



Op 4 april 2007 bracht staatssecretaris Bussemaker (VWS) een werkbezoek aan Stichting Coloriet, die bestaat uit drie woonzorgcentra en een verpleeg- en behandelcentrum in Lelystad en Dronten. Ter gelegenheid hiervan sprak eerste verpleeghuisarts Barend Kooistra de hier geplaatste column uit. Kooistra stuurde de tekst naar Medisch Contact als aanvulling op het artikel 'Bureaucraten blokkeren ketenzorg' van Eliel en De Hart (MC 40/2007: 1646).

Verlos ons van de onzinnige en beledigende behandelindicatie

GEKETENDE ZORG

Vandaag is het thema ketenzorg. Samenwerken gaat niet vanzelf, maar daar wil ik het niet over hebben. Want ook al is de mens misschien niet altijd goed, wij kunnen alleen doorgaan als we geloven van wel. En vaak valt het mee. Het is een kwestie van vertrouwen, houdt u dat woord vast, ik kom erop terug.

Ik wil het wel hebben over de belemmeringen, de schotten, de bureaucratie, zeg maar de ketenen in de zorg. Ze zijn door mensen bedacht, maar niemand wil dat ze er zijn. Elke regering roept dat ze de bureaucratie gaat bestrijden, maar het veelkopige monster groeit alsmaar. De middelen die de overheid in de strijd gooit heten gebrek aan vertrouwen, achterdocht en controledwang. Ook het halfingevoerde marktdenken maakt nog erg weinig warme gevoelens los. Ik neem u mee aan de hand van een paar gewone mensen die zo onvoorzichtig zijn geweest een ernstige ziekte te krijgen en bij ons terecht komen en zal daarmee iets laten zien van ons gerammel aan die ketenen.



Deze week bezocht een van ons een patiënte in een verzorgingshuis om de vraag van de huisarts: 'spoedopname verpleeghuis?' te beoordelen. Een antidecubitusmatras, een aangepaste rolstoel, medicatieoverleg met de huisarts en reparatie van de gestokte

BEELD: SHUTTERSTOCK

communicatie tussen personeel en de overbelaste echtgenoot zorgden dat mevrouw bij haar man kon blijven. Van het indicatieorgaan had zij al toestemming voor het verpleeghuis

gekregen. Die dag stond in de krant dat de Nederlandse Zorgautoriteit vindt dat zorgaanbieders niet objectief kunnen indiceren.

Wij leverden zorg op maat en spaarden zo de kosten van een indicatie uit. Iedereen blij, behalve onze controller. Want bedrijfsmatig hebben we onszelf in de vingers gesneden: onze dokter heeft geen kostendekkend tarief en we laten hem een verpleeghuisopname afblazen.



Vorig jaar namen wij een vijftigjarige patiënte over uit het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis. Zij wilde de laatste maanden bij haar familie zijn en had intensieve zorg nodig, waaronder intraveneuze voeding. Deze patiënte kostte haar verzekeraar, zo-

lang ze in het ziekenhuis lag, dagelijks minstens 1000 euro.

Wij moeten echter alles uit het eigen lumpsumbudget betalen. Dat betekent een dagprijs van 180 euro - terwijl de zorg ons maar schatting 400 euro per dag kostte. Let wel, dat is nog altijd honderden euro's goedkoper dan in het ziekenhuis.

We nemen de patiënte echter wel over, want we laten zo'n vrouw niet stikken. Je zou denken dat haar verzekeraar wel wilde onderhandelen, want dat levert lekker wat op. Maar nee, hij geeft niet thuis, heeft geen interesse. 'Verpleeghuis, u zoekt het maar uit.' Ook het zorgkantoor weigert iedere medewerking, onder verwijzing naar 'de regels'. Marktwerking? Dan hadden wij moeten weigeren om de patiënte op te nemen, en daar was

geen tijd voor. Ze heeft nog maar een paar maanden geleefd. We hebben 20.000 euro verloren op één patiënt. En fantastische zorg geleverd, dat wel.

De verzekeraar lacht niet in zijn vuistje, nee, erger nog, het kan hem geen moer schelen. Ook bloedtransfusies, die wij onze terminale patiënten soms graag zelf geven om ze een reis naar het ziekenhuis te besparen, moeten we, à raison van 1000 euro, zelf betalen. Het alternatief, een ziekenhuisopname, kost de verzekeraar 3000 euro. De doodzieke patiënt moet dan wel worden vervoerd. Willen we dat? Nee, het is gekkenwerk. Maar wie doet er wat aan?

O ja, en als we de patiënt insturen, krijgen we geen dagprijs voor die patiënt uitbetaald. Daar let het zorgkantoor dan weer wél op. Evengoed worden we geacht het bed vrij te houden.



Van de aanvragen voor verpleeghuiszorg wordt 95 procent goedgekeurd door het Centrum indicatiestelling zorg. Nogal wiedes, geen hond gaat voor de lol het verpleeghuis in. De overheid schijnt te denken van wel, want waarom is anders toetsing

nodig? Ik ken het tarief voor een CIZ-indicatie niet, maar bij elke verpleeghuisopname wordt het uitbetaald. Elk jaar wordt 120.000 maal gecheckt of iemand misschien onterecht van deze felbegeerde voorziening gaat profiteren.

Dagelijks vullen wij formulieren in voor het zorgkantoor, vaak met gegevens waarover het allang beschikt. Onze dokter moet het doen, hun bureaumedewerker controleert of het gebeurt. Niemand let op de inhoud. Maar waag het eens ze niet aan te leveren. Dan wordt er niet vergoed. Men vraagt zonder

Vermoeid vullen wij in dat het been van de amputatiepatiënt nog steeds niet is aangegroeid

blikken of blozen waarom de amputatiepatiënt nu alweer voor de vijfde keer (zoals elk jaar) een nieuwe stompkous moet krijgen. Vermoeid vullen wij in: omdat het been nog steeds niet is aangegroeid.

Wist u trouwens dat je voor behandeling door een verpleeghuisarts op audiëntie moet bij het CIZ? Wij zijn de enige dokters met dit voorrecht. Bij een chirurg of tandarts loopt Jan en alleman zomaar binnen. Maar wij zijn zo duur en belangrijk, dat voor een beroep op ons de deskundige drempel van een CIZ-maatschappelijk werker is opgeworpen. Stel je voor: je hebt buikpijn, wilt naar de chirurg, maar de CIZ-intaker vindt het niet nodig.



de eerste lijn met ons Advies - en Behandelcentrum. We zijn niet kapot te krijgen.

Maar mogen wij alstublieft wat vertrouwen? Laat het eens los, want ook zonder CIZ komt het allemaal goed. En dan hebben wij weer enkele miljoenen meer te besteden. Ook zonder controles van het zorgkantoor vragen wij echt alleen kousen aan voor wie ze nodig heeft.

Reken verzekeraars en zorgkantoren er nou eens op af dat ze de zorg voor de patiënten die ik hier noemde níet regelen. Zij zouden vóór alles moeten vechten voor goede zorg voor hun cliënten en daarin creatief moeten zijn. Hoe is het mogelijk dat de zorgverzekeraar het best vindt dat zijn cliënt zinloos en peperduur in het ziekenhuis blijft? Waarom regelt het zorgkantoor niet met ons dat zijn verpleeghuispatiënten goedkope en doeltreffende zorg aan hun bed krijgen? Omdat er een schot is en het uit het potje van de ander, de AWBZ, wordt betaald en de prikkel tot verandering ontbreekt. Zinloze controles gaan daarentegen wel gewoon door. Welke prikkel ze daarvoor hebben? Ik weet het niet.



Overheid, haal de behandel-functie uit de AWBZ. Want zolang iemand thuis woont, vergoedt diens verzekeraar alle denkbare vormen van dure zorg, maar zodra hij in het verpleeghuis belandt, is er geen geld meer voor. Dat is discriminatie. Maak de

toegang tot algemeen gerieters en verpleeghuisartsen vrij van de onzinnige en beledigende behandelindicatie.

In de afgelopen jaren is er heel veel zorg en behandeling verplaatst van het ziekenhuis naar het verpleeghuis. Geef ons dan ook de bijbehorende tarieven. Het gaat in de discussie over de AWBZ altijd maar over onbeheersbare kosten. Te weinig wordt gezien dat wij ook heel veel kosten besparen. Onze verpleging, therapeuten en artsen zijn de meest zuinig werkende en laagstbetaalde in Nederland. In landen zonder verpleeghuisartsen wordt er veel onnodig duur gestorven aan slangen in ziekenhuisbedden. Onze patiënten zijn per definitie niet mondig en wij staan hierin machteloos. Alleen de politiek kan hierin verandering brengen. Niet met nog meer nieuwe regels, maar door het georganiseerde wantrouwen te ontmantelen. Geef ons vrijheid, verlos ons van de ketenen. ■

Barend Kooistra,
eerste verpleeghuisarts Stichting Coloriet Lelystad

Correspondentieadres: b.kooistra@coloriet.nl; c.c.: redactie@medischcontact.nl

Alle genoemde bedragen zijn bij benadering. Voor zover beschreven situaties ongelofwaardig lijken, kunnen ze door nog ergere worden vervangen.