

# Handel in gezondheid en welzijn

*Lieneke Koornstra*

**De zorg om personeel en patiënt staat in de schaduw van de markt. Wie wordt daar beter van? Kan het ook anders?**

Borstkankerpatiënten krijgen lang niet altijd het beste medicijn voorgeschreven en overlijden daardoor vroegtijdig. Waarom? Omdat in de zorgsector de financiële winst vóór de zorg gaat. De inmiddels overleden patiënten hebben hun meest kostbare bezit, hun leven, verloren aan de goedkoopste behandeling.

## **DBC-beleid**

Dat is nu het gevolg van de marktwerking in de gezondheidszorg. Ziekenhuizen voeren met elkaar een concurrentieslag waarbij zo veel mogelijk patiënten voor zo weinig mogelijk geld in zo kort mogelijke tijd behandeld moeten worden. Om dat te bereiken is het DBC-beleid ingevoerd. De D staat voor diagnose (bijvoorbeeld staar), de B voor behandeling (laseren) en de C voor combinatie (een controlebezoek).

Het DBC-beleid laat geen enkele ruimte. Niet de wetenschappelijke onderbouwing en deskundigheid zijn doorslaggevend bij het nemen van beslissingen, maar de financiën. Reden waarom vaak de goedkoopste medicijnen worden voorgeschreven in plaats van de beste. Wil de patiënt meer, dan moet hij zelf voor die meerkosten opdraaien. Managers doen dat af als een kwestie van kiezen. Alsof het de keus tussen een fiets en een Mercedes betreft, waarbij je als je een Mercedes wilt moet bijbetalen. Afgezien van de tweedeling die hierdoor veroorzaakt wordt tussen de verschillende inkomensgroepen, vertrouwt de gemiddelde patiënt blind op een optimale behandeling. De doorsneepatiënt heeft echter geen kennis van medicijnen, laat staan van de kwalitatieve verschillen.

## **Patiëntonvriendelijk**

Een ander schrijnend voorbeeld. Van artsen wordt verlangd dat ze uitsluitend de ontstoken blinde darm zien die zij er zo goedkoop mogelijk uit moeten halen. Dat gaat ten koste van de persoonlijke aandacht voor de patiënt. Medewerkers worden beoordeeld op tijd- en kostenbewust handelen. De knop moet bij hen om: iemand die altijd met toewijding gewerkt heeft, moet zijn hart uitschakelen. Dat heet nu professioneel handelen.

Het is niet toegestaan de hele mens te zien, alleen het te behandelen onderdeel. Ook ondersteunende diensten (zoals medisch maatschappelijk werk, geestelijke verzorging, fysiotherapie en diëtik) worden wegbezuinigd.

Nog een patiëntonvriendelijk voorbeeld. Twee ingrepen door artsen met verschillende specialismen kunnen niet meer tijdens dezelfde narcose worden uitgevoerd. Een patiënt moet dus twee keer onder het mes, wat óók nog eens extra kosten met zich meebrengt.

Het systeem werkt zichzelf dus tegen.

## **Volkerverlakterij**

De nieuwe ziekenhuisorganisatie is duur geworden, met name in de top. Ten koste van handen aan het bed, behandelmethoden, medicijnen en apparatuur genieten directie en management van ongekend hoge salarissen. Ze praten voortdurend over de noodzaak van bezuinigingen en efficiency om de organisatie een goede concurrentiepositie te geven, maar zodra ze niet meer met elkaar door één deur kunnen, rollen er

koppen en moeten er gouden handdrukken opgehoest worden. In een groot ziekenhuis kostte de vertrekpremie van een directielid acht euroton (drie maal het jaarsalaris van de minister-president). Iedereen kan bedenken dat dit ten koste gaat van het zorgbudget. Het is volksverlakkerij nog over zorg te spreken.

In het DBC-beleid komt de Z van zorg dan ook niet voor: die past niet in het time- en euromanagement. Naast dikke inkomens voor de zogenaamde hoogste echelons is financiële gezondheid van het bedrijf het criterium boven lichamelijke, psychische en geestelijke gezondheid van de patiënt.

### **Zorg als product**

Weliswaar wordt nog steeds gesproken over zorg, maar dan niet over zorg betrachten maar over zorg produceren. Zorg als product. Waanzinnig!

Een product is vervangbaar. Blijkt een boek een misdruk dan kan de boekhandelaar een ander exemplaar leveren; is de wijn kurks dan kan de ober een nieuwe fles opentrekken. Maar als een chirurg het verkeerde been amputeert of een verpleegkundige het infuus van een patiënt droog laat lopen, dan valt er niets meer te ruilen of te vervangen. De schade kan worden verhaald, maar niet ongedaan gemaakt. Zorg is uniek.

Het productdenken maakt zorg tot koopwaar. Alsof de patiënt als klant in een winkel komt. Maar zo is het niet. Het ziekenhuis is geen winkel. Mensen komen er alleen maar uit noodzaak, als het niet anders meer kan. Afdelingen als oncologie, dialyse, cardiologie, neurologie: daar hoop je toch nóóit te komen?! Een patiënt met een basisverzekering krijgt voor zijn minimale premie een minimale behandeling. Het idee dat doodzieke mensen moeten uitzoeken waar ze het goedkoopst behandeld kunnen worden en daarmee, in het ergste geval, ook nog eens hun eigen doodvonnis tekenen! Dat is toch geen zorg meer?!

### **Verantwoordelijkheid**

De verzorgingsmaatschappij is verleden tijd. De verantwoordelijkheid voor lichamelijke, psychische en geestelijke gezondheid is veel meer bij de mensen zelf komen te liggen. Ernstige gevolgen van bijvoorbeeld zelfverwaarlozing, alcoholmisbruik en veelvreterij kunnen toch niet worden afgeschoven op de verantwoordelijkheid van een ziekenhuis?

Probleem is in hoeverre de hedendaagse mens al is toegerust om die verantwoordelijkheid te kunnen dragen. Hier ligt een belangrijke voorlichtingstaak voor overheid, ziekenhuisorganisaties, onderwijsinstellingen en verzekeringsmaatschappijen.

Blijft de vraag in hoeverre doodzieke mensen handelingsbekwaam kunnen worden geacht. Van iemand die vreselijk lijdt kan en mag je niet verwachten dat die zijn eigen zorg organiseert. Deze mensen kunnen niet zonder zorg! En waar kan die zorg dan gevonden worden?

### **Coproductie**

Dikwijls wordt vergeten dat in de zorg altijd sprake is van een coproductie. De arts heeft de patiënt genezen: complete onzin! De arts behandelt de patiënt en de patiënt geneest, of niet.

Lang niet alles is maakbaar. Piet ontvangt een transplantatienier en die functioneert al langer dan 25 jaar, Jan krijgt er ook een en die wordt nog dezelfde dag afgestoten. Marieke krijgt na een mama-amputatie adjuvant chemotherapie en haar borstkanker recidiveert nooit meer, bij Louise die exact dezelfde behandeling onderging, worden drie maanden later uitzaaiingen in botten en longen geconstateerd.

Niet voor niets adviseren artsen hun patiënten zich niet met anderen te vergelijken: ieder geval is immers anders.

Binnen een coproductie wordt de patiënt met zijn eigen inbreng, kennis (beleving van lichaam, pijn, klachten) en aandeel (genezing/niet genezing) collega/mede-

werker van de behandelaars. Levert de patiënt niet de te verwachten bijdrage, dan wordt behandeling zinloos. Zo is het voor een nefroloog dweilen met de kraan open als een dialysepatiënt zijn vocht-beperking almaar levensgevaarlijk overschrijdt. Als patiënt moet je de behandeling mee máken. Waar een patiënt zijn verantwoordelijkheid niet neemt, pakt het ziekenhuis die niet meer over.

### **Lijdend voorwerp**

In 1969 legde Elisabeth Kübler-Ross in haar eerste boek, *Lessen voor Levenden*, de vraag voor of we met de concentratie op apparatuur en bloeddruk bij een dood-zieke patiënt nu meer of minder menselijk worden. Zij stond aan de wieg van de holistische benadering en pleitte voor patiëntgerichtheid. Daarmee zette zij zich af tegen de toen heersende specialist-gerichtheid waarin de patiënt werd gezien als een ding dat op bevel A zei.

De huidige tendens is marktgerichtheid. En zoals reeds gesteld staan daarin begrippen als bedrijfsvoering, winst, concurrentie en productie centraal. Zowel de patiënt als de behandelaar worden in de praktijk met dit productdenken geconfronteerd.

De prijs is bepalend: welk ziekenhuis levert de goedkoopste waar? Door de verzakelijking worden arts en patiënt in afgezonderde posities gedwongen: budget en tijd zijn beperkt, protocollen moeten gevolgd. Patiënteninbreng past daar niet of nauwelijks in. Het wordt een relatie van arts versus patiënt. Beiden worden een object, een ding: de arts is het werktuig, de patiënt het lijdend voorwerp. Het draait uitsluitend om de ziekte, het euvel, de afwijking, het tekort. De patiënt wordt tot zijn lichaam, sterker nog, tot een onderdeel daarvan gereduceerd. De long, de heup of de nier wordt met behulp van een bepaalde techniek, methodiek behandeld. Tijdens de behandeling is de patiënt passief.

De houding van de behandelaar is paternalistisch. Hij vult de zaken in: schrijft voor, legt vast (eenzijdig in het dossier), dirigeert. De patiënt dient zich te confor-

meren, aan te passen, ten koste van zijn vrijheid. De patiënt voelt zich gebonden: zijn leven wordt volledig beheerst door de ziekte en de behandeling. Al met al werkt het productdenken hospitalisatie in de hand, maar de verantwoordelijkheid dáárvoor wordt buiten de ziekenhuisdeuren geschoven. Onder andere naar verzorgings- en verpleeghuizen.

### **Mee máken**

Tegenover het productdenken staat het servicedenken. Hier is socialiteit bepalend: ieder mens heeft recht op goede zorg. Het stoelt op een fundament van barmhartigheid en mededogen. Er wordt gefocust op een systeem waarbinnen de behandelaar en de patiënt met elkaar samenwerken, op basis van wederzijds respect en vertrouwen. Beiden zijn hier subject, een wezenlijke ander.

In deze van Gij tot Gij-relatie staat de zieke, dus de mens achter de ziekte, centraal. In plaats van als een lichaam te worden behandeld (zonder contact te maken getempt, op de po gesleurd en door de wasstraat gejaagd) wordt de patiënt in zijn lichamelijke benaderd (met gevoel voor de totaliteit van deze unieke mens). Hij wordt écht gezien. Daarmee voelt hij zich uitgenodigd en aangezet tot meedenken en meedoen, tot mee máken.

### **Afstemming**

Er vindt afstemming plaats tussen behandelaar en patiënt. Daarin is ruimte voor de unieke inbreng van de patiënt. De behandelaar vult vanuit zijn speciale expertise niet in, maar aan: van levensbelang omdat ieder 'geval' immers anders is. En de patiënt past zich in dit geval niet aan zijn ziekte aan, maar past de ziekte in zijn leven in. In dit door ziekte veranderde leven telt nog van alles, is van alles nog de moeite waard, zinvol. Dus óók een coöperatieve houding. Het wordt de moeite waard om dóór te gaan, om met nieuwe grenzen te werken, te spelen en wérkelijk te leven. Dit biedt zowel voldoening aan de patiënt als aan de behandelaar en vormt daarmee een bevestiging voor beider bestaan.

De behandelaar is hier behalve deskundige ook medemens, medestander voor de patiënt. De ervaren voldoening voorkomt tevens dat behandelaars (en ziekenhuizen) nog met onvoldoendes worden beoordeeld. Een onvoldoende

behandeling levert extra kosten op: demotivatie, therapieontrouw, ernstiger klachten en misschien zelfs juridische processen.

Zou het kunnen dat servicedenken goedkoper is dan productdenken?

| <b>PRODUCTDENKEN</b>           | <b>SERVICEDENKEN</b> |
|--------------------------------|----------------------|
| Product                        | Service              |
| Prijs                          | Zorg                 |
| Positie                        | Systeem              |
| Protocollen                    | Uniciteit            |
| Object                         | Subject              |
| Lichaam                        | Lichamelijkheid      |
| Ziekte                         | Zieke                |
| Behandeling/Techniek/Methodiek | Benadering           |
| Paternalisme (Cliëntisme)      | Afstemming           |
| Passief                        | Actief               |
| Fungeren                       | Functioneren         |
| Aanpassen                      | Inpassen             |
| Invullen                       | Aanvullen            |
| Gebondenheid                   | Verbondenheid        |
| Onvrijheid                     | Vrijheid             |
| Waarheid                       | Echtheid             |
| Beheersen                      | Beheren              |