante systematiek. Nederland eindigt in die systematiek sinds 2005 niet alleen consistent in de top drie, maar eindigde in 2012 voor de derde keer op rij - en op afstand - als eerste. Het persbericht (Brussel 2012) vermeldt: '*Nederland staat met name bovenaan op gebieden van patiënten rechten en -voorlichting, en het brede aanbod binnen het systeem... Met de indrukwekkende verbeteringen sinds 2005 is Nederland een goed voorbeeld voor andere landen om hun gezondheidsstelsels te hervormen!*'⁹ Dat ging - en gaat - dus allemaal goed. Het zou goed zijn, zowel voor de motivatie van professionals als voor het vertrouwen van patiënten en consumenten, indien die persisterend fantastische performance in de media de aandacht kreeg die het verdient.

Er is echter ook een aantal zaken dat duidelijk beter kan. Dat zijn tenminste 1) de zorguitkomsten en zorgbeleving van de patiënt, en 2) de alsmat stijgende kosten van de zorg. Er is echter nóg een probleem, en dat is de manier waarop we met het eerste en het tweede probleem omgaan.

Veel zaken zijn complexer dan ze worden voorgesteld, onder andere doordat één oorzaak meerdere gevolgen heeft, en één gevolg meerdere oorzaken kan hebben. In het publieke discours, en zeker in de politiek, zijn partijen geneigd hun aandeel in een probleem te bagatelliseren, en het belang van hun oplossing uit te vergroten. '*Mistakes were made but not by me*' is de prachtige titel van een boek, dat hierover gaat.¹⁰ Ook de reclameslagzin '*Wij van Wc-eend adviseren... Wc-eend*' blijkt in al zijn ironie telkens weer relevant, onder andere toen begin juni 2013 diverse veldpartijen hun beheersingsvoorstellen voor het basispakket aan de minister deden toekomen.¹¹ Die wij-zij-houding is bij uitstek nadelig, omdat ieder van de partijen in de zorg bij gelegenheid ook wel eens een aandeel heeft in probleemoorzaken. Ik loop ze met u langs, in volgorde: **de patiënt, de zorgaanbieder, de verzekeraar en de overheid.**

De patiënt

De eerste partij is de patiënt, die hulp zoekt voor een gezondheidsprobleem. Die patiënt weet als geen ander hoe groot dat probleem is en in welke mate dat zijn bestaan beperkt. Idealiter communiceren arts en patiënt bij een eerste consultatie helder over aard en ernst van het bestaande gezondheidsprobleem, over eventuele bijkomende aandoeningen, en over toekomstverwachtingen. Bij dat laatste is de diagnostische en prognostische expertise van de arts een noodzakelijk element.

Het totaal, de combinatie van heden en toekomstverwachtingen, wordt wel ziektelast genoemd. Dat is het geobserveerde en/of verwachte gezondheidsverlies door hetzij vroegtijdige sterfte, dan wel door verminderde kwaliteit van leven in de jaren geleefd met ziekte. In het verdere overleg is die ziektelast, en de daaruit voortvloeiende mogelijkheden en beperkingen van diagnostiek en behandeling, bepalend voor de verdere aanpak. Zo gaat het idealiter, maar niet altijd. Elkaar goed informeren kost tijd. Wanneer die tijd tekort schiet, bijvoorbeeld omdat die niet vergoed wordt of wanneer de werkdruk te hoog is, wordt het proces al gauw versimpeld en versneld. De arts komt dan snel met een behandelvoorstel, al dan niet voorafgegaan door een diagnose. Zo'n behandelvoorstel wordt door de patiënt, ook vaak onder tijdsdruk, maar al te gemakkelijk geaccepteerd. *'De dokter zou die behandeling toch niet aanbieden, als dat geen goede oplossing was?'* De snelle opsomming van risico's verwordt dan gemakkelijk tot een verplicht nummer met weinig impact: *'De dokter had het wel over een paar procent risico; maar het zou wel raar zijn als dat nou net bij mij gebeurde!'* En zo begint dan onder tijdsdruk, zonder veel deliberatie, een zorgtraject dat niet echt gepast is, en waarover de patiënt te optimistisch is. Met een onnodig hoge kans op teleurstelling. Ook is de patiënt niet altijd terughoudender dan de arts. Soms wordt een foto, een behandeling, een PSA of een 'total body scan' gevraagd, ook al is die medisch niet zinvol. Omdat de waarde ervan wordt overschat, de probabilistische ingewikkeldheden worden onderschat, of gewoon omdat

iemand vindt dat hij er recht op heeft. Een relevant fenomeen in dit verband is 'onrealistisch optimisme'. Crites en Codish, in een recente publicatie in the Journal of Medical Ethics over deelname aan Fase-1 studies, beschrijven hoe ouders van patiëntjes, ondanks uitgebreide informatie over het tegendeel, blijven geloven dat hun kind meer baat zal hebben bij de studiedeelname dan gemiddeld.¹² Zij waarschuwen ervoor dat onrealistisch optimisme - belangrijke beslissingen op basis van illusies tegen beter weten in - geen autonoom en onaantastbaar recht is van de patiënt, maar die autonomie juist aantast. Onrealistisch optimisme speelt een zwaardere rol naarmate de vooruitzichten somberder zijn, zoals bij zorg rond het levenseinde. Hoe vaak en hoe zeer patiënten daardoor onnodige schade oplopen, is in 2012 bij zowel het CVZ Pakket-debat als bij het KNMG symposium 'Geef nooit op' uitgebreid aan de orde geweest. Hoe zowel arts als patiënt zich maar al te gemakkelijk laten leiden door valse hoop, werd in een publicatie van Anne-Mei The, in de British Medical Journal van 2000, samengevat in de zin: *'The physician did not want to pronounce a 'death sentence', and the patient did not want to hear it'*.¹³

Samengevat, een slecht geïnformeerde patiënt of een patiënt in grote nood wordt gemakkelijk verleid tot te optimistische keuzes. Dat leidt zowel tot overmatig zorggebruik en onnodige kosten, als tot teleurstelling: een 'lose-lose'-situatie.

De zorgaanbieder

De tweede partij is de zorgaanbieder, vaak een arts. Die arts moet zowel het juiste doen als dat juiste goed doen. Hier spelen zowel de 'Wat?' - als de 'Hoe?'-vraag. Eerst maar weer de 'Wat?'-vraag. Idealiter levert de dokter alleen passende zorg. Dat dit niet altijd gebeurt, heeft een aantal oorzaken.

De eerste en waarschijnlijk meest belangrijke oorzaak - veel rapporten, waaronder dat van Ab Klink en BOOZ, -hebben het al aangegeven- is dat de prikkels in de zorg verkeerd staan.¹⁴ Heel kort: als je betaalt voor verrichtingen, dan krijg je verrichtingen.

Een tweede oorzaak is dát keuzes heel complex kunnen zijn, zeker bij kwetsbare ouderen en bij patiënten bij wie een combinatie van aandoeningen bestaat. Omdat superspecialisten worden geassocieerd met de best mogelijke zorg, leidt dat gemakkelijk tot kokervisie en versnippering. Het gevaar is dat iedere superspecialist zich richt op zijn eigen aandoening, soms met voorbijgaan aan de andere problemen en aan de vraag of de gezondheid en levenskwaliteit van de patiënt wel gebaat zijn bij de aanpak van die éne aandoening. Als die integratieve vraag vaker en zorgvuldig zou worden gesteld en beantwoord, zou er heel wat minder behandeld worden, zonder gezondheidsverlies, en vaak juist met gezondheidswinst als gevolg.

Een derde oorzaak, verrassend misschien, is gelegen in innovatie. Innovaties hebben ons veel goeds gebracht. In de endocriene chirurgie is de laparoscopische adrenalectomie daarvan een prachtig voorbeeld. Een ongewenste bijnier wordt tegenwoordig standaard verwijderd via een paar prikgaatjes in de buik of de flank. Niet meer, zoals vroeger, via een forse snee met het doornemen van spieren van buik- en borstholte en zo nodig losmaken van het middenrif. Die vooruitgang van minimaal invasieve procedures, inlijkkoperaties en robotchirurgie, kan echter ook ongewenste ontwikkelingen opleveren, zoals het College voor Zorgverzekeringen in 2011 heeft beschreven in een rapport over Robot Assisted Radical Prostatectomy (RARP).¹⁵ Dat rapport beschrijft hoe concurrentie tussen ziekenhuizen er gemakkelijk toe leidt dat ieder ziekenhuis zo'n mooie Da Vinci Robot in huis wil hebben. Doe je dat niet, dan loopt je patiënt immers naar de concurrent. Echter, wanneer die dure robot dan eenmaal is aangeschaft, dient er ook wel voldoende gebruik van te worden gemaakt, zowel om budgettaire als om ervaringstechnische redenen. Het CVZ-rapport concludeert: *'Dit kan tot een overmatig gebruik leiden van Robot Assisted Radical Prostatectomy (RARP) waardoor een aantal patiënten geen voordeel hebben ... Overmatig gebruik van medische innovaties ... drijft niet alleen de kosten van de gezondheidszorg op, maar staat ook een optimaal gebruik van collectieve middelen in de weg.'*

Zo zijn we via de 'Wat?'-vraag inmiddels aangekomen bij de 'Hoe?'-vraag; de vraag van de zorgvuldige uitvoering. Dat niet alle ziekenhuizen of dokters even goede resultaten hebben kunt u regelmatig in de krant lezen. Dat kan liggen aan verschillen in patiënten aanbod, maar ook aan verschillen in de geleverde zorg. Bekend zijn sterfteverschillen bij hoog-complexe laag-volume ingrepen, bijvoorbeeld in slokdarm-, aorta- en alvleesklierchirurgie. Evenzeer bekend zijn de verschillen in kwaliteit van kankerzorg, uit het gelijknamige rapport dat de KWF Signalering Commissie Kanker daarover in 2010 heeft gepubliceerd.¹⁶ Dat rapport is vooral zo onomstreden omdat de informatie met en door de professionals zelf is verzameld. De enorme verdiensten van de SCK-voorzitter, mijn chirurgische collega Cock van de Velde, wiens 25-jarig hoogleraarschap en enorme verdiensten voor de kankerzorg gisteren koninklijk werden geëerd, mogen in dit verband niet onvermeld blijven. Diverse onderzoeken, internationaal en nationaal, laten voordelen zien van gepaste concentratie van zorg. Dat dat vooral geldt indien concentratie wordt gecombineerd met uitkomstmeting, leverde collega-chirurg Michel Wouters, die vorige week op deze plaats promoveerde, in 2010 de IQ-award op voor het beste wetenschappelijke artikel over het verbeteren van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Het hoge tempo, waarmee verbeteringen zijn bereikt, is prachtig. Het toont helaas ook aan dat zorgaanbieders hun kwaliteit vóór die interventies niet altijd op orde hadden.

De verzekeraar

De derde partij is de verzekeraar, die toetst en inkoop o.a. op basis van externe kwaliteitsindicatoren, conform hoe de wet dat heeft bedoeld. Daarbij zijn wel kanttekeningen te plaatsen, zowel ten aanzien van de kwaliteit van indicatoren als ten aanzien van het gebruik ervan.

In verscheen van NFU-wege het rapport 'Bepakt zicht', het resultaat van onderzoekssamenwerking tussen de UMC's van Amsterdam, Rotterdam en Leiden, gefinancierd door VWS.¹⁷ Het rapport concludeert dat de door ziekenhuizen aangeleverde informatie voor twee belangrijke indicatorensets

(‘Borstkanker’ en ‘Heup- en knie-ervanging’) beperkt betrouwbaar zijn. Oorzaken daarvoor zijn onder meer te vinden in onvoldoende scherpe en praktische definities, en in grote verschillen in de wijze van dataregistratie, dataontsluiting en zelfrapportage tussen ziekenhuizen.

Ook beschrijft het rapport hoe de combinatie van externe druk en zelfrapportage kan leiden tot het geven van sociaal wenselijke antwoorden. Zoals bij het antwoord op de vraag in welk percentage profylactische antibiotica binnen 60 - 15 minuten voor de incisie zijn gegeven: ‘100%, volgens protocol’, zonder dat werd uitgezocht hoe het echt zat. De ziekenhuizen die dat wel echt uitzochten en een eerlijk antwoord gaven dat lager was dan die mooie 100%, werden daar niet voor beloond. In tegendeel, ze hadden iets uit te leggen, namelijk waarom ze geen perfecte score hadden, zoals die anderen. Dat de combinatie van totale transparantie en bestraffende intolerantie nog veel ernstiger gevolgen kan hebben, illustreren twee voorbeelden uit Engeland, uit de National Health Service (NHS), vaak ons voorbeeld voor een centraal geleide en gecontroleerde gezondheidszorg.

In de NHS waren en zijn **wachttijden op de spoedeisende hulp** evenzeer een probleem als in Nederland. Onder Labour werd daar in 2004 op voortvarende wijze een eind aan gemaakt. Afgekondigd werd dat geen enkele patiënt ooit meer langer dan vier uur zou moeten wachten op de ‘Accident and Emergency’ (A&E). Een eis die later werd verlaagd naar een 98%-norm, maar die vervolgens wel onverbiddeijk werd gehandhaafd, met fikse boetes, en met ontslag van verantwoordelijke managers.¹⁸

De absolute eis ‘98% binnen vier uur’ - de combinatie van absolute transparantie en straffende intolerantie - leidde tot extra personeelsinzet en sterke afname van wachttijden. Die eis had echter ook onvoorzien negatieve gevolgen. Al snel verschenen er in de Engelse media berichten over strategisch gedrag: over ambulances die met hun slachtoffers niet direct mochten binnenkomen, die in verband met de al aanwezige patiënten drukte werden verzocht op het parkeerterrein van het

ziekenhuis te wachten tot de A&E wat rustiger was geworden.¹⁹ En over patiënten die werden geprioriteerd niet op basis van klinische urgentie maar op basis van hun risico die 4 uren-grens te overschrijden. Of die, omdat ze die vier uur toch al overschreden hadden, niet meer als urgent werden gezien. En over patiënten die zonder adequate diagnose naar een afdeling werden overgeplaatst. Of die werden opgenomen in vieze bedden, omdat er niet op tijd een schoon bed te krijgen was. Het meest recente NHS-schandaal betreft het **Mid Staffordshire General Hospital**. Dat ziekenhuis staat in de West Midlands - de geboortestreek van mijn echtgenote - en is onderwerp geweest van een grootschalig onderzoek, geleid door sir Robert Francis.²⁰ Het leek daar allemaal getalsmatig dik in orde te zijn. Totdat aanhoudende klachten van een zeer vasthoudende groep van ex-patiënten en hun familieleden, in combinatie met berichten over een te hoge HSMR (Hospital Standardised Mortality Ratio) ertoe leidden dat er nader onderzoek werd gedaan. De hoorzittingen die voorafgingen aan het Francis-rapport boden schokkende inzichten: *‘Staff told the Healthcare Commission that there was “pressure, pressure, pressure” on them to meet the four-hour A&E waiting time target. Several doctors recounted occasions where managers had asked them to leave seriously ill patients to treat minor ailments so the target could be met. One gave an example of being asked to leave a heart attack patient being given life-saving treatment.’*²¹ Er bestond bij management en werkvloer wel degelijk aandacht voor kwaliteitsindicatoren, voor ‘performance indicators’. Zoveel aandacht zelfs, dat die getallen niet een middel tot verbetering waren, maar een doel op zich, wat leidde tot corruptie van fundamenteel-ethische standaarden van goede zorg. Het getal werd belangrijker dan de patiënt, met als gevolg dat patiënten respectloos werden bejegend, genegeerd, en in hun eigen vuil lagen. En dat er - volgens de beste schatting - door slechte zorguitvoering, onder de schijn van mooie indicatorenwaardes, zo’n 400 mensen onnodig stierven.²² De paradox is dan weer wel dat andere indicatoren, in dit geval de HSMR en de SMR, ertoe hebben bijgedragen dat de omvang van het probleem duidelijk werd.

De les is dat indicatoren niet intrinsiek fout of goed zijn voor de zorg. Dat hangt veeleer af van hun betrouwbaarheid, hun gebruik, en de wijze waarop ze eventueel worden afgedwongen of bestraft.

Het meest negatieve gevolg van absolute transparantie in combinatie met straffende intolerantie is dat het vierde motivatie-niveau, dat van de indicatoren, de drie meer fundamentele motivatie-niveaus van medische ethiek, van professionele standaarden en van wetgeving, verdringt. Die ethische corruptie kan dus tot drama's leiden.

De overheid

Eerder vertelde ik u hoe goed onze gezondheidszorg is, vergeleken in Europees perspectief. Daar hangt wel een fors prijskaartje aan, met kosten die zijn gestegen van ongeveer 45 miljard in 2000 naar 90 miljard in 2011. Die kosten worden gefinancierd vanuit een verplichte solidariteit van alle Nederlandse burgers, gezonden en zieken, via verplichte verzekering (en verplichte acceptatie) voor het basispakket. Dat betekent dat onze economie, of liever die van onze kinderen en kleinkinderen, dreigt te bezwijken onder zorguitgaven die onze draagkracht ver te boven zullen gaan. Om dat basispakket zo goed mogelijk te beheersen, gebruikt het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) vier pakketcriteria (noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid) bij beslissingen over het al dan niet opnemen van zorg in het basispakket.²³ De praktijk leert dat toelating van zorg tot het basispakket eigenlijk nooit leidt tot burgerlijk protest, en dat dat sterk contrasteert met een negatief pakketbesluit aangaande zorg. Dat geldt bij uitstek bij innovaties, waarvoor sinds januari 2012 een systeem van voorwaardelijke toelating bestaat. Aan die voorwaardelijke toelating wordt de voorwaarde verbonden dat de aanbieder in een tijdsbestek van maximaal vier jaar zorg draagt voor het aanleveren van gegevens over de effectiviteit en kosteneffectiviteit van de zorg, die de basis kunnen vormen voor besluitvorming. De achilleshiel van het systeem is dat, wanneer de onderzoeksgegevens incompleet of van

matige kwaliteit zijn, er geen duidelijk antwoord komt op de effectiviteitsvraag. Met als gevolg dat die onbewezen zorg in het pakket blijft hangen omdat niemand aan een exit-besluit zijn vingers wil branden. Dat nodigt uit tot manipulatie. Bij een product van twijfelachtige kwaliteit kan het zijn dat een aanbieder expres mikt op matige gegevens, omdat die meer kans bieden op pakketvergoeding-continuering, dan goede gegevens.

Kosten stijgen dus niet alleen door het spel van krachten op de werkvloer. Ze stijgen ook, doordat er nog veel verwarring is aangaande de maatschappelijke kaders waarbinnen die zorg wordt geleverd. Zolang de overheid over die kaders aarzelt, zal ook dat bijdragen aan stijging van zorgkosten.

Van goed naar beter

Ik kom aan het laatste deel van mijn betoog, waarin ik het met u zal hebben over het verbeteren van zorguitkomsten, zorgbeleving, zorgkosten, en van probleemaanpak. Ik gaf eerder aan dat er voor complexe multifactoriële problemen zelden simpele oplossingen zijn. Nogal eens veroorzaakt een oplossing op zijn beurt weer nieuwe, secundaire problemen. Dat wordt wel de *'Wet van behoud van ellende'* genoemd, of - enigszins vrij naar Cruijff - *'Ieder voordeel heb z'n nadeel'*. Met enig geluk zijn die secundaire problemen bescheidener van aard. Maar als u pech hebt, zijn ze nog erger dan uw oorspronkelijke probleem. De neiging bestaat die secundaire problemen te negeren, uit gemakzucht, uit ideologie, of misschien uit onrealistisch optimisme. Verstandiger is om ze juist maximale aandacht te geven, en de juiste aanpassingen te bedenken. Een oplossingsrichting zal er beter van worden, of anders terecht sneuvelen.

Het verbeteren van zorguitkomsten en zorgbeleving van de patiënt begint bij **goede keuzes** in de spreekkamer. Hoe je dat doet, is verwoord in 'The Salzburg Statement on Shared Decision Making'.²⁴ Die declaratie is in 2010 en 2011 door 58 experts uit 18 landen, waaronder mijn collega-hoogleraar Anne Stiggelbout, opgesteld en ondertekend. Die declaratie geeft aan dat belangrijke beslissingen altijd samen met de patiënt

dienen te worden genomen, en geeft normen voor onder meer communicatie, omgaan met persoonlijke voorkeuren, en communiceren van risico's. Die declaratie is in mei 2013 in het LUMC ook ondertekend door de voorzitter van de Raad van Bestuur. Wij als hulpverleners van het LUMC, zullen de normen en waarden van die declaratie waar moeten maken, en we zullen niet alleen aan onszelf, maar juist aan onze patiënten, moeten vragen of we daarin slagen.

Op onderzoeksgebied gebeurt er in samenwerking tussen medische beslistkunde en klinische afdelingen in dit verband veel goeds. Zo wordt onderzocht welke uitkomsten patiënten met endeldarmkanker meer of minder belangrijk vinden, en hoe patiënten met borstkanker en hun dokters omgaan met kansen, en met kans-onzekerheden in specifieke situaties. Weer ander onderzoek exploreert hoe we verschillende zorgproces en zorguitkomsten moeten wegen, en hoe we die combineren bij onze zoektocht naar de beste keuze. Hoe we ook rekening kunnen houden met meer dan gezondheid alleen, in een brede maat voor 'subjective well being'. Er is ook nieuw onderzoek in opstartfase, gefinancierd in het kader van het Profileringsgebied 'Innovatie en Kwaliteit van Zorg'. Onder andere aangaande Michael Porter's belangrijke concept van 'Value based Healthcare'; de markttechnisch zo slimme omdraaiing van 'kosten per kwaliteitsgecorrigeerd overlevingsjaar' naar 'waarde per zorg-euro'.²⁵ Ons doel is dat concept beter te concretiseren, en met duidelijke referentiekaders te ondersteunen. Onze samenwerking met het 'Decision Laboratory' in Cardiff is daarbij van grote waarde. In de praktijk van de zorg is de schaduwzijde van gezamenlijke besluitvorming dat het tijd vergt. Dat betekent meer druk op spreekuren, niet alleen in het LUMC maar bij alle zorgaanbieders. Daar ligt mijn inziens een fantastische kans voor afstemming tussen lokaal en landelijk niveau. Wat zouden die spreekamergesprekken immers gebaat zijn bij een landelijke website waarop allerlei vormen van beslissingsondersteuning zijn te vinden, met begrijpelijke en wetenschappelijk hoogwaardige informatie over aandoeningen, ziektelast, en de voor- en nadelen van diagnostiek en

behandelingen. Over wat betere en minder goede keuzes zijn, en in welke gevallen, en over wat u uw dokter vooral moet vragen. Uitgevoerd met een zodanige vormgeving dat u er voor uw plezier op gaat kijken. Wat zou het mooi zijn als zo iets werd ondersteund door de partijen die in 2011 het convenant gepast gebruik hebben ondertekend; CVZ, ZONMW, KNMG, NPCE, Zorgverzekeraars Nederland en anderen, en door ZONMW en de Orde in het kader van hun 'Campagne Verstandig Kiezen'. Wat een prachtige kans voor ons nieuwe Kwaliteitsinstituut voor de Zorg, dat de ambitie heeft om veldpartijen te faciliteren en samen te brengen! Hoe groot is niet de kans dat de miljoenen die het opbouwen en onderhouden van zo'n site gaat kosten, zich dubbel en dwars zullen terugverdienen! Dat het nog niet bestaat, is eigenlijk verbazingwekkend. Minder marktcompetitie en meer samenwerking hierin tussen partijen, lijkt me een prachtige lakmoesproef voor 'de patiënt écht centraal', niet in woorden maar in daden.

Betere zorg - u weet het inmiddels - hangt niet alleen af van betere keuzes maar ook van **betere uitvoering**. Een noodzakelijke voorwaarde daarvoor is dat professionals zelf topkwaliteit willen leveren, onder andere door zelf strakke discipline te betrachten op essentialia, zoals infectiepreventie. Dat we beter worden in het elkaar daarop aanspreken. Goede sfeer en strakke professionele discipline sluiten elkaar niet uit. Sterker nog, via de weg van gezamenlijke beroepstrots over 'Zo, wat doen we dat netjes!' kunnen ze elkaar juist versterken. In Amerikaanse koploperziekenhuizen is bewezen hoe effectief strakke infectiepreventie kan zijn en hoeveel rampzalige prothese- en andere ziekenhuisinfecties daarmee worden voorkomen. Het voornemen bestaat om via het 'Dr. Foster Global Comparators'-initiatief dergelijke verbeteringen ook naar het LUMC te halen. Ongetwijfeld zullen meer ziekenhuizen dat willen.

Betere zorg vraagt ook om betere structuren en processen. Daarom worden veel van die processen nu in het LUMC via zorgpaden en LEAN-technieken gestroomlijnd, beter rond de patiënt georganiseerd in plaats van andersom, en van de juiste 'checks and balances' voorzien. Sommige van die processen

worden, of gaan worden, ondersteund met technieken uit de logistiek en de operations research; de bestaande samenwerking met de Technische Universiteiten van Delft en Twente is daarbij van grote waarde.

Verbeteren, veranderen

Veranderen, verbeteren, is meer dan een berichtje de organisatie insturen en afwachten hoe het in het LUMC via 'de lijn' naar beneden druppelt. Het vereist goed en professioneel ondersteund verandermanagement, met glasheldere duidelijkheid over urgentie, ambitie, planning, leiderschap en interactie.²⁶ De voortreffelijke lokale expertise in implementatie en implementatieonderzoek, waarvan de succesvolle fondsvererving het overtuigend bewijs is, kan hierbij grote diensten bewijzen. Bij verandering is ook een optimaal toegankelijk intranet van groot belang. Als plaats voor laagdrempelige gegevensuitwisseling biedt het, via de weg van verbetering van interne transparantie, belangrijke winstkansen voor zorgverbetering. Het is goed dat daar nu - na nogal wat eerder vergeefs gemor - serieus aan gewerkt wordt. Veel verbeterinitiatieven worden in ons LUMC-brede 'Programma Zorgvernieuwing' gepland, afgestemd, geïnitieerd, geconcretiseerd en gemonitord. De steun en betrokkenheid van het hele huis, van projectleiding tot werkvloer, en van ondernemingsraad tot raad van bestuur, is indrukwekkend. Maar verandering moet je niet alleen initiëren, je moet het ook doorzetten en toetsen. Middels een gesloten Plan-Do-Check-Act-cyclus, waarvan die laatste twee stappen - die van Check en Act - in de praktijk altijd zo weerbarstig zijn. Zorgvernieuwing en -verbetering vereisen een enorme inspanning en kosten dus op korte termijn geld. Maar zorgverbetering levert op de lange termijn ook geld op, door efficiëntere processen, minder fouten die hersteld moeten worden, en minder complicaties. De eerlijkheid gebiedt echter ook vast te stellen dat betere zorg, niet alleen op korte termijn maar ook op lange, soms ook duurder is, vanwege aanschaf van nieuwe apparatuur, of vanwege effectievere maar duurere medicamenten. Ook daar dient, landelijk net zo goed als lokaal,

het principe van kosteneffectiviteit mede bepalend te zijn voor besluitvorming, zodat patiënten, landelijk en lokaal, maximale gezondheidswinst krijgen per beschikbare zorg-euro. Monitoring van zorgvernieuwing en kwaliteitsverbetering vereist dat we weten wat onze zorg oplevert voor de patiënt, en hoe die zorg beleefd wordt door de patiënt. Dat we risico's kennen, zodat we daar optimaal mee kunnen omgaan. Vandaar dat vanuit het LUMC al decennia lang grote inspanningen zijn geleverd voor een goede complicatieregistratie en incidentmelding, zowel lokaal als landelijk, met de recent opgeleverde EZIS-complicatiesuite als prachtig voorbeeld van interne terugkoppeling. Uit zulke gegevens weten we bijvoorbeeld dat de klinische sterfte op de afdeling Heelkunde van het LUMC in tien jaar is gehalveerd, een prachtig resultaat. Patiënten zoeken onze hulp echter niet primair om complicaties te vermijden maar om iets te halen, namelijk de oplossing van hun gezondheidsprobleem. Daarom moeten we meer weten dan complicaties alleen, en is er in het afgelopen jaar een LUMC-breed ontwerp gemaakt voor interne sturingsinformatie. Ook laagdrempelige feedback van onze patiënten over de geleverde zorg, inclusief hun verbeteringsuggesties, is daarin een cruciaal onderdeel. Ook omdat het de patiënt de stem geeft die nodig is voor 'de patiënt centraal'. De klinische urgentie van goede sturingsinformatie is groot. Professionals willen vooruit, niet straks maar nu, en willen dat doen op basis van juiste informatie. Dat vereist stevige keuzes in de afweging tussen snelheid, kwaliteit en kosten van die implementatie. Geachte toehoorders, er gebeurt nog zoveel meer moois. Gepast gebruik van mijn oratietijd betekent echter dat ik u niet ga vertellen over prachtige multidisciplinaire initiatieven op het gebied van zelfmanagement, ouderen- en revalidatiezorg, over het NFU-Consortium Kwaliteit van Zorg, Dr. Foster Global Comparators en ander moois. Ik moet gaan afronden.

Management

Als laatste wil ik twee management-theorieën ten tonele voeren: Theorie X en Theorie Y.²⁷ De managers onder u kennen

ze ongetwijfeld. Theorie X stelt dat werknemers ongemotiveerd en lui zijn, gedwongen moeten worden om te werken, en nauwgezet gecontroleerd moeten worden in een hiërarchische structuur, via extern opgelegde indicatoren. Theorie Y daarentegen stelt dat professionals intrinsiek gemotiveerd zijn om goed te presteren, bevrediging halen uit hun werk, zichzelf onder controle kunnen houden en creatief zijn.

In het kort: Theorie X richt zich op het bestrijden van wanprestaties en Theorie Y op *'van goed naar excellent'*.

Illustratief is misschien om uzelf af te vragen of uw beste prestaties voortkwamen uit uw eigen ambitie, of uit uw angst voor straf.

De gevolgen van 'Theorie X to the extreme' worden zichtbaar in de beide NHS-voorbeelden, waarin managers en professionals zo gek werden gemaakt dat ze hun meest basale ethische normen vergaten, het getal vereerden, en de patiënt verwaarloosden.

Dat is een heilloze weg. Niet alleen omdat onze zo hoog gewaardeerde zorg dat niet verdient, maar vooral omdat het contraproductief is. Fouten in het onderwijs zijn ons voorgegaan. Moeten we alles in de zorg weer opnieuw uitvinden? Overigens getuigt de combinatie van benadering-X en zelfrapportage van een behoorlijke hoeveelheid naïviteit. Hoe groot is immers de kans dat een onder-presterende zorgaanbieder die wanprestatie wel heel netjes registreert? Als u dan al wanprestatie wilt detecteren, wees dan consequent en ontnem zorgaanbieders die registratielast. Door indicatoren rechtsreeks af te leiden uit klinische digitale zorg data en daarbij eventueel onafhankelijke registratiedeskundigen in te zetten. Zorgverleners zullen u daar dankbaar voor zijn. Het levert ze niet alleen meer tijd voor zorg, het voorkomt ook dat partijen, die maar wat opschrijven, worden beloond terwijl de eerlijk rapporterende worden bestraft.

Afschaffen dus, die indicatoren?

Neen, maar wel afslanken, en met andere nadruk gebruiken. Hoog-gemotiveerde professionals weten graag wat ze doen, of dat goed is, en worden door die informatie uitgedaagd om nog beter te presteren. Interne en onderlinge indicatoren spelen

daarbij een belangrijke rol. Mits ze absoluut betrouwbaar zijn, het zorgproces niet teveel verstoren of verdringen, en mits professionals de ruimte en middelen krijgen om ze te analyseren, te begrijpen, en in verbetering om te zetten. Externe indicatoren, slim gekozen en bescheiden in aantal, en absoluut betrouwbaar, kunnen dat interne verbeterproces versterken, doordat ze bij gelegenheid de juiste urgentie genereren, die anders misschien had geleden onder andere prioriteiten. Uitvoeringsdetails - ik denk aan die vier-uurs-grens - zijn daarbij essentieel, en dienen met verstandige professionals te worden afgestemd. Bij een dergelijke indicatoren inzet maakt het X-focus van wederzijds wantrouwen geleidelijk aan plaats voor de Y-aanpak van 'met alle partijen samen de handen uit de mouwen steken'. Van 'alle hens aan dek want het wordt storm'. Het is goed om te zien dat samenwerkingsinitiatieven steeds vaker gebeuren. Geachte toehoorders, de zorg staat voor grote uitdagingen. Ik ben geen onverbeterlijke optimist, integendeel. Ik ben er gewoon absoluut van overtuigd dat onze goede zorg niet beter gaat worden, gaat worden ervaren of gaat worden gezien, indien we wederzijds wantrouwen en tegenstander-denken versterken, en daarmee intrinsiek gemotiveerde, getalenteerde en ambitieuze jongeren, afschrikken. U hebt echter gelijk, ik heb ook een positieve overtuiging. Dat is dat we het beste uit de zorg en haar professionals halen indien intrinsieke motivatie wordt versterkt en van de juiste urgentie wordt voorzien door een bescheiden en zorgvuldige inzet van extrinsieke krachten. Dat - zo is mijn stellige overtuiging - zal de beste zorg, de beste 'value for money' leveren.

Dankwoord

Geachte toehoorders, gekomen aan het einde van mijn rede, wil ik enige woorden van dank uitspreken.

De Rector Magnificus en het College van Bestuur van de Universiteit dank ik dat u mij opnieuw het vertrouwen hebt geschonken om een multidisciplinair en innovatief domein van de geneeskunde te helpen versterken met een leerstoel.

Leden van de Raad van Bestuur van het Leids Universitair Medisch Centrum, u hebt iemand die al lang twee banen had ertoe aangezet om een nieuwe uitdaging aan te gaan. Daar kwam aanvankelijk enige overredingskracht aan te pas. Ik dank u voor uw vertrouwen en visie, die mij de prachtige gelegenheid bieden om bij te dragen aan al die goede ontwikkelingen waarover ik u zojuist heb onderhouden.

Beste medewerkers van ons LUMC-Kwaliteit van Zorg-Instituut, en van de Medische Besliskunde die daar deel van uit maakt. Weinig hoogleraren weten zich omringd met een staf die zo multidisciplinair van aard is, en die multidisciplinariteit zo voortreffelijk invult. Ik dank jullie voor jullie vertrouwen, en voor jullie begrip voor mijn klinische taken en beperkte beschikbaarheid.

Hooggeleerde Tollenaar, Hamming en van de Velde, beste Rob, Jaap en Cock, en geachte overige collegae chirurgen. Ik dank jullie voor de mooie weg die we al heel lang gezamenlijk bewandelen, zowel in de Heelkunde als in onze samenwerking op het gebied van kwaliteit in zorg, onderzoek en onderwijs.

Geachte overige hoogleraren, stafleden, medici en paramedici, AIO's en ANIO's, managers, verpleegkundigen, en andere medewerkers van het LUMC. Wat ons allemaal verbindt is de zorg voor de patiënt, en de gezamenlijke ambitie om die continu te verbeteren. In wederzijds respect en vertrouwen; zaken die zo essentieel zijn voor de patiënt, en waarvan het belang zo gemakkelijk onderschat wordt. Ik dank u voor de vele indrukwekkende ervaringen die we de afgelopen decennia hebben gedeeld, en voor de hulp die we elkaar hebben geboden.

Hooggeleerde Zwaveling, Terpstra en Van Bockel, beste Albert, Onno en Hajo, en hooggeleerde Buruma, beste Onno. Jullie legden in de voorbije jaren de basis voor dit alles, door jullie is er deze weg waarop wij nu verder trekken.

Dames en heren studenten, u wens ik een zorgstelsel toe dat u stimuleert en uitdaagt, en dat u niet a priori met wantrouwen bejegent. Waarin u al uw intrinsieke motivatie kwijt kunt, en waarin u zoals in geen ander vak iets kunt betekenen voor uw medemens wanneer hij dat het meest nodig heeft.

Toekomstige patiënten en gebruikers van de zorg. U wens ik hetzelfde toe, een zorgstelsel waarbinnen die hoog-gemotiveerde, talentvolle en empathische jongeren hun ambities kwijt kunnen, en waarvoor zij blijven kiezen. Dat is bij uitstek in uw belang.

Mijn patiënten uit verleden en heden dank ik voor hun vertrouwen. Voor zoveel mooie momenten, voor soms diepe dalen maar ook hoge toppen. Voor alles wat ik van u heb geleerd als professional en als mens. U was en bent mijn grootste leermeester en inspiratiebron. U bent de reden waarom wij continu willen en moeten verbeteren. Zeer geachte medeleden van de diverse landelijke raden, commissies en stuurgroepen. U bent een fantastische bron van originaliteit, uitdaging en inspiratie. Dank voor de vele prachtige discussies, die mij hebben geholpen mijn gedachten te vormen en aan te scherpen.

Lieve familie. Dank voor jullie ruimte, steun en energie, helderheid en humor. Ik zei het al in mijn vorige oratie; zonder jullie is er niets. Wat een voorrecht dat ik mijn leven met jullie deel!

Ik heb gezegd.

Referenties

- 1 <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/onbedoelde-schade-in-nederlandse-ziekenhuizen-2007.pdf>
- 2 <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-zorggerelateerde-schade.pdf>
- 3 <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/resources/aboutcanmeds>
- 4 <https://www.reclamecode.nl/webuitspraak.asp?ID=61296&acCode>
- 5 http://www.cancerresearchuk.org/prod_consump/groups/cr_common/@nre/@hea/documents/generalcontent/ibsr-fullreport.pdf
- 6 Independent UK Panel on Breast Cancer Screening. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Lancet*. 2012 Nov 17; 380(9855) : 1778-86.
- 14 7 Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, Dahm P. Screening for prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jan 31 ; 1 : CD004720
- 8 <http://www.healthpowerhouse.com/>
- 9 <http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2012-press-netherlands.pdf>
- 10 [http://en.wikipedia.org/wiki/Mistakes_Were_Made_\(But_Not_by_Me\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Mistakes_Were_Made_(But_Not_by_Me))
- 11 http://nl.wikipedia.org/wiki/Wij_van_Wc-eend_adviseren...
- 12 Crites J, Kodish E. Unrealistic optimism and the ethics of phase I cancer research. *J Med Ethics*. 2013 Jun ; 39(6) : 403-6
- 13 The AM, Hak T, Koëter G, Van Der Wal G. Collusion in doctor-patient communication about imminent death: an ethnographic study. *BMJ*. 2000 Dec 2 ; 321(7273) : 1376-81.
- 14 http://www.booz.com/media/file/BoozCo_Kwaliteit-als-medicijn.pdf
- 15 <http://www.cvz.nl/binaries/content/documents/zinl-www/documenten/publicaties/rapporten-en-standpunten/2011/1101-robotprostaatchirurgie-vanzelfsprekend/1101-robotprostaatchirurgie-vanzelfsprekend/Robotprostaatchirurgie%3A+Vanzelfsprekend.pdf>
- 16 http://repository.kwfkankerbestrijding.nl/PublishingImages/kwaliteitkankerzorg_h26_juli2010.pdf
- 17 http://www.nfu.nl/pdf/Beperkt_Zicht_-_Eindrapport_Onderzoek_Bruikbaarheid_Zichtbare_Zorg_indicatoren.pdf
- 18 Guly H, Higginson I. Obituary for the four-hour target. *Emerg Med J*. 2011 Mar;28(3):179-80
- 19 <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/4339653.stm> , <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/4347299.stm> , <http://www.telegraph.co.uk/health/healthnews/10071195/Overcrowded-AandE-departments-drop-four-hour-waiting-target.html>
- 20 <http://www.midstaffsinquiry.com/documents.html>
- 21 <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/7948943.stm>
- 22 http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/england/staffordshire/7948293.stm
- 23 http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst_content/nl/documenten/rapporten/2009/rpt0906+pakketbeher+in+praktijk.pdf
- 24 <http://www.bmj.com/content/342/bmj.d1745>
- 25 Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med*. 2010 Dec 23;363(26):2477-81.
- 26 http://www.forachange.nl/index.php?option=com_content&task=view&id=13&Itemid=27
- 27 http://en.wikipedia.org/wiki/Theory_X_and_Theory_Y

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. Stafid Heelkunde
Academisch Ziekenhuis Leiden, specialisatie
endocriene en hoofd/hals-chirurgie,
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

Job Kievit combineert al enige decennia de klinisch-chirurgische praktijk met onderzoek in de medische besliskunde en technology assessment. Vanuit deze combinatie van expertises houdt hij zich al lang bezig met doelmatigheid en kwaliteit van zorg, en is 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 het perspectief van de individuele patiënt anderzijds - heeft daarbij zijn bijzondere aandacht.

Omzetting van zijn hoogleraarschap Medische Besliskunde naar dat van Kwaliteit van Zorg is voor hem een natuurlijke ontwikkeling. Optimale zorg vergt immers evenzeer antwoord op de beslis-vraag 'Wat is de beste keuze?' als op de vraag 'Hoe wordt die keuze het beste uitgevoerd?'

In deze oratie plaatst hij Kwaliteit van Zorg in historisch perspectief. Hij gaat in op het probabilistische karakter van de geneeskunde, en op de spanningsvelden tussen getallen en mensen en tussen simpele oplossingen en complexe problemen. Hij betoogt dat de problematiek van zorgkwaliteit en -kosten te groot, complex en urgent is voor partij- en tegenstander-denken. Die problematiek dwingt ons - patiënten, hulpverleners, verzekeraars en overheid - tot een gezamenlijke aanpak, inclusief een heroverweging van de balans tussen intrinsieke motivatie van de hulpverlener en extrinsieke controle.

15



Universiteit
Leiden