

“Moet alles, wat kan?”

Tot drie keer toe stelde Anton Dalhuijsen die ene cruciale vraag. Drie keer probeerde hij de zaal een antwoord te ontlokken op de vraag wat wij, public health professionals, bijdragen aan de brede maatschappelijke discussie over de grenzen van de zorg. Drie keer ontlokte hij de deelnemers allerhande reacties en opmerkingen, maar een echt antwoord? Dat kwam er niet.

Dalhuijsen deed zijn uitdagende – en bij vlagen: vertwijfelde – oproep tijdens de themamiddag “Moet alles wat kan?”, op donderdag 13 september 2012 jl., georganiseerd door PHNed, NVAG en VGZ. Ongeveer 70 leden van de drie organisaties zaten in de zaal en lieten zich inspireren door Prof. Dr. Job Kievit, hoogleraar hoofd-halschirurgie en besliskunde, LUMC, en Dr. Dorothea Touwen, universitair docent en onderzoeker Medische Ethiek, LUMC. En door de stouterende Dalhuijsen, die door de zaal heen en weer beende en deelnemers de microfoon onder de neus duwde voor een reactie.

De aanwezigen leken overigens opvallend eensgezind over het centrale thema. Nee: niet alles wat kan, moet. Niet alles wat kan, is immers per se goed voor de patiënt. En daarnaast: niet alles wat kan, kán – daar is helemaal geen geld voor. Ook vanuit overwegingen van verdeling van schaarse middelen moeten er grenzen gesteld worden aan de zorg.

Toch rijzen intussen de kosten van onze gezondheidszorg de pan uit. Er worden kennelijk steeds meer en steeds duurdere medische handelingen verricht. Zijn die verrichtingen zinvol, d.w.z. effectief, wenselijk en proportioneel (staan de inspanningen in verhouding tot het resultaat)? Niet allemaal. Voorbeelden kennen we allemaal en werden ook door de sprekers aangereikt. Toch gebeuren ze. Verschillende mechanismen spelen daarbij een rol. In de spreekkamer waant de patiënt zich het centrum van het universum en die positie krijgt hij ook van de arts; de patiënt is een kritische consument en weet doorgaans wat zijn rechten zijn en wat de (medische) mogelijkheden zijn. De arts op zijn beurt wil bij levensbedreigende ziekten geen doodvonnis uitspreken over de patiënt. Hij wil hoop bieden. De patiënt vindt dat de arts zo zijn best doet en durft het gesprek over het naderende levenseinde niet aan. Zo ontstaat een ‘conspiracy of silence’. Maar ook op mesoniveau spelen sterke krachten om niet te bezuinigen op verrichtingen. Zo worden ziekenhuizen bijvoorbeeld beloond voor het aantal verrichtingen. Een perverse prikkel, noemen we dat. Is al deze geboden zorg zinnig? Nee, daar lijkt het niet op.

De consequenties mogen duidelijk zijn. De zorgkosten stijgen te snel, dus moet er bezuinigd worden. Ook de Raad van State heeft in zijn recente advies over de miljoenennota gepleit voor een nullijn in de zorguitgaven van de overheid. De ‘million dollar question’ is nu: hoe krijgen we dat voor elkaar? Welk instrument helpt ons om keuzes te maken? Tijdens de inleidingen en de discussies viel regelmatig het woord ‘doelmatigheid’. Volgens Kievit is het begrip Quality het meest geschikt om doelmatigheid te concretiseren. Zijn stelling is dat het hanteren van Quality's de solidariteit in ons zorgstelsel bevordert, omdat we daarmee maximale gezondheidswinst per euro kunnen beloven.

De Quality is onder beleidsmakers een bekend begrip. De toepassing ervan levert in de praktijk echter problemen op. Want als er keuzes gemaakt worden, valt er per definitie iets af – een behandeling, een ingreep, zorg. En achter iedere behandeling, ingreep of zorg zit een patiënt, een persoon van vlees en bloed, met familie, een levenswens en hoop op kwaliteit

van leven. Wie durft deze ene persoon deze hoop te ontnemen? Een beleidsmatige keuze wordt dan al snel gedramatiseerd, vertaald naar een aansprekend individu met een gezicht en een verhaal. Beleidsmakers worden afgeschilderd als 'kille apparatsjiks', feiten en cijfers uit hun verband gehaald of verkeerd voorgesteld. Gevolg?: beleidsmakers komen terug op hun keuzes. Of er worden uitzonderingen gemaakt. En dan begint de cyclus weer opnieuw: er zijn geen keuzes gemaakt, er ontstaan budgetproblemen, met als gevolg nieuwe persoonlijke drama's, enzovoort en zo verder.

Wie moet deze vicieuze cirkel doorbreken? De aanwezigen menen dat die verantwoordelijkheid primair bij de politiek ligt. De politiek moet 'zinnige en zuinige' zorg verdedigen, heldere en consequente keuzes maken op basis van onderbouwde criteria, deze keuzes duidelijk uitleggen en vervolgens haar rug recht houden, ook bij tegenwind. Wanneer de politiek dit goed doet, ontstaat ook in de spreekkamer van de individuele arts een helder kader voor het gesprek met de patiënt over wel of niet (door)behandelen. De politiek doet dit alleen onvoldoende. Vandaar de oproep van Dalhuijsen: wat doen wij, public health professionals, daaraan? Wat zou onze rol moeten zijn? Moeten wij de politiek niet helpen? Ons veel meer in het publieke debat storten? Waarmee? En hoe? Die vraag wacht nog steeds op antwoord.

Corinne Hinlopen