

10

vragen aan

Peter Bennemeer

Tekst Edith Bijl

Beeld De Beeldredactie | Ed van Rijswijk

1 Wat is uw eerste ervaring met de gezondheidszorg?

“Dat was toen ik voor het eerst het daglicht zag, maar daar heb ik natuurlijk ‘geen actieve herinnering’ aan. De eerste ervaring die ik me herinner was toen ik een jaar of acht à tien was. Ik viel van de schildersteiger rond ons huis en brak mijn pols. Met mijn moeder ging ik toen naar het ziekenhuis, waar mijn pols in het gips werd gezet. Maar hoe ik dat heb ervaren? Ik weet het echt niet meer.”

2 Als u geneeskunde had gestudeerd, wat voor dokter was u dan geworden?

“Ik denk dat ik dan internist was geworden. Als internist moet je analyseren, de puzzel oplossen en in actie komen. Dat is een mooie reflectie van wat ik nu doe. En daarmee was het dus wel een mooie en passende keuze geweest. Maar ik koos voor een heel andere richting en heb bedrijfskunde gestudeerd.”

3 Als u het in de zorg voor het zeggen had, wat zou u dan als eerste doen?

“Als allereerste zou ik de schotten in de bekostiging weghalen, zodat je de optimale bekostiging krijgt voor alle zorg die er is. Ik

PERSONALIA

Peter Bennemeer was na zijn studie bedrijfskunde 27 jaar werkzaam in de levensmiddelensector. In 2011 gooide hij het roer om en werd bestuurder van ziekenhuis Bernhoven in het Brabantse Uden. In de zeven jaar dat hij daar aan het roer stond voerde hij een aantal spraakmakende transformaties door om de zorg beter geregeld te krijgen, perverse prikkels tegen te gaan en zinnige zorg te stimuleren. Over deze periode schreef hij het autobiografische boek *De Ingreep*, dat afgelopen februari werd gepubliceerd. Verder is Bennemeer actief binnen en buiten de zorg in diverse toezichtfuncties en als boardroom-consultant. Peter Bennemeer woont in Oud-dorp met Caroline, die werkzaam is als kinderfysiotherapeut.



“Wat direct vergoed zou moeten worden? Dat is de extra tijd die nodig is om goede gesprekken te kunnen voeren met de patiënt, zodat deze direct de juiste zorg op de juiste plek krijgt”

zou langs drie lijnen de huidige systeemfouten eruit halen. Ten eerste zou ik voor de acute zorg een beschikbaarheidsbijdrage instellen, zodat er altijd een passende bezetting is. Want wat inmiddels wel duidelijk is, is dat in de acute zorg de beoogde marktwerking *niet* ideaal is. Ten tweede zou ik in de chronische zorg kiezen voor een populatiebestedingsstructuur. Ik zou één instantie binnen de ketenregie verantwoordelijk maken voor de hele keten, zodat de zorg voor de chronische patiënt vanuit één punt gecoördineerd wordt. Ten derde moet er geld beschikbaar komen voor tijd, zodat de medisch specialist het ‘goede gesprek’ met zijn patiënt kan voeren, waardoor hij of zij meteen bij binnenkomst de juiste diagnose (*first time right*) en juiste zorg op de juiste plek krijgt. Als je deze systeemfouten kan elimineren, los je direct heel veel van de huidige problemen op.”

4 Welke zorg hoort volgens u niet in het basispakket thuis?

“Alle zorg die niet bewezen medisch effectief is. Ik ben dan ook een groot voorstander van zinnige zorg.”

5 En welke zorg zou volgens u onmiddellijk in het basispakket opgenomen moeten worden?

“Wat in mijn optiek direct vergoed moet worden is de extra tijd die nodig is om goede gesprekken te kunnen voeren met de patiënt, zodat deze direct de juiste zorg op de juiste plek krijgt.”

6 Wat doet u bij een zeurend pijntje: even aankijken en doormodderen of meteen naar de huisarts?

“Aankijken. Meestal gaat de klacht vanzelf weg. Maar als het langer duurt, moet ik eerlijk gezegd mezelf echt vermanen om naar de huisarts te gaan. Voor mijn gevoel heb ik dan altijd andere, urgentere dingen te doen. Daarom spaar ik mijn klachten meestal even op.”

7 Wat is uw favoriete zorgwoord?

“De patiënt. Die is immers de reden dat de zorg op aarde is. Bij alles wat we doen in de zorg moeten we bedenken: is deze behandeling in het belang van de patiënt? Mijn ervaring is dat dit helaas nog te weinig gebeurt.”

8 Stel, u ligt met een gebroken been op een tweepersoonskamer in het ziekenhuis. Naast wie wilt u dan liggen?

“Naast Atul Gawande. Gawande was chirurg in Boston en onder meer professor bij Harvard. Ik heb hem in 2016 uitvoerig gesproken over het Bernhoven-model (zie ook het kader ‘Personalialia’ – red.). We hadden een uitgebreid gesprek over het belang van goed leiderschap om succesvol transities in de zorg te kunnen implementeren. Gawande had destijds namelijk onderzoek gedaan naar de kwaliteit van leiderschap in de zorg in de VS. Daaruit concludeerde hij dat die kwaliteit in de VS onvoldoende was om veranderingen door te voeren. Nu hij zelf geprobeerd heeft om veranderingen door te voeren als CEO bij de Amerikaanse zorginstelling Haven Health-care, ben ik benieuwd naar zijn ervaringen en of hij nieuwe inzichten heeft opgedaan. Daar zou ik graag met hem in die ziekenhuiskamer over willen spreken.”

9 Wat vindt u de belangrijkste voorwaarde voor goede zorg?

“Dat zijn er meerdere, maar laat ik me tot drie beperken. Eén: neem de tijd om te snappen wat de behoeften van de patiënt zijn. Twee: we moeten meer vraag- dan aanbodgedreven acteren. Drie: doelmatigheid. We moeten ons realiseren dat we in zijn algemeenheid te maken hebben met schaarste aan mensen en financiële middelen. Hoe meer we aan de zorg besteden, hoe minder we aan andere belangrijke zaken kunnen besteden, zoals onderwijs, defensie, politie et cetera. Aan ons de taak de zorg zo doelmatig mogelijk te organiseren.”

10 Hoe ziet de zorg en/of ons zorgstelsel er volgens u over vijf jaar uit?

“Ik heb geen kristallen bol, dus dat kan ik niet echt zeggen. Wel kan ik zeggen dat het voor 100 procent afhangt van het zittende leiderschap in de zorg en de politiek. Want als we blijven doen wat we deden krijgen we wat we kregen en verandert er niet veel. Alleen met kwalitatief en goed leiderschap kunnen we echte veranderingen doorvoeren. Kortom: betere zorg begint voor alles met goed leiderschap.” ●