

VERTRAPT OP DE VRIJE MARKT

Geen geld voor de niet-curatieve zorg voor chronisch zieken

Het marktmechanisme zet de eerstelijnszorg voor chronisch zieken zwaar onder druk. De financiële bodem onder de niet-curatieve zorg voor deze patiënten valt langzaam maar zeker weg.

JAAP SCHUURMANS

Sinds 1 januari vorig jaar werkt de gezondheidszorg volgens het door minister Hoogervorst met trots geïntroduceerde marktwerkingprincipe. In de zorg voor patiënten met multiple chronische aandoeningen was 'Van cure naar care' lange tijd het uitgangspunt. Maar de geïntroduceerde marktwerking zit dat beginsel in de weg. Het marktmechanisme pakt slecht uit voor de kwaliteit van leven van deze kwetsbare groep patiënten.¹

Overheid en zorgverzekeraars zijn slechts geïnteresseerd in streefwaarden die een maat zijn voor gezondheid. Het begeleiden en verzorgen van kwetsbare patiënten is niet kwantificeerbaar en dreigt daardoor het kind van de rekening te worden.

NIET-MEETBARE PRESTATIES

Het aanbod van nieuwe zorgproducten voor chronisch zieken is karig. Verzekeraars en farmaceutische industrie bieden vooral financiële ondersteuning aan centra en poli's die genezing, cure beogen. Doordat de zorg voor chronisch zieken vooral als een categoriaal product in de markt wordt gezet, dreigen de financiële

middelen momenteel grotendeels te worden ingezet voor het curatieve deel van deze zorg. Categorale instellingen zullen natuurlijk de care ook omarmen maar de marketing zal curegericht zijn en de care die wordt geleverd, leidt voor de geriatrische patiënt met multiple chronische aandoeningen tot versnippering en een verlies van overzicht.

De huisarts behoort de kwaliteit van de zorg te bewaken, maar alle instrumenten daarvoor zijn hem uit handen genomen. Onze gezondheidszorg verandert snel in een systeem waar voor elke aandoening een aparte dokter aan het bed verschijnt. De coördinatie en begeleiding van de groeiende groep chronisch zieken met meerdere aandoeningen vergen veel tijd en inspanning van de huisarts.

Door de marktwerking worden niet-meetbare prestaties, zoals het opbouwen van een persoonlijke band en het voeren van familiegesprekken, echter niet meer gehonoreerd. De inkomsten van de huisarts worden nu bijna uitsluitend gebaseerd op zijn verrichtingen. Het abonnemententarief wordt stilaan verlaten. Het belang van de goede trouw van de huisarts wordt nauwelijks nog onderkend. Het principe van de vrije markt vertrapt het goede van ons gezondheidszorg-systeem.

SLECHTE LEVENSKWALITEIT

De huisarts is als generalist opgeleid in familiale, religieuze, psychosociale en maatschappelijke factoren die de omgang met ziekte bepalen. Voor bijvoorbeeld

Niet-meetbare prestaties, zoals het opbouwen van een persoonlijke band, worden niet meer gehonoreerd.



SAMENVATTING

- De 'dokter als medicijn' was ooit een grondbeginsel van huisartsgeneeskunde, maar laat zich niet vertalen in productiecijfers en lijkt geen kwaliteitsindicator te zijn.
- Het principe van de vrije markt vertrappt het meest kwetsbare deel van de zorg.
- De Nederlandse huisartsgeneeskunde heeft zich laten ringeloren door de opgelegde marktgerichte uitgangspunten.
- Basale grondbeginselen van zorg moeten vanwege hun kwetsbaarheid dringend beter worden gedefinieerd en door de medische professie worden beschermd.

het behandelen van ongeneeslijke chronische hart- en longpatiënten bestaan geen richtlijnen, omdat hiervoor geen evidence voorhanden is.² We moeten het bij elke individuele patiënt doen met een unieke, interdisciplinaire aanpak.

Dit lijkt financieel onaantrekkelijk, maar is uiteindelijk juist kostenbesparend. Immers, de grootste uitgaven binnen de gezondheidszorg worden gemaakt in de voorlaatste levensfase van

vergelijken met een rouwverwerkingsproces.⁷ Binnen de huisartsgeneeskunde is dat proces vlot verlopen, mogelijk omdat de inkomsten meevielen, mogelijk omdat er collectief geleden wordt aan burn-out.

Weinig mensen beseffen dat Nederland binnen Europa een unieke positie inneemt door het ongekend hoge aantal mensen dat thuis wil overlijden. Thuis overlijden kan alleen als de eerste lijn

Sociale, humane en emotionele argumenten verdienen meer aandacht

de patiënt. Patiënten en naasten houden in die fase koste wat het kost vast aan een actieve behandeling, zelfs als dit gepaard gaat met een slechte levenskwaliteit. Uit onderzoek onder hoogbejaarden (gemiddeld boven de 80 jaar) blijkt dat de meesten van hen nooit hebben gehoord van wilsverklaringen en/of niet-reanimatieverklaringen.³

Er is niet alleen moed, maar ook tijd voor nodig om als arts af te wijken van het uitsluitend op genezing gerichte traject en een gesprek aan te gaan over bijvoorbeeld een wilsverklaring. Ondersteuning in dat proces kan alleen worden geboden als er ruimte is voor begeleiding van de patiënt, interdisciplinair overleg en een familiegesprek.

Recentelijk gepubliceerd vergelijkend onderzoek tussen het Nederlandse en het Amerikaanse gezondheidszorgsysteem laat een duidelijk verschil in beslissingen rondom het levenseinde zien. Nederlandse artsen nemen een actievere en meer verantwoordelijke rol aan door een intensiever contact met de patiënt. Binnen het Amerikaanse gezondheidszorgsysteem worden geriatrische patiënten sneller gehospitaliseerd en wordt er agressiever en intensiever ingegrepen en vaker gehoor gegeven aan de wens van familieleden om medische vervolghandelingen in te zetten ook al was dit in de ogen van de artsen ongepast.^{4,5}

RINGELOREN

De Nederlandse huisartsgeneeskunde laat zich ringeloren door de opgelegde marktgerichte uitgangspunten.⁶ Het aanpassen aan marktgerichte zorg is te

op de juiste manier (financieel) wordt ondersteund.

Marktwerking leidt ertoe dat gemeenten en verzekeraars driftig speuren naar de goedkoopste aanbieders van zorg aan chronisch zieken. Desnoods zouden ze zelfs schoonmaakbedrijven inschakelen. Zo wordt onze thuiszorg uitgedaagd en wachten we in spanning af wat de politiek, die in meerderheid de marktwerking in de zorg wenst, nu onder regulering gaat verstaan.

De samenleving kan er niet langer op vertrouwen dat de kennis en kunde van zorgverleners op peil is. Idealen en fundamentele uitgangspunten van artsen, verpleegkundigen en verzorgenden staan in de marktgerichte zorg onder druk. Zorginhoudelijke, professionele overwegingen leggen het af tegen economische overwegingen. Om de grondbeginselen van de zorg te beschermen moeten we eerst weten wat de basale zorg precies behelst. Wat eisen we minimaal aan voorlichting en zorgvoorzieningen? Wat beschouwt de beroepsgroep als menselijk waardig waar niet aan mag worden getornd? Eén wasbeurt in de week?

Een sterke eerstelijnszorg is effectief en doelmatig, en het is een goed instrument om de kosten van het basispakket beheersbaar te houden. Dat is een heel fraai economisch argument. Maar voor de politieke discussie zijn niet alleen rationale en wetenschappelijke argumenten nodig. Het gaat niet om levenloze, gevoelloze objecten, maar om mensen, veelal in benarde omstandigheden. In de politieke discussie hierover verdienen sociale, humane en emotionele argu-

menten minstens zoveel aandacht en die worden te weinig gehoord. De emotie en de solidariteit met uiterst kwetsbare zorg gaan ten onder in de strijd om efficiency. Zorgcoördinatorschap en de daarvoor benodigde tijd/kosten betekent minder tijd voor directe patiëntenzorg. ■

J. Schuurmans,

huisarts te Groesbeek en palliatief consultant van het Ondersteuningspunt Palliatieve Zorg Nijmegen

Correspondentieadres: jschuur@knmg.nl;
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Referenties

1. Nieuwenhuijzen Kruseman AC, Bussel BCT van, Pijpers E. De zorg voor chronisch zieken *Medisch Contact* 2006; 45 (61): 1803-6.
2. Verhaege W. Besluitvorming bij chronische, niet-kankerpatiënten. *Nederlands tijdschrift voor palliatieve zorg*, 2006; 4 (6).
3. Schiff R. et al. Views of elderly people on living wills; interview study. *BMJ Volume* 320, 2000.
4. Steen van der JT et al. Treatment of nursing home residents with dementia and lower respiratory tract infection in the United States and The Netherlands; an ocean apart. *J Am Geriatr Soc*, 2004 May; 5: 691-9.
5. Helton MR et al. A cross-cultural study of physician treatment decisions for demented nursing home patients who develop pneumonia. *Ann Fam Med*. 2006 May-Jun; 4 (3): 221-7.
6. Schuurmans J. De huisarts wil graag blijven voor de patiënt. *Trouw* 24 mei 2005.
7. Physician reactions to the health care revolution. A grief model approach. Daugird A, Spencer D. *Arch Fam Me*. 1996; 5 (9): 497-500.

MC-artikelen over de zorg voor chronisch zieken vindt u via onze site www.medischcontact.nl/dezeweek.

