

University of Groningen

De groeiende rol van media in de gezondheidszorg

Hubben, Joep

Published in:
Toegewijde dokters

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2016

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Hubben, J. (2016). De groeiende rol van media in de gezondheidszorg: Do's en don'ts voor artsen en ziekenhuizen. In F. Smeenk, H. Rutten, & E. van de Laar (editors), *Toegewijde dokters: Waarom de niet-medische competenties geen bijzaak zijn* (1 redactie, Vol. 5, blz. 183-197). [9] (Catharina-reeks; Nr. 6). Garant Publishers.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

nes waarvan de koers door de piloot en co-piloot bepaald wordt, maar ook als een soms chaotisch lijkende 'zwerm' met een eigen groepsintelligentie die des te efficiënter werkt naarmate de cohesie en verbondenheid gestimuleerd en ontwikkeld worden. *Communication* suggereert dat er in vergaderingen voldoende (ventileer)ruimte moet blijven voor het 'rommelige verhaal' van de werkvloer. Ook helpt het om delicate, persoonlijke boodschappen niet per e-mail maar *face-to-face* te communiceren, meen ik. Een derde structurele suggestie betrof een pleidooi voor een bepaald type 'externe experts', namelijk *Care experts* die een belangrijk onderdeel kunnen vormen in de structurele aandacht voor beleving van artsen en zorgverleners.

Ik gaf tenslotte vier persoonlijke tips die helpen om staande te blijven in het oog van de organisatorische storm en om aldus goede beslissingen te nemen: met de C van *Counsel*. Zeg 'ja' op waar je in je element voelt. Als je je lamendig voelt: beslis niets – tenzij het echt moet – maar doe wel iets eenvoudigs en haalbaars om de positieve dynamiek terug te vinden. Maak van je stokpaardje geen nachtmerrie en word bewust van je blinde vlek, die de keerzijde is van één van je kwaliteiten en goede intenties. Ten slotte: weersta cynisme, doseer ironie en ontwikkel humor en op die wijze relati-veerkracht.

Literatuur

- Desmet, M. (2009). *Liefde voor het werk in tijden van management. Open brief van een arts*. Tiel: Lannoo (derde druk).
- Desmet, M. & R. Grommen, (2013). *Moe van het moeten kiezen. Op zoek naar een spiritualiteit van de zelfbeschikking*. Tiel: Lannoo, herwerkte en geactualiseerde versie (zesde druk 6).
- Desmet, M. (2015). *Euthanasie: waarom niet? Pleidooi voor nuance en niet-weten*. Tiel: Lannoo.
- Malabou, C. (2004). *Que faire de notre cerveau?* Parijs: Bayard.
- Stoopendaal, A. (2008). *Zorg met afstand. Betrokken bestuur in grootschalige zorginstellingen*. Assen: Van Gorcum.
- Verhaeghe, P. (2012). *Identiteit*. Amsterdam: De Bezige Bij.
- Verstracten, J. (2003). *Leiderschap met hart en ziel. Spiritualiteit als weg naar oorspronkelijkheid*. Tiel: Lannoo.

9 DE GROEIENDE ROL VAN MEDIA IN DE GEZONDHEIDSZORG

Do's en don'ts voor artsen en ziekenhuizen

Joep Hubben

Het werk van artsen en ziekenhuizen staat in het middelpunt van de belangstelling. De aanleidingen daarvoor zijn zeer verschillend. In willekeurige volgorde noem ik enkele daarvan: het gestegen verwachtingspatroon van patiënten, onder andere gevoerd door het *live* op televisie vertonen van heroïsche operaties; ernstige incidenten (de zaak Jansen Steur en de PIP- affaire over lekkende borstimplantaten); onevenwichtige conclusies over sterftecijfers (Ruwaard van Putten Ziekenhuis); het aangescherpte beleid van toezichthouders ('*namingshaming*', bij vermoeden van declaratiefraude); en het met steeds meer publiciteit omgeven inkoopbeleid van zorgverzekeraars. Dat alles betekent dat artsen en ziekenhuizen zich moeten realiseren dat zij zich in een context bevinden waarin steeds rekening moet worden gehouden met het effect dat hun handelen (en ook het niet-handelen) in de media kan hebben. Het getuigt van naïviteit om ervan uit te gaan dat dit een aspect is dat alleen aan de afdeling voorlichting kan worden overgelaten.

Gezondheidszorg is media-item geworden

Wij zien onmiskenbaar een groeiende rol en invloed van media in de gezondheidszorg, zoals ontegenzeggelijk blijkt uit het snel gestegen aantal medische reality programma's op de Nederlandse televisie, zoals *De Dorpsdokter*, *Ingang Oost*, de *Centrale Huisartsenpost*, het *Kindersziekenhuis*, *Trauma NL*, et cetera.

Dit is mede te verklaren uit het feit dat, zoals onderzoek steevast bevestigt, gezondheid voor burgers de hoogste prioriteit heeft.¹

Aan dit effect draagt ook bij dat organisaties als de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) steeds meer de media welbewust inzetten voor hun beleidsdoelinden.

Ik noem als voorbeeld de per 1 januari 2014 ingevoerde verplichting voor ziekenhuizen om onder andere sterftecijfers te publiceren.² Op basis van de in de Wet Marktordening Gezondheidszorg (art. 62, eerste lid jo. art. 68) neergelegde bevoegdheid tot het stellen van regels op het gebied van informatievoorziening over aangeboden prestaties, heeft de NZa de instellingen verplicht om sterftecijfers te publiceren met als doel die cijfers '... op eenduidige wijze transparant en vergelijkbaar te maken voor consumenten' (art. 2). Daartoe moet de HSMR (Hospital Standardized Mortality Ratio) worden berekend door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) of op basis van het model van het CBS worden vastgesteld. Overigens zijn sommige ziekenhuizen al voor de invoering van de publicatieplicht, dus proactief, overgegaan tot publicatie van de sterftecijfers.

De NZa beschouwt deze cijfers als een 'goede indicator voor de kwaliteit van geleverde zorg' en voegt daaraan toe: 'De verplichte publicatie van deze cijfers zorgt ervoor dat de kwaliteit van zorg beter vergelijkbaar wordt'.³ Het is maar zeer de vraag of een HSMR die hoger is dan het gemiddelde, wijst op onveiligere zorg. De Onderzoeksraad voor de Veiligheid is hierover nogal stellig en schrijft dat: 'de HSMR in de huidige vorm niet geschikt is omdat die wel patiënt gerelateerde factoren meeweegt, maar geen andere factoren die een vertekening kunnen geven in de HSMR'.⁴

Zo zijn er in sommige regio's eenvoudig meer voorzieningen voor terminale zorg dan elders, waardoor in een ziekenhuis meer patiënten overlijden enkel omdat het ziekenhuis een patiënt niet kan overplaatsen. Daarnaast is lang niet altijd sprake van een betrouwbare registratie, bijvoorbeeld omdat een patiënt die op de Spoed Eisende Hulp overlijdt soms wel en soms niet wordt geregis-

1 Zie bijvoorbeeld Kooiker & Hoymans, 2014.

2 NZa, 2014.

3 Algemene Toelichting bij de in noot 3 genoemde regeling.

4 Onderzoeksraad voor de Veiligheid, 2013, 40.

treed voor de HSMR. Ik meen echter dat de HSMR desondanks een nuttige rol kan spelen bij de interne discussie in het ziekenhuis over de vraag waarom er afwijkingen bestaan ten opzichte van het landelijk gemiddelde en welke acties daarop eventueel kunnen worden ondernomen. In die zin kan de HSMR een bewustwordingsproces stimuleren, zoals ook gebeurde na het verschijnen in de Verenigde Staten van het opzienbarende rapport 'To err is human'. Als vervolg daarop is in Nederland een reeks onderzoeken uitgevoerd die tot resultaat hebben gehad dat het onderwerp 'vermijdbare schade' in de kring van ziekenhuizen en medisch specialisten hoog op de agenda is gekomen. In veel ziekenhuizen zijn programma's hieromtrent gestart, mede gestimuleerd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Ook de versnelde invoering van *time-out* en SURPASS (Surgical Patient Safety System) procedures op de operatiekamers kan hieraan ongetwijfeld worden toegeschreven, met als gevolg een reductie van morbiditeit en mortaliteit. De onderzoeken door de NZa naar vermeende declaratiefraude zijn eveneens met veel publiciteit omgeven, duidelijk met preventie als doel.

Ook de IGZ treedt de laatste jaren veel meer in de openbaarheid en maakt bij haar beleid actief gebruik van de media.⁵ In 2014 liet de Inspecteur Generaal in een met veel publiciteit omgeven vraaggesprek weten dat de IGZ in 2013 twee keer zo vaak artsen en andere hulpverleners heeft gemaand de praktijk te staken en 33 keer hun praktijk stil legde.⁶

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) bracht in 2014 de uitkomsten van onderzoek naar praktijkvariatie tussen ziekenhuizen bij de behandeling van een zevental ziektebeelden met veel publiciteit naar buiten met als doel een 'discussie te starten'.⁷

Het op 1 april 2014 van start gegane Zorginstituut Nederland en het daaronder ressorterend Kwaliteitsinstituut maakt ook gebruik van media om publiciteit te verkrijgen. Het doel van dit instituut is immers in de woorden van de

5 Hubben, 2012.

6 O.a. gepubliceerd in Limburgs Dagblad 10 februari 2014.

7 Zie o.a. NRC Handelsblad 9 april 2014.

minister: 'Patienten moeten weten wat goede zorg is. Wat ze mogen verwachten en wat ze kunnen verwachten en waar ze moeten zijn om die goede zorg te krijgen.'⁸

Deze sterk toegenomen media-aandacht voor de gezondheidszorg heeft positieve en negatieve effecten. Beide aspecten komen hierna aan de orde.

Positieve effecten

De volgende voorbeelden van een positief media-effect op de gezondheidszorg kunnen worden genoemd. Een eerste voorbeeld betreft het terrein van de mastectomie, de borstamputatie bij vrouwen met borstkanker. Chirurgen ontwikkelden in de vorige eeuw steeds agressievere operaties om kanker uit het lichaam weg te snijden. Zij hadden een heilig geloof in hun handelen.

Zo beschrijft het boek *De heizer aller ziektes* (2011) van de Amerikaan Mukherjee de ontwikkeling van de radicale mastectomie, waarbij de borst werd weggenomen, de spieren daaronder en de lymfeklieren erom heen. Hoewel al snel duidelijk werd dat niet de chirurgie de overleving bepaalde, maar de uitzaaiingen, gingen chirurgen steeds verder naar 'super radicale' en zelfs 'ultra radicale' behandeling, waarbij niet alleen de borst maar ook de borstspieren, de okselklieren, de borstwand en soms zelfs ribben, stukken borstbeen, sleutelbeen, een hele arm en de lymfeklieren in de borstkas werden verwijderd.⁹ Jonge chirurgen die probeerden dit ter discussie te stellen en een objectief onderzoek te starten werden tegengewerkt door de gevestigde orde. De auteur beschrijft dat het aan de publiciteit en de media, samen met de opkomende patiëntenbeweging, te danken is dat uiteindelijk wel een objectief onderzoek mogelijk werd. Die publieke aandacht gaf patiënten meer informatie en samen met de kritiek van de media konden breder opgezette trials starten, waarin ook borstsparende chirurgie gevolgd door bestraling, werd betrokken. Het duurde tot begin jaren '80 voordat de resultaten van een vergelijking tussen radicale mastectomie, gewone mastectomie en borstsparende chirurgie gevolgd door bestraling, bekend werden. Het bleek dat het percentage borstkanker recidive, sterfte en metastasering

⁸ Toespraak van de minister van VWS op 2 april 2014 bij de start van het Zorginstituut Nederland. Zie ook over de voorgeschiedenis: Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer, 14 juni 2011, kenmerk CZ/PKI-3061827.

⁹ Mukherjee, 2011.

naar verre organen, bij alle drie de groepen statistisch gelijk was. De radicale mastectomie wordt tegenwoordig gelukkig zelden meer toegepast.

Een voorbeeld dichterbij huis: zou de aandacht, ook van politici, voor ernstig probleemgedrag in de verstandelijk gehandicaptenzorg zo groot zijn geweest zonder de indringende foto's en tv-beelden van Jolanda Venema, maakt met een band vastgebonden aan de muur? En meer recent van de eveneens vastgekende Brandon?¹⁰

En dan de zaak Jansen Steur. Zowel de tuchtzak¹¹ als de strafrechtelijke vervolging zijn pas na veel media-aandacht aanhangig gemaakt, overigens op initiatief van patiënten. In het strafvonnis overweegt de rechtbank met zoveel woorden dat het aan de media te danken is dat het tenslotte tot een strafzaak tegen de inmiddels ex-neuroloog is gekomen.¹² Overigens is het bepaald navrant dat de voormalig bestuurder van het Medisch Spectrum Twente, aan wie het tuchtcollege een berisping oplegde in de zaak Jansen Steur, nu juist de media in alle opzichten uit de weg wist te gaan. Hij heeft geen schriftelijk verweer gevoerd en is zelfs niet verschenen bij de mondelinge behandeling van de klacht.¹³

Ook de zaak Sylvia Millicam, en daarmee samenhangend de rol van medium Jomanda, zou nooit zo prominent in de algemene belangstelling zijn gekomen, zonder de aanhoudende interesse van de media daarvoor.¹⁴

Een nieuwe variant is dat patiënten zelf via de media aandacht vragen voor de kwaliteit van zorg, zoals in het voorjaar van 2014 in een tv-uitzending over TBS-kliniek De Rooyse Wissel, waarin patiënten meldden dat zij zich onveilig voelden als gevolg van binnengesmokkelde wapens en mobiele telefoons.¹⁵

¹⁰ Zie o.a. NRC Handelsblad 22 juli 1999 (Jolanda Venema) en 20 januari 2011 (Brandon).

¹¹ Rechtbank Overijssel, 11 februari 2014, Gezondheidszorg Jurisprudentie, 2014, 3 (met noot T.M. Schalken).

¹² Rechtbank Overijssel, 11 februari 2014, Gezondheidszorg Jurisprudentie, 2014, 3 (met noot T.M. Schalken).

¹³ Tuchtcollege Gezondheidszorg Zwolle, 20 december 2013 en 10 januari 2014, Gezondheidszorg Jurisprudentie, 2014, 3 (met noten J.H. Hubben).

¹⁴ Zie o.a. Hoge Raad 12 maart 2013, Gezondheidszorg Jurisprudentie, 2013, 5, nr. 83 (met noot J.H. Hubben).

¹⁵ EO Tv-uitzending, Dit is de dag, 23 april 2014.

Negatieve effecten

De media hebben natuurlijk niet als primaire doelstelling om de gezondheidszorg positief te beïnvloeden. Media willen publiceren wat de aandacht trekt en daardoor goed verkoopt. Zoals een Kamerlid dat schorsing van de NZa-bestuurders eist nog voordat het onderzoek van de commissie Borstlap zelfs maar is aangevangen, wat goed is voor een prominente plaats in het NOS Journaal. De media zoeken naar primeurs, emoties, mensen die uit ijdelheid onthullingen willen doen, smeuge conflicten. Of dit de gezondheidszorg, instellingen, professionals, bestuurders, bewindslieden of patiënten negatief beïnvloedt is niet hun eerste zorg.

Ik verbaas mij steeds weer over het korte geheugen van journalisten. Hoe vaak ik de afgelopen jaren, na weer een bericht over een medische schadeclaim, niet de vraag van journalisten heb gekregen: 'Krijgen we nu Amerikaanse toestanden?' Aan dat collectieve korte geheugen draagt bij dat journalisten betrekkelijk snel van positie wisselen en er dus weinig ervaring wordt gecumuleerd. Daarbij geldt dat het voor een journalist vooral gaat om het voor velerlei uitleg vatbare begrip 'nieuwswaarde'. Ook dat is niets nieuws. Het belang van nieuwswaarde wordt echter steeds groter. Tegenwoordig heeft een journalist al geen belangstelling meer voor een nieuwsfeit wanneer daarover, hoe kort tevoren ook, in een ander medium is gepubliceerd. Media beconcurreren elkaar om een primeur te krijgen.

Ik noem de volgende voorbeelden van een negatief media-effect op de gezondheidszorg en ga in op de juridische gevolgen daarvan. Bij dit laatste moet ook worden gedacht aan reputatieschade.

De lijfarts van de oud-president van Frankrijk, François Mitterrand, onthulde vanwege het gewenste media-effect allerlei details over zijn patiënt. Ik doel op de arts Claude Gubler die enkele dagen na het overlijden van Mitterrand een boek publiceerde getiteld '*Le grand secret*' waarin hij schreef dat zijn patiënt in 1981, dus aan het begin van diens eerste termijn als president, al wist dat hij aan kanker leed maar verlangde dat dit als een staatsgeheim werd bewaard. De arts werd naar aanleiding van deze publicatie strafrechtelijk vervolgd wegens schending van zijn beroepsgeheim en het boek is daarop uit de handel genomen.¹⁶

¹⁶ Gubler, C. & Gonod, M. (1996). *Le Grand Secret*. Paris: Plon.

In Nederland hadden wij het geval van de patholoog die in 2005 na het overlijden van de destijds oudste inwoner van Nederland haar naam, leeftijd, woon- en verblijfplaats evenals belangrijke details uit haar medische voorgeschiedenis en de uitkomsten van het sectie onderzoek, bekend maakte.¹⁷

Nog recentier is het geval van de neurochirurg die min of meer op de plaats van het ongeluk van prins Friso een medische analyse gaf van diens comateuze toestand en wel zo dat zijn partner, een journaliste, dit kon brengen als grote primeur op de voorpagina van NRC Handelsblad. Het kwam de neurochirurg op een berisping van het tuchtcollege te staan wegens privacy-schending.¹⁸

De ondergang van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis is in november 2011 begonnen met onrust over sterftecijfers die waren gebleken uit een onderzoek dat het ziekenhuis zelf had laten uitvoeren. De IGZ kondigde direct na ontvangst van de onderzoeksgegevens een opnamestop voor de afdeling cardiologie af. Enkele weken daarna bracht een landelijk ochtendblad het rapport met de sterftecijfers op de voorpagina. Dit leidde tot een storm van kritiek op het ziekenhuis, de organisatie raakte volledig op drift, de patiënten stemden met de voeten en bleven weg. Uiteindelijk volgde in juni 2013 het faillissement van dit ziekenhuis dat kort voordien nog tot de top 10 van de meest solvabele Nederlandse ziekenhuizen behoorde.

De Onderzoeksraad voor Veiligheid heeft een uitvoerig rapport gewijd aan het Ruwaard van Putten Ziekenhuis.¹⁹ Daaruit blijkt dat er veel schortte aan de samenwerking tussen bestuur en medisch specialisten. Het verslag spreekt onder andere over een '*problematisch sociaal contract*' tussen beide groepen en van '*onvoldoende gezamenlijke verantwoordelijkheid*' voor de sturing binnen het ziekenhuis.²⁰ Maar op meerdere plaatsen schrijft de Onderzoeksraad dat deze '*patstelling in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis bepaald niet uniek is*' en verwijst daarbij onder andere naar het VUmc, het Refaja Ziekenhuis, het Scheper Ziekenhuis en het RadboudUMC.

¹⁷ Van der Hart, 2012.

¹⁸ Tuchtcollege Gezondheidszorg Amsterdam, 23 april 2013, Gezondheidszorg, Jurisprudentie 2013, nr. 121 (met noot M.C. Ploem).

¹⁹ Onderzoeksraad voor de Veiligheid, 2013.

²⁰ P. 33, respectievelijk p. 34.

Op verzoek van het ziekenhuis onderzocht de commissie Danner de dossiers van alle patiënten overleden tussen 1 januari 2010 en 30 november 2012. De opmerkelijke conclusie van deze commissie luidde dat 'De door zorg veroorzaakte schade en de mate waarin die heeft bijgedragen aan het overlijden over de onderzoeksperiode in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis niet afwijkt van wat in andere soortgelijke ziekenhuizen in Nederland wordt gevonden' (onderstreping JH).²¹

Ofschoon ook deze uitkomst van het commissie-onderzoek wel enige aandacht kreeg in de media, kon die het ziekenhuis niet meer baten: het faillissement was drie maanden voordien al uitgesproken.

Dat ook hoogleraren, binnen en buiten de gezondheidszorg, zich soms te veel laten leiden door de wens om in de (vak)pers te scoren, is door een reeks incidenten de afgelopen jaren op pijnlijke wijze wel gebleken.

Sociaalpsycholoog Diederik Stapel ging er zelfs toe over nieuws te creëren (het meest bekende voorbeeld daarvan: vleeseters zijn agressiever dan vegetariërs). Al moet daar direct aan worden toegevoegd dat de sterk toegenomen publicatiedruk vanuit universiteiten in combinatie met de soms perverse prikkels van de voor tijdschriften bestaande *citation-index* daaraan ook debet zijn.

Dat het daarbij niet om incidenten gaat, blijkt wel uit het krachtig pleidooi voor strengere regels voor biomedisch onderzoek dat de National Institutes of Health, de belangrijkste subsidie verlenende instantie voor medisch onderzoek in de Verenigde Staten, onlangs in het tijdschrift *Nature* publiceerde.²²

Het instituut signaleert onder andere dat studies met negatieve resultaten vaak niet worden gepubliceerd omdat tijdschriften positieve resultaten willen zien. Dat is aantrekkelijker voor de lezers en beter voor het *impact* cijfer. De auteurs spreken daarbij zelfs van een ongezonde omgeving ('*unhealthy environment*') voor onderzoeken en roepen in dat verband tijdschriften en uitgeverij op om ook negatieve onderzoeksresultaten te publiceren.

21 Rapport Dossieronderzoek betreffende alle overleden patiënten in de periode 01-01-2010 t/m 30-11-2012 in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis, 2013.

22 Collins & Tabac, 2014.

Ook de academische setting is dus geen afdoende waarborg tegen ongewenste invloeden van media. Dat is wel gebleken in de Eyeworks-affaire waardoor het VUmc grote reputatieschade heeft opgelopen.

Eyeworks was voor een nieuwe televisieserie (*24 uur spoedeisende hulp*) op zoek naar 'menselijke verhalen, gefilmd vanuit het gezichtspunt van patiënten en medewerkers op een SEH'.²³ Het VUmc sloot een overeenkomst met Eyeworks en gaf toestemming om op de Eerste Hulp 35 (!) camera's te plaatsen en daar voorts een regiekamer in te richten. Met de filmopnames van patiënten was geen enkel medisch doel gediend. Het ging alleen om het verkrijgen van publiciteit. Die heeft het VUmc ook gekregen, maar dat bleek louter negatieve publiciteit. Onder druk daarvan zijn de opnames gestaakt en bleef het bij één uitzending. Het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) oordeelde dat de aan patiënten verstrekte informatie 'te summier' is geweest en dat het maken van de opnames in alle gevallen 'een grondslag en uitzonderingsgrond ontbeelden in de zin van art. 8 onder a, respectievelijk art. 23, eerste lid onder a WBP'.²⁴ Met het OM trof het VUmc een schikking wegens 'het opzettelijk schenden van het medisch beroepsgeheim'. De onzorgvuldige gang van zaken in het VUmc verbaast des te meer omdat in dit ziekenhuis, evenals elders, bij operatieve ingrepen, zoals galblaasoperaties en bepaalde longoperaties, in toenemende mate juist van videoregistratie gebruik wordt gemaakt en men dus vertrouwd zou moeten zijn met de waarborgen die bij het gebruik van dergelijke media horen.²⁵

Risico's van gebrek aan aandacht voor media-effect

In de afgelopen jaren hebben meerdere incidenten pijnlijk aangetoond dat een gebrek aan aandacht voor media-effecten grote risico's voor artsen en ziekenhuizen met zich mee brengt.

De tijdelijke sluiting van de afdeling cardiochirurgie van het RadboudUMC, die veel imagoschade voor ziekenhuis en artsen veroorzaakte, werd ingeleid door een naar de media gelekte e-mail met zorgwekkende sterftecijfers op die afdeling.²⁶

23 Zie o.a. NRC Handelsblad, 24 februari 2012, 'Een camera in je milk op de spoedeisende hulp, VUmc: kan prima'.

24 Brief College Bescherming Persoonsgegevens, 11 april 2012.

25 Blaauw & Hubben, 2011.

26 Zie daarover Hubben & Sijmons, 2009.

Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft pijnlijk moeten ervaren dat het meer gebruik maken van media en publiciteit bepaald niet zonder risico is.

Zo heeft de IGZ moeten ervaren dat voorzichtigheid past bij een al te snelle inhoudelijke reactie op signalen in media en maatschappij over vermeende misstanden in de gezondheidszorg. Een voorbeeld van een al te voorbarige actie met groot extern effect is de sluiting door de IGZ van de Intensive Care (IC) van 13 ziekenhuizen. De Nationale Ombudsman oordeelde dat de IGZ in de omgang met de media 'onvoldoende rekening heeft gehouden met de (nadelige) gevolgen' van het op deze wijze bekend maken van de op korte termijn te treffen maatregelen. Daarmee werd de suggestie gewekt van onverantwoordelijke zorg op de IC's en van dreigende sluiting. Door zo te handelen heeft de IGZ 'onvoldoende rekening gehouden' met de mogelijke reputatieschade van de ziekenhuizen en de onrust bij patiënten en hun familie.²⁷

Aan de groeiende praktijk van de IGZ om besluiten tot verscherpt toezicht met naam en toenaam te publiceren, zittende eveneens de nodige haken en ogen en dit roept de vraag op hoe het is gesteld met de rechtsbescherming van artsen en beroepsbeoefenaren.

Onlangs heeft de Raad van State het bevel (op basis van art. 40 BIG) heropenen dat de IGZ gaf aan een arts om de praktijk te staken. Tevens werd de IGZ veroordeeld tot een schadevergoeding.²⁸ De Centrale Raad van Beroep veroordeelde recent een ex-inspecteur tot betaling van schadevergoeding wegens het eigenmachtig en te vroeg indienen van een klacht bij het tuchtkollege over een vaatchirurg en het in strijd met de waarheid mededelen aan de toezichthouder in Engeland, waar de vaatchirurg inmiddels werkte, dat hij in Nederland was geschorst.²⁹

²⁷ Nationale Ombudsman, 24 juni 2010, GJ 2010, 112.

²⁸ Raad van State, 26 februari 2014, nr. 201302175/1/A2.

²⁹ Centrale Raad van Beroep, 2 december 2013, ECLI: NL: CRvB: 2013: 2574.

Beschouwing

Het is duidelijk dat de media een groeiende invloed hebben op de gezondheidszorg. Verschillende aspecten zijn ook hier te onderscheiden.

De verhalen over de zorg en wat wij accepteren en niet accepteren lopen ook via de algemene media. Maar media staan in een politiek spanningsveld en oefenen zelf macht uit door de openbare beeldvorming. Een voorbeeld daarvan is de eerder genoemde indringende publiciteit over de lotgevallen van de verstandelijk gehandicapten Jolanda Vénema en Brandon. Dit toont aan dat massieve media-aandacht loont. Zonder overdrijving kan worden gezegd dat het wetsvoorstel 'Zorg en dwang' zonder die publiciteit niet tot stand zou zijn gekomen. Daarnaast moet worden vastgesteld dat media en het gebruik van media door partijen, steeds meer een puur commercieel belang vertegenwoordigen. Het gaat dan om de markt van nieuws en de marktwaarde van reputaties. Hoe ver die commerciële invloed inmiddels reikt blijkt wel uit de steeds uitgekierdere vormen van sponsoring van televisieprogramma's en een medium als YouTube, waarvan het doel is om zoveel mogelijk winst te behalen uit de gebruikers daarvan.

Het belang van welbewust omgaan met media, en dus een mediastrategie, wordt versterkt door het feit dat wij bij iedere calamiteit in de gezondheidszorg getuige zijn van de zogenaamde risico-regelreflex: de reflex om de verantwoordelijkheid voor risico's en incidenten bij de overheid te leggen en de 'overreactie' van overheid en politiek op dergelijke risico's en incidenten. Dat alles leidt ook tot veel media-aandacht. Een voorbeeld daarvan is de zaak baby Jelmer, waarbij het ging om het onvoldoende reageren op diens kritieke toestand. Die zaak is in 2011 ruim in de publiciteit gekomen omdat de IGZ daarin voor het eerst publiekelijk een eerder uitgebracht inspectierapport terugnam omdat dit onvoldoende werd gedragen door de feiten.³⁰ In een persbericht hierover bood de Inspecteur-Generaal zijn verontschuldigingen aan voor de gang van zaken, met name voor de ruim drie jaar die met de afdoening van de betreffende melding gemoeid was.³¹ Ook dat is nieuw: de IGZ licht, evenals andere toezichthouders – zie bijvoorbeeld de Nederlandse Zorgautoriteit naar aanleiding van de publicatie van een zwartboek – onder het vergrootglas van de media.

³⁰ Nationale Ombudsman, Rapport 2011/357.

³¹ IGZ, 5 juli 2011.

Het is duidelijk dat de media een groeiende invloed hebben op de gezondheidszorg. Het is van belang dat artsen zich ervan bewust zijn dat dit een *fact of life* is. Een actief, strategisch mediabeleid is daarom nodig. In de bestuurskundige literatuur wordt die actieve benadering aangeduid met de naam *issuattention*-perspectief.³²

Een voorbeeld van actief mediabeleid is de uitgave van de KNMG 'Dit nooit weer', een boekje met een verzameling van teksten waarin artsen, zij het wat laat na het begaan daarvan, een medische fout gingen 'opbiechten'.³³

Een ander goed voorbeeld is het initiatief van Medisch Spectrum Twente om actief de media (met name Medisch Contact) te benaderen nadat men zelf had vastgesteld dat gedurende een reeks van jaren bij de behandeling van schaaflipkanker was gehandeld in strijd met het geldende protocol. Er werd niet gewacht totdat de media deze tekortkoming op het spoor kwamen, maar het ziekenhuis en de betrokken gynaecologen registreerden zelf de publiciteit, met name via het aan Medisch Contact gezonden artikel.³⁴ Opmerkelijk is dat andere media vervolgens nauwelijks aandacht aan deze zaak hebben besteed. Dat zou beslist anders zijn geweest indien de media het initiatief hadden gehad tot de bekendmaking van dit verhaal.

Enkele do's en don'ts

Gezondheid is voor mensen het hoogste goed. Daarmee is het onvermijdelijk een onderwerp dat in de media veel aandacht krijgt en zal houden. Instellingen en beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg moeten zich realiseren dat een professionele benadering van de media daarom geboden is. Dat betekent ook rekening houden met de mogelijkheid van publiciteit. Afwezigheid van het besef daarvan getuigt van naïviteit. De besproken casuïstiek leidt tot de volgende adviezen:

- De toezichthouder heeft tanden gekregen: zelfs een inval hoort tot de mogelijkheden. Wees daarop voorbereid. Welke gedragslijn wordt gevolgd? Stem dat intern af.

³² Van der Steen, Klijn, Van Twist, Van Wijk & Schepensse, 2013.

³³ *Dit nooit weer*, uitgave KNMG 2010.

³⁴ Medisch Contact, 2014, nr. 15.

- Wees voorzichtig met het verspreiden van (sterfte) cijfers en behandeluitkomsten, meer in het bijzonder als dat gebeurt via e-mail verkeer;
- Weeg alle aspecten goed af bij het verlenen van medewerking aan publiciteitsmedia. Is het beroepsgeheim voldoende gewaarborgd? Is voldaan aan het informatie- en toestemmingsvereiste van eventueel betrokken patiënten? Ook na overlijden van de patiënt duurt het beroepsgeheim voort. Zorg ervoor dat de voorwaarden voor medewerking ook schriftelijk zijn vastgelegd.
- Neem in geval van ernstige incidenten waarbij een gerede kans op publiciteit bestaat, zelf op gecontroleerde wijze het initiatief en wacht niet tot de media u op het spoor komen.
- Realiseer u goed dat de media een eigen belang hebben en niet primair erop uit zijn om de kwaliteit van de gezondheidszorg te bevorderen.
- Beschouw het als vanzelfsprekend dat juridische aspecten onvermijdelijk (mede) uw beroepsuitoefening beïnvloeden. Dat is een maatschappelijke ontwikkeling die niet te keren valt. Kennisname van elementaire ontwikkelingen, zoals beslissingen van tuchtcolleges, hoort daarbij. Voeg u niet bij de vele artsen die quasi heroïsch zeggen dat zij: 'nooit kennis nemen van uitspraken van tuchtcolleges'.³⁵ Dat is vragen om problemen.

Literatuur

- Blaauw, M.C. & Hubben, J.H. (2011). *Video in de operatiekamer vanuit gezondheidsrechtelijk perspectief*. Den Haag: SDU.
- Collins, F.S. & Tabac, L.A. (2014). Politics: NIH Plans to enhance reproducibility. *Nature*, 505, 612-613.
- Hart, P. van der (2012). Privacybescherming bij wetenschapsbeoefening na overlijden goed geregeld? *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek*, 22(4), 114 e.v.
- Hubben, J.H. & Sijmons, J.G. (2000). Herpositionering van ziekenhuis en vrijgevoerd medisch specialist in hun civielrechtelijke verhouding. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 1, 2-17.
- Hubben, J.H. (2012). De IGZ: van stille kracht naar publieke waakhond. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 2, 96-108.
- Kooiker, S. & Hocymans, N. (2014). *Burgers en gezondheid*, themarapport volksgezondheid, Toekomstverkenning 2014. RIVM en SCP.

- Mukherjee, S. (2011). *De Keizer aller ziektes*. Amsterdam: De Bezige Bij.
- NZa, *Regeling verplichte publicatie cijfers instellingen voor medisch specialistische zorg*, 1 januari 2014.
- Rapport Dossieronderzoek betreffende alle overleden patiënten in de periode 01-01-2010 t/m 30-11-2012 in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis, Amsterdam, 17 september 2013.
- Onderzoeksraad voor de Veiligheid, *Kwetsbare Zorg: patstelling in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis*, Den Haag, december 2013.
- Onderzoeksraad voor de Veiligheid, *Kwetsbare Zorg: patstelling in het Ruwaard Van Putten Ziekenhuis*, Den Haag, december 2013, p. 40.
- Sijmons, J.G. et al. (2013). Tweede Evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Reeks evaluatie regelgeving nr. 37). Den Haag: ZonMw.
- Steen, M. van der, Klijn, E.H., Twist, M. van, Wijk, A. van & Schepens, J. (2013). Ruimte voor strategie. *Tijdschrift voor Toezicht*, 4(3), 26-42.

10 COMPETENTIE INZAKE OMGAAN MET ZINGEVINGVRAGEN

Een onderzoek onder artsen in academische ziekenhuizen in Nederland

Jos Pieper, Wim Smeets & Nicolette Hijweege

Een arts uit het Radboudumc getuigt in een bijdrage aan het interne communicatieblad *Radbode*, over de sensitiviteit voor zingevingsthemas van een arts:

Een vrouw vol met plannen voor de toekomst. Omgeven door een sportieve familie, ze was net een mooie studie begonnen. Iedereen zegt tegen je als je wat aan je hart voelt op die leeftijd: ach, dat is wat anders, maak je geen zorgen. Toch lag ze van de een op de andere dag in de operatiekamer en stond alles stil. Voor ze het wist, belandde ze in een totaal ander leven. [...] Nu, zo'n twaalf jaar later, heeft ze nog steeds klachten, maar die lijken niet lichamelijk bepaald. Ze sport niet meer en haar studie is onafgerond. Voor mij was dit weer een leermoment: als het leven zo ingrijpend verandert, hoe ga je dan verder, met alle dromen die je moet opgeven? Wat kun je als dokter eigenlijk het beste doen? Dat is een vraag waar ik nog niet helemaal uit ben.

(Uit: Het moment van Bas Bredie, internist en Chef de Clinique van Interne Geneeskunde, *Radbode* 5, 2015.)

Ernstige ziekte heeft een impact op het hele leven van mensen, op hun beleving van het hier en nu, op hun beschouwing van het leven tot dusver en op de dromen die ze koesteren. Wat een arts aan mensen vertelt tijdens gesprekken over diagnose en behandeling zet meer dan eens het levensperspectief op zijn kop. Daartoe zal een arts zich dan ook voortdurend dienen te verhouden: in het hele traject is de patiënt een mens die betekenis geeft aan wat hem overkomt.