

11 De patiënt-arts relatie in het Planetree-zorgmodel

H. Lee Kanter en Steven F. Horowitz

In dit hoofdstuk wordt:

- patiëntgerichte zorg in de context geplaatst van de huidige stand van zaken waarin artsen de geneeskunde beoefenen;
- een optimale patiënt-arts relatie beschreven, waarin de arts een vertrouwd raadgever is en de patiënt in staat is om een actieve deelnemer aan en besluitvormer in zijn zorg te zijn;
- de rol besproken die artsen spelen bij het bevorderen van een patiëntgerichte zorgcultuur binnen hun organisaties.

Sinds de publicatie van de eerste editie van *Putting Patients First* in 2003 heeft de arts een steeds grotere rol gekregen in het Planetree-zorgmodel. Artsen vragen regelmatig: 'Wat is Planetree en waarom zou ik meedoen?' De visie van Planetree is om 'als wereldwijde katalysator en leider te fungeren bij de bevordering van de ontwikkeling en implementatie van innovatieve zorgmodellen, die de aandacht richten op de genezing en zorg voor lichaam, geest en ziel.' Planetree is dus een visie die of gedachtegoed dat een culturele verandering in de gezondheidszorg propageert. Deze culturele verandering heeft zowel een positieve uitwerking op de manier waarop de arts zijn vak uitoefent, als op de patiënt- artsrelatie.

Vier van de vijf eerste Planetree-modelafdelingen waren gehuisvest in afzonderlijke, verbouwde verdiepingen in ziekenhuizen. Na deze ervaring besloot Planetree gehele ziekenhuizen te verbouwen, in plaats van aparte verdiepingen. Het werd al snel duidelijk dat de bestuurlijke en medische leiding van een ziekenhuis zich beide achter patiëntgerichte zorg moeten stellen, om een succesvolle culturele transformatie te verzekeren. Binnen de organisatie moeten zorgzame leiders worden gevonden die die visie delen, om te helpen een oprechte organisatie-analyse uit te voeren en suggesties en prioriteiten ten aanzien van veranderingen vast te leggen. Planetree was oorspronkelijk het domein van de verpleegkunde en het bestuur, maar heeft nu in haar hele netwerk enthousiaste artsen als partners onder haar gelederen. Een groeiend aantal doktoren ziet in dat een diepgaande cultuurverandering binnen het zorgsysteem noodzakelijk is. Tijdens het Planetree Congres in 2007 werden 36 artsen gehuldigd voor hun werk als Planetree-pleitbezorger op locaties door geheel Amerika.

Het is nuttig om de huidige situatie in de zorg vanuit verschillende perspectieven onder de loep te nemen. Zo kan de noodzaak voor cultuurverandering, die samengaat met de transformatie naar een Planetree-ziekenhuis, en de rol van de arts in deze verandering beter worden begrepen.

HET VERANDERENDE PERSPECTIEF VAN DE ARTS

Een recent onderzoek onder meer dan achthonderd leden van de Medical Society of Virginia toonde aan dat artsen zich bekommeren om de behoeften van hun patiënten en dat zij de geneeskunde beoefenen omdat ze zich gedreven voelen om mensen in nood te helpen (Medical Society of Virginia Arts Survey 2007). Wat echter dramatisch is veranderd, is de groeiende complexiteit van geneeskunde en zorgverstrekking en het onvermogen van de arts om volledige invloed uit te oefenen op de zorg van de patiënt.

Invloeden van buitenaf, zoals van verzekeraars, autoriteiten en advocaten, kunnen bij artsen enorme frustraties opwekken. Ook kunnen deze invloeden het algemene vertrouwen dat het publiek in artsen heeft ondermijnen. Een arts kan bijvoorbeeld een myocard scintigrafie (inspanningsonderzoek) aanvragen bij een diabetespatiënt met verhoogd risico die als enige symptoom inspanningsvermoeidheid heeft, om een coronaire hartziekte uit te sluiten. De verzekeringmaatschappij kan vervolgens de test weigeren, omdat de patiënt geen pijn op de borst heeft. Als de test niet wordt verricht en de patiënt later een hartaanval krijgt en vervolgens het ziekenhuis voor het gerecht daagt, zal de advocaat de arts zeker vragen: 'Atypische symptomen zoals vermoeidheid kunnen toch een indicatie zijn voor coronaire hartziekte bij diabetespatiënten?' Artsen op spoedeisende hulpafdelingen kunnen onder druk staan om medisch onnodige – maar uit juridisch oogpunt verstandige – röntgenfoto's en andere tests te laten verrichten, terwijl artsen die voor een zogenoemde Health Maintenance Organisation werken onder druk kunnen staan om het aantal specialistische consulten dat ze aanvragen te beperken. Hele gemeenschappen krijgen mogelijk geen toegang meer tot specialismen zoals verloskunde, omdat de hoge kosten van de medische

aansprakelijkheidsverzekering de verloskundigen uit de regio heeft verdreven. Deze en vele andere invloeden hebben bijgedragen aan de afname van het publieke vertrouwen in het medische vak. 'Vertrouwen is een van de centrale aspecten in de patiënt- artsrelatie. Hoewel bewijs aantoonde dat de meerderheid van patiënten erop blijft vertrouwen dat de arts in hun belang handelt, groeit de bezorgdheid dat dit vertrouwen door de snelle en vérstrekkende veranderingen in de zorg onder grote druk staat en mogelijk zelfs ondergraven wordt' (Pearson, Raeke 2000). Wanneer verzekeraars de keuzes beperken of de medische besluiten van artsen tegenspreken, verliezen artsen hun zeggenschap over de behandeling, terwijl ze nog wel de verantwoordelijkheid dragen voor de resultaten ervan. Hoewel het welzijn van de patiënt de grootste prioriteit is voor een arts, kan de inbreuk van een derde partij op de medische besluitvorming, een negatieve uitwerking hebben op de kwaliteit van de arts-patiëntrelatie, terwijl er ruimschoots bewijs is dat deze relatie therapeutische waarde heeft.

De bevindingen in het onderzoek van de Medical Society of Virginia (2007) suggereren dat artsen nooit eerder in de geschiedenis zo'n extreem gevoel van verlies van zeggenschap en autonomie hebben gehad bij het beoefenen van de geneeskunde. Artsen raken vooral gefrustreerd omdat ze hun professie niet kunnen uitvoeren op de manier die zij juist achten en het gevoel hebben dat hun de wet wordt voorgeschreven door minder deskundige medewerkers van verzekeringsmaatschappijen. Het aanvragen van onderzoeken, de mogelijkheden voor een behandeling en speciale medicatie moeten vaak afgestemd worden op de verzekeringspolis van de patiënt. Bij wijziging van de verzekering moet een patiënt soms zelfs een andere arts kiezen. Veel artsen hebben het gevoel dat het publiek niet begrijpt dat ze heel hard werken om ervoor te zorgen dat de zorg voor patiënten geen nadeel ondervindt, maar dat ze vaak machteloos zijn.

Daarnaast moeten artsen steeds meer patiënten behandelen, om de overheadkosten te dekken. Dit heeft een enorme impact op de patiënt- en artstevredenheid. Zo is er minder tijd voor contact, terwijl dat voor beide partijen zowel medisch als menselijk waardevol is. Al deze storingen bij elkaar kunnen vernietigende gevolgen hebben – niet alleen voor de relatie tussen de arts en de patiënt, maar ook voor de medische resultaten.

Over het algemeen zetten artsen zich in voor een respectvolle en vertrouwelijke arts-patiëntrelatie en hebben zij een positieve zorgomgeving nodig om een sterke relatie te kunnen waarborgen. Om deze doelen te bereiken hebben artsen twee zaken nodig: herstel van vertrouwen in het stelsel en een groter vertrouwen van de patiënt dat de arts daadwerkelijk op kan komen voor de zorgbehoeften van de patiënt. Het door de arts gewenste resultaat is aanvaarding van het gegeven dat de arts en de patiënt samen de uiteindelijke besluitvormers zijn in zaken op het gebied van de gezondheidszorg, met richtlijnen die ruimte bieden voor keuzes in plaats van één starre benadering die de individuele behoeften negeert.

Een modern, goed geleid ziekenhuis dat zowel veilig als financieel gezond is, is afhankelijk van regels en procedures voor zorg die zijn opgesteld door het ziekenhuis, aan de hand van risico- en kosteneffectieve modellen en beoordelingen. Het gebruik van landelijke, evidence-based meetinstrumenten waarbij wordt vastgehouden aan *best-practice* protocollen, leidt tot betere resultaten en gestandaardiseerde zorg voor veelvoorkomende ziekten. Voor aandoeningen zoals coronaire hartziekten worden ziekenhuizen bijvoorbeeld gerangschikt naar de frequentie van het gebruik van de voornaamste geneesmiddelen, zoals statines voor een verhoogd cholesterolgehalte. Hoewel er bewijs bestaat dat deze 'kookboekaanpak' de resultaten verbetert, verzwakt het de aandacht voor andere therapeutische behandelmogelijkheden die op de lange termijn minstens net zo waardevol voor de patiënt kunnen zijn. Te denken valt aan bijvoorbeeld gewichtsverlies, ontspanningstherapie en goede voeding. Mogelijkheden die, hoewel ze moeilijk zijn voor veel mensen, de resultaten bij goed gemotiveerde personen aanmerkelijk kunnen verbeteren. Er is bewezen dat de beste aanpak voor het verlagen van het risico op hartkwalen (bij patiënten met verhoogd risico) een combinatie is van verandering in levensstijl en medicatie. De eerstgenoemde verandering krijgt, vergeleken met de laatstgenoemde, te weinig aandacht en financiële middelen.

HET PERSPECTIEF VAN DE PATIËNT

Het allerbelangrijkst voor patiënten is dat ze erop kunnen vertrouwen dat hun zorgverleners en 'de zorg' voor ze klaar staan als het nodig is. En dat ze veilige en goede zorg zullen verstrekken om de best mogelijke resultaten te verkrijgen. Patiënten verwachten dat ze met waardigheid en respect worden behandeld, dat er met hen gecommuniceerd en naar hen geluisterd wordt en dat ze zelf beslissingen over hun lichaam en hun gezondheid kunnen nemen. Patiënten verwachten dat hun zorgverleners informatie op een effectieve manier delen, voor een optimale coördinatie en integratie van zorg. Patiënten verwachten verder oprechte aandacht en respect voor hun emotionele en geestelijke behoeften. Met andere woorden, patiënten verwachten behandeld te worden als een

volledig persoon en niet als een beschadigd lichaamsdeel. Deze verwachtingen gaan vaak samen met de hoop op communicatie met en betrokkenheid van de familie om de steun voor de patiënt thuis te bevorderen. Patiënten betalen meer en meer zelf de rekening voor zorg, dus verwachten ze meer waar voor hun geld en keuze in de behandeling die ze ontvangen. En ten slotte, patiënten verwachten een verhoogde levenskwaliteit en een langere levensduur. Dit zet de technologische, farmaceutische en wetenschappelijke innovatie voortdurend onder druk, wat uiteraard ook de kosten verhoogt. Uiteindelijk zijn we allemaal patiënten en we kunnen het erover eens zijn dat de genoemde behoeften redelijk zijn en universeel worden gedeeld.

Het is belangrijk om zorgvuldig te overwegen hoe goed het huidige zorgmodel beantwoordt aan de verwachtingen van de patiënt, om zo de potentiële verbeteringen door innovatieve, patiëntgerichte initiatieven te kunnen begrijpen.

- De eerste verwachting van de patiënt is toegang tot de gezondheidszorg. In een opiniepeiling onder twaalfhonderd Amerikanen (Six Prescriptions for Change 2008) uitte meer dan 80% zijn bezorgdheid over het bereik en de continuïteit van zorg. Steeds meer patiënten, zowel de goed verzekerde als de onverzekerde en de Medicare-patiënten, vinden het moeilijk om een langdurige relatie op te bouwen met een eerstelijns arts. In onze bijzonder mobiele maatschappij verhuizen veel patiënten of veranderen van baan (en dus van verzekeraar) en hebben op die manier geen langdurige relatie met een eerstelijns zorgverlener. Het gebrek aan een vertrouwde arts kan frustrerend zijn voor een patiënt die zijn weg probeert te vinden door een complex systeem van medisch specialisten. Spoedeisende hulpafdelingen en ziekenhuizen zijn vaak de laatste uitweg voor patiënten die op een andere manier geen toegang kunnen vinden tot het zorgsysteem. Zelfs voor patiënten die wel regelmatig gebruikmaken van de eerstelijns zorg is het vaak moeilijk om tijdig toegang te krijgen tot specialistische zorg. De ontoereikende toegang tot de zorg en de gedeeltelijke zorgverlening op spoedeisende hulpafdelingen versterkt het patiëntenoordeel van een slechte dienstverlening in een dienstverlenende onderneming. Naast slechte dienstverlening kunnen vertragingen in diagnose en de juiste zorg ongunstige klinische resultaten tot gevolg hebben. Daarnaast worden patiënten die opgenomen moeten worden tegenwoordig vaak behandeld door zogenoemde 'hospitalisten' in plaats van door eerstelijns artsen. Het verlies van de continuïteit van zorgverleners kan leiden tot minder integratie van de verpleegafdeling en poliklinische zorg en kan de patiënt de indruk geven dat de zorg minder persoonlijk is.
- Een tweede en elementaire verwachting van de patiënt is veilige en kwalitatief goede zorg. De toenemende aandacht van de media voor ziekenhuisinfecties, fouten met medicatie en andere missers op het gebied van de veiligheid hebben de bezorgdheid van de patiënt terecht verhoogd. Het nu en in de toekomst openbaar publiceren van resultaten, van chirurgische resultaten tot evidence-based practices, zullen de zorgbeslissingen van de patiënt in toenemende mate beïnvloeden. Publieke rapportage van kwaliteitsindicatoren is een eis van werkgevers, zoals Leap Frog, en van betalers, onder andere Centers for Medicare en Medicaid Services (CMS). Gegevens zullen in toenemende mate vergaard, geanalyseerd en openbaar gemaakt worden als een 'cijferlijst' voor zorgverleners op alle niveaus, zoals ziekenhuizen en individuele artsen. Deze tendens is bedoeld om verbeteringen op het gebied van kwaliteit en veiligheid af te dwingen, om op die manier aan de zeer redelijke patiëntverwachtingen van veilige en kwalitatief goede zorg te voldoen.
- De derde patiëntverwachting is dat een patiënt met waardigheid en respect wordt behandeld, dat er op een effectieve manier met de patiënt wordt gecommuniceerd en dat er naar de patiënt wordt geluisterd. Deze verwachtingen weerspiegelen de aangeboren wensen en rechten van mensen en zouden bij uitstek moeten worden gerespecteerd bij zaken rond persoonlijke beslissingen over het eigen lichaam. De medische wereld dient te begrijpen en te respecteren dat deze essentiële verwachtingen steeds belangrijker worden voor de patiënt. Medische kennis is een gespecialiseerd gebied waarvoor een intensieve studie nodig is om het te kunnen bevatten. Het vergt begrip van gespecialiseerde taal of jargon, dat de meeste patiënten niet vertrouwd in de oren klinkt. De arts moet daarom voor de patiënt vertalen, een vaardigheid waar niet alleen kennis voor nodig is, maar ook gevoeligheid. Dit tekort aan kennis bij de patiënt leidt ertoe dat hij de besluitvorming over zijn medische toestand 'blind' moet toevertrouwen aan een andere persoon, zoals een arts. Deze paternalistische aanpak was tot relatief kort geleden een constante in de geneeskunde, ook al betekent het Engelse woord voor arts, *physician*, oorspronkelijk 'onderwijzer'. Het opgeven van de zeggenschap over beslissingen met betrekking tot iemands eigen lichaam vereist groot vertrouwen, wat indruist tegen de wens tot zelfbeschikking van de meeste mensen.

De beschikbaarheid van medische informatie via het internet en andere bronnen heeft patiënten in staat gesteld zichzelf te informeren. Dankzij hun mondigheid rekenen ze ook op en eisen ze betere communicatie en informatiedeling met zorgverleners. Tegelijkertijd hebben patiënten artsen meer dan ooit nodig om meer informatieve vragen te beantwoorden en tegenstrijdige informatie van het internet te ontwarren. Patiënten eisen een gezamenlijk besluitvormingsmodel, waarin met hen wordt gecommuniceerd en waarin ze onderricht worden en mondig worden gemaakt om zelf beslissingen over hun eigen gezondheid te nemen. De communicatievaardigheden van artsen en de respectvolle behandeling van patiënten worden voor het eerst afgewogen in openbaar gerapporteerde kwaliteitsindicatoren, als onderdeel van een tendens om de onderzoeksinstrumenten te standaardiseren, en bijgevolg de gegevens die daardoor worden verzameld. Voorbeelden hiervan zijn onder meer het HCAHPS -onderzoek dat gebruikt wordt in de Verenigde Staten en het CQI-onderzoek in Nederland. Deelname aan dergelijke onderzoeken – en uiteindelijk vergoeding op basis van prestaties – zal de vergoedingen aan ziekenhuizen meer en meer beïnvloeden. Naast een behandeling met waardigheid en respect en een effectieve communicatie, verwachten patiënten oprechte aandacht, medeleven en begrip voor hun emotionele behoeften. Als je druk bezig bent om een diagnose te stellen of kwalen te behandelen, is het gemakkelijk om emoties als vrees, bezorgdheid, angst, eenzaamheid, depressie en hulpeloosheid (die de gezondheid en de zorgresultaten kunnen beïnvloeden), te onderschatten of over het hoofd te zien. Naast de beroepen in de gezondheidszorg bieden maar weinig beroepen het voorrecht om andere mensen in tijden van nood en kwetsbaarheid bij te staan. Het zijn deze speciale momenten van zorg en verbondenheid met anderen die zowel de patiënt als de zorgverlener voldoening bieden. De medische wetenschap gaat vooruit, maar we mogen nooit onze even grote verantwoordelijkheid vergeten om meelevend te luisteren, duidelijk te communiceren en te voorzien in de emotionele behoeften van de patiënt.

HET PERSPECTIEF VAN DE BETALER

Ondanks het feit dat de zorguitgaven van de Verenigde Staten het hoogst ter wereld zijn, loopt de levensverwachting in dat land achter op menig ander. De huidige en toekomstige economische realiteit van de zorgkosten zullen dienen als een katalysator voor de evaluatie van nieuwe zorgmodellen. Peter Orszag, directeur van het Amerikaanse Congressional Budget Office, zei het als volgt in de *New England Journal of Medicine*: 'De begrotingsbalans van de Verenigde Staten op de lange termijn zal bepaald worden door de toekomstige groei van de zorgkosten' (Orszag & Ellis 2007). Als de groei zich in hetzelfde tempo blijft voortzetten, zullen de uitgaven aan Medicare en Medicaid in 2050 20% van het bruto binnenlands product bedragen. Dat is net zoveel als het huidige overheidsbudget. Dr. Orszag stelt voor om mogelijkheden te creëren om de zorgkosten te beperken, zonder dat dit tot nadelige consequenties voor de zorg mag leiden. Hij stelt voor om meer informatie te verschaffen over de relatieve doeltreffendheid van medische behandelingen, om zorgverleners meer te stimuleren om effectieve zorg te verlenen en voor consumenten om die te eisen. Dr. Orszags observatie dat 'behandelkeuzes vaak afhangen van de ervaring en het oordeel van de betrokken artsen, evenals van anekdotisch bewijs en de plaatselijke behandelingsnormen' (p. 1885) erkent niet afdoende de enorme inspanningen van artsen om evidence-based geneeskunde te definiëren en na te streven. Hij stelt verder dat substantiële veranderingen waarschijnlijk met zich meebrengen dat publieke en particuliere verzekeraars hun dekkingsbeleid of hun betalingsbeleid aanpassen en de premies voor artsen en patiënten zullen moeten wijzigen. Deze *value-based* verzekering zal waarschijnlijk ook een hoger eigen risico voor verzekerden betekenen en een hogere bijdrage voor duurdere behandelingen waarvan is aangetoond dat ze minder doeltreffend of minder kosteneffectief zijn. Deze opmerkingen van de directeur van het Congressional Budget Office sluiten aan bij de huidige trend naar 'consumentgedreven gezondheidszorg'. Om de stijging in zorgkosten af te remmen, zouden consumenten een groter deel van de werkelijke kosten dienen te betalen en zouden ze dus kritischer moeten worden ten aanzien van de wijze waarop hun geld wordt uitgeven. Om de consument zelfsturing te geven, zullen openbare rapportages van nauwkeurige resultaten, gegevens en kosten verplicht moeten worden. Deze transparantie van kosten en kwaliteit is bedoeld om de besluitvorming te bevorderen, waarbij de consument de beste prijs-kwaliteitverhouding zal zoeken. Daarnaast zal het elektronische patiëntendossier overdraagbaar en misschien zelfs in eigen bezit zijn, wat de consument de kans geeft zich te oriënteren en de kosten te vergelijken. Het probleem met de vrijmarktbenadering van de zorgverlening is een vooronderstelling van 'perfecte informatie'. Dat betekent onbeperkte toegang tot de zorg en een onbeperkt aanbod van zorgverleners, iets dat waarschijnlijk niet gaat gebeuren. Naast consumentgedreven gezondheidszorg is een andere trend op dit moment *pay for performance* (betalen voor prestaties). Betalers zoals Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) bieden ziekenhuizen en artsen financiële extra's om betere resultaten te behalen en patiënttevredenheid te

bevorderen. De HCAHPS-onderzoekresultaten van recentelijk ontslagen patiënten zullen elk kwartaal openbaar gemaakt worden en gebruikt worden om te bepalen of een ziekenhuis een bonusbetaling van CMS ontvangt. Het HCAHPS-onderzoek toont aan dat betalers financiële incentives gebruiken om gedragsveranderingen onder artsen te bewerkstelligen en om sommige, vooraf gespecificeerde maatregelen te belonen. In de HCAHPS vragenlijst krijgen patiënten de volgende drie vragen over de zorg van hun artsen voorgelegd.

1. Hoe vaak behandelden de artsen u met beleefdheid en respect, tijdens uw verblijf in het ziekenhuis?
2. Hoe vaak luisterden de artsen met aandacht naar u, tijdens uw verblijf in het ziekenhuis?
3. Hoe vaak kreeg u van artsen uitleg over zaken op een manier die u begreep, tijdens uw verblijf in het ziekenhuis?

Het is duidelijk dat CMS daadwerkelijk waarde hecht aan communicatie en respect en dat het financiële incentives gebruikt om deze kwaliteitsmaatstaven te verbeteren. *Wie* die prestatie definieert en *hoe* deze wordt gedefinieerd, wordt steeds belangrijker voor artsen en patiënten. Meetinstrumenten voor prestaties moeten valide, belangrijk en nuttig zijn voor patiënten en organisaties om als leidraad te dienen voor verbetering van kwaliteit en veiligheid. Daarnaast moeten we ons afvragen waar de prestatie van de arts eindigt en die van de patiënt begint. Uiteindelijk is de verantwoordelijkheid voor de resultaten een gedeelde verantwoordelijkheid, die van de patiënt een grotere persoonlijke verantwoordelijkheid vraagt, ten aanzien van het onderhouden van de gezondheid.

DE ROL VAN PLANETREE

De HCAHPS-vragenlijst en de financiële incentives voor meer respect en communicatie van artsen zijn een belangrijke stap in de goede richting. De huidige gefragmenteerde status van de patiëntenzorg vraagt echter om een nieuw zorgmodel, waarin aandoeningen vanuit het perspectief van de patiënt, arts en betalers aan de orde wordt gesteld en verbeterd. Zo'n model zou er goed aan doen om de autonomie van de arts en de patiënt- artsrelatie te bewaren. Het model dient veiligheid, kwaliteit en toegankelijkheid te bevorderen en dient patiëntbesluitvorming door middel van communicatie en educatie mogelijk te maken. Het model dient een sfeer van medeleven en van zorg voor de emotionele en geestelijke behoeften van de patiënt te waarborgen. Het moet ondersteuning en betrokkenheid van de familie bieden en een naadloze verbinding tussen ziekenhuis en poliklinische zorg aanmoedigen. Door het hele stelsel heen zou het de integratie tussen zorgverleners en de continuïteit van zorg moeten verbeteren. Patiënten aanmoedigen zelf verantwoordelijk te zijn voor hun gezondheid dient bepleit en beloond te worden. Het resultaat dient uiteindelijk kwalitatief goede en rendabele zorg te zijn.

Planetree bevordert een geleidelijk evoluerende structuur van gezamenlijke besluitvorming, die vaak 'patiëntgerichte zorg' wordt genoemd. In de loop der tijd heeft er een omslag plaatsgevonden in de *locus of control* (plaats van aansturing) voor wat betreft de besluitvorming in de zorg. In het traditionele, paternalistische model was de besluitvorming alleen voorbehouden aan de arts, als hoeder van gespecialiseerde medische kennis. In de loop der tijd heeft het *informed-consent*-model (toestemming op basis van informatie), of *informed-choice*-model (keuzemogelijkheid op basis van informatie) de besluitvorming verlegd naar de patiënt. Logischerwijze kiezen mensen ervoor om betrokken te worden bij de beslissingen over hun lichaam en leven. De *locus of control* over deze persoonlijke beslissingen behoort terecht bij de individuele persoon, ook al blijven sommige patiënten en artsen zich vastklampen aan de oude paternalistische benadering.

Patiëntgerichte zorg propageert respect voor de waarden, voorkeuren en geuite behoeften van de patiënt. Andere belangrijke componenten zijn informatie, communicatie en educatie, om de patiënt in staat te stellen zelf beslissingen te nemen. De rol van de medewerkers is om in de behoefte van iedere individuele patiënt te voorzien. Betrokkenheid van familie en vrienden wordt aangemoedigd: ze worden zelfs als partners bij zowel de behandeling als de verpleging verwelkomd. De positieve omgeving is bedoeld om de waardigheid van de patiënt te ondersteunen, barrières weg te nemen, om de patiënt zich thuis te laten voelen en participatie van de familie in de zorg te bemoedigen. Nadruk op de overgang naar huis en op de continuïteit van zorg zijn bedoeld om zeker te stellen dat patiënten de steun blijven ontvangen die zij nodig hebben. Het Planetree-model propageert ook dat, als we op een effectieve manier voor patiënten willen zorgen, we ook voor onze personeelsleden moeten zorgen. Het systeem dient dus ook de zorgmedewerkers te ondersteunen.

Patiëntgerichte zorg richt de focus terecht op het dienen van de patiënt. Het Planetree-model hecht echter ook veel belang aan medewerkers. Medewerkers moeten de mogelijkheden krijgen om hun rol als zorgverlener goed in te vullen, zodat ze zich gewaardeerd en gesteund voelen. In patiëntgerichte

zorg ligt een nadruk op de therapeutische relatie waarin én de patiënt ten dienste moet worden gestaan én de zorgverleners ondersteund moet worden.

Patiëntgerichte zorg is bedoeld om zorgverleners (artsen, verpleegkundigen en anderen) en patiënten in staat te stellen om met behulp van de zorgverlener-patiënt-relatie samen te werken aan bevordering van de gezondheid, voorkoming van ziekte en behandeling van aandoeningen, om op die manier de best mogelijke resultaten te verkrijgen.

In dit nieuwe en geïdealiseerde zorgmodel heeft de arts de sleutelrol en verantwoordelijkheid om effectief te communiceren en de patiënt te onderrichten, zodat de patiënt in staat is om de juiste keuzes voor zijn zorg te maken. Het stelsel is bedoeld om dit educatieve element te ondersteunen en de patiënt te stimuleren om als goedgeïnformeerde zorgconsument deel te nemen aan het proces. Het zijn de rol en verantwoordelijkheid van de patiënt om zijn aandoening te begrijpen, volledige verantwoordelijkheid op zich te nemen voor het opvolgen van voorschriften (en er zelfs een voorstander van zijn, in het Engels *adherence* genoemd) en uiteindelijk een beter resultaat te verkrijgen door een actieve deelnemer in het zorgteam te zijn. Zo kan een patiënt een succesvolle operatie aan de schouder hebben ondergaan, maar of en hoe hij zijn schouder weer kan gebruiken, is afhankelijk van de mate waarin de patiënt zich inzet om datgene te doen wat nodig is voor de revalidatie. De arts is uiteindelijk een betrouwbare raadgever, die gewaardeerd wordt om en nodig is voor medisch advies, therapeutische aanbevelingen en zorgzame aandacht. Net zoals de communicatievaardigheden van arts tot arts kunnen verschillen, zijn niet alle patiënten even goed in staat om de informatie in zich op te nemen of dezelfde mate van eigen verantwoordelijkheid voor hun zorg te nemen. Er is meer onderzoek nodig om te weten welke eigenschappen succesvolle patiënten opleveren, vooral met betrekking tot medisch inzicht, persoonlijke motivatie, sociale ondersteuning en communicatie met de arts.

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (2003) 'neemt het voorstander zijn (en daarmee opvolgen) van voorschriften met de duur en complexiteit van behandelmethodes af (...) duur en complexe behandeling zijn inherent aan chronische aandoeningen. Bij alle aandoeningen is het vanuit overtuiging opvolgen van voorschriften de belangrijkste veranderlijke factor die de behandelresultaten in gevaar brengt' (p. 148). Hoewel het een kwestie van woorden lijkt, geeft het onderscheid tussen de Engelse woorden *compliance* en *adherence* het verschil weer tussen een paternalistisch zorgmodel en een patiëntgericht zorgmodel. De American Heritage Dictionary definieert *compliance* als 'het zich onderwerpen aan een wens of eis; zwiigende instemming.' *Adherence* wordt gedefinieerd als 'de handeling of eigenschap van aan iets blijven kleven; trouwe gehechtheid.' *Adherence* wil zeggen dat een patiënt de redenen begrijpt, zich achter de behandeling schaaft en de verantwoordelijkheid op zich neemt om zich aan het plan te houden. Er mag dus verwacht worden dat zelfsturende patiënten die zich aan de behandeling houden, betere resultaten hebben. Een aantal van de bij Planetree aangesloten ziekenhuizen zijn bezig met het opstellen en verrichten van studies om de hypothese te staven dat patiëntgerichte zorg de resultaten en niet alleen de patiënttevredenheid verbetert (Stone 2007).

DE BETROKKENHEID VAN DE ARTS IN PLANETREE

Er zijn verschillende mogelijkheden voor artsen om betrokken te zijn in de implementatie van het Planetree-model van patiëntgerichte zorg. Veel van de kerncomponenten van het model, zoals educatie en menselijke interactie, vertegenwoordigen vanzelfsprekende mogelijkheden voor de betrokkenheid van de arts.

Deze kerncomponenten zijn vaak die delen in vragenlijsten voor patiënten, waar het een en ander aan kan worden verbeterd, omdat veel artsen zich op de essentiële medische taken richten. Dit gaat vaak ten koste van de tijd die nodig is voor diepgaande gesprekken over de behandelingsmogelijkheden en de dynamiek tussen patiënt en familie. Geïnteresseerde Planetree-artsen kunnen deze mogelijkheid aan de orde stellen door geplande, aangekondigde openbare lezingen te geven of door informele discussies met patiënten en familie in het loungegebied te organiseren. Artsen kunnen een bijdrage leveren door simpelweg beter te luisteren of op een eerder tijdstip dan gebruikelijk bij de kliniek aan te komen, zodat patiënten meer tijd hebben voor een gesprek.

Dr. Louis Teichholz, een arts die zijn opleiding genoot aan de universiteit van Harvard, en hoofd van de afdeling cardiologie van Hackensack University Medical Center in New Jersey, gelooft in de uitspraak van Dr. Francis Weld Peabody als leidraad voor artsen: 'Het geheim van de zorg voor de patiënt bestaat uit het geven om de patiënt' (Peabody 1927). Dr. Peabody, eveneens een Harvard-arts schreef deze woorden op 35-jarige leeftijd, terwijl hij stervende was aan kanker.

Een gangbare rol voor Dr. Teichholz en andere Planetree-pleitbezorgers is om het Planetree-gedachtegoed een stem te geven tijdens bestuurlijke besprekingen. Dit is met name waardevol bij besluitvormingsbijeenkomsten waarbij de leidinggevende arts mogelijk de enige aanwezige persoon

met medische ervaring is. Wanneer een arts losbreekt uit zijn verwachte rol, het verschaffen van een medisch oordeel, en zich in plaats daarvan inzicht verschaft in het perspectief van de patiënt, wekt dat vaak veel indruk. De ziekenhuiservaring van een patiënt wordt voor het gehele bestuurlijke team in een nieuw, menselijk kader geplaatst.

Veel artsen geven uiting aan de steun voor de principes van patiëntgerichte zorg, maar er zijn er maar weinig die vinden dat ze genoeg tijd hebben om een actievere rol te vervullen. Dr. Lisa Sombrotto, psychiater en medisch directeur revalidatiegeneeskunde in het New York-Presbyterian Medical Center in New York, zegt: 'Als je op veel niveaus tegemoetkomt aan de behoeften van mensen, bespaar je uiteindelijk tijd' (Persoonlijk interview, december 2007). Om aan die behoeften tegemoet te komen, is er een mededelingenbord voor familie en patiënten gekomen en worden er aanvullende, makkelijk verkrijgbare educatieve middelen verstrekt. Als gevolg daarvan stellen beter geïnformeerde patiënten nu gerichte vragen aan de artsen. Elk lid van het uitvoerend comité van Planetree is er binnen het medisch centrum verantwoordelijk voor om een Planetree-initiatief tot speerpunt te maken. Het project van Dr. Sombrotto is spiritualiteit, soms een controversieel onderwerp in ziekenhuizen vanwege de relatie (en verwarring) tussen spiritualiteit en religiositeit. De controversie werd opgelost door de creatie van een meditatiekamer voor stille reflectie, die nu geliefd is bij patiënten en medewerkers. Een overeenkomst onder de artsen die actiever zijn geworden in Planetree-ziekenhuizen is de gedeelde erkenning dat het patiëntgerichte zorgmodel, zoals dat wordt gehanteerd in de Planetree-filosofie, niet een nieuw of zonderling concept is, maar een praktische implementatie in het gehele ziekenhuis van een type zorg dat vele artsen al jarenlang beoefenden. Sommige artsen willen graag Planetree-activisten worden vanwege een wezenlijke affiniteit met de Planetree-filosofie en de mogelijkheid zich aan te sluiten bij een gemeenschap van gelijkgestemde zorgprofessionals, ook al zijn de meesten geen artsen.

Dit concept wordt goed samengevat door Dr. Paul Summerside van het Aurora Bancaire Medical Center in Wisconsin, die eenvoudig zegt: 'Het is doen wat goed is.' Hij vindt zijn betrokkenheid in feite een beetje egoïstisch, want: 'Het maakt het vak veel leuker. Ik begrijp artsen niet die dit voor het geld doen. Als je emotioneel niets terugkrijgt, is het vak te zwaar.' (Persoonlijk interview, december 2007). Dit komt terug in de woorden van Dr. Rachel Naomi Remen, een kinderoncoloog en succesauteur, die zegt dat het herstellen van een gebrek van een patiënt het werk van het *ego* is en uiteindelijk tot een burn-out leidt. In tegenstelling daarmee is het ten dienste staan van de behoeften van de patiënt het werk van de *ziel* en dat is voor zowel de patiënt als de arts een heilzame ervaring.

Weerstand onder artsen is een uitdaging waar arts-pleitbezorgers vaak mee te maken hebben. Weerstand kan voortkomen uit de bezorgdheid dat kostbare ziekenhuismiddelen worden aangewend voor zogenoemde zachte, niet-medische methodes, zoals de emotionele ondersteuning van patiënten en familie, in plaats van voor de inkoop van hoognodige 'harde' medische hulpmiddelen zoals beeldapparatuur. Jammer genoeg vindt weerstand onder artsen misschien ook zijn oorsprong in de 'gewonde' geneesheer, die maar in beperkte mate met patiënten en familie kan meeleven. Het is fascinerend om te kijken naar de geschiedenis van het medisch onderwijs en de ziekenhuispraktijk om te beseffen dat een bedrijfstak met een middelmatige prestatie van empathische zorg ten opzichte van zijn eigen werknemers verwacht dat zijn medewerkers voorbeelden van empathische patiëntenzorg zullen zijn. Er komen van oudsher veel depressies voor op medische faculteiten en het aantal scheidingen en zelfmoordgevallen onder artsen is hoog, net als het drugsmisbruik (Center e.a. 2003; Schernhammer & Colditz 2004). In de jaren vijftig nam minstens één ziekenhuis in New York geen getrouwde interne artsen in dienst, omdat ze zich dan niet volledig zouden kunnen wijden aan hun medische verantwoordelijkheden. Tot in de jaren negentig moesten artsen in de klinische opleidingsperiode weekenddiensten van 56 uur draaien. Om deze praktijken te stoppen, die overigens al lang waren verboden in de luchtvaart en de transportindustrie, waren uiteindelijk regels van de overheid nodig. Er dienden gedragscodes te worden opgesteld om de uitbuiting van artsen en studenten te beperken. Het is geen verrassing dat sommige artsen na het volgen van een onmenselijk opleidingsprogramma, niet in staat zijn datgene te geven wat ze niet hebben of wat ze onderweg zijn kwijtgeraakt.

Leidinggevende artsen die het patiëntgerichte gedachtegoed van Planetree vormgeven, fungeren vaak als katalysator voor verandering onder de andere zorgwerkers in de ziekenhuisomgeving. Werkgroepen met een brede vertegenwoordiging (onder andere artsen) zijn belangrijk om creativiteit en participatie aan te moedigen. Als te weinig personeelsleden actief deelnemen, zal er geen permanente cultuurverandering plaatsvinden. Belevingsdagen voor medewerkers zijn van onschatbare waarde bij het bevorderen van het begrip voor de doelstellingen, het aantonen van de waarde en het bereiken van overeenstemming en deelname. Werknemers moeten, om cynisme het hoofd te bieden, de positieve impact van een overgang naar Planetree en een verbetering van zowel hun eigen tevredenheid als die van de patiënten zien. Het is essentieel dat medewerkers zien dat

leidinggevende artsen aan deze belevingsdagen deelnemen en dat een toereikend aantal medewerkers zich actief inzet. Miniworkshops of etentjes voor artsen geven misschien kans op intiemere discussies of open dialoog en bieden op deze wijze mogelijkheden voor geïnspireerde veranderingen in de patiëntgerichte zorg.

Elk Planetree-ziekenhuis heeft prachtige voorbeelden van succesvolle implementatie. Als organisatie zou Planetree als een vergaarplaats van *best practices* moeten fungeren, om deelnemende ziekenhuizen te helpen van elkaar te leren en om de snelle verspreiding van succes te vergemakkelijken. Aangesloten ziekenhuizen zijn vóórgegaan bij het creëren van een open cultuur van patiëntgerichte zorg, door langere bezoeken, open medische dossiers en vele andere creatieve innovaties in te stellen.

Een belangrijk voorbeeld van patiëntgerichte zorg is de creatie van een consultatiedienst voor de palliatieve zorg. Door een multidisciplinaire aanpak, inclusief artsen, verpleegkundigen, welzijnswerkers en hospice-deskundigen, is deze consultatiedienst zeer waardevol voor patiënten, families en doorverwijzende artsen voor het omgaan met kwesties rond het levenseinde. Deze service van opgeleide en toegewijde professionals biedt begrip, compassie en biedt ruimte voor een openhartige bespreking van de mogelijkheden. Daarmee is het een belangrijk voorbeeld van de waarde van patiëntgerichte zorg.

Een ander voorbeeld dat tot cultuurverandering heeft geleid, is het *patient assistance liaison* (PAL)-programma in Sentara Virginia Beach General Hospital. Dit programma – en vergelijkbare programma's in andere bij Planetree aangesloten ziekenhuizen – is bedoeld om familie en vrienden van de patiënt te laten deelnemen aan zijn ziekenhuiscare. Het doel is om op deze manier de patiënt emotioneel en sociaal te steunen bij de overgang van de zorg in het ziekenhuis naar de zorg thuis. Het Patient Advisory Council is een Planetree-commissie binnen het ziekenhuis, die geïnteresseerde patiënten betreft bij de cultuurveranderingen van het ziekenhuis. Deze commissie stimuleert organisatorische transparantie en responsiviteit ten aanzien van patiëntbehoeften en ze vraagt daarbij om creatieve input van de gemeenschap die door het ziekenhuis wordt bediend. Actieve stimulering en betrokkenheid van vrijwilligers uit de gemeenschap dragen verder bij aan de culturele transformatie naar openheid. Vrijwilligers krijgen op deze manier een kans om patiënten zorg en aandacht te bieden. Deze en vele andere innovaties zijn bedoeld als aanvulling op en ter ondersteuning van het advies van de artsen.

Het op een verpleegafdeling aanbieden van aanvullende therapieën, die patiënten gewoonlijk buiten het ziekenhuis ontvangen, groeit in populariteit, maar blijft controversieel. In Hackensack University Medical Center geeft Dr. Teichholz evidence-based aanvullende therapieën aan patiënten van de verpleegafdeling. In Stamford Hospital (in Connecticut) biedt het hoofd van de afdeling cardiothoracale chirurgie, Dr. Li Poa, alle hartchirurgiepatiënten acupunctuur tegen misselijkheid en Reiki-therapie om het algemene welzijn te verbeteren. Massagetherapie en reflexologie zijn voorbeelden van methodes die in verschillende ziekenhuizen in het Planetree-netwerk ingevoerd zijn als traditionele technieken die aan veel patiënten steun bieden, en weinig nadelen hebben.

In Sentara Virginia Beach General Hospital is een nieuw programma geïmplementeerd, dat gebruikmaakt van het *Getwell Network* (letterlijk Word Beter Network). Het is bedoeld om de patiënteducatie te versterken. Door creatief om te gaan met verschillende educatieve middelen wordt geprobeerd om de patiëntresultaten naar een hoger plan te tillen. Dit vierdaagse patiënt-educatiepad is gericht op patiënten met angina pectoris (CHF – *congestive heart failure*) en verspreidt via de televisie informatie in de patiëntenkamer. Aan de hand van de reacties van de patiënt wordt bepaald hoeveel deze heeft begrepen. Het pad is ontworpen om patiënten uitleg te geven over angina pectoris en om uit te leggen op welk punt van het ziekteproces ze zich bevinden. Tevens krijgen patiënten onderricht over hun eigen testresultaten en het belang en de potentiële bijverschijnselen van hun medicatie. Het pad leert patiënten vaardigheden aan om zelfinzicht te verkrijgen, om op die manier hun chronische ziekteproces te kunnen regelen. Het doel van het CHF-pad is om patiënten in staat te stellen hun aandoening te begrijpen, hun medicatie, dieet en activiteiten te sturen en om zelfonderzoek te verrichten. Op die manier worden ze geholpen de regie te voeren over de behandeling van dit chronische ziekteproces. Gegevens over de resultaten met betrekking tot verblijfsduur, de heropnamecijfers na dertig dagen en de patiënttevredenheid zullen worden verzameld. Het doel is bewijs te verschaffen dat specifieke, op de patiënt gerichte educatiediensten de resultaten en de patiënttevredenheid verbeteren. Veel artsen vinden dat er nu meer onderzoek vereist is, vooral naar het beoordelen van doelmatigheid en naar de kosten-batenanalyse van de vele nieuwe manieren van aanpak die uit het Planetree-netwerk naar voren komen. Deze behoefte wordt momenteel binnen de organisatie aan de orde gesteld. Hopelijk zal dat niet alleen tot resultaat hebben dat Planetree het leiderschap verstrekt voor de implementatie van patiëntgerichte zorg, maar ook dat

het aanvullende bewijsen verstrekt om haar volledige waarde als zorgmodel voor de toekomst vast te stellen.

LITERATUUR

Center, C., e.a.. 'Confronting Depression and Suicide in Physicians: A Consensus Statement.' In: *Journal of the American Medical Association* (2003), nr. 289, pp. 3161-3166. *Medical Society of Virginia Arts Survey*. Unpublished. 2007. Orszag, P.R., Ellis, P. 'Addressing Rising Health Care Costs: A View from the Congressional Budget Office.' In: *New England Journal of Medicine* (2007), nr. 357, pp. 1885-1887. Peabody, F.W. 'The Care of the Patient.' In: *Journal of the American Medical Association* (1927), nr. 88, pp. 877-882. Pearson, S.D., Raeke, L.H. 'Patients' Trust in Physicians: Many Theories, Few Measures, and Little Data.' In: *Journal of General Internal Medicine* (2000), nr. 15, pp. 509-513. Schernhammer, E.S., Colditz, G.A. 'Suicide Rates Among Physicians: A Quantitative and Gender Assessment Meta-Analysis.' In *American Journal of Psychiatry* (2004), nr. 161, pp. 2295-2302. 'Six Prescriptions for Change.' In: *Consumer Reports* (maart 2008), pp. 14-17. Stone, S. *A Retrospective Evaluation of the Planetree Patient-Centered Model of Care Program's Impact on Inpatient Quality Outcomes*. Doctoral dissertation, University of San Diego 2007. World Health Organization. *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action*. Geneva: World Health Organization 2003.