

KEN JE DAT LAND ACHTER DE REGELS, STANDAARDEN EN PROTOCOLLEN ?

Een aantal opmerkingen rond complexe kwaliteit van zorg.

Door: Hans van der Schaaf.

(Dit artikel staat ook op de site van 'Beroepseer'.)

Samenvatting.

Er is tegenwoordig geen(zorg)professional die niet werkt met standaarden, protocollen of andere regels t.a.v. de te verlenen zorg. Daar is op zich niets mis mee. Maar daar waar meerdere standaarden tegelijk moeten worden toegepast of waar verschillende zorgsystemen met ieder een eigen werkwijze integrale kwaliteit moeten leveren, daar doen zich regelmatig problemen voor die niet meer enkelvoudig met regels, standaarden of protocollen zijn op te lossen. Hier dient zich een nieuw kwaliteitsprobleem aan. Een probleem dat om een geheel eigen benadering vraagt. Bij iedere zorgprofessional. Ook wat betreft de beroepsattitude.

Trefwoorden: Kwaliteit van zorg; multi-morbiditeit; zorg perversiteiten, zorgattitude.

1. Aanleiding.

We zien om ons heen het erkennen van een toenemend belang van ‘het je houden aan de regels’. Ook in de zorg.

Kwaliteit en veiligheid voor patiënten en personeel vragen daarom.

En daar is, wat ons betreft, op zich niets mis mee.

Tegelijkertijd zien we, dat we problemen hebben met onze regels:

- Er zijn er teveel.
- Ze spreken elkaar soms tegen.
- En zelf weten we niet altijd of ze nodig zijn of niet.

In de krant lezen we het volgende: *'Het wezenlijke probleem achter de regeldruk in Nederland is dat er nooit eens een minister opstaat die zegt: pech gehad, hier ga ik verder niets mee doen.'* Zalm reageerde hiermee op ergernis nummer één van ondernemend Nederland: regelzucht. Volgens de minister begint het allemaal in de Tweede Kamer. *'Om het minste of geringste word je als minister in de Kamer ter verantwoording geroepen, en dan besluit je een regel op te stellen ter voorkoming van het "onrecht". We moeten durven zeggen: er gaat wel eens iets mis. En daarnaast moeten we ondernemers niet als potentiële criminelen behandelen. Controle achteraf kan ook heel effectief zijn.'* (*1)

Dezelfde dag lezen wij echter ook dit: *'Gebrek aan regels kost levens. De slechte overdracht van informatie tussen ziekenhuizen en ambulances kost levens. In noodsituaties handelt het ambulancepersoneel naar eigen goeddunken, zo blijkt uit een vertrouwelijk rapport van de Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ). Het rapport, dat in mei uitkwam, bevat conclusies van een onderzoek dat de inspectie begon naar aanleiding van een dodelijk incident. Vorig jaar juni stierf een tweejarig jongetje door de fout van een ambulanceverpleger. Tijdens het vervoer van het peutertje gaf de ambulanceverpleger het kind een antibioticum via het infuus, terwijl dat via de neus had moeten gaan. De vergissing was mogelijk doordat het medicijn in een spuit zat die ook aangesloten kan worden aan het infuussysteem. Eind oktober*

*veroordeelde de rechtbank van Assen hem tot werkstraf en voorwaardelijke cel. De verpleger heeft achteraf gezien fout gehandeld en zonder overleg. Ondersteunende regels over medicatie en de bevoegdheden van de ambulanceverpleger ontbreken, zo blijkt uit het rapport. Hierdoor denkt de inspectie dat een herhaling van het fatale incident niet uitgesloten is. (*2).*

Deze problematiek is u waarschijnlijk bekend.

En daar gaat het ons ook niet om in dit artikel.

Wij willen hier aandacht vragen voor het land dat ligt achter de situatie waar precies voldoende en precies de juiste regels, standaarden en protocollen zijn en waar iedereen zich er perfect aan houdt, maar waar toch veel mis gaat. In toenemende mate. Ook in de zorg.

2. Regels, standaarden en protocollen en hun toepassing.

Hoewel ieder verstandig mens het nut van regels, standaarden en protocollen onderschrijft, wil dat niet zeggen dat iedereen zich er ook aan houdt, of vindt dat anderen dat altijd doen. We hoeven maar te wijzen op de overuren die ons justitieel apparaat maakt. Waar bekeken wordt of mensen inderdaad de regels hebben overtreden. En of er wel een goede rede was om dat te doen. Met vaak nieuwe jurisprudentie met bijhorende regels ‘hoe het voortaan moet’, als gevolg.

Nu zijn regels vaak strikter in hun toepassing dan standaarden en protocollen.

Van die laatste mag of moet je soms afwijken.

Zo bleek uit de Tweede Nationale Studie betreffende onze huisartsenzorg (*3) dat ‘het zich houden aan de NHG-standaarden’ nogal varieert. Per standaard, maar ook per praktijk.

De scores varieerden tussen 99,5 procent en 10,5 procent

Ook verpleegkundigen houden zich niet altijd aan richtlijnen: Op de stelling “Binnen mijn team of afdeling houdt men zich *niet* aan de afgesproken regels, richtlijnen en protocollen” antwoord 17 procent bevestigend (*4).

De vraag is waarom men zich niet aan de standaard of protocol houdt.

Niet zelden wordt dit aan ‘laksheid’ of ‘desinteresse’ geweten.

En dan wordt al snel beweerd, dat als men dat nou maar wel deed, de zorg ‘beter’, ‘veiliger’ en ‘goedkoper’ zou worden.

Kortom; een draai om de oren is hier meer dan op z’n plaats.

De vraag is echter of dit helpt. En of het recht doet aan het professioneel handelen van betrokkene(n). Zo blijkt uit gesprekken met huisartsen dat het afwijken veelal gebaseerd is op rationeel professioneel handelen.

Maar mogelijk belangrijker is de constatering, dat degenen die een oordeel over het handelen van professionals uitspreken betreffende het zich niet houden aan regels, standaarden en protocollen, vaak uitgaan van een model dat (nog) maar deels op de huidige werkelijkheid past. En dat er achter deze regels, standaarden en protocollen een nieuw land ligt dat zij en velen met ons niet kennen; laat staan, dat in beeld is wat dit voor gevolgen heeft voor het professionele handelen.

In de zorg.

Maar ook daar buiten.

Daar gaan we nu verder op in.

3. Regels, standaarden en protocollen en hun toepassings situatie.

Regels, standaarden en protocollen willen wij omschrijven als dat wat in een bepaalde situatie als de ‘best practice’ wordt beschouwd. Je moet dus eerst de situatie weten voordat je weet welke regel, standaard of protocol van toepassing is. Situatie en toepassing hangen zo één op één met elkaar samen. En een andere situatie veronderstelt een andere standaard of een andere toepassing daarvan.

Verder zijn er simpele standaarden voor simpele situaties (‘regels’), en meer ingewikkelde voor meer ingewikkelde situaties.

De laatste kenmerken zich vaak door de vele ‘uitzonderingen’.

Alle standaarden en protocollen kenmerken zich door het feit dat ze kunnen worden toegepast in een van te voren gedefinieerde ‘logische ruimte’ met meestal een beperkt aantal dimensies.

Want standaarden ‘die niet praktisch zijn’ werken niet.

Maar ook als ze ingewikkeld zijn, of over meer dimensies beschikken, is de aard van samenhang tussen de relevante aspecten van de standaard helder en van te voren beschreven.

Want als aan deze eis niet wordt voldaan is een standaard ‘vaag’. En daar kunnen we niet mee werken.

Wij willen toelichten dat het in toenemende mate een illusie wordt te kunnen en mogen verwachten dat van te voren alles aan voorkomende situaties en daarop afgestemd professioneel handelen, is te voorzien, laat staan te beschrijven. En dat problemen in die situaties dus *in afnemende mate* (alleen) met regels, standaarden en protocollen te ondervangen zijn.

Dat betekent dat professioneel handelen in toenemende mate naast regels, standaarden en protocollen *nieuwe kwaliteiten m.b.t. professioneel handelen vereist* om de zorg ‘effectief’, ‘veilig’ en ‘patiëntgericht’ te (kunnen) houden.

Daar begint ons ‘nieuwe land’.

4. Complexe materie en de relatie regels, standaarden en protocollen.

De belangrijkste reden dat regels, standaarden en protocollen alleen steeds minder afdoende werken, is de toenemende complexiteit (van zorg) waar we mee van doen hebben.

Die toenemende complexiteit heeft drie redenen :

- De toenemende complexiteit van de wereld.
- De toenemende complexiteit van zorgvraag en zorgverlening.
- De onderlinge interactie tussen deze complexiteiten.

We zullen dit uitleggen..

4.1 De toenemende complexiteit van de wereld.

De filosoof Arnold Cornelis omschrijft de toenemende complexiteit van de wereld in zijn boek ‘Logica van het gevoel’(*5). We gaan daar niet uitvoerig op in, maar hij beschrijft dat na de ontwikkeling van het ‘natuurlijk systeem’(gezin, familie, groep, dorp), we vervolgens te maken kregen met het ‘sociaal regelsysteem’(justitie, verzekeraars, zorgorganisaties,

inspecties), en daarna de ‘zelfsturende mens’ (als klant, patiënt, cliënt die erkenning wil en invloed op de processen waarin hij betrokken is).

Dit nu zijn drie ‘sociale systemen’ met ieder een *eigen* kwaliteit en een *eigen* manier van werken. Zowel wat betreft ‘doel’ als de techniek ‘om dat te bereiken’.

Zo heeft het *natuurlijk systeem* als belangrijkste doel het leveren van ‘veiligheid’.

En het hanteert daartoe regels met een ‘alleen *dit* en zeker niet *dat*’ kwaliteit.

Faalt dit systeem dan ontstaat er ‘angst’.

Het *regelsysteem* is er voor het organiseren van ‘rechtvaardigheid’.

Het hanteert daartoe regels met ‘òf *dit* òf *dat*’ kwaliteit.

Faalt dit systeem dan ontstaat er ‘boosheid’.

Wat betreft de *zelfsturende mens*, die is uit op ‘erkenning’: We willen wat betreft onze kwaliteiten of specialiteiten ‘gezien’ en daarnaar behandeld worden.

Hoe dat altijd precies moet is nog niet geheel duidelijk.

De nieuwe regels daartoe zijn nog volop in ontwikkeling.

Maar ze zullen naar verwachting een ‘én *dit* én *dat*’ kwaliteit kennen.

Faalt dit systeem dan hebben we last van ‘verdriet’.

We leven momenteel in een wereld met drie tegelijk bestaande logische systemen, die ieder hun eigen eisen stellen, hun eigen methoden hanteren en hun eigen vorm van falen kennen. Dat is soms op zich al moeilijk genoeg. Ook al blijf je met je regels steeds binnen één van deze systemen.

Maar als je, om wat voor reden dan ook, vanuit de manier van werken van het ene systeem een regel moet toepassen in de manier van werken van een ander systeem, laat staan in alle drie tegelijk, dan is de kans dat er iets mis gaat groot.

We geven een voorbeeld uit de zorgpraktijk:

Vannacht is een mevrouw bevallen van haar eerste kind.

De bevalling zelf verliep zonder al te veel problemen, maar met de baby ging het al snel minder goed. Er waren allerlei complicaties en het kind moest hals-over-kop in een couveuse naar het Academisch Ziekenhuis. De kersverse vader ging mee.

Al gauw kwamen er berichten dat het niet goed ging: De baby zou het waarschijnlijk niet halen.

Ondanks dat ze net is bevallen en daar nog knap last van heeft, wil ook de moeder naar 'het academisch'. Naar haar kind.

Er is echter een probleem: Eigenlijk zou een ambulance nodig zijn om haar te vervoeren. Maar aangezien de reden voor haar vervoer ‘medisch’ gezien niet nodig is, er is voor de moeder geen medische reden om naar het academisch te gaan, mag dat niet. Of ze moet de kosten zelf betalen.

Een taxi dan? Ook hier is geen indicatie voor. En dat mag dus ook niet, tenzij alweer voor eigen rekening. Overigens: welke taxichauffeur durft een zojuist bevallen vrouw mee te nemen in z'n auto.

Een verpleegkundige mee sturen kan ook niet. Je zit als ziekenhuis 's nachts al met een minimumbezetting.

Het dienstdoend nachthoofd zit zo klem tussen de regels.

Bij het vaststellen van de 'regels' is in deze situatie niet voorzien, en ze geven dus geen oplossing voor dit probleem. De enige mogelijkheid, die zich nu voordoet is, dat de vader op eigen kosten met een taxi uit het academisch ziekenhuis terug komt en vervolgens met eigen auto z'n vrouw mee terug neemt. Hun kind intussen achterlatend. Stervend.

Deze moeder heeft haar kind niet meer levend gezien.

De medisch specialist die dit alles 's nachts van dichtbij had mogen mee maken komt de volgende morgen zijn relaas vertellen. Zijn gezicht spreekt boekdelen. En terecht.

*

De situatie die hier boven beschreven wordt noemen we een 'perversiteit' (*6).

Een 'zorgperversiteit' in dit geval.

Meestal denken we bij een 'perversiteit' aan een of andere 'seksuele aberratie', maar dat is slechts een speciale categorie van een inmiddels breed maatschappelijk verschijnsel:

Een perversiteit ontstaat *als een op zich logische of legitieme regel, standaard of protocol wordt of moet worden toegepast in een situatie waar deze qualitate qua niet (meer) past.*

Niet (meer) past wat er qua zorg- of andere logica moet gebeuren.

Een perversiteit is dus te herkennen aan z'n 'onlogische' uitkomsten in relatie met het doel of de bedoeling van de toegepaste regels, standaarden en protocollen.

'Onlogisch' voor het gevoel. Maar ook onlogisch in de praktijk.

De gevolgen van een perversiteit zijn dan ook bij alle betrokkenen terug te vinden:

- Als 'angst' en 'boosheid' bij het slachtoffer van de perversiteit vanwege de kwaliteit van de (niet-)geleverde zorg.
- Als 'boosheid' en 'verdriet' bij de professional omdat deze moest handelen zoals hij deed.
- En in de organisatie vanwege het gedoe dat een perversiteit elke keer weer geeft.

Nu zijn er grote en kleine perversiteiten.

De grote leiden vaak tot een rel. Iedereen heeft het er dan over. 'Of schaamt zich dood.'

Maar onderschat ook de invloed van de kleine niet. Die perversiteiten die elke dag weer terugkomen. Omdat niemand er wat aan doet, of weet te doen. Of er uiteindelijk moedeloos mee gestopt is om te proberen er wat aan te doen.

*

Op zich is een perversiteit niets bijzonders. Het heeft geen ander kwaliteitskenmerk van bijvoorbeeld zorgprocessen als 'feedback' of 'ketenkwiteit'. Ook dit zijn kenmerken die pas ontwikkeld werden nadat ze als zodanig in beeld kwamen en op de agenda werden gezet. Het heeft daarom geen zin morele kwalificaties aan de aanwezigheid van perversiteiten te verbinden. Ze zijn er (nu) gewoon. Of we dat nu willen of niet. En juist 'nu', omdat een aantal maatschappelijke ontwikkelingen daartoe aanleiding gaf.

Perversiteiten zijn niet iets uitsluitend van onze tijd. Maar gezien de maatschappelijke ontwikkeling, waarbij zowel het 'sociaal regelsysteem' als 'de zelfsturende mens' een prominente, vaak letterlijk 'concurrerende' plaats zijn gaan innemen, is het niet verwonderlijk dat de omvang van het perversiteitprobleem flink is toegenomen.

In kwaliteit en kwantiteit.

Dat is ook de reden, dat ze een 'normaal' en een 'logisch' deel van ons leven zijn geworden.

Echter zonder dat we het in de gaten te hebben.

En daar zit dus precies het probleem.

*

De perversiteiten waar we het hier over hebben zijn 'niet bedoeld'.

Want we weten niet dat ze bestaan. Laat staan dat we beseffen dat we ze zelf (mede) veroorzaken.

Maar ook als we wel weten dat er perversiteiten bestaan, wat zijn dan methoden om ze te herkennen en aan te pakken? Hiervoor is belangrijk het volgende te begrijpen:

- Het probleem van de perversiteit *is per definitie niet oplosbaar*: Ze zullen altijd blijven opduiken. In steeds weer andere gedaanten. Op steeds andere plaatsen. Probeer dus niet de reden van het ontstaan van een perversiteit op te lossen. Dat is de valkuil waar we steeds weer opnieuw instappen. En die alleen maar weer nieuwe regels oplevert. Zie de eerdere opmerking van Zalm hierover. Het is beter om uit te leggen hoe een perversiteit ontstaat. En waarom een het een 'logisch' verschijnsel is. Een verschijnsel waar je (zelf) wat aan kunt doen. Zo'n houding scheelt kilo's emotionele kramp. Met name bij degene die verantwoordelijk is voor het (doen) uitvoeren van betreffende regels.
- De enige manier om perversiteiten aan te pakken is het 'doel' van het proces weer als uitgangspunt te nemen. Dus zeker niet, door de aard of de kwaliteit van de regel(s) welke tot dit doel (moeten) leiden onderwerp van therapie te maken. Dan blijf je eindeloos bezig.
- De kwaliteit en/of de hoeveelheid regels die tot het doel moeten leiden zijn irrelevant voor het perversiteitprobleem. *Iedere regel, hoe simpel ook*, toegepast in een ander systeem kan immers tot een perversiteit leiden. Dat ligt niet aan die regel. Maar aan de situatie van toepassing.

- Over de preventie van perversiteiten kan op dit moment weinig worden gezegd: Slechts door systematisch onderzoek naar de patronen van optreden van perversiteiten is hier later mogelijk wat mee te doen. Alleen van het herkennen en onderkennen van opgetreden perversiteiten en het ‘weer goed maken’ van de gevolgen daarvan, dus het stoppen en het terugdraaien van deze perversiteiten, is momenteel resultaat te verwachten.
- Professionals die opereren op het snijpunt van het natuurlijk systeem (ouders, kinderen, partners, de mantelzorg), het regelsysteem (de zorgorganisatie, verzekeraar etc.) en de zelfsturende mens (als klant, patiënt of cliënt), zoals bijvoorbeeld huisartsen, medisch specialisten, verpleegkundigen, thuiszorgers, politiemensen, leraren, groepsleiders e.d. lopen grote kans in hun werk perversiteiten tegen te komen, te moeten uitvoeren of te moeten ondergaan. Want zij hebben vaak met alle drie de systemen *tegelijk* van doen. Aanhoudende perversiteiten maken hun werk structureel ‘onlogisch’: Dat voelt niet fijn. Dat voelt niet veilig. Dat maakt ze boos. Dat maakt ze ziek. Ze branden op. Of houden er gewoon mee op.

4.2. De toenemende complexiteit van zorg.

Het andere aspect waar we wat betreft regels, standaarden en protocollen mee te maken hebben is die van de toenemende complexiteit van zorg. Met name in het geval van ‘multi-morbiditeit’; een zorgsituatie die zich dankzij de vergrijzing steeds vaker zal voor doen.

In zijn inaugurele rede als hoogleraar huisartsengeneeskunde schetst Schellevis (*7) dat niet alleen de diagnostiek maar ook de behandeling bij multi-morbiditeit complexer zal worden. Multi-morbiditeit patiënten hebben nu nog vaak te maken met tegenstrijdige adviezen, niet gewenste interacties tussen medicijnen, etc.

Goede zorg is hier complexe zorg waarvoor de ‘evidence’ vaak nog ontbreekt.

Deze boven tafel krijgen vraagt om “*creativiteit waarbij zowel de behandeling van combinaties van aandoeningen als de te hanteren zorgmodellen onderwerp van onderzoek moeten zijn*”.

Soortgelijke conclusies worden door Nieuwenhuijzen Kruseman et al. genoemd (*8): Er zal naast aandacht voor ‘disease management’ meer aandacht moeten komen voor ‘disability management’. Waarbij naast aandacht voor de ‘cure’ die voor de ‘care’ nadrukkelijk in beeld zal komen.

In het artikel wordt nadrukkelijk de vraag gesteld of ‘ketenzorg’ wel de beste benadering is voor dit soort van clusters van aandoeningen. Want deze werkwijze levert mogelijk “*risico op veronachtzaming van aandoeningen die niet onder betreffend behandelprotocol vallen*”.

Met als gevaar ‘fragmentatie van de zorg’, ‘verkleining van de individuele verantwoordelijkheid van de behandelaars’ en ‘onduidelijkheid voor de patiënt’.

Boyd et al. (*9) geven een mooi voorbeeld van wat er gebeurt als patiënten ‘met multi-morbiditeit’ behandeld worden volgens de som van alle relevante standaarden

Men spreekt van ‘perverse uitkomsten’.

Zeker indien het ‘zich houden aan de standaard’ gekoppeld wordt aan ‘financiële prikkels’.

Het artikel laat zien dat klinische standaarden/richtlijnen, geen evidence based bewijs leveren voor verbetering van kwaliteit van zorg bij oudere personen met diverse chronische aandoeningen. Alhoewel richtlijnen goed voldoen bij een enkele aandoening, ze falen indien er sprake is van verschillende chronische aandoeningen.

In het onderzoek werd een hypothetische patiënt met multipele aandoeningen behandeld volgens bestaande richtlijnen voor huisartsen, met meerdere geneesmiddelen, waarbij een toename werd gezien van doseringsfouten, bijwerkingen, interacties en hospitalisatie. Indien de richtlijnen werden gevolgd kreeg de hypothetische patiënt 12 verschillende geneesmiddelen en een complex niet farmaceutische verantwoorde intake. Indien alle richtlijnen voor de aandoeningen gevolgd werden, ontstond een enorme belasting door de diverse geneesmiddelen.

De meeste gebruikte standaarden gaven niet de toepasbaarheid weer bij oudere patiënten met meerdere aandoeningen. De meeste gaven ook geen aandacht aan de belasting van de patiënt, korte of lange termijn doelen, kwaliteit van onderliggend wetenschappelijk bewijs of hielden rekening met de voorkeur van patiënten zelf.

Richtlijnen worden meestal ontwikkeld door commissies die in een bepaald onderwerp gespecialiseerd zijn, echter de richtlijnen zijn vaak moeilijk te gebruiken voor oudere patiënten met multipele chronische aandoeningen. De richtlijnen kunnen niet gebruikt worden om de kwaliteit van zorg te meten bij oudere personen boven de 65 jaar met complexe comorbiditeit. Ze zijn ontwikkeld vanuit evidence based medicine er van uitgaande dat ze niet blind gevolgd worden, maar dat er gehandeld wordt vanuit het klinisch oordeel van de arts en de voorkeur van de patiënt zelf voor behandeling. Beleid moet zich baseren op wetenschappelijk gronden en praktische uitvoerbaarheid, en niet op het maximaal haalbare handelend vanuit één richtlijn.

Onze conclusie is: Toenemende complexiteit kan en zal leiden tot perverse uitkomsten als iedereen ‘zich aan de regels houdt’ zonder naar de som van situaties te kijken waarbinnen deze worden toegepast.

Dit geldt ook voor de zorg.

Het uitgangspunt van ‘Als je nu maar aan de regels, standaarden of protocollen houdt, gaan de dingen goed’ is dus als zodanig steeds vaker ‘inadequaat’. En kan leiden tot uitkomsten die in strijd zijn met het doel van deze regels, standaarden of protocollen.

4.3. De onderlinge interactie tussen deze complexiteiten.

Wij zijn van mening dat veel van de huidige maatschappelijke onrust is terug te vertalen naar de toegenomen complexiteit van de (wereld)samenleving als de gevolgen van de niet-herkende en niet-erkende perversiteiten tengevolge van deze complexiteit.

We hebben te maken met mensen die in toenemende mate ‘zelfsturend’ willen zijn; die echter nog niet over voldoende kennis en technieken beschikken om deze ‘zelfsturing’ adequaat vorm te geven; maar die inmiddels over voldoende perverse ervaringen beschikken om ‘instanties’ en ‘organisaties’ wat betreft ‘veiligheid’ en andere zaken te wantrouwen.

De burger c.q. de klant is dus bepaald lastiger geworden. Dit om redenen en op wijzen die hij zelf niet altijd begrijpt.

Maar omdat we het begrip ‘perversiteiten’ nog niet op ons mentale netvlies hebben; laat staan dat we weten ‘hoe daar mee om te gaan’, zijn ‘instanties’ en ‘organisaties’ voorlopig

gehandicapt in het 'hier professioneel mee omgaan'. Zowel in technisch als in organisatorisch opzicht. Dit maakt onze samenleving nog eens extra complex.

In de zorg krijgen we door de vergrijzing te maken met een veel complexere kwaliteit van zorg. Een type zorg waarvan we nu onvoldoende weten om hier op een adequate manier mee om te gaan. Regels, standaarden of protocollen *alleen* zijn in ieder geval niet instaat deze zorg effectief, veilig en patiëntgericht vorm te geven. Ook hier zal rekening gehouden moeten worden met 'perversiteiten'. Zorgperversiteiten in dit geval.

Bovenstaande samenvoegend leidt (straks) tot een situatie, dat lastige en mogelijk wantrouwende patiënten zich in een zorgsituatie moeten begeven die zich kenmerkt door een afnemende mate van 'effectiviteit', 'veiligheid' en mogelijk 'patiëntgerichtheid' ten gevolge van de afnemende (meer)waarde van regels, standaarden en protocollen.

Dit kan resulteren in een uiterst lastig mengsel van nieuwe onzekerheden.

Nieuwe onzekerheden die het nodige van de zorgprofessional zullen gaan eisen.

Aan nieuwe vaardigheden. Maar ook wat betreft een nieuwe 'attitude'.

5. Wat te doen ?

Zo rond 1500 dachten we dat de aarde het middelpunt van het heelal was en alle planeten daar omheen draaiden. En gezien de stand der wetenschap van die tijd was dat ook zo. Althans voor de maan wel. En voor de zon leek dat ook zo.

Het was toen een simpel heelal. De aarde als middelpunt, twee planeten en de rest was 'ver weg'.

Toen de telescoop werd uitgevonden kwamen er meer planeten in beeld.

Eerst Mars en daarna stap voor stap de rest.

Het probleem dat ontstond was dat deze planeten 'natuurlijk ook om de aarde moesten draaien'. Maar gegeven hun beweging leek het daar totaal niet op. Ze gingen naar boven en dan weer naar beneden. En soms naar links. En daarna weer naar rechts.

Gevolg was dat de regels die nodig waren om deze planeten toch 'rond de aarde te laten draaien' uiterst ingewikkeld waren en vol uitzonderingen zaten.

Gelukkig kreeg Copernicus een goede idee: Was de werkelijkheid misschien niet wat ingewikkelder? En waren al die regels en uitzonderingen eigenlijk wel nodig ?

Het resultaat was een geheel ander 'denkraam' hoe het zonnestelsel in elkaar zit en welke positie de aarde daar inneemt.

Naar onze mening heeft onze huidige omgang met regels, standaarden en protocollen behoefte aan een ander denkraam. Met name voor complexe situaties.

Ga we daar niet naar op zoek en blijven we ons vastklampen aan het heersende (regelsysteem) denkraam, dan zal dat leiden tot én meer regels, én meer perversiteiten, én meer bureaucratie én meer management ter controle van dit alles, én minder 'effectiviteit', 'veiligheid' en 'mensgerichtheid' richting klant.

In de zorg.

En daar buiten.

Wat dan wel ?

En hoe komen we dan aan zo'n nieuw denkraam ?

Dat weten wij natuurlijk ook nog niet, maar volgens ons, zijn de volgende punten daarbij van belang: Een 'nieuwe attitude' en het organiseren van 'nieuw inzicht'

5.1. Een nieuwe attitude.

Een van de voorwaarden voor het kunnen vormgeven van een adequaat werkend Veiligheid Management Systeem(een VMS) is een 'open cultuur' binnen het team of de afdeling om fouten en/of (bijna) missers te kunnen melden (*10).

Wij onderschrijven dat.

Maar wij zijn ook van mening dat voor het vorm kunnen geven van een VSM voor situaties zoals boven beschreven het nodig is een 'open cultuur' te hebben voor de beperkingen die regels, standaarden en protocollen (daar) hebben, het onderkennen en erkennen van (de) perversiteiten die deze kunnen voortbrengen, als de vraag of het monopoly van de regelsysteemtechniek niet eens plaats zouden moeten maken voor methoden die inmiddels bewezen hebben tot effectievere, veiliger en meer mensgerichte uitkomsten te leiden (*11).

Gezien het bestaande maatschappelijk klimaat met de vaak nog moraliserende attitude van mensen die menen 'dat je je maar aan de regels, standaarden en protocollen dient te houden' en je zelfs op grond daarvan betalen, is dat geen eenvoudige opgave.

Hier van afwijken veronderstelt 'maatschappelijke en professionele moed'.

Zeker als de kans op direct succes voorlopig nog gering is.

Wegens gebrek aan 'kritische massa'. (Dient hier dus heel letterlijk worden genomen.)

Maar volgens ons is er geen alternatief.

Dus we moeten wel.

5.2. Een nieuw inzicht.

We schreven eerder al, dat wanneer je er met hen over spreekt, professionals aangeven, dat zij regelmatig van standaarden en protocollen afwijken. En dat zij het met reden(en) doen.

Bovendien blijken zij tijdens hun onderlinge contacten elkaars reden(en) vaak te onderschrijven. Maar daar blijft het dan meestal bij.

Mede gehinderd door het ontbreken van bovenbeschreven 'nieuwe attitude' houden zij deze kennis voor zichzelf of binnen een beperkte groep.

Met andere woorden; veel kennis en ervaring rond 'het afwijken van regels, standaarden en protocollen' blijft op individueel niveau 'hangen'.

Met als gevolg dat iedereen steeds opnieuw zijn eigen afwijkend wiel mag uitvinden.

Ook wat betreft de 'evidence' dat het afwijken 'hier geheel geïndiceerd was'. (En dat er dus gewoon betaald mag/moet worden.)

Wij zijn van mening dat professionals het aan zichzelf en hun klanten verplicht zijn om de 'evidence' te produceren 'waarom ze handelen zoals zij doen'.

In dit geval 'waarom in welke situatie van welke regels, standaarden of protocollen is of moet worden afgeweken'. En vooral ook welk resultaat dit opleverde wat betreft 'effectiviteit', 'veiligheid' en 'mensgerichtheid' (van zorg).

In het geval van situaties waarbij (significant) wordt afgeweken van erkende regels, standaarden en protocollen zou hiervan bij een centraal punt op een systematische wijze melding moeten kunnen worden gemaakt.

De cumulerende kennis op basis van deze meldingen, zou (bij relevante clusters van afwijkingen en/of situaties waarin dit gebeurt) op patronen en andere relevante relaties of fenomenen moeten worden onderzocht.

Zo ontstaat dan de 'evidence' m.b.t. de situaties, redenen en effecten van het afwijken. En daarmee dus de 'evidence' dat de bestaande regels, standaarden of protocollen in die situaties hadden kunnen leiden tot uitkomsten die 'pervers' zouden zijn of die de 'effectiviteit', 'veiligheid' en 'mensgerichtheid' op andere wijze zouden bedreigen. Dit geheel aan gegevens leidt dan mogelijk tot een systematisch inzicht 'hoe met (bepaalde) complexe situaties om te gaan'.

We hebben het dan over een volgende stap in de ontwikkeling van betreffende professie. Volgens ons nu in de richting naar een 'zelfsturende professional'.

5.3. Een nieuw inzicht én een nieuwe attitude.

Deze ontwikkeling zal niet zonder gevolgen zijn.

Uiteraard voor het verlenen van zorg .

Maar ook voor de verzekering ervan:

Zoals we al stelden, als je regels vanuit de ene logica gaat toepassen in een andere krijg je mogelijk perversiteiten. Bijvoorbeeld als een verzekeraar 'zich met de zorg gaat bemoeien'. Dan haal je mogelijk twee systemen door elkaar.

Met het nieuwe stelsel van ziektekosten worden verzekeraars in toenemende mate zelf risicodragend voor de kosten van de zorg die ze hebben ingekocht.

Dus wordt er in toenemende mate op de kosten gestuurd.

Onder andere door van zorgverleners te eisen zich aan 'regels, standaarden en protocollen' te houden. Boyd et al. lieten ons zien dat dit tot perversiteiten kan leiden.

Een volgende stap die je verzekeraars ziet maken is het zelf in beheer gaan nemen van allerlei typen zorgcentra.

Dit niet tot algemeen genoegen van betreffende professionals:

"Als Menzis goed beluisterd wordt staat het belang van de patiënt niet persé voorop. Cruciale vraag is welke zeggenschap de baas (Menzis) over de zorg in die centra zal hebben, in relatie tot de verantwoordelijkheid van de arts, en wat dat uiteindelijk betekent voor wat patiënten mogen verwachten".

Dit aldus de voorzitter van de KNMG in reactie op de plannen van Menzis vijftig zorgcentra te gaan exploiteren. (*12).

Het is niet onze verwachting dat verzekeraars zich (allereerst) direct met het professioneel handelen zullen gaan bemoeien. Voor ons komen eventuele onbedoelde, maar daarom niet minder negatieve effecten van bemoeienis van verzekeraars met de zorg eerder voort uit *het ontbreken van mogelijkheden of het niet mogen of kunnen handelen* van professionals anders dan volgens polis- of andere regels, standaarden of protocollen, welke in bepaalde situaties onbedoeld negatief kunnen uitpakken voor de 'effectiviteit', 'veiligheid' of 'cliëntgerichtheid' van de zorg.

Zo lazen we het volgende (*13):

Buikwandcorrectie van een patiënte verzekerd bij Groene Land gaat pas volgend jaar plaatsvinden.

Deze belofte doet Christine Rompa, woordvoerder van het Groene Land Achmea. Volgens haar zat de zorgverzekeraar met deze zaak in z'n maag. 'We vonden zelf ook dat we de operatie van mevrouw moesten vergoeden. De noodzaak was duidelijk, maar we waren met handen en voeten gebonden aan de regels van minister Hoogervorst'. Hoogervorst haalde de buikwandcorrectie in 2004 uit het basispakket. Volgens de verzekeraar zouden ze in overtreding geweest zijn als ze toch de operatie vergoed hadden. 'Het College voor Zorg had ons dan zeker over de vingers getikt. We hebben regelmatig bij het ministerie aan de bel getrokken over deze kwestie. Wij vinden dat de buikwandcorrectie onder bepaalde voorwaarden in het basispakket thuishoort.'

Perversiteiten dus .

Ook daar.

En het feit dat niet alle verzekeraars deze als verschijnsel op het mentale netvlies hebben.

Als deze ontwikkeling doorzet zullen we dan ook zien dat verzekeraars gaan c.q. moeten gaan eisen dat er rond complexe kwaliteit van zorg er net zo met 'regels, standaarden en protocollen' gewerkt gaat worden als bij de minder complexe. Juist omdat het hier kostbare zorg betreft..

Zorgverleners zal het echter steeds duidelijker worden dat deze (regelsysteem)logica daar vaak niet (meer) past.

Het land 'achter de regels, standaarden en protocollen' zal naar onze verwachting daarom een ander type verzekeraar gaan kennen.

Een verzekeraar die over de grens van (de eigen) 'regels, standaarden en protocollen' durft heen te stappen.

Een die professionals helpt de ontwikkelingen rond complexe zorg op een betere wijze vorm te geven.

Dit met als doel 'het voorkomen van perversiteiten rond de zorg aan hun verzekerden'.

En alle daarmee samenhangende kosten. Materieel en immaterieel.

Ook die voor de zorgprofessional.

*

Tot zover wat eerste resultaten van onze verkenning in 'het land achter de regels, standaarden en protocollen'.

Literatuur e.d.

- 1.- *Financieel Dagblad* van 20 november 2006.
- 2.- *Trouw* van 20 november 2006.
- 3.- Zie hiervoor het rapport 'Kwaliteit huisartsenzorg belicht'. De gehele Tweede Nationale Studie is te vinden op www.nivel.nl.
- 4.- Zie hiervoor: 'Verpleegkundigen en patiëntveiligheid', TvZ, nummer 5, 2005.

- 5.- Zie hiervoor: A.Cornelis , ‘*Logica van het gevoel; Stabiliteitslagen in de cultuur als nesteling der emoties*’, ISBN 90-72258-02-9.
- 6.- We hebben drie artikelen geschreven over dit onderwerp:
Het eerste artikel ‘*Ook flink de P in uw organisatie ?*’, NTMA 115, beschrijft wat perversiteiten met mensen en een organisatie kunnen doen.
Het tweede, ‘*Ook flink de P in uw politiek ?*’, NTMA 117, beschrijft waarom ‘marktwerking in de zorg’ een perversiteit is. Er wordt een alternatief gegeven.
Het derde ‘*Ook flink de P in uw veiligheid ?*’, NTMA 119, beschrijft de relatie tussen perversiteiten en onze ‘state-of-the-art’ m.b.t. veiligheid.
Zie voor deze artikelen: www.nvma.nl.
Links onder vindt u de downloads van NTMA.
- 7.- Zie hiervoor: F.G.Schellevis, ‘*Je gaat het pas zien als je het door hebt: Multi-morbiditeit in de huisartsenpraktijk*’, VU, 11 oktober 2006.
Deze rede is terug te vinden op www.nivel.nl.
- 8.- Zie hiervoor: A.C. Nieuwenhuijzen Kruseman et al, ‘*De zorg voor chronisch zieken*’, Medisch Contact, nummer 45, 10 oktober 2006.
9. Zie hiervoor: C.M.Boyd et al, ‘*Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients with Multiple Comorbid Diseases*’, JAMA, nummer 6, 2005.
Wat betreft de vertaling: Met dank aan www.huisartsvandaag.nl.
- 10.- Zie hiervoor: www.vmszorg.nl.
- 11- Zie hiervoor: J.H. van der Schaaf ‘*Fuzzy logic: sleutel tot zelfsturende teams*’, ZorgVisie, juni, 1996 of
‘*Het Zelfsturingboekje voor Zorgprocessen*’, ISBN 90-806191-2-4.
- 12.- Zie hiervoor: ‘*Belang patiënt gaat boven belang verzekeraar*’, www.huisartsvandaag.nl, 4 december 2006.
- 13.- Zie hiervoor [www.huisartsvandaag](http://www.huisartsvandaag.nl); 11 december 2006.

