

De anatomie van de eed

Colofon

Ontwerp en print: Océ Business Services, Maastricht

*ISBN: 9789056813079
NUR: 877*

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt worden, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur of uitgever.

De anatomie van de eed

Faculty of Health, Medicine and Life Sciences
at Maastricht University

Maastricht, 7 november 2008

Prof. dr. Koo van Overbeeke

4 De anatomie van de eed

Dames en Heren,

In maart 1973 kreeg ik het bericht dat ik Geneeskunde aan de rijks-universiteit van Utrecht mocht gaan studeren. Ik had echter een probleem: ik vervulde toen mijn dienstplicht in het Nederlandse leger. Na wat ongewenste vertragingen op de middelbare school vond mijn vader het beter dat ik eerst de dienstplicht zou gaan vervullen. Ik zou dan wellicht wat meer studie motivatie krijgen, dat was gedurende mijn middelbare school periode nogal een probleem geweest. Ik zou pas in januari 1974 afzwaaien en kon dus niet in september 1973 met mijn studie beginnen. In de veronderstelling dat ik een positief antwoord zou krijgen, vroeg ik aan de pelotonscommandant of ik eerder het leger mocht verlaten omdat ik voor dokter kon gaan studeren. Dit zou toch een betere tijdsbesteding kunnen zijn dan mijn dienstplicht. Tot mijn teleurstelling kreeg ik te horen dat dat niet kon, ik had een dure rijopleiding in het leger gehad en dat moest ten volle worden benut. Ik liet het daarbij niet zitten en bewandelde alle wegen die er waren om toch maar eerder het leger te kunnen verlaten. Pas toen besepte ik dat ik ontzettend graag dokter wilde worden, dat besef gaf mij een warm gevoel, een gevoel dat ik nu, 35 jaar later, nog steeds heb. Ik kreeg eindelijk echt zin om te gaan studeren.

Plotseling zonder enige reden mocht ik eind september 1973 het leger verlaten; kennelijk was er niets meer over om eer aan mij te behalen. Dan begon het eerste jaar met onderwijs in de zoölogie, fysiologie, klinische chemie, histologie en klinische genetica en langzaam maar zeker zakte de motivatie voor het artsen vak in mijn schoenen. Echter het onderwijs in de anatomie hield mij overeind. De kennis en de eigen dissecties van het anatomisch menselijk materiaal op de snijzaal en de kennis van de prachtige samenhang van de menselijke anatomisch structuren bleef voor mij, en voor vele medestudenten, de basis om gemotiveerd te blijven en de minder motiverende vakken voor lief te nemen. Alleen de anatomie laat de verbanden waaruit het menselijk lichaam bestaat zien en verklaart de pathofysiologie in de kliniek. Het is jammer en misschien ook wel kortzichtig dat het anatomie onderwijs met de daarbij behorende snijzaal practica waarbij de student zelf de vaardigheid van de anatomische dissecties aanleert om reden van bezuiniging is veranderd in aanschouwelijk onderwijs aan de hand van digitale beelden en voorgeprepareerde preparaten. Voor bijna elke arts is de anatomie de basis van het klinisch denken, voor de snijdend specialist is de anatomie de basis voor zijn keuze voor het snijdend vak.

Mijn liefde en belangstelling voor de anatomie heeft geleid tot een promotie en publicaties en voordrachten over de anatomie van de cirkel van Willis (een vaatstructuur nabij de schedelbasis) en anatomisch onderzoek van de schedelbasis met de daarbij behorende chirurgische benaderingen. Vrijwel elke neurochirurg in Nederland heeft wel eens een voordracht van mij over een anatomisch onderwerp moeten aanhoren. De kennis van de anatomie verandert nooit en blijft actueel. Medische behandelingen en operaties worden vaak geïnspireerd door de waan van de dag en veranderen dientengevolge door de jaren heen, de anatomie waarop deze inzichten zijn gebaseerd blijft zoals die was: Surgery is for the moment, anatomy is forever.

Op 24 juli 1980 legde ik de artsen eed af.

Bij het toetreden tot de beroepsgemeenschap van artsen wordt een belofte afgelegd of wordt een eed gezworen over toewijding, gedrag ten opzichte van de patiënten en ethische opvattingen van de medicus. De eed heeft geen juridische status; er is geen wettelijke verplichting en daarom heeft het al dan niet uitspreken van de eed geen consequenties voor de inschrijving als arts in het BIG register of voor de uitoefening van het vak als arts. Indien dat wel het geval was zouden artsen die toezicht houden bij een bokswedstrijd en sommige zogenaamde cosmetische chirurgen van meeneed kunnen worden beschuldigd.

Het uitspreken van de eed is nog steeds een traditie aan alle Nederlandse universiteiten en ik zie het nog steeds als een openbare bekrachtiging van een waardige beoefening van het beroep van arts.

De eed is gebaseerd op de eed van Hippocrates die ca. 400 jaar voor de geboorte van Christus leefde. Een tijdgenoot van Hippocrates was Socrates, die beschouwd wordt als de grondlegger van de ethiek. Volgens Socrates moest je een leven leiden die je ziel waardig is. Daarvoor moest je kennis opdoen en koppelen aan het goede ofwel aan de deugd.

Daarvoor moet men eerst het goede leren kennen. Volgens Socrates is het onmogelijk het goede te doen zonder het te kennen zoals het ook onmogelijk is het goede niet te doen als men het goede eenmaal kent.

We vinden deze Socratische denkwijze terug in de eed van Hippocrates. De eed van Hippocrates bevat dat de medische kennis van de arts wordt onderwezen en wordt geleerd en vervolgens ten dienste wordt gesteld aan de ethiek en moraal en aan zijn medemens als onderdeel van zijn deugd. Wellicht gaat Hippocrates iets te ver. Hij laat zijn leerling bijvoorbeeld het volgende beloven:

– ik zal hem, die mij de geneeskunst heeft onderwezen, beschouwen als een vader, en hem laten delen in mijn levensonderhoud, en als hij in schulden of nood zou geraken, hem op zijn verzoek steun verlenen –

Aldus Hippocrates. Was dat maar waar want ik ben al 10 jaar opleider in de neurochirurgie. Ik denk dat mijn assistenten dit echt niet beloven, zeker niet nu we met een krediet crisis te maken hebben.

Toch blijft de essentie van de eed van Hippocrates al meer dan twee millennia actueel en een waardevol instrument dat artsen in al hun verscheidenheid bijlicht. Dit is vergelijkbaar met de anatomie: de maatschappij verandert, de geneeskunde krijgt nieuwe en andere inzichten, echter de verantwoordelijkheid van de opleider voor zijn leerlingen en de verantwoordelijkheid van de arts voor zijn patiënten is en blijft hetzelfde.

Hoe luidt de eed van Hippocrates? Ik citeer de meest actuele versie

Ik zweer/beloof dat ik de geneeskunst zo goed als ik kan zal uitoefenen ten dienste van mijn medemens. Ik zal zorgen voor zieken, gezondheid bevorderen en lijden verlichten. Ik stel het belang van de patiënt voorop en eerbiedig zijn opvattingen. Ik zal aan de patiënt geen schade doen. Ik luister en zal hem goed inlichten. Ik zal geheim houden wat mij is toevertrouwd. Ik zal de geneeskundige kennis van mijzelf en anderen bevorderen. Ik erken de grenzen van mijn mogelijkheden. Ik zal mij open en toetsbaar opstellen, en ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving. Ik zal de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg bevorderen. Ik maak geen misbruik van mijn medische kennis, ook niet onder druk. Ik zal zo het beroep van arts in ere houden."

Staat u mij toe dat ik een paar aspecten van deze eed anatomisch ga ontleden.

Ik zweer of ik beloof dat ik de geneeskunst zo goed als ik kan zal uitoefenen ten dienste van mijn medemens. Dat is de eerste regel van de eed.

Wat is "zo goed als ik kan"?

De zorgverzekeraar gaat anno 2008 nog verder met deze vraag en zoekt in het kader van de inkoop gerelateerd aan de marktwerking de beste dokter en het beste ziekenhuis voor zijn cliënt. Ook wordt over

de beste arts en het beste ziekenhuis gesproken in enquêtes van het Algemeen Dagblad en Elsevier. De ziektekostenverzekeraar CZ gaat nog verder en lokt in een advertentie in de Volkskrant van 2 weken geleden zijn cliënten met het vooruitzicht dat zij op kosten van CZ de beste medische topspecialist in de wereld mogen benaderen voor een second opinion. Deze beste dokter, deze topspecialist geeft dan op basis van het ingestuurde patiënten dossier (moet wel eerst vertaald worden, denk ik) zonder de patiënt te hebben gezien en zonder de patiënt te hebben onderzocht en zonder met de eerdere behandelaars te hebben gecommuniceerd zijn mening. Volgens CZ wordt in 29% van die gevallen de eerdere diagnose aangepast en in maar liefst 56% wordt een afwijkend behandelplan voorgesteld. Logisch, als je alleen maar uit kunt gaan van een patiëntendossier is de kans dat er een afwijkende mening ontstaat niet onaanzienlijk. Echter deze beste dokter ergens op onze planeet voldoet niet aan de eed van Hippocrates, want alleen een patiëntendossier bestuderen zonder een patiënt te hebben gezien of een medebehandelaar te hebben gesproken past niet bij de term “zo goed als ik kan”. De ziektekostenverzekeraar trekt zich daar weinig van aan, het verwerven van premiebetalende klanten is belangrijker.

De beste dokter, het beste ziekenhuis. Maar wie is de beste dokter en waar is het beste ziekenhuis? De medische specialist in het academische ziekenhuis, of liever toch de specialist in een topklinisch niet-academisch ziekenhuis of juist de specialist in een relatief kleiner streekziekenhuis. Niet medische zaken zoals parkeergelegenheid, de kwaliteit van de koffie en de stoelen in de wachtkamer en de wachttijden en wachtlijsten kunnen worden gemeten. Maar hoe meten we vertrouwen, betrokkenheid, sympathie, empathie en het nivo van de medische en paramedische kennis? Dit zijn de essentiële onderdelen van het visitekaartje van het ziekenhuis. Mensen vergeten meestal dat ze lang op de specialist hebben moeten wachten, maar onthouden een chagrijnige onvakkundige arts, een onaardige verpleegkundige of een ongeïnteresseerde poli medewerker.

Is de specialist met de meeste ervaring de beste dokter? Het behoeft geen betoog of onderzoek. Iedereen weet het uit ervaring. Niets bevordert de geneeskunde meer dan de ervaring. Maar ervaring doet men op uit onervarenheid, er is een learning curve, en veel ervaring leidt tot een onvermijdelijke oppervlakkigheid.

Ik heb tenminste 3000 lumbale hernia operaties gedaan. Het getal 3000 zegt niets over mijn resultaten, hooguit dat ik er veel gedaan heb

en dus wel ervaring zal hebben. Zoals ik al zei: ervarenheid kan leiden tot oppervlakkigheid. Een groot deel van deze operaties heb ik gedaan samen met een assistent in opleiding tot neurochirurg die dan afhankelijk van de fase van zijn opleiding de operatie zelf of voor een gedeelte zelf deed. Dat maakt mijn ervaring anders. In het kader van de opleiding wordt steeds weer opnieuw de indicatie, het resultaat en eventuele complicaties van de operatie geëvalueerd en eventuele verbeteringen en leermomenten besproken. Een voortdurende zelfreflectie, update van kennis en een kritische evaluatie door leerlingen en mijzelf is dan nodig. Hetzelfde is nodig als men in een team werkt waarin wederzijds respect maar ook een wederzijdse kritische evaluatie van elkaar bestaat. Deze condities dragen mijns inziens meer bij aan het predikaat "de beste arts" dan het aantal verrichte medische handelingen en/of medische publicaties en voordrachten.

De geneeskunst zo goed als mogelijk uitoefenen ten dienste van de medemens kan een arts anno 2008 in de meerderheid der gevallen niet meer alleen.

Met andere woorden de beste arts in het beste ziekenhuis kan eigenlijk niet alleen zijn maar moet met meerdere collega's samenwerken; collega's die voortdurend met elkaar communiceren ook buiten kantooruren en elkaar professioneel respecteren en accepteren.

De hoeveelheid medisch wetenschappelijke informatie dat maandelijks wordt gepubliceerd is ten gevolge van de digitale communicatie zo omvangrijk dat een specialist niet meer in staat is alles tot zich te nemen. Steeds meer is er sprake van discipline overschrijdende informatie zodat de grenzen van elk specialisme zo langzamerhand aan het vervagen zijn. Dat betekent dat de beste dokter zich moet specialiseren binnen zijn discipline om een expert te worden en te blijven. Vervolgens zullen deze topspecialisten zich moeten groeperen in een team van specialisten die allemaal hun eigen professionele inbreng hebben in een bepaalde en beperkte pathologie. Het is bekend dat een team bestaande uit een heterogene samenstelling met vooral ook jongere teamleden beter presteert. Het vormen van multidisciplinaire teams rondom een bepaald ziektebeeld is essentieel voor het predikaat de beste arts. Liever spreek ik dan over het beste team. Een team van artsen en andere medebehandelaars zoals verpleegkundigen en paramedici en medisch opgeleide technici. Afdelingen worden dan niet langer genoemd naar het soort specialisme (zoals de afdeling neurochirurgie) maar afdelingen worden genoemd naar het soort pathologie. Deze afdelingen worden bestuurd door een multidisciplinair team met korte lijnen en een

natuurlijke onderlinge chemie tussen de leden van het team. Een onderling respect voor kennis en inbreng is essentieel, zo niet de eerste voorwaarde voor een goed functioneren van deze behandelteams. Een academische titel, publicaties, voordrachten, het al dan niet deelnemen of leiden van nationale en internationale studies is van secundair belang. Liever een vakkundige doctorandus met een empatisch vermogen en een goed gevoel voor overleg en communicatie dan een vakkundige professor zonder enige communicatieve vaardigheid. Indien nodig moeten de teams expertise vragen uit en expertise aanbieden aan andere teams in andere ziekenhuizen. Uitwisseling van kennis en vaardigheid is cruciaal voor kwaliteit en het onderhouden van kennis. Zoals een orkest alleen goed kan presteren met een vakkundige dirigent dient de eindverantwoording te berusten op een medisch hiërarchisch model dus bij een medische specialist bekend met de medische inhoud en die tevens bekend is met medisch management. Hij kan dan op voet van gelijkheid communiceren en rapporteren aan de Raad van Bestuur en met hen direct ook aan de zorgverzekeraar. Zoals een Raad van Bestuur van een medische instelling rapporteert en verantwoording aflegt bij een Raad van Toezicht, zo zullen de leiders van deze teams verantwoording af moeten leggen aan een soort Raad van Medisch Toezicht waarvan de leden bestaan uit locale en nationale en misschien wel internationale ter zake kundige professionals. Vanuit de organisatorische hoek betrek ik hierbij ook de leden van de Raden van Bestuur van de ziekenhuizen omdat de zogenaamde Raad van Medisch Toezicht de autoriteit en mogelijkheid moet hebben disfunctionerende leden van het team aan de zijlijn te plaatsen en eventuele disfunctionerende teams omwille van de patiëntveiligheid en kwaliteit op te heffen.

U merkt dat ik veel hogere eisen stel aan dit soort teams dan aan de vele werkgroepen en teams die reeds in vele ziekenhuizen bestaan. De door mij beschreven teams werken niet louter op basis van vrijblijvendheid en worden gecontroleerd op prestatie en kwaliteit.

Door een uniforme, perfecte, transparante registratie van patiënten, medische behandelingen, resultaten en complicaties is benchmarking met eenzelfde teams in andere ziekenhuizen mogelijk en kan kwaliteit en kwantiteit worden vergeleken nationaal en wellicht ook internationaal. Tevens maakt het de kosten vergelijkbaar en inzichtelijk.

Het op te richten spine centrum en hart-vaat centrum in Zuid-Limburg zijn een stap in de goede richting en worden door mij waar mogelijk van harte gesteund.

Ik kom terug op de eed en citeer opnieuw:

Er wordt gezworen of beloofd:

Ik erken de grenzen van mijn mogelijkheden. Ik zal mij open en toetsbaar opstellen:

Dit is in een team alleen realiseerbaar. De team leden controleren elkaar en leggen verantwoordelijkheid af aan elkaar en aan een Raad van Medisch Toezicht. De surgical glory van de chirurg die nogal eens de besluitvorming en indicatie voor operatieve handelingen kan beïnvloeden hetgeen soms desastreuze gevolgen kan hebben, kan door de teamstructuur worden bijgesteld.

Ik citeer opnieuw:

Ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving;

De teams moeten transparant registreren en treden eensgezind naar buiten, trots op hun resultaten.

In plaats van inspecties, de media en managers moeten de artsen zelf het initiatief nemen om verbeteringen aan te kaarten, misstanden te signaleren en de resultaten van hun medisch handelen transparant en openbaar te maken en deze te presenteren aan de media.

Met weerzin kijk ik elk jaar naar de zogenaamde onderzoekenquêtes van Elsevier en het Algemeen Dagblad. Met onbegrip verneem ik positieve en negatieve reacties in de media en op de werkvloer in het ziekenhuis.

Van de arts wordt verwacht dat hij de patiënten behandelen zal volgens de geldende richtlijnen die gebaseerd zijn op wetenschappelijke studies.

Daarentegen wordt de kwaliteit van de Nederlandse ziekenhuizen en daarmee samenhangend het functioneren van de arts en alle andere medewerkers in het ziekenhuis beoordeeld op basis van wetenschappelijk ongevalideerde enquêtes en epidemiologisch gezien nutteloze prevalentie metingen. Ondanks het feit dat geen enkel ziekenhuis een constante met elkaar vergelijkbare patiëntenpopulatie kent – denk maar eens aan variabelen als de ligging van het ziekenhuis, opnameduur, zorgzwaarte, patiëntenmix, diagnoses en ziekenhuiskarakteristieken – worden verregaande conclusies getrokken over alle ziekenhuizen in Nederland en in de media breed uitgemeten.

Ik weet zeker dat in een ziekenhuis dat laag scoort bij deze enquêtes artsen, verpleegkundigen of andere medewerkers werken die zich met volle inzet, betrokkenheid, empathie en sympathie zich inspannen voor het lot van de patiënt. Dit horen we niet en dit zien we niet, dat heeft geen nieuwswaarde. Medisch falen en de ellende die daarbij hoort worden beoordeeld vaak zonder hoor en wederhoor. Voor de media is dit de belangrijkste bron van medisch nieuws. Hoe lang accepteert de medische specialist dit nog?

Ik ga weer terug naar de eed en ik citeer:

Ik zal zorgen voor zieken, gezondheid bevorderen en lijden verlichten. Ik stel het belang van de patiënt voorop en eerbiedig zijn opvattingen.

Bedoelt Hippocrates hier een altruïstische levenshouding van de arts? Indien dat wordt bedoeld dan gaat het misschien wel erg ver. Onbaatzuchtigheid in plaats van altruïsme zou een beter woord kunnen zijn, maar dat past niet in het huidige model van de marktwerking van de zorg. Onbaatzuchtig betekent dat alles moet worden ingezet, kosten noch moeite zouden moeten worden gespaard. De politiek trapt echter direct op de rem indien er kostenoverschrijding dreigen te ontstaan. Ik hoorde enkele maanden geleden een tweede kamer lid naar aanleiding van de presentatie van de Koran film van Wilders verklaren dat kosten noch moeite mochten worden gespaard bij het in stand houden van de vrijheid voor meningsuiting. Geen enkele politicus heb ik dit over de zorg horen zeggen.

De discussie over marktwerking in de zorg gaat steeds meer over één ding: geld. Geld, dus verzakelijking in plaats van kwaliteit als criterium om concurrentie is misschien op korte termijn effectief, maar zal op langere termijn niet werken. De focus op geld en verzakelijking van de zorg heeft geleid tot een enorme bureaucratie en steeds meer onbegrip bij de werkers in de zorg die dagelijks aan het bed van de patiënt staan. Financiële managers en directies van ziekenhuizen worden gek van de rekenmodellen, regels en beperkingen die hen door de overheid worden opgelegd.

Naast de financiële regelgeving worden de artsen en verpleegkundigen en paramedici voortdurend overstelpt met nieuwe regels en verordeningen die vaak gebaseerd zijn op onderzoek en bekendmaking van medische missers en misstanden in soms een enkel ziekenhuis of erger nog soms op een enkele afdeling van een ziekenhuis. Bescherming en indekking

tegen eventuele juridische aansprakelijkheids procedures en negatieve publicaties in de krant en op de televisie is een dagelijks onderdeel van ons werk geworden. Steeds meer werknemers in de zorg haken af omdat ze gedemotiveerd raken, steeds minder schoolverlaters kiezen voor werk in de zorg. Het personeelstekort is een van de grootste zorgen voor de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg die vanwege de vergrijzing alleen maar zal toenemen.

Onbaatzuchtigheid kan niet meer. We moeten denken aan ons toegekende en zelf te verdienen financiële budget hetgeen van de artsen steeds meer een koopmansgeest gaat verlangen. Onbaatzuchtig toegeven dat er een medische fout is gemaakt bij een medische behandeling kan niet ondanks de roep om transparantie. Uit eigen ervaring heb ik meegemaakt dat mijn eigen verzekeraar tegen aansprakelijkheid mij verweet dat ik openlijk een fout had toegegeven waardoor de juristen niet in staat waren een goede verdediging te voeren. Een fout mag in de medische wereld geen fout genoemd worden.

De verzakelijking en juridisering van de zorg botsen met de eed.

Voor de laatste keer ga ik terug naar de eed

De laatste regel luidt:

Ik maak geen misbruik van mijn medische kennis, ook niet onder druk. Ik zal zo het beroep van arts in ere houden."

Dit laatste is bedoeld om het misbruik van medische kennis, zoals dat tijdens de Tweede Wereldoorlog optrad, te voorkomen. Dezelfde zinsnede is echter ook van toepassing op misbruik van kennis door commerciële druk zoals die van de industrie en het marktgericht denken in de huidige zorgverlening. Stimuleert de marktwerking in de zorg niet dat de burger zich vooral als consument opstelt en juist meer zorg wil? Dit kan zorg zijn die de arts onder commerciële druk van de zorginstelling moet verlenen, en is tegen de inhoud van de eed. Anno 2008 wordt veel maakbaar geacht, je hebt recht op de beste zorg voor je eigen gezondheid, en men beschouwt het leven en lichaam als een maakbare machine. Dat beeld is absoluut onwerkelijk. Maar het gaat wél steeds meer de gezondheidszorg sturen.' De uitspraak van de arts "ik kan niets meer voor u doen" wordt niet meer geaccepteerd. Er moet een oplossing komen, de patiënt heeft daarvoor zijn premie betaald. De gezondheidszorg helemaal in een markt omvormen, kan nog wel eens

heel duur worden. Want op de markt valt “nee, ik kan niets meer voor u doen” niet te verkopen. De second en third opinion en de opinie van de beste dokter ergens op deze planeet met alle financiële consequenties van dien zijn het gevolg.

De marktwerking in de gezondheids zorg heeft echter ook voordelen. Voor het eerst in 28 jaar maak ik mee dat er in de ziekenhuizen grootschalig aandacht besteed gaat worden aan zogenaamde klantgerichtheid. Ik ben ongelukkig met het woord. We hebben geen klanten in het ziekenhuis, maar patiënten. Ziekenhuizen verkopen feitelijk niets aan patiënten, maar hebben de verzekeraars als klant. Patiënten op hun beurt zijn betalende klanten van de verzekeraars, niet van de dokters. Zij kopen geen product uit vrije wil. Ze zijn onvrijwillig ziek en vragen om zorg. Zorg die bestaat uit deskundigheid en betrokkenheid. Zorg geleverd door een team van professionals zoals ik al eerder heb genoemd. De patiënt is hierbij ook een prominent lid van het team en bereid zelf ook alles te doen wat in zijn vermogen ligt om het proces van zorg tot een goed einde te brengen.

Centraal hierin staat betrokkenheid. Betrokkenheid is geen product. Betrokkenheid ontstaat op basis van een wederzijds vertrouwen. Het klinkt wellicht wat pathetisch, maar het is toch realiteit. Een patiënt of zijn familie geven mij een onbegrensd vertrouwen als zij akkoord gaan met het feit dat ik een operatie doe aan bijvoorbeeld de schedelbasis met de kans op overlijden van 2 procent en een kans op ernstige levenslange invaliditeit van misschien 4 procent of en de kans op minder ernstige blijvende beschadigingen in een nog hoger percentage. Dit is een onbegrensd vertrouwen dat ze niemand anders en zeker niet aan politici zullen geven. Indien ik me dat vertrouwen realiseer dan vervagen woorden als klant, zorgproduct en marktwerking. Het enige dat dan telt is betrokkenheid. Dit is het unieke van ons vak als arts. Dit houdt velen met mij staande in de nogal turbulente ziekenhuiswereld om ons heen. Betrokkenheid is een van de peilers van de eed van Hippocrates. Wij, de medisch specialisten zijn de eersten die dat voortdurend moeten tonen. Wij hebben in deze een voorbeeldfunctie voor alle anderen in een ziekenhuis. Betrokkenheid verandert in onverschilligheid als een specialist of een andere medewerker zijn werk niet gerespecteerd, gewaardeerd en passend gehonoreerd ziet. Voor een patiënt die vraagt om zorg is onverschilligheid de meest frustrerende en kwetsende ervaring. Onverschilligheid mag in een zorginstelling zoals een ziekenhuis nooit voorkomen. Ik kom weer terug op mijn pleidooi voor

de teams zoals ik ze al eerdere heb beschreven. Het gevoel bij een team te horen, het gevoel mee te werken aan een resultaat waar men trots op kan zijn, het gevoel waardering te krijgen van de patiënt, het gevoel waardering te krijgen van andere teamgenoten, van leidinggevenden en van de Raad van Bestuur zet een ziekenhuis beter op de kaart dan welke goedbedoelde cursus klantgerichtheid dan ook.

Mijn opleider in het Henry Ford ziekenhuis in Detroit: James Ausman zei het op zijn manier:

*If you put the patients first, you will never have to worry about money
If you put money first you will lose both.*