

Deel 6 (slot): wat is vraaggerichte zorg en hoe verhoudt zich dit tot de WHO-definitie van gezondheid?

W.G.M. BEEMSTERBOER, STAFARTS SOCIAAL MEDISCHE ADVISERING & INDICATIESTELLING, TROMPETTER & VAN EEDEN SOCIAAL MEDISCHE EXPERTISE TE HILVERSUM, VICE-VOORZITTER VAN DE VERENIGING VAN INDICERENDE EN ADVISERENDE ARTSEN (VIA). CONTACTADRES: WILLIBRORD.BEEMSTERBOER@TREVE.NL

Onderstaand de zesde en laatste bijdrage in de serie: 'Indicatiestelling en individualisering: over de paradox van een individualiserend tijdsgewricht'. Wat is vraaggerichte zorg? Wat kan als norm worden gezien? Hoe staat dit in verhouding tot de WHO-definitie van gezondheid?

Vraaggerichte zorg?

Dat er zoiets bestaat als normering van zorgvragen willen we soms liever helemaal niet horen. Want bandbreedtes en criteria, normen en standaarden: hoe verhouden die zich tot 'zorg op maat', tot 'vraaggerichte zorg'? Onder vraaggerichte zorg, zo is te lezen in bijlage 3 van de recente kabinetsnota 'Vraag aan bod' over de toekomstige inrichting van ons zorgstelsel, dienen we te verstaan: 'Zorg die tegemoetkomt aan wat de patiënt wenst en *op grond van zijn verzekering mag verwachten*.' Vooral deze laatste toevoeging is wezenlijk voor de appreciatie van regelgeving in solidariteitsverzekeringen. Verontrustend is dat hier en daar de gedachte postvat dat het inzetten op zorg op maat, op vraaggerichte zorg, de poorten naar de zorghemel zal openen. De verwezenlijking van de op zichzelf overspannen WHO-definitie van gezondheid ('het volledig afwezig zijn van enig psychisch of lichamelijk onwelbevinden'), die een kennelijk paradijselijke toestand als standaard hanteert, lijkt in het verschiet te liggen: zo wordt ten onrechte voedsel gegeven aan de gedachte dat aan strikt individuele wensen van

Het is intussen niet eens een zaak die alleen hulpverleners en behandelaars aangaat, maar ons allemaal: wat willen we voor onze zorg uitgeven?

zorgvragers tegemoet zal worden gekomen. Deze wensdroom houdt echter in het geheel geen rekening met de beperkingen van een collectief systeem van zorgverzekeringen dat gestoeld is op solidariteit.

Volgens Van den Heuvel zal aan het begrip 'vraaggestuurde zorg' de vraag vooraf dienen te gaan wat we onder 'normaal' verstaan. Er zijn veel onderwerpen waarvan we zouden willen weten wat de norm is en het voert te ver ze allemaal op te sommen, maar om een indruk te geven voor welke afwegingen we komen te staan als mensen beperkingen hebben: wat is de 'norm' als het erom gaat vast te stellen hoe vaak iemand zich moet wassen (en, bij onvermogen daartoe, daar minimaal een aantal keren per week bij geholpen moet worden)? Wat is de 'norm' voor in te zetten mantelzorg die bij de weging van de individuele zorgzwaarte wordt betrokken? Wanneer vinden we dat iemand voor een traplift in aanmerking moet komen: als twee keer per dag traplopen niet meer lukt of juist eerder? Moeten we de wens van een gehandicapte om een extra vervoersvoorziening honoreren om twee keer per jaar naar een popfestival te kunnen gaan, omdat dat volgens de definitie van de WHO tot het algemeen welbevinden, en dus tot 'gezondheid', moet worden gerekend? Hoe ver gaan we in het tegemoetkomen aan eisen die patiënten stellen bij het doorverwijzen naar de specialist, het verstrekken van medicijnen en het voorschrijven van paramedische zorg die ze, medisch gezien, niet nodig hebben? Moeten we buigen voor een volksoploop waar de eis wordt gesteld iedereen te vaccineren tegen een meningokokkeninfectie, want 'baat het niet, dan schaadt het niet', terwijl op wetenschappelijke gronden een algehele vaccinatie niet nodig is? Mogen in dit soort situaties geen vragen van algemeen belang

ma
he

meer worden gesteld? Of moeten een strikt individueel gekleurde angst voor ziekte, hoe begrijpelijk soms ook, of strikt individuele wensen voor zorg en voorzieningen klakkeloos worden erkend? Moeten we opereren omdat de patiënt dat eist, terwijl we zelf het nut er niet van inzien?

Velen deinzen voor deze vragen terug: er wordt, omdat de 'mondigheid' van de burger nu eenmaal is toegenomen (over de kwaliteit van die mondigheid geen woord), monomaan aangedrongen op vergroting van het budget,² en de lengte van de wachtlijsten wordt als achterhaald argument gebruikt. Het is intussen niet eens een zaak die alleen hulpverleners en behandelaars aangaat, maar ons allemaal: wat willen we voor onze zorg uitgeven? In die afweging staken de stemmen en vangt een permanente discussie aan, iets dat op zich niet verontrustend hoeft te zijn. Verontrustend zou zijn wanneer zich een tweedeling gaat voltrekken die neerkomt op een aantasting van de solidariteitsgedachte. Dit gevaar is in een verder individualiserende wereld niet denkbeeldig.

Misbruik van WHO-definitie

Mensen willen toenemend 'gekend' worden in wat zij – in hun allerindividueelste beleving – als ziek zijn ervaren. De WHO-definitie van gezondheid biedt daar voldoende ruimte voor en hier wordt – door patiënten en behandelaars – regelmatig aan gerefereerd. De vraag is echter of de al te idealistische, bijna karikaturaal aandoende, WHO-definitie van gezondheid hiermee niet wordt misbruikt. En wat de haalbaarheid van de uitvoering van zo'n definitie betreft: in een gestructureerde (en op zichzelf solidaire) samenleving waarin ziek zijn geld kost, dat door ons allemaal verdiend moet worden, luidt (opnieuw) de vraag wat nu eigenlijk onder 'normaal' moet worden verstaan.

Solidariteit?

Zorg is zeker geen luxe voor wie het werkelijk nodig heeft, maar het is al te veel luxe voor wie zonder kan. Wanneer we deze notie niet in

onze overwegingen willen betrekken, luidt de volgende vraag of we nog wel een zorgstelsel willen waaraan 'solidariteit' ten grondslag ligt. Consumentenorganisaties, die het onderling (te) vaak met elkaar oneens zijn,³ omdat elke organisatie erkenning zoekt voor haar eigen unieke problemen (er kunnen kennelijk, bij verschillende ziekten, steeds minder gemeenschappelijke kenmerken worden benoemd: ook hier heeft de individualisering toegeslagen) zouden zich, meer dan zij gewend zijn te doen, ook de 'norm'-vraag moeten willen stellen. Men kan namelijk niet net doen of men buiten de maatschappelijke werkelijkheid staat, dat geldt voor artsen evenzeer als voor patiënten. Er mag dus verwacht worden dat constructief wordt meegedacht binnen de maatschappelijke kaders die wij, want daar komt het uiteindelijk toch op neer, *onzelf stellen*.

Besluit

Hoewel gezondheidsenquêtes steeds uitwijzen dat gezondheid als het grootste goed wordt beschouwd, wijzen weer andere enquêtes uit dat over het 'meer' dat we daarvoor met z'n allen bereid zouden moeten zijn uit te geven, dan wel de manier waarop de kosten worden verdeeld, heel verschillend wordt gedacht. De politiek, hoedster van het algemeen belang, zal deze notie steeds in haar overwegingen blijven betrekken. En terecht. Het is eerlijker dit feit onder ogen te zien dan bij een beroep op het maatschappelijk verantwoordelijkheidsgevoel een andere kant op te kijken.

Literatuur

1. Heuvel WJA van den. Revalidatie en participatie. In: Knops H. Nieuwe mogelijkheden in revalidatie en handicap II. iRv, kenniscentrum voor Revalidatie en Handicap: Hoensbroek, 2001.
2. Dillmann RJM, Sanders FBM. Na het gisten het brood. Contouren van een nieuwe gezondheidszorg. Med Cont 2000;55:1180-3.
3. Bennekom I van. De patiënt bestaat niet. Interview Zorgvisie 2001;31:16-9.