

# Deel 1: de vermeende 'oneindige' zorgvraag

W.G.M. BEEMSTERBOER, STAFARTS, SOCIAAL MEDISCHE ADVISERING & INDICATIESTELLING, TROMPETTER & VAN EEDEN  
 SOCIAAL MEDISCHE EXPERTISE, HILVERSUM, VICE-VOORZITTER VAN DE VERENIGING VAN INDICERENDE EN ADVISERENDE  
 ARTSEN (VIA), e-mail: willibrord.beemsterboer@treve.nl

**O**nderstaand de eerste bijdrage in de serie:  
 'Indicatiestelling en individualisering: over de  
 paradox van een individualiserend tijdsgewricht'.

In zes afleveringen wordt aandacht besteed aan de sociaal-geneeskundige positie en aan het maatschappelijk perspectief rond aanvragen voor zorg en voorzieningen en claims van arbeidsongeschiktheid. De eerste bijdragen vormen een algemene inleiding over zorgverzekeringen en de rechten die men daaraan kan ontnemen. Daarbij wordt echter ook ingegaan op de plicht en verantwoordelijkheid die men heeft om een tegenprestatie te leveren wanneer, binnen het kader van een op solidariteit gebaseerd verzekeringsstelsel, een beroep wordt gedaan op ondersteuning. De volgende bijdragen behandelen specifiek de problematiek rond de Regionale Indicatie Organen (RIO's). Die afleveringen hebben als doel opheldering te verschaffen over de filosofie achter deze (voor de gemeentelijke indicatiecommissies in de plaats gekomen) RIO's, waartegen de huisartsen en thuiszorgorganisaties grote bezwaren hadden. In deze eerste aflevering gaat de aandacht uit naar de oneindige zorgvraag.

Een bekende uitspraak luidt dat de vraag naar zorg oneindig is. Uit recente berichten blijkt dat van vele miljarden die de afgelopen jaren aan zorg zijn besteed, onduidelijk is waar die precies aan zijn uitgegeven. Deze berichten bieden een macaber kijkje in wat gemeenlijk een bodemloze put wordt genoemd. De roep om een parlementaire enquête neemt toe. Zou er aan de zorg werkelijk geen einde zijn? Of is in een individualiserende wereld de zorgvraag misschien aan inflatie onderhevig? Willen we, al dan niet gevoed door dubieuze internetwijsheid, meer zorg dan we werkelijk nodig hebben of dan deskundigen, op grond van kennis en

---

Een teveel aan zorg leidt tot ondermijning van validiteit en vitaliteit.

---

ervaring, denken dat we nodig hebben? Als dat zo is, dan past het niet alleen in economische termen over de toestand in de zorg te spreken, maar ook in gezondheidskundige: een teveel aan zorg leidt tot ondermijning van validiteit en vitaliteit.

## Ingebeelde zieke

Een probleem waar de sociaal-geneeskundige regelmatig mee wordt geconfronteerd, is het verschijnsel van de ingebeelde zieke die aanspraak maakt op zorg en voorzieningen. In extreme vorm maakten we dit onlangs mee in de persoon van het ex-Tweede-Kamerlid Singh Varma, die een ongeneeslijke ziekte voorwendde en – bij gelegenheid van haar afscheid van het parlement – zittend in een rolstoel het Kamergebouw werd binnengereden. Het indiceren van een rolstoel voor langdurig gebruik is een sociaal-geneeskundige taak. De gedachte hierachter is dat dure zorg en voorzieningen bij diegenen terecht dienen te komen die het werkelijk nodig hebben. Is in het geval van mevrouw Singh Varma een beoordelingsfout gemaakt dan wel niet goed onderzocht of betrokkene werkelijk de ziekte had die zij beweerde te hebben? Voorts dringt de vraag zich op hoe dit 'ziektegeval' zich in de tijd heeft ontwikkeld en hoe de door betrokkene in consult geroepen medici daarmee zijn omgegaan. Het gaat niet om het wijzen met een beschuldigende vinger: de essentie is dat het vaststellen van diagnose, stoornissen en beperkingen daadwerkelijk geschiedt, en niet in het vage blijft, of aan de fantasie van betrokkene zelf wordt overgelaten. Dit raakt aan de plicht van elke arts uit te zoeken wat er precies met zijn patiënt aan de hand is en niet te berusten in onduidelijkheid. Hetzelfde geldt, in omgekeerde richting, voor de bekende televisiepersoonlijkheid Sylvia Millecam, die juist kwam te overlijden aan de ziekte die door mevrouw Singh Varma werd voorgewend en die zich nog alleen had verlaten op alternatieve genezers. Ook hier is het de vraag hoe het

medische traject precies is verlopen. Uitgaande van kennelijk bestaande vooroordelen van de kant van consumenten is het bovendien de vraag of zij zich er wel voldoende van bewust zijn dat *alternatieve geneeskunde een vorm van geneeskunde is waar zij iets aan kunnen hebben, maar dat dit niet betekent dat de reguliere geneeskunde niets meer voor hen kan betekenen.*

### Bureaucratie, individualisering en solidariteit

Ziekte en armoede zijn van oudsher communicerende vaten. Over de aard en omvang van beide afzonderlijk, over de onderlinge beïnvloeding en over de uitwisselbaarheid ervan wordt een permanente discussie gevoerd.<sup>1</sup> In het proefschrift van Ingrid van der Vlis staat beeldend beschreven hoe in de 17<sup>de</sup> eeuw voor zieken en gebrekkigen in de stad Delft aan (armen)zorg werd gedaan en hoe toen al strikte regels werden gehanteerd om te bepalen of men voor ondersteuning in aanmerking kwam of niet.<sup>2</sup> Er is dus niets nieuws onder de zon wanneer het erom gaat dat kostbare (en daarom noodzakelijkerwijze collectieve) voorzieningen, zoals zorg, aan algemene maatstaven worden onderworpen.

### Solidariteitsverzekeringen

De beschamende ontwrichting op sociaal en hygiënisch vlak in het tijdperk van de industriële revolutie aan het eind van de 19<sup>de</sup>, begin 20<sup>ste</sup> eeuw, leidde tot de totstandkoming van een stelsel van solidariteitsverzekeringen. Deze werden in de vorm van wet- en regelgeving afgedwongen door een overheid die schrijnende toestanden in leef-, woon- en werkomstandigheden in de steden niet langer voor haar rekening wilde nemen. Het te pas en te onpas gebruiken van de negatief beladen term 'bureaucratie' voor de wijze van uitvoering van sociale wet- en regelgeving, die beoogt een solidaire samenleving te schragen, doet vermoeden dat, naast de zorgvraag, ook de solidariteitsgedachte aan ontwaarding onderhevig is. Solidariteit is niet simpelweg altruïsme van de sterkeren tegenover de zwakkeren, het heeft ook als oogmerk de onderlinge omgang evenwichtig en humaan te houden, iets waar de hele samenleving bij gebaat is. Onder andere vanuit deze basisfilosofie zijn beschermende wetten zoals Ziektewet, Ziekenfondswet en Algemene Bijstandswet voortgekomen, alsmede de slothoofdstukken van de sociale weerbaarheid, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Wet Arbeidsongeschiktheidsregeling (WAO).

### Rol van de overheid

De overheid wordt om de wijze van uitvoering van deze solidariteitswetten vaak verongelijkt en verontwaardigd bejegend en van 'bureaucratie' beticht. Dat bureaucratieverwijt gaat uiteraard nooit gepaard met een evenwichtig advies over hoe het dan wel zou moeten en waarbij – een wezenlijk punt – rekening wordt gehouden met het gegeven dat het hier gaat om een eerlijke verdeling van algemene middelen, die een vangnet vormen voor al die calamiteiten die ons bestaan op de proef stellen. Calamiteiten waarvan de bestrijding buiten ons bereik ligt, zelfs buiten het bereik van de zeer rijken. Nee, men volstaat bij voorkeur met te zeggen dat het 'allemaal geregeld en bureaucratie' is en vergeet dat *juist in een individualiserend tijdsgewricht*, in een van oudsher solidaire samenleving, het beroep op de individuele verantwoordelijkheid zwaarder gaat wegen: geen rechten zonder plichten.<sup>3</sup>

Daar komt bij dat de overheid aan de uitvoering van wetten vaak veel minder kan doen dan wel wordt gesuggereerd, omdat deze (uitvoering) aan derden is uitbesteed. Om een voorbeeld te noemen: de volgens velen 'knellende' criteria in de (AWBZ-)zorg worden niet door de overheid vastgesteld, maar door de zorgverzekeraars. Deze hebben dan ook de plicht het publiek goed voor te lichten over de grenzen die in de zorg zijn getrokken en over het feit dat bij het passeren daarvan de kosten voor rekening van betrokkene zelf komen. Iets dergelijks geldt voor de regelgeving in de Wvg (Wet voorzieningen gehandicapten): niet de centrale overheid is de eerst verantwoordelijke voor de inhoud van de gemeentelijke verordening, maar de gemeenten zijn dat zelf, en in laatste instantie de politieke partijen die zitting hebben in de gemeenteraad. In plaats van bij lokale politieke partijen of zorgverzekeraars aan te kloppen om zijn beklag te doen, klaagt men steen en been bij de centrale overheid, of anders wel bij het advies- of indicatieorgaan, dat niets meer of minder doet dan de indicatiestelling van Wvg en AWBZ uitvoeren conform de door de gemeentelijke politiek en zorgverzekeraars vastgestelde criteria.

### Soberheid

Uiterste soberheid en doelmatigheid zijn de leidende uitgangspunten, en ongerichte, tot niets verplichtende, verbale vrijgevigheid hoort daar niet bij. Het publiek dat door politici, zorg- en ziektekostenverzekeraars, maar ook

door hulpverleners en behandelaars vaak krijgt voorgespiegeld dat allerlei zorg en voorzieningen binnen haar bereik liggen, wordt intussen op het verkeerde been gezet. Het toewijzen van zorg en voorzieningen is namelijk *altijd* aan criteria gebonden. Onbekendheid met dit feit leidt bij diegenen bij wie door gebrekkige of misleidende informatie onjuiste verwachtingen zijn gewekt, onherroepelijk tot teleurstelling wanneer aanvragen, na onderzoek, worden afgewezen. Politici, zorgverzekeraars, hulpverleners en behandelaars zouden zich dit moeten aantrekken en zouden zorgvragers eerlijk moeten informeren in plaats van te doen voorkomen alsof zorg en voorzieningen onbegrensd ('oneindig') beschikbaar (zouden moeten) zijn.

#### Verontwaardiging over bureaucratie

De verontwaardiging over bureaucratie in zorg- en solidariteitswetten heeft onmiskenbaar gemakzuchtige trekken. Wij willen immers allemaal graag worden opgevangen wanneer burn-out of invaliditeit ons treft, terwijl we vervolgens een broertje dood hebben aan wet- of regelgeving die nodig is om de verdeling van collectieve middelen op een faire manier te doen plaatsvinden. Gevoegd bij het onvoldoende gefundeerde 'oneindigheidsmotief' dat op de vraag naar zorg en voorzieningen van toepassing zou zijn, is er daarom welhaast geen vitale sector in onze samenleving waar zo vaak het 'n'-woord wordt gebezigd als in de zorg: de 'n'-oodzaak voor de zorg die iemand vraagt, moet buffen twijfel staan. Deze notie zou aan het begin

moeten staan van de ontmythologisering van de vermeende 'oneindige' zorgvraag. Bovendien: wie onterecht zorg krijgt, onttrekt deze aan degenen die het werkelijk nodig hebben. In alle gevallen dient te worden onderzocht of sprake is van lichamelijke of psychische beperkingen die een medische noodzaak voor zorg of voorzieningen impliceren. Zonder een dergelijk onderzoek gaat de verstrekking van zorg en voorzieningen zweven en zullen de kosten die daarmee gepaard gaan, in een vrije val terecht komen. Mede om dit te voorkomen zijn indicatieorganen in het leven geroepen, die een analyserende en inventariserende taak hebben waar het gaat om aanvragen voor even dure als duurzame zorg en voorzieningen. De komst van de RIO's is niet onopgemerkt gebleven. Voordat hier in toekomstige artikelen nader op wordt ingegaan, volgt in de komende bijdrage eerst een uiteenzetting over individualisering van de zorgvraag in maatschappelijk en medisch perspectief.

#### Literatuur

1. Rapport Programmacommissie Sociaal Economische Gezondheidsverschillen (Commissie-Albeda, 2001).
2. Vlis I van der. Leven in armoede. Delftse bededen in de zeventiende eeuw [Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam]. Amsterdam: samenwerkende uitgeverijen Prometheus/Bert Bakker, 2001.
3. Leenen HJJ. Met het oog op gezondheid en recht. Een terugblik. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2000.



Is dit <sup>de</sup> **hele**  
**kuur, dokter?**

Een 3 daagse kuur  
met langdurig effect **ZITHEN MAX**

3 dagen 1dd 1 tablet

**Mini-kuur..... Maxi-effect**

Pfizer B.V., Postbus 37, 2900 AA Capelle a/d IJssel

Bijsluiter: zie elders in dit blad