

8 De drie rijken van de zorg

Margo Trappenburg

In: Sociale kaart van Nederland. Over instituties en organisaties, Chapter: 8, Publisher: Boom Lemma, Editors: Jan Willem Duyvendak, Carolien Bouw, Klarita Gërxhani, Olav Velthuis, pp.131-143

8.1 Inleiding

De wereld van de Nederlandse gezondheidszorg (ook wel: de zorgsector) bestaat uit drie rijken. Er is het rijk van de *preventie*, waar het gaat om het voorkomen van ziekte. Het tweede rijk is wat in zorgsectorjargon doorgaans in het Engels wordt aangeduid als de ‘*cure*’, waar alles draait om het genezen van ziekten. En er is het rijk van, opnieuw in het Engels, de ‘*care*’, dat in het teken staat van de zorg voor hulpbehoevenden: mensen met een verstandelijke beperking, dementerende bejaarden, chronisch zieken, mensen met een ernstige lichamelijke handicap.

In theorie zijn de drie rijken gelijkwaardig. Sterker, in theorie staat de wereld van de *cure* nog wel eens onderaan. Voorkomen is beter dan genezen, zegt het spreekwoord en er zijn in de wereld van de zorg veel professionals, beleidsmakers en politici die dat uitgangspunt graag naar voren brengen. Wie investeert in preventie, hoeft zijn geld immers later niet uit te geven aan het genezen van welvaartsziekten veroorzaakt door roken, alcohol of overgewicht.

Eind jaren tachtig, begin jaren negentig woedde in Nederland een hevige discussie over noodzakelijk geachte bezuinigingen in de zorg. Er moesten keuzes worden gemaakt, zo werd betoogd. Maar bij het maken van die keuzes moesten we ervoor zorgen dat niet de zwaksten in de maatschappij – demente ouderen, mensen met een verstandelijke beperking – de dupe zouden worden. Als er moest worden gekozen, dan konden we beter geld besteden aan de allerzwaksten dan aan fonkelnieuwe, dure apparaten in ziekenhuizen. *Care over cure*, heette dat in de wereld van de zorg.

In werkelijkheid is het rijk van de *cure* altijd dominant geweest en er is alle reden om aan te nemen dat dit zo zal blijven. Genezen van ziekte is een kunde waar veel medisch technische kennis voor nodig is. Het rijk van de *cure* wordt beheerst door hoogopgeleide medische professionals. Alleen dokters weten hoe je een blindedarm moet verwijderen, hoe je een bypass-operatie moet uitvoeren, welke dosis van wat voor soort chemotherapie nodig is voor welk type kanker, en welk type geneesmiddelen het best werkt bij welke auto-immuun ziekte. In het rijk van de preventie ligt dat heel anders. Veel burgers weten van preventie het nodige af. Veel preventie is een kwestie van (bewuste/gezonde) leefstijl. Hier ligt de verantwoordelijkheid bij de burgers zelf. Burgers krijgen daarbij adviezen en goede raad, maar lang niet alleen van medische professionals. Leefstijladviezen krijgen we ook via de televisie, via internet, van vrienden en familieleden, van docenten op school, van de uitbater van de sportschool en van de coaches en trainers op de

sportvereniging. Preventie is verder onderdeel van algemeen (dat wil zeggen: niet sectorspecifiek) overheidsbeleid. We blijven gezond doordat er een goede riolering is onder ons huis, doordat er schoon drinkwater uit de kraan komt, doordat de vuilnis (twee)wekelijks wordt opgehaald en doordat er regels zijn opgesteld over de uitstoot van vervuilende stoffen, waar bedrijven zich (op straffe van een boete) aan moeten houden. We blijven slank en fit als we met de fiets naar ons werk of naar school kunnen en we kunnen op de fiets als er fietspaden zijn en oversteekplaatsen bij drukke kruispunten. We blijven gezond als we aan sport doen en we kunnen sporten als er voetbalvelden, hockeyvelden en gymzalen zijn en mensen die de sportvelden onderhouden. Het rijk van de preventie wordt bevolkt door stratenmakers, loodgieters, vuilnismannen, voetbaltrainers, onderwijzers en gemeenteambtenaren. Slechts een klein deel van de preventieve gezondheidszorg is exclusief voorbehouden aan medisch geschoolde professionals: de preventie van besmettelijke ziekten via vaccins.

Het rijk van de care drijft ook maar beperkt op medisch technische kennis en expertise. Mensen die zorgen voor chronisch zieken, ouderen of mensen met een beperking zijn lang niet allemaal medisch geschoold. Vaak wordt zorg geleverd door familieleden (zogenaamde mantelzorgers: moeders, vaders, volwassen kinderen). Soms bestaat de zorg uit hulp bij het huishouden of hulp bij – zorgsectorjargon – algemene dagelijks levensverrichtingen, ADL: uit bed komen, aankleden, uitkleden, douchen, eten, drinken, plassen enzovoort. Als deze hulp wordt verleend door betaalde medewerkers gaat het vaak om laag opgeleid, laag betaald personeel. Dat is het geval als hulp aan huis wordt gegeven door medewerkers van de thuiszorg en dat is ook het geval als de zorgbehoevende woont in een inrichting: een verzorgingshuis, een verpleeghuis of een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking. In dergelijke instellingen werken doorgaans wel enkele artsen, maar het grootste deel van het personeel is verpleegkundige, ziekenverzorgende of ‘helpende’.

Het rijk van de cure wordt geregeerd door een goed georganiseerde, zeer hoog opgeleide homogene beroepsgroep. Er zijn in het rijk van ziekenhuizen en huisartsenpraktijken natuurlijk ook veel andere, lager opgeleide medewerkers: schoonmakers, doktersassistentes en verpleegkundigen, maar die staan onderaan in de hiërarchie. De twee andere rijken worden bevolkt door een bonte verzameling medewerkers met verschillende achtergronden die zich in minder vaststaande patronen tot elkaar verhouden. In het vervolg van dit hoofdstuk gaan we meer in detail kijken naar de organisaties en beroepsbeoefenaren in elk van de drie rijken en bespreken we de belangrijkste veranderingen daarbinnen. Daaraan voorafgaand zal de context van de zorg worden geschetst: de ziektes en het leed waartegen de zorg ons probeert te beschermen en de plaats van de zorg in de verzorgingsstaat zowel in Nederland als in andere landen. In de afsluitende paragraaf wordt stilgestaan bij de wijze waarop de trends in de drie rijken zich tot elkaar verhouden.

8.2 Ziekte en zorgstelsels

Aan het eind van de negentiende, begin van de twintigste eeuw heeft zich in de hele Westerse wereld een grote epidemiologische transitie voltrokken: een radicale verschuiving in sterftecijfers en doodsoorzaken. Tot grofweg 1875 gingen mensen dood

aan epidemieën (infectieziekten als de pest, de pokken, tuberculose, cholera en malaria) en hongersnood. De gemiddelde levensverwachting lag rond de veertig en dat lage cijfer werd mede veroorzaakt door een hoge sterfte van baby's en kinderen. Tussen 1875 en 1920 werden de infectieziekten langzaam teruggedrongen. De gemiddelde levensverwachting steeg naar bijna zestig jaar in 1920. Dat kwam door verbeterde woon- en leefomstandigheden, door een langzaam toenemende welvaart als gevolg van de industriële revolutie, maar ook door medische vooruitgang: de uitvinding van penicilline, de uitvinding van vaccins en nieuwe inzichten over hygiëne en anesthesie, die het mogelijk maakten om patiënten met veel meer succes te opereren. Vanaf 1875 werd het zinvol om onderscheid te maken tussen academisch opgeleide artsen en andere genezers (voor die tijd was het onderscheid tussen geneeskunde en kwakzalverij veel vager; niemand kon veel doen aan ziekten, chirurgijns waren naast hun operatiewerkzaamheden bijvoorbeeld vaak ook kapper). De vooruitgang van de medische wetenschap zorgde voor een veel scherpere afbakening van het rijk van de cure, zowel voor behandelaars en behandelingen als voor zieken en ziekten. Er kwam onderscheid tussen evidence based-behandelingen, getest tijdens wetenschappelijk onderzoek en alternatieve geneeswijzen als homeopathie. Er ontstond ook verschil tussen klinisch aantoonbare ziekten (zoals kanker, diabetes en tuberculose) en ziektebeelden zonder in het lichaam aanwijsbare oorzaak (zoals fibromyalgie of het chronisch vermoeidheidssyndroom).

Het medicaliseren en demedicaliseren van problemen en aandoeningen is een belangrijk onderzoeksthema voor sociale wetenschappers. Recent onderzoek gaat bijvoorbeeld over de vraag of verdriet en rouw moeten worden gemedicaliseerd tot een depressie waar je medicijnen tegen kunt slikken. Een ander onderzoek richt zich op de vraag of druk en ongedurig gedrag van kinderen moet worden geclassificeerd als attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), wat kan worden behandeld met ritalin.

Door de vooruitgang van de geneeskunst in de tweede helft van de negentiende eeuw werd het belangrijk om toegang te hebben tot gekwalificeerde artsen. In veel Europese landen gebeurden drie dingen (soms een van de drie, soms twee van de drie en soms alledrie, zij het niet tegelijkertijd). Ten eerste ging de staat zich bemoeien met de medische professie. De grenzen van het rijk van de cure werden niet alleen door medische professionals getrokken, maar door de staat gelegitimeerd. In Nederland werd in 1865 een wet aangenomen 'regelende de voorwaarden tot verkrijging der bevoegdheid van geneeskundige', die een streng onderscheid aanbracht tussen wetenschappelijk opgeleide artsen en 'leken', 'kwakzalvers' dan wel 'alternatieve genezers'. Ten tweede ging de staat zich bekommeren om de verdeling van zorg. Zo werd in Duitsland in 1883 een vorm van ziektekostenverzekering ingevoerd voor een groot deel van de bevolking. Ten derde ontstonden er 'arbeidersonderlinges', kleinschalige initiatieven door en voor arbeiders die gezamenlijk een 'ziekenbus' beheerden, daarvoor wekelijks contributie ophaalden en daarmee dokters in dienst namen die hulp konden verlenen als mensen ziek werden. Geleidelijk aan ontwikkelden zich uit deze proto-zorgstelsels twee varianten van ziektekostenverzekering in Europa: (1) de national health service, zoals die bestaat in het Verenigd Koninkrijk, in Scandinavische landen en in Zuid-Europa en (2) een ziekenfonds- of sociale verzekeringsstelsel zoals dat bestaat in Duitsland, België,

Oostenrijk, Frankrijk en tot 2006 ook in Nederland. Een national health service wordt gefinancierd uit de belastinginkomsten van de staat. De staat krijgt een bepaald bedrag aan belastingen binnen en besluit een deel daarvan te besteden aan defensie, een deel aan onderwijs en een deel aan de gezondheidszorg via de national health service. Een sociaal verzekeringsstelsel wordt gefinancierd met geoormerkte premiegelden: verzekerden betalen een bedrag aan ziekenfondspremie en dat geld wordt besteed aan gezondheidszorg (niet aan onderwijs of defensie). Sociale verzekeringsstelsels zijn – niet toevallig – tot ontwikkeling gekomen in corporatistische verzorgingsstaten. In dergelijke staten is een belangrijke rol weggelegd voor het georganiseerde maatschappelijk middenveld van werkgevers en werknemers (zie hoofdstuk 5). Ziekenfondsen werden en worden geheel of gedeeltelijk door werkgevers en werknemers bestuurd en zij bepalen voor een groot deel hoe het geld aan zorg moet worden opgebracht en besteed. De staat heeft daar minder over te zeggen dan in een systeem met een national health service.

In Nederland kon de politiek het lang niet eens worden over de invoering van een ziektekostenverzekering. Ons land kreeg pas in 1941 een ziekenfondsstelsel, op instigatie van de Duitsers die hier toen de baas waren. Het Nederlandse ziekenfondsstelsel werd nooit zo uitgebreid als in andere landen. Ruwweg tweederde van de beroepsbevolking had een inkomen beneden de zogeheten ziekenfondsgrens. Deze werknemers betaalden een wettelijk verplichte, inkomensafhankelijke ziekenfondspremie. Daarmee waren zij en hun gezinsleden (niet werkende partners, kinderen) verzekerd tegen ziektekosten. Het overige derde deel van de bevolking (de meest vermogenden) mocht zelf een particuliere verzekering afsluiten. Daarbij werd door verzekeraars soms een premie gerekend die varieerde naar leeftijd (hoe ouder, hoe groter de kans dat je ziek wordt) of naar gezondheidstoestand.

De gehele Nederlandse politiek was ongelukkig met dit systeem. Politiek links (PvdA, SP, GroenLinks) wilde het ziekenfonds deel van het systeem en de bijbehorende inkomenssolidariteit in de zorg uitbreiden naar de hele bevolking. Politiek rechts (VVD en een deel van het CDA) wilde juist af van het ziekenfonds en zag het liefst de hele bevolking particulier verzekerd. In 2006 werd na tientallen jaren discussie een nieuw stelsel ingevoerd dat het midden houdt tussen de voorkeuren van links en van rechts. Het nieuwe stelsel voorziet in een verzekeringsplicht voor iedereen (links) bij een particuliere zorgverzekeraar (rechts), tegen een door die verzekeraar vastgestelde nominale, niet inkomensafhankelijke premie (rechts), die minder vermogende verzekerden terug kunnen krijgen in de vorm van een zorgtoeslag via de belasting (links). De politiek (VVD, D66 en CDA; het nieuwe zorgstelsel werd ingevoerd door het tweede kabinet Balkenende) verwachtte vooral veel heil van de concurrentie tussen zorgverzekeraars om de gunsten van verzekerden. Die concurrentie zou hopelijk leiden tot kostenverlaging in de zorg. Met het nieuwe stelsel wordt sinds 2006 het rijk van de cure gefinancierd. Het rijk van de care valt onder een andere regeling.

8.3 Het rijk van de cure: schaalvergroting, vermarkting en normalisering

De toegang tot het rijk van de cure loopt voor Nederlandse patiënten via de zogeheten eerstelijnszorg: de huisarts, de tandarts, de verloskundige, of de (eerstelijns)psycholoog. Bij deze beroepsbeoefenaren kan men rechtstreeks aankloppen, hoewel het bij de eerstelijnspsycholoog ook voorkomt dat men wordt verwezen door de huisarts. In de hele

eerstelijnszorg heeft de afgelopen decennia een proces van schaalvergroting plaatsgevonden. De solopraktijken van de huisarts, de verloskundige en de tandarts van vroeger maakten plaats voor duopraktijken, groepspraktijken en gezondheidscentra. Voor een deel wordt deze ontwikkeling veroorzaakt door de vrouwenemancipatie. Vrouwen werken in toenemende mate als tandarts en vooral als huisarts; zij willen – net als veel andere Nederlandse vrouwen – vaak parttime werken en dat gaat beter in een groepspraktijk. Ook jonge mannelijke huisartsen en tandartsen prefereren steeds vaker de groepspraktijk, waar men collega's heeft die klusjes kunnen overnemen en die men om raad kan vragen. Om hun werk te verlichten hebben huisartsen voor de nacht- en weekenddiensten huisartsenposten (HAP) ingevoerd. Wie buiten kantoor tijden een huisarts nodig heeft, moet uitwijken naar een HAP, vaak verder weg dan de praktijk van de eigen huisarts.

Als de eerstelijns hulpverlener er niet uitkomt worden patiënten in Nederland verwezen naar de tweedelijns: naar de medisch specialist in het ziekenhuis. Daarna volgt soms nog een verwijzing naar de derdelijns. Academische ziekenhuizen en gespecialiseerde ziekenhuizen (oogziekenhuis, kankerziekenhuis, hartcentra, revalidatiecentra) hebben weer meer expertise op bepaalde gebieden dan gewone, in zorgsector jargon perifere, ziekenhuizen.

Medisch specialisten worden niet allemaal op dezelfde wijze betaald. Sommige specialisten (alle artsen in academische ziekenhuizen, maar ook veel longartsen en kinderartsen daarbuiten) werken in loondienst van het ziekenhuis. Veel andere artsen werken in een maatschap van vakbroeders (of –zusters). Bijvoorbeeld in een maatschap chirurgie of cardiologie. Deze vrijgevestigde specialisten werken tegen een vorm van stukloon; zij krijgen een deel van de met de zorgverzekeraar overeengekomen prijs voor een bepaald type behandeling of operatie. Een blindedarmoperatie kost bijvoorbeeld zoveel euro en daarvan gaat een deel naar de chirurg en een ander deel naar het ziekenhuis dat de operatiekamer ter beschikking stelt, de apparatuur levert en de verpleegkundigen betaalt. Specialisten in een maatschap doen hun verdiensten doorgaans in één grote pot en krijgen vervolgens allemaal een afgesproken deel van de omzet. De rekeningen in het rijk van de cure – voor het ziekenhuis maar ook voor de huisarts en soms voor de tandarts, als de patiënt zich daarvoor aanvullend heeft verzekerd – worden sinds 2006 betaald door particuliere zorgverzekeraars. Particuliere zorgverzekeraars concurreren met elkaar om de gunsten van verzekerden. Verzekerden mogen eens per jaar hun zorgverzekeraar kiezen. Verzekerden kunnen zich bij die keuze laten beïnvloeden door de hoogte van de premie (wie is het voordeligst?), maar ze kunnen zich ook laten leiden door andere overwegingen. Verzekeraars bieden bijvoorbeeld de keuze tussen restitutiepolissen en naturapolissen. Bij het eerste type kiest de verzekerde zelf een arts of een ziekenhuis; hij of zij declareert vervolgens de kosten bij de verzekeraar. Bij de naturapolis sluit een verzekeraar contracten met bepaalde zorginstellingen, waar de verzekerde vervolgens in principe heen moet. Een verzekeraar kan, door handig zorg in te kopen, besparen op de kosten (en dus op de premie), maar hij kan ook claimen in te kopen op basis van kwaliteit ('Wij kopen voor onze verzekerden alleen de beste zorg; wij sluiten geen contracten met instellingen of artsen die ondermaatse kwaliteit leveren'). De keuze voor een naturapolis betekent dat een verzekerde vertrouwen moet hebben in de verzekeraar ('Als ik naar een ziekenhuis ga dat mijn zorgverzekeraar heeft uitgekozen

weet ik tenminste zeker dat ik goede zorg krijg'). Veel verzekerden hebben niet zoveel vertrouwen in zorgverzekeraars en hun reclameteksten. Zij prefereren een restitutiepolis, zodat ze zelf kunnen kiezen op het moment dat ze zorg nodig hebben.

De nominale premie die verzekerden betalen aan verzekeraars is ongeveer de helft van het bedrag dat Nederlandse burgers betalen voor hun gezondheidszorg. De rest van dat bedrag loopt via de werkgevers, die een inkomensafhankelijke premie betalen voor hun werknemers. Deze laatste premies komen terecht in een vereveningsfonds en worden van daaruit overgeheveld naar zorgverzekeraars, waarbij gelet wordt op de gezondheidstoestand van de verzekerden. Op die manier probeert de overheid te voorkomen dat verzekeraars vooral gezonde cliënten willen trekken. Het is in een verzorgingsstaat als de Nederlandse immers van groot belang dat ook (juist) mensen met een slechte gezondheidstoestand goed verzekerd zijn. Verzekeraars mogen bij het aanbieden van een polis niet rechtstreeks selecteren op gezondheidstoestand of leeftijd. Dat neemt niet weg dat ze het langs een omweg wel proberen. Sommige verzekeraars bieden uitgekledde pakketten aan tegen bodemprijzen. In principe zijn die voor iedereen beschikbaar, maar in de praktijk is de marketing rondom dergelijke pakketten nadrukkelijk gericht op jonge, gezonde mensen (studenten bijvoorbeeld). Het Nederlandse stelsel lijkt op dat van Zwitserland, maar is verder uniek in Europa. In andere Europese landen (zowel in landen met national health service als in landen met een sociaal verzekeringsstelsel) wordt weliswaar geëxperimenteerd met elementen van marktwerking binnen het systeem, Nederland is daarmee een heel stuk verdergegaan. We kunnen niet naar het buitenland kijken om te zien hoe het Nederlandse stelsel zich zal ontwikkelen.

Vooralsnog heeft het nieuwe stelsel niet geleid tot kostenverlaging. De (concurrerende) particuliere verzekeraars hebben ervoor gezorgd dat sommige veel voorkomende behandelingen (staaroperaties, heupoperaties, borstkankeroperaties) goedkoper en sneller worden gedaan (in zogenaamde zorgstraten of –poli's: de cataractstraat, de heupstraat of de mammapoli). Daar staat tegenover dat het totale volume van de zorg is gegroeid. Ziekenhuizen en dokters kunnen zich in een marktgeruleerd stelsel opstellen als ondernemers en een van de belangrijkste kwaliteiten van ondernemers is dat zij een nieuwe vraag kunnen aanboren. (Er bestaat niet zoiets als een intrinsieke behoefte aan iPads of iPhones, Apple verzint dergelijke producten en zet ze vervolgens 'in de markt'.) Ondernemende ziekenhuizen bieden laagdrempelige zorg aan, gericht op ongeruste zorgconsumenten: hoestpoli's, laspoli's, poeppoli's, pijnpoli's, mannenpoli's. Veel mensen zijn regelmatig bezorgd over hun gezondheid en als zij een dergelijke zorgvorm aangeboden krijgen ('Weet u wel zeker dat u geen dikke darmkanker heeft? U weet het pas zeker als u in ons ziekenhuis geweest bent voor een scopie!'), zullen zij daar dankbaar gebruik van maken. Ook de bij een marktgeruleerd stelsel horende klantvriendelijkheid heeft geleid tot een toename van de totale zorg. Voor 2006 stonden Nederlandse huisartsen bekend als strenge poortwachters, die de toegang tot de – dure - tweedelijnszorg bewaakten door patiënten uit te leggen dat heel veel kwalen vanzelf overgaan en door hen te leren met welke symptomen zij wel en met welke ze vooral niet een dokter hoefden te consulteren. Sinds de marktwerking zijn huisartsen veel meer

geneigd om klantvriendelijk met de patiënten mee te denken: als men een verwijzing, een aanvullend onderzoekje of een extra recept wil, dan krijgt men die eerder en makkelijker.

Nederland geeft ruim 10 procent van het bruto binnenlands product uit aan gezondheidszorg (bij het praten over zorgkosten is het gebruikelijk om de totale zorgkosten te presenteren als percentage van het BBP, inclusief care en preventie. Bijna 4 procent van het bruto binnenlands product wordt besteed aan langdurige zorg; preventie is een kleine kostenpost). Vergeleken met andere Westerse landen is 10 procent hoog. Zorgkosten stijgen bovendien automatisch (door de vergrijzing van de bevolking, door een uitbreiding van de medisch-technische mogelijkheden en door hogere salarissen voor werknemers in de zorg) tenzij de politiek er iets aan doet. De politiek kan de stijgende kosten op drie manieren beteugelen. Men kan de marktwerking grotendeels op slot doen en kiezen voor een vorm van budgettering. In de jaren tachtig en negentig werd er – met het oude ziekenfonds/particuliere verzekeringsstelsel - in de Nederlandse zorg strak gebudgetteerd. De kosten van de zorg schommelden toen jarenlang rond de 8,5 procent van het bruto binnenlands product. Budgettering heeft echter een groot nadeel: er ontstaan wachtlijsten voor bepaalde behandelingen. Als het budget voor een bepaald type – niet levensreddende – operaties op is wordt de patiënt doorgeschoven naar het volgend jaar, als er weer nieuw geld beschikbaar is.

De tweede manier is het verder doorschuiven van de zorgkosten naar de particuliere portemonnee (bijvoorbeeld door te bezuinigen op de zorgtoeslag, door het basispakket verzekerde zorg kleiner te maken, of door burgers een hoog verplicht eigen risico of eigen bijdragen te laten betalen). Deze maatregel leidt niet tot wachtlijsten, maar drukt wel zwaar op de schouders van de minst verdienende burgers.

De derde optie is bezuinigen op de loonkosten in de zorg. Vanuit het oogpunt van rechtvaardigheid is daar, waar het gaat om dokters, veel voor te zeggen. Nederlandse medisch specialisten verdienen meer dan artsen in alle andere Europese landen: ongeveer 5,5 keer het inkomen van Jan Modaal. Huisartsen verdienen iets minder (3,5 keer modaal) maar de kloof tussen hun inkomen en dat van specialisten is de afgelopen jaren snel kleiner geworden. Het aan banden leggen van artseninkomens is echter notoir moeilijk. De overheid heeft het in de jaren tachtig op allerlei manieren vergeefs geprobeerd. De medische beroepsgroep is relatief homogeen en zeer goed georganiseerd. Zij is in staat op allerlei manieren terug te vechten (staken, juridische procedures).

Het rijk van de cure heeft in de afgelopen decennia te maken gehad met schaalvergroting in de eerstelijns en met een door de overheid geïnitieerde vermarkting. Daarnaast heeft een proces plaatsgevonden dat we zouden kunnen aanduiden als normalisering. De beroemde socioloog Talcott Parsons schreef in de jaren vijftig over de rol van de patiënt en die van de arts. De patiënt werd getypeerd als angstig, onkundig op medisch terrein, afhankelijk van de dokter, afgesneden van zijn normale leven en vrijgesteld van zijn dagelijkse verplichtingen. De arts uit de jaren vijftig stond in hoog aanzien. De dokter was meestal een man, die 24/7 bezig was met het belang van zijn patiënten. De beroepsgroep genoot een hoge mate van professionele autonomie; de medisch specialist was koning in het ziekenhuis.

Zowel de rol van de arts als die van de patiënt is sindsdien veranderd. De patiënt is hoger

opgeleid en mondiger. Hij kan nog steeds niet zijn eigen blindedarm opereren of de juiste dosis chemotherapie berekenen voor zijn type kanker, maar hij kan op internet wel informatie zoeken bij wat zijn dokter heeft gezegd. Als hij weet wat hij mankeert kan hij een patiëntenorganisatie of internet community raadplegen die kennis in huis heeft over zijn ziekte. Op basis van die kennis kan hij vervolgens met zijn arts in gesprek gaan over de te volgen behandeling. Als de uitleg of het behandelvoorstel van de arts hem niet aanstaat kan hij – in overleg met zijn zorgverzekeraar – kiezen voor een andere arts of een ander ziekenhuis. Dat maakt de patiënt minder afhankelijk van zijn arts. Bovendien wordt tegenwoordig aangenomen dat het beter is voor een patiënt – tenzij deze heel ziek is of de ziekte van korte duur is - om door te gaan met zijn normale leven: werk, familie en sociale verplichtingen. Dit blijvende contact met het normale leven maakt de patiënt ook minder kwetsbaar.

Voor de dokter is de geneeskunde van een roeping steeds meer een gewoon beroep geworden. Veel artsen zijn vrouwen die in deeltijd werken, mannen wier partners niet langer, zoals vroeger, bereid zijn zichzelf weg te cijferen, of mannen die naast hun werk veel tijd willen besteden aan hun gezin. Van levenslange, exclusieve toewijding aan het belang van de patiënt is vaak geen sprake meer. De professionele autonomie van artsen is ingeperkt. Dokters moeten tegenwoordig samenwerken met of verantwoording afleggen aan patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en aan – vaak economisch geschoolde – ziekenhuisdirecteuren en -managers. De eerder besproken vermarkting heeft het artsenberoep nog verder genormaliseerd.

8.4 Het rijk van de care: vermaatschappelijking, decentralisatie en deprofessionalisering

De grenzen van het rijk van de care zijn diffuser dan die van het rijk van de cure. Bejaarden die zorg nodig hebben krijgen vaak eerst informeel hulp van hun kinderen of van de buurvrouw. Meer dan 10 procent van de 50-plussers in Nederland geeft aan enkele uren per week zogenaamde mantelzorg te bieden. Pas als mantelzorg niet voldoende is, wordt een beroep gedaan op de formele zorg. Op dat punt staan in het rijk van de care wel slagbomen, maar ook die zien er anders uit dan in de cure. In de cure gebeurt de grensbewaking door medische professionals op basis van medische overwegingen: je hebt kinkhoest, kanker of een verhoogde bloeddruk en daarvoor is een bepaalde behandeling geïndiceerd. In de care is indicatiestelling niet strikt medisch. Je bent slechtziend, je hebt suikerziekte en de ziekte van Parkinson. Hoeveel huishoudelijke hulp is dan nodig? Bij de beantwoording van die vraag spelen medische overwegingen natuurlijk een rol; neurologen kunnen beschrijven hoe invaliderend de ziekte van Parkinson is, oogartsen kunnen aangeven wat je wel en niet kunt zien, of je nog mag autorijden of fietsen, en internisten kunnen vertellen hoeveel ongemak je hebt van je diabetes. Maar zelfs een nauwkeurige inventarisatie van al die gegevens levert nog niet een precies antwoord op de vraag of je in aanmerking komt voor thuiszorg of voor een plaats in een verzorgingshuis. Je hebt twee volwassen dochters van wie een op redelijke afstand. Moet dat meewegen? Wordt zij geacht gratis je huis schoon te maken? Ook als ze een baan heeft en een gezin met schoolgaande kinderen? Moet je andere dochter ook helpen? Ook als ze 100 kilometer verderop woont? Als ze 220 kilometer verderop woont? Je hebt AOW en een (klein) aanvullend pensioen. Kun je daarvan zelf huishoudelijke hulp betalen? Dat zijn

allemaal niet-medische vragen. In de care is vaak sprake van indicatiestelling door ‘indicatieorganen’, op basis van door de politiek vastgestelde regels.

Indicatiestelling voor zorg op basis van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de grondwet van het rijk van de care, verloopt langs ambtelijke weg. Sowieso is het rijk van de care meer verstatelijk dan dat van de cure. In de cure zijn de meeste organisaties kruisingen tussen markt en maatschappelijk middenveld, medegefinancierd door de staat. Zorgverzekeraars zijn particuliere ondernemers; huisartsen ook en ziekenhuizen ook (zij het dat er discussie is over de vraag of ze winst mogen maken en wat ze daar vervolgens mee mogen doen). Alleen de financiering van de cure verloopt deels via de staat: door het vereveningsfonds en de zorgtoeslag. In de care betaalt iedereen een wettelijk verplichte, inkomensafhankelijke AWBZ-premie. Vervolgens loopt de financiering van AWBZ-voorzieningen (verpleeghuizen, verzorgingshuizen, huishoudelijke hulp, wijkverpleegkundige) via ambtelijke zorgkantoren of via de gemeente.

De kosten voor de care bedragen 3,5 tot 4 procent van het BBP (afhankelijk van wat allemaal wordt meegerekend; het in de voorgaande paragraaf genoemde cijfer van 10 procent van het BBP is inclusief de kosten voor de langdurige zorg). Ook deze kostenpost baart de overheid zorgen. Er zijn in de wereld van de care drie trends die tot doel hebben de kosten te verlagen. Ten eerste wordt ingezet op ‘deinstitutionalisering’ of ‘vermaatschappelijking’; een verplaatsing van de zorg van intramuraal naar extramuraal, van instellingen (verpleeg- en verzorgingshuizen; instellingen voor mensen met een beperking) naar zorg aan huis of door de directe omgeving. Mensen met een verstandelijke beperking, een psychiatrische stoornis, een ernstige lichamelijke handicap, een chronische ziekte of dementie werden vroeger verpleegd en verzorgd in grootschalige instellingen in de bossen of op het platteland. Tegenwoordig geloven veel beleidsmakers en zorgprofessionals dat kwetsbare mensen beter af zijn als zij zo gewoon mogelijk kunnen leven in een zo gewoon mogelijke omgeving in de stad. Dat geeft de kwetsbare burgers meer autonomie en dat is bovendien goedkoper (zij het zeker niet altijd; als iemand 24/7 toezicht nodig heeft, is het duurder om dit te realiseren op individuele basis dan in een intramurale setting).

Ten tweede vindt decentralisatie van de zorg plaats, van het rijk naar gemeenten. De gedachte hierachter is dat gemeenten beter in staat zijn zorg op maat te organiseren voor groepen cliënten: dagbesteding of een baantje bij de plantsoendienst voor mensen met een verstandelijke beperking, een wandeling door het park voor chronisch zieken met een vrijwilliger als begeleider. De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), die deze decentralisatie van de zorg regelt, heeft mede tot doel iedereen in staat te stellen deel te nemen aan het maatschappelijk leven.

Ten derde wordt ingezet op deprofessionalisering van de zorg. Bijvoorbeeld bij het hierboven beschreven proces van vermaatschappelijking. Als mensen met een beperking in een gewone buurt wonen in plaats van in een instelling kunnen zij daar – althans gedeeltelijk – worden verzorgd door familieleden, vrienden, buren of vrijwilligers. En als er dan toch betaalde krachten moeten worden ingeschakeld, dan hoeven dat niet meteen hoog opgeleide professionals te zijn. Als een zieke thuis wordt verzorgd, hoeft dat lang

niet altijd te gebeuren door een (wijk)verpleegkundige; een ziekenverzorgende of een schoonmaakster zou ook kunnen volstaan. Bij de decentralisatie van zorg naar gemeenten werd ook verondersteld dat gemeenten thuiszorgorganisaties offertes laten schrijven, waarin deze zoveel mogelijk zorg aanbieden tegen scherp concurrerende tarieven. Een van de manieren waarop ze dat doen is door te bezuinigen op de kwalificatie-eisen van het zorgpersoneel. Soms betekent dit dat nieuw, goedkoper personeel in dienst wordt genomen; in andere gevallen moeten gekwalificeerde medewerkers opnieuw solliciteren naar een lager ingeschaalde functie. Wat in de cure niet lukt (specialisteninkomens aanpakken) blijkt in de care veel eenvoudiger.

8.5 Het rijk van de preventie: nieuw paternalisme

Het kleinste rijk van de gezondheidszorg (en niet tot de volkshuisvesting, de stadsreiniging, verkeer en vervoer of de wereld van de sport) is het rijk van de preventie. Dit rijk bestaat hoofdzakelijk uit GGD's: Gemeentelijke Gezondheidsdiensten. GGD's voeren het rijksvaccinatieprogramma uit: zij zorgen ervoor dat baby's en kinderen worden ingeënt tegen een aantal besmettelijke ziekten (DKTP), zij regelen dat schoolgaande kinderen zo nu en dan gezien worden door een jeugdarts. Verder vormen zij het forum waar artsen en een aantal organisaties (scholen, kinderdagverblijven, verzorgingshuizen en dergelijke) besmettelijke patiënten moeten melden, zodat tijdig maatregelen kunnen worden getroffen.

GGD's geven voorlichting over allerlei gezondheidsproblemen, regelen het ambulancevervoer, organiseren periodieke screeningsprogramma's voor een aantal veel voorkomende ziektes (borstkankerscreening, baarmoederuitstrijkjes). Daarnaast hebben zij taken bij de bestrijding van rampen (zoals grote verkeersongevallen en milieurampen) en bij de bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's).

Hoewel het rijk van de preventie relatief rustig is vergeleken met dat van de care en de cure is ook dit rijk in beweging. Het is in toenemende mate mogelijk gezondheidsrisico's te identificeren en niet alleen dat, het is vaak ook mogelijk aan te geven wat je hiertegen zou kunnen doen. Borstvoeding biedt een zekere mate van bescherming tegen bepaalde ziekten. Verwaarlozing of kindermishandeling komen vaker voor bij ouders die zelf in hun jeugd niet goed werden begeleid. Taalachterstanden bij allochtone kinderen ontstaan nog voor dat dezen kinderen naar de school gaan. Obesitas op latere leeftijd heeft vaak te maken met eet- en bewegingspatronen aangeleerd in de vroege jeugd. Over dergelijke zaken zou je meer en minder dwingend advies kunnen geven als mensen zich melden op het consultatiebureau of bij de jeugdgezondheidsdienst. Er zou per kind een dossier kunnen worden aangelegd, zodat de overheid tijdig kan ingrijpen als het met zo'n kind mis dreigt te gaan. Is dat een goed idee? Hierover zijn de meningen verdeeld. Sommige mensen – professionals, politici, beleidsmakers – vinden van wel. Zij wijzen erop dat gezondheidsrisico's tegenwoordig veel te maken hebben met leefgewoonten: kinderen worden niet meer ziek door epidemieën als cholera, malaria en de pokken zoals in de negentiende eeuw. Ze worden nu ziek door overgewicht en dat krijgen ze door verkeerd eten of te weinig beweging. Waar de overheid zich in de negentiende eeuw bekommerde om cholera en malaria zou zij zich nu druk moeten maken om de obesitasepidemie.

Anderen (andere politici, beleidsmakers, burgers) vinden dat de overheid zich niet paternalistisch moet opstellen en burgers zelf beslissingen moet laten nemen over hun leefstijl en gezondheid. Sommigen vinden zelfs de bemoeienis van de overheid met vaccins (tegen kinderziekten als bof, mazelen, rode hond, difterie en kinkhoest) overdreven. Zij menen dat deze inenting niet helemaal ongevaarlijk zijn en dat burgers daar dus niet – ook niet met zachte hand – toe moeten worden gedwongen.

8.6 Tot slot: burger en professional in de drie rijken van de zorg

Maken we de balans op, dan zien we dat van burgers en professionals in elk van de drie rijken iets anders wordt gevraagd. In het rijk van de cure wordt de burger beschouwd als een goed geïnformeerde zorgconsument, die eerst weloverwogen kiest voor een bepaalde zorgverzekeraar en vervolgens voor de in zijn ogen beste huisarts en het meest geschikte ziekenhuis. De moderne professional van zijn kant dient de burger te informeren, met hem mee te denken en – klantvriendelijk – in te spelen op zijn wensen.

In het rijk van de care is het de bedoeling dat de burger de professional werk uit handen neemt, of zelfs de professional overbodig maakt. De zorgbehoevende burger moet zoveel mogelijk zelf proberen te doen en als dit niet meer lukt, een beroep doen op zijn sociale netwerk: familie, vrienden en burens. Pas daarna komt de zorgprofessional in beeld.

In het rijk van de preventie wordt in toenemende mate verwacht dat de burger zich enige paternalistische bemoeienis van professionals laat welgevallen, dat hij goede adviezen ter harte neemt en opvolgt. Omgekeerd vraagt dat van professionals dat zij terugvallen op een vorm van paternalisme die in de cure niet zou worden getolereerd.

Deze tegenstrijdigheden kunnen worden tegengegaan door specialisatie: artsen en verpleegkundigen die werkzaam zijn in het rijk van de cure werken niet in de care (jeugdarts of op het consultatiebureau). Voor de burger – die de wereld van de gezondheidszorg vaak als één wereld beschouwt en nu eens met het ene, dan weer met het andere rijk te maken heeft, ligt dit veel ingewikkelder. Als ook voor de burger het rijk van de cure dominant is, zou het goed kunnen zijn dat de daar gesocialiseerde mondige zorgconsument, die gewend is te zoeken naar de beste zorg in zijn situatie, zich in de care niet laat afschepen met doe-het-zelf-arrangementen en in de preventie niet gediend is van paternalistische leefstijladviezen.

Kernbegrippen

Preventie; cure; care; epidemiologische transitie; medicalisering; zorgverzekeringsstelsel; schaalvergroting; vermarkting, normalisering; vermaatschappelijking; professionalisering en deprofessionalisering; paternalisme

Literatuur

Aakster, C.W., Kuiper, G en Groothoff, J.W., Medische sociologie, Wolters Noordhoff 1991.

Boer, A. de, Broese van Groenou, M. en Timmermans, J. (red.). Mantelzorg, een overzicht van de steun van en aan mantelzorgers in 2007, SCP, Den Haag 2009.

Boot, J.M.D., Organisatie van de gezondheidszorg, Van Gorcum, Assen 2007.

Boot, J.M.D., Inleiding in de medische sociologie, Van Gorcum, Assen 2001.

Bovenkamp, H.M. van de, The Limits of Patient Power. Examining Active Citizenship in Dutch Health Care, diss. EUR 2010.

Bruin, J. de en Ventevogel, A., Patiëntencommunities op het web. Theorie en praktijk, VU Uitgeverij, Amsterdam 2007.

Dehue, T., De depressie-epidemie. Over de plicht het lot in eigen hand te nemen, Augustus, Amsterdam 2008.

Dwarswaard, J., De dokter en de tijdgeest. Een halve eeuw veranderingen in de beroepsethiek van huisartsen en chirurgen, Boom/Lemma, Den Haag 2011.

Duyvendak J.W. en Verplanke L., Onder de mensen. Over het zelfstandig wonen van psychiatrische patiënten en mensen met een verstandelijke beperking, Amsterdam University Press, Amsterdam 2010.

Freeman, R., The Politics of Health in Europe, Manchester University Press, Manchester 2000.

Gooijer, W. de, Trends in EU Health Care Systems, Springer, UK 2007.

Groenewegen, P.P. en Hansen, J., De toekomst van de witte jas. Professions en de toekomst. Veranderende verhoudingen in de gezondheidszorg, Springer, Leusden 2007.

Kwekkeboom, M.H., Een eigen huis. Ervaringen van mensen met verstandelijke beperkingen of psychiatrische problemen met zelfstandig wonen en deelname aan de samenleving, SCP, Den Haag 2006.

Maarse, H., Markthervorming in de zorg. Een analyse vanuit het perspectief van de keuzevrijheid, solidariteit, toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid, Universitaire Pers Maastricht 2011.

Mackenbach, J., Ziekte in Nederland. Gezondheid tussen politiek en biologie. Mouria/ Elsevier, Amsterdam, 2010.

Mol, A en Lieshout, P. van, Ziek is het woord niet. Medicalisering, normalisering en veranderende taal van huisartsgeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg 1945-1985, Sun, Nijmegen 1989.

OECD, Health at a Glance 2011, OECD Indicators, via www.oecd.org.

Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieuhygiëne: www.rivm.nl en www.gezondheidszorgbalans.nl.

Parsons, T., The Social System. The Free Press of Glencoe, London 1951.

Renckens, C., Dwaalwegen in de geneeskunde. Over alternatieve geneeswijzen, modeziekten en kwakzalverij, diss. UvA 2004.

Swaan, A. de, Zorg en de staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd, vertaald door Herman Hendriks, Bert Bakker, Amsterdam 1989 (oorspr. dr. 1988).

Trappenburg, M., Genoeg is genoeg. Over gezondheidszorg en democratie, Amsterdam University Press, Amsterdam 2008.

Verplanke, L. en Duyvendak, J.W., Onder de mensen? Over het zelfstandig wonen van psychiatrische patiënten en mensen met een verstandelijke beperking, Amsterdam

University Press, Amsterdam 2010.

Witman, Y., De medicus maatgevend. Over leiderschap en habitus, Van Gorcum, Assen 2007.