

Normen en waarden in de zorg

Lezing voor de Blommestein groep

Putten, 25 mei 2009

Margo Trappenburg

Twintig jaar geleden, tijdens de vorige economische crisis debatteerden wij in Nederland over keuzen in de zorg. We deden dat aan de hand van een casus die als volgt ging:

Op een ziekenzaal liggen vijf patiënten. Ze zijn allemaal even ziek en ze zouden allemaal baat kunnen hebben bij hetzelfde medicijn. Afgezien daarvan zijn ze heel verschillend. De eerste patiënt is een wereldberoemde violist (om een of andere reden hadden medisch-ethici iets met violisten; als u een hekel heeft aan vioolmuziek mag u de violist vervangen door een wereldberoemde voetballer of, zeg, de president van De Nederlandse Bank; het gaat erom dat het iemand is die van groot belang is voor de maatschappij als geheel). De tweede patiënt is een zestigplusser. De derde is een moeder van drie kleine kinderen. De vierde is een puber. De vijfde is een verstokte roker.

Aan de hand van deze casus bespraken we of dokters in de zorg mochten selecteren op basis van leeftijd (zestigplusser niet, puber wel?), op basis van *lifestyle* (rokers, drinkers en dikkerds uitsluiten van bepaalde behandelingen?), op basis van maatschappelijk belang (violist) dan wel op basis van persoonlijk belang voor afhankelijke gezinsleden (jonge moeder).

Adviesorganen, commissies, publicisten en deskundigen (vooral filosofen) schreven reeksen rapporten en artikelen over keuzen in de zorg en uiteindelijk sprak toenmalig staatssecretaris Dees (VVD bewindsman op volksgezondheid in het tweede kabinet-Lubbers) het verlossende woord. In Nederland zouden wij niet gaan kiezen en selecteren op één van de besproken criteria. Als twee patiënten ziek zijn, kijkt de dokter wie er het ergst aan toe is en die persoon komt eerst. Als twee

personen precies even ziek zijn is de plaats op de wachtlijst doorslaggevend. In de zorg tellen alleen medische criteria.

Medische zorg naar medische behoefte. Het is een norm die in opinieonderzoek lange tijd breed werd onderschreven door Nederlandse burgers, zien we in opeenvolgende opinieonderzoeken van het SCP. In de gedragsregels van de KNMG heeft de norm van medische behandeling naar medische behoefte nog steeds een prominente plaats: “De arts zal patiënten in gelijke gevallen gelijk behandelen. Discriminatie wegens godsdienst, levensovertuiging, ras, geslacht *of op welke grond dan ook*, is niet toegestaan.” Medisch specialisten verdienen ongelooflijk veel, maar als je hen enquêteert over verdelingsprincipes in de zorg, dan komen er SP-achtige voorkeuren uit. Voor de dokter gaat het er alleen om hoe ziek we zijn.

Ik vond dat altijd een mooie norm. Elke keer als ik de minister president hoorde tobben over normen en waarden en hoorde zoeken naar gedeelde principes in een heterogeen land, moest ik denken aan dit beginsel. Waarom ingewikkeld doen over een teloorgegane VOC mentaliteit of je herbezinnen op oude zeehelden als je zo’n mooi breed gedeeld principe in de kast hebt liggen? Haal het naar boven, wees er trots op, koester het. Zou ik zeggen.

Maar de politiek lijkt aan deze norm niet erg gehecht. De marktwerking die geleidelijk aan in de zorg wordt ingevoerd zal ons mooie principe op een aantal manieren ontregelen. Ik noem er vier.

1. Voorkruiptzorg.

Private, op winst georiënteerde zorgverzekeraars proberen voor hun klanten kwalitatief goede zorg te regelen. Dit doet een verzekeraar bijvoorbeeld door afspraken te maken met ziekenhuizen: Als onze verzekerden borstkanker hebben, dan willen wij dat u ze binnen een week behandelt: diagnose, voorgesprek, operatie, nazorg, de hele boel. Dergelijke constructies hebben tot doel de verzekeraar aantrekkelijk te maken voor (toekomstige) klanten.

Deze afspraken werken alleen als artsen en ziekenhuizen bereid zijn eraan mee te werken. Als het Diaconessenhuis in Leiden met verzekeraar A een snelle service heeft afgesproken voor borstkanker patiënten en met verzekeraar B niet, dan moeten patiënten van verzekeraar A in het Diaconessenhuis sneller worden

geholpen dan die van verzekeraar B. Dat betekent dat chirurgen bij het opstellen van hun operatieschema niet meer alleen moeten kijken naar de grootte van de tumoren van hun patiënten. Zij moeten hun verzekeringsstatus mee laten wegen. Dit is een radicale breuk met het traditionele beginsel van medische behandeling naar medische behoefte en elke keer als in de publiciteit wordt uitgelegd dat het zo gaat en dat het steeds vaker zo zal gaan schrikken we in Nederland. Hebben we dit echt gewild en is dit wat politici namens ons hebben ingevoerd?

2. Lucratieve ziekten

‘Elke kwaal een straat’, was de kop in *NRC Handelsblad* boven een artikel over drie jaar marktwerking in de zorg. Een cataractstraat voor patiënten met staar, zodat zij binnen een week het proces van diagnose – operatie – controle achter de rug kunnen hebben. Een mammapoli voor borstkankerpatiënten. Een darmkankerstraat. Een heupstraat voor orthopedische ingrepen. Een diabetespoli voor suikerzieke patiënten, waar hun bloedsuiker, hun nieren, hun voeten, hun ogen en hun dieet in de gaten worden gehouden. Allemaal patiëntvriendelijke vormen van zorg: alle afspraken op één dag, een snelle operatie en snel uitsluitel na de operatie over hoe het gegaan is en hoe het verder moet. Regelmatige controle door gespecialiseerde artsen of verpleegkundigen. De crux van het elke-kwaal-een-straat-principe is echter dat juist niet elke kwaal een straat of een poli krijgt. Er komt geen standaardstraat voor minder frequente of zeldzame aandoeningen. Er komt geen straat voor patiënten die lijden aan allerlei aandoeningen tegelijk. Er komt geen straat voor patiënten die terminaal ziek zijn.

Waarschijnlijk zullen artsen en verpleegkundigen er dus voor gaan zorgen dat eerst hun ‘straatpatiënten’ worden behandeld; over straatpatiënten zijn immers afspraken gemaakt met verzekeraars en die afspraken leveren een heleboel geld op. Pas daarna komen andere patiënten aan de beurt, voor wie dit allemaal niet geldt. Zolang de straten er zijn voor patiënten met borstkanker of darmkanker is dat misschien nog verdedigbaar, maar als de straten er zijn voor patiënten met spataderen, dan kunnen we toch gaan twijfelen of het een goed idee is om voor bepaalde groepen patiënten een extra snelle, patiëntvriendelijke route in het leven te roepen. Gezondheidswetenschapster Jolanda Dwarswaard interviewde chirurgen over hun ervaringen met het nieuwe zorgstelsel. Een van hen vertelde:

“Je kan maar één keer je tijd besteden. En wij besteedden onze tijd vroeger aan andere dingen. Iemand die echt ziek was ging eerst, maar niet spataderstraten en liesbreukstraten, dat waren sluitstukken in de planning. Dat is een andere filosofie.”

3. Preferenties in plaats van behoeften

Op een markt worden mensen niet bediend naar objectief te bepalen behoefte, op de markt zijn de vraag en de koopkracht van de consument leidend. Als ik naar een modezaak ga voor een nieuwe jas zal de verkoopster niet snel vragen of dat nu wel nodig is (‘Wat is er eigenlijk mis met uw oude jas? Hebt u al op marktplaats gekeken naar een tweedehands model?’). In de zorg was dat vanouds wel zo. Huisartsen legden patiënten veelvuldig uit dat het beter was om niet naar het ziekenhuis te gaan, dat aanvullende diagnostiek niet nodig was, dat hun kwaal(tje) over zou gaan zonder antibiotica. Specialist pleitten tegen teveel medicijnen of tegen een riskante operatie. De retoriek van de markt en de vraagsturing lijkt daar verandering in te gaan brengen.

Een van de door Dwarswaard geïnterviewde chirurgen vertelde over een cynische collega:

“[Die collega], die in de maag-, darm- en leverziekten opgeleid was, die begon een privé scopiekliniek. En die gaat adverteren met: Weet u wel zeker dat u geen dikke darmkanker hebt? U weet het pas zeker als u bij mij bent geweest voor een scopie. Genereert gewoon zijn eigen aanbod. En het is in zijn financieel belang dat alle mensen erg bang zijn dat ze dikke darmkanker hebben.”

Een andere chirurg sprak over zijn eigen twijfels:

“Als mensen redelijk hopeloze vormen van kanker hebben waarbij je gewoon weet dat een operatie gewoon geen winst meer oplevert, zijn er zoveel mensen die zeggen, al is er maar één procent kans, wil je het alsjeblieft doen? En naarmate de marktwerking sterker is en die dokter zegt, ja, ik kan nog een

uur gaan zitten praten waarom het niet hoeft maar ik kan ook denken: men wil het, iedereen roept dat het meer patiëntgerichte zorg moet worden. Dus ik ben politiek correct bezig, ik verdien er meer aan, ik vind het veel leuker om te opereren dan om een uur lang te gaan zitten praten. Dus welke *incentive* heb ik nog om aan de patiënt uit te leggen dat het echt niet hoeft?”

Ongetwijfeld heeft deze chirurg dit soort gesprekken met ongeneeslijk zieke patiënten ook gevoerd voor de marktwerking en de vraagsturing op de zorg werden losgelaten, maar toen werd zijn medisch-professionele ethiek politiek ondersteund. Patiënten behoorden te krijgen wat objectief medisch gezien voor hen het beste was. Tegenwoordig wordt de gemiddelde zorgverlener aan alle kanten ingeprent dat dit oud-denken is, dat hij moet uitgaan van de vraag van de patiënt. Het is een heel dappere chirurg die zijn rug recht houdt als alle prikkels de andere kant uitwijzen.

Een derde chirurg vertelde hoe zijn ziekenhuisdirecteur erover dacht:

“Nou, die gaat daar dus erg in mee. Het ziekenhuis gaat ook uitrekenen waar we wel en niet aan verdienen. Eigenlijk is de beste patiënt de patiënt die niets heeft en die we toch opnemen. En waar we niets voor doen, dat is eigenlijk de beste patiënt. Terwijl, vroeger kwamen die gewoon het ziekenhuis niet in.”

Een regime van marktwerking en vraagsturing leidt enerzijds tot extra behandelingen omdat het professionals niet meer past vast te houden aan het onderscheid tussen de vraag van de patiënt (die niet voor niets stelselmatig als ‘cliënt’ of ‘consument’ wordt aangeduid) en diens objectieve medische behoefte. Anderzijds ontstaat een tendens om nieuwe markten aan te boren, om in te spelen op een nog ongearticuleerde vraag (om screening of preventief onderzoek bijvoorbeeld).

4. De beste zorg voor de slimste consument

Er zijn goede artsen, gemiddelde artsen en minder bekwame artsen. Onder het traditionele regime was de – doorgaans onuitgesproken - redenering van de patiënt als volgt.

De zorg is overal wel ongeveer in orde. Als er artsen zijn die hun werk niet goed doen is er de inspectie die ze tot de orde roept. Of ze komen voor de tuchtrechter. Als ik iets gewoons heb kan elke gemiddelde arts mij behandelen. Als ik iets ingewikkelds mankeer zal de arts me verwijzen naar een collega die speciaal verstand heeft van mijn aandoening (eventueel in een ander ziekenhuis of in een academisch ziekenhuis).

Deze redenering getuigde niet alleen van vertrouwen in de gezondheidszorg maar ook van een automatische solidariteit met andere patiënten, vooral met patiënten die er erger aan toe waren. Als een traditionele patiënt lang moest wachten op de dokter nam hij of zij aan dat de dokter bezig was levens te redden; de patiënt van weleer wilde weliswaar graag op tijd worden geholpen, maar hij besepte dat zijn noden soms moesten wijken voor die van anderen.

In het nieuwe regime van vraagsturing en marktwerking is voor deze waarden geen plaats meer. Artsen en andere zorgverleners mogen tegenwoordig reclame maken, dus op wat zij zelf zeggen kun je als patiënt niet meer zomaar afgaan. De zorg is niet overal goed, zo wordt de zorgconsument aan alle kanten ingepeperd. Er bestaan grote kwaliteitsverschillen in de zorg. Wie zich daarop niet oriënteert, wie de eerste de beste huisarts of specialist op zijn of haar blauwe ogen vertrouwt, is een gekke Henkie. De nieuwe consument moet te rade gaan op sites die vergelijkende gegevens over zorginstellingen publiceren, op basis waarvan hij bewust kan kiezen voor een dokter of een ziekenhuis. Wie dat niet doet heeft het aan zichzelf te wijten als hij straks te maken krijgt met een verkeerde diagnose, een foute behandeling, onnodige complicaties, of een veel te groot litteken.

Solidariteit met ziekere medepatiënten wordt van de moderne zorgconsument niet verlangd. Dat gezondheidszorg een publiek goed is merkt hij alleen via de loon- en inkomstenbelasting, waarmee de zorgtoeslag wordt betaald voor minder vermogende medeburgers. In de zorg zelf leert de patiënt alleen dat hij recht heeft op het beste van het beste, dat zijn wensen centraal moeten staan en dat zijn vraag leidend hoort te zijn. Je moet voor jezelf opkomen. Dat je in de zorg op je beurt moet wachten, omdat je immers niet de enige bent maakt allang geen deel meer uit van de beleidsretoriek en de voorlichting van het ministerie van VWS.

Dit verhaal houd ik al een aantal jaren, ook regelmatig ten overstaan van voorstanders van marktwerking. En als reactie krijg ik meestal drie tegenargumenten die ik een voor een even met u doorneem.

Argument 1 luidt: Vroeger hield men zich ook al niet aan de norm. Sommige artsen behandelden hun eigen familie, hun vrienden, kennissen, collega's en zelfs hun eigen tuinpersoneel beter dan zomaar patiënten. Dus wat zeur je nou, dan kunnen we de norm toch eigenlijk best afschaffen. Dit argument heb ik nooit goed begrepen. Er worden in Nederland al jarenlang veel fietsen gestolen. De norm dat een fiets privé eigendom is wordt door lang niet iedereen gerespecteerd. Maar dat heeft toch nooit geleid tot het dan maar afschaffen van de norm? Ik werk al jaren in het universitair onderwijs. Een van de belangrijkste normen daar luidt: een zes moet een zes zijn. Het is niet altijd makkelijk om die norm te handhaven. Er zijn ongetalenteerde studenten die je deur plat lopen, die dreigen met rechterlijke procedures en die eindeloos blijven zeuren of je hun 4 of 5 niet kunt ophogen tot een 6. Meestal houden wij stand in het onderwijs. We willen dat onze afgestudeerden een goed figuur slaan op de arbeidsmarkt, we willen niet de naam krijgen dat je met het grootste broddelwerk nog een zes kunt krijgen, we willen niet op onze kop krijgen van de inspectie of van visitatiecommissies. Maar ik sluit niet uit dat er zo nu en dan iemand onder de druk bezwijkt. Wij slagen er vast niet in om de norm 100 % vast te houden. Is dat een argument om de norm dan maar overboord te gooien?

Argument 2 luidt: we hebben toch overal ongelijkheid. De een heeft een Mercedes met chauffeur, de ander rijdt in een fiat panda of met het openbaar vervoer. De een heeft een tweede huis in Frankrijk, de ander komt Heerlen niet uit. De een koopt zijn kleren bij de Hema en de ander gaat shoppen in de PC Hooftstraat. Volgens mij is dat een ander soort ongelijkheid. Meer geld en goederen gunnen we elkaar tot op zekere hoogte, maar het is niet goed als rijken ook beter af zijn in maatschappelijke sferen waar geld niet hoort te tellen. Met geld mag je geen zetels kopen in het parlement, geen lagere straf bij de rechter, geen beter onderwijs voor je kinderen en geen betere zorg in het ziekenhuis. Ik weet dat al die normen soms worden overtreden, maar het zou fijn zijn als we desalniettemin vasthouden aan onze principes.

Argument 3 vat ik samen als: Ja maar, zoals het ging, zo kon het toch niet langer? Dat heb ik ook nooit begrepen. In internationale ranglijstjes scoort de Nederlandse gezondheidszorg altijd heel behoorlijk, zowel qua betaalbaarheid, als qua uitkomstenmaten, als qua patiënttevredenheid. Het is hier helemaal geen puinhoop. Aan elke organisatorische ordening kleven voor- en nadelen, dat is een van de eerste dingen die studenten bestuurskunde aan mijn opleiding moeten leren. Je kunt dus altijd nadelen vinden aan de *status quo* en de bestaande ordening. Maar je moet je realiseren dat elke alternatieve organisatievorm die je ervoor in de plaats stelt ook nadelen heeft. Daarbij komt dat het transformeren op zich al veel energie vergt van professionals die zich daardoor minder goed kunnen concentreren op hun eigenlijke werk.

Je kunt bijvoorbeeld medisch specialisten dwingen om zich te concentreren op een bepaald type operatie: de liesbreuk, de spatader, de dikke darm. Dat heeft vermoedelijk voordelen: die chirurgen worden beter in die operaties. Het heeft ook nadelen. Als je allemaal superspecialisten hebt rondlopen is de kans groter dat bij patiënten die niet één afgeronde aandoening hebben iets over het hoofd wordt gezien. Je kunt professionals eindeloos afrekenen op de uitkomsten van hun eigen interventies en daarover namenlijstjes publiceren. Dat heeft vast voordelen voor de patiënten die door deze professionals worden behandeld. Het heeft ook nadelen. Deze professionals zullen minder geneigd zijn om te zien naar stagiaires en jonge collega's. Dat levert immers geen punten op. Iedereen weet dat jonge medewerkers tegenwoordig heel goed moeten worden begeleid; dit is een gepamperde generatie, als je die onverhoeds aan hun lot overlaat haken ze af en dan storten ze in. Is dat een prijs die we er best voor over hebben?

We hebben nu in de reguliere zorg een beginsel van professionele collegialiteit. Artsen zullen elkaar niet snel afvallen. Dat heeft evidente nadelen, dat hoef ik u niet uit te leggen. Maar vervang het eens door felle concurrentie en u zult zien dat dit ook niet alles is. Mijn schrikbeeld op dit punt is de tandarts, die wij in veel opzichten mogen beschouwen als de dokter van de toekomst. Iedereen kent het gevoel van naderend onheil dat de patiënt bevangt die gaat kennismaken met een nieuwe tandarts. Hij is verhuisd, hij heeft langdurig de reis ondernomen naar zijn oude woonplaats om daar zijn tandarts te kunnen blijven bezoeken, maar nu heeft zijn vrouw gezegd dat dit geen doen is. Daar is hij elke keer een dag mee kwijt; er is geen reden waarom hij in zijn nieuwe woonplaats niet een goede tandarts zou

kunnen vinden. En daar zit hij nu in de tandartsenstoel en de nieuwe tandarts buigt zich over zijn mond. Tjonge, jonge, zegt de nieuwe tandarts hoofdschuddend. Daar is heel veel mis gegaan; gelukkig is het nog niet te laat. Zonder enige solidariteit met zijn collega's zegt de nieuwe tandarts gewoon dat hij de patiënt tot en met zal saneren en van allerlei nieuwe bruggen gaat voorzien. En de patiënt heeft geen idee. Enerzijds weet hij dat de nieuwe tandarts voor al deze verrichtingen een gepeperde rekening zal kunnen sturen en het zou best kunnen zijn dat de nieuwe tandarts vooral daarom zou happig is op al dat achterstallig onderhoud. Anderzijds zou het natuurlijk ook kunnen dat de oude tandarts zich er met een Jantje van Leiden vanaf gemaakt heeft. Als de trend naar marktwerking doorzet krijgen we dat soort taferelen voortaan ook in de rest van de gezondheidszorg en ik weet niet of we daar zo blij mee moeten zijn.

Ik wil maar zeggen: ik heb de nieuwe economische crisis niet eens nodig om u te wijzen op alle nadelen van markt in de zorg.