

# Wat voor soort gezondheidszorg?

Het trekken van grenzen is aan de orde van de dag: het overheidsapparaat moet worden ingekrompen (!), de sociale lasten moeten verder worden teruggedrongen, de kosten van de gezondheidszorg moeten worden beperkt. We kennen het instrumentarium daarvoor: budget, ombuiging, vergunning, met alle niet zelden misleidende neologismen die daarbij horen. Al die maatregelen, die er wel toe hebben geleid dat de kostenstijging er een beetje uit is, dragen echter een hap-snap karakter. Weliswaar zijn er enkele criteria voor aangehouden: de tweede lijn moest inperken en de eerste lijn versterkt, maar deze criteria functioneren nauwelijks; andere toetsstenen voor het goed of kwaad in de genomen en te nemen maatregelen zijn er niet.

Mag het trekken van grenzen een belangrijke activiteit zijn, belangrijker nog is de aard van het gebied waaromheen de grenzen (moeten) worden getrokken. Met andere woorden: wat is de gezondheidszorg die wij beogen? Aan die fundamentele vraag gaan vrijwel allen die zich met het trekken van grenzen bezighouden voorbij. Een gunstige uitzondering is de commissie Gezondheidszorg bij beperkte middelen, die door de KNMG in mei 1983 in het leven werd geroepen; die commissie heeft onlangs haar rapport aan het hoofdbestuur van de KNMG aangeboden, een rapport waarvan is te verwachten dat het binnenkort, na enige aanpassing, door het hoofdbestuur zal worden geaccepteerd. Voor de leden van de KNMG zijn al enige sluiers opgelicht door de voorzitter van de KNMG, die zijn in Amersfoort gehouden congresrede voor een belangrijk deel baseerde op de uitkomst van de beraadslagingen in de commissie. Niettemin is het zeer de moeite waard aan enkele opvattingen uit dit rapport nader aandacht te besteden.

Van belang is te constateren dat in dit rapport wordt gepoogd niet alleen de grenzen, maar ook de 'gronden' van onze gezondheidszorg te omschrijven. Die gronden worden vooral zichtbaar in een bijlage van de hand van Prof. Dr. P. J. Thung, die van de commissie deel uitmaakt. Uit zijn zeer doorwrochte, in belangrijke mate op de inzichten van Thomas McKeown gebaseerde beschouwing halen we de volgende punten:

Aan het voorkómen van ziekten door genetische preventie of door verbetering van leefwijzen en levensomstandigheden wordt terecht zeer veel waarde gehecht: dit kan de entree in dit leven veiliger maken en de kansen op gezondheid vergroten. Anderzijds dient men zich te realiseren dat de dood het onvermijdelijk-

J. C. van Es

Hoever mag de  
individuele patiënt gaan  
in zijn verwachtingen?

ke eind van ons bestaan is en niet tot op het laatst behoeft te worden bestreden; wel is het essentieel zodanige hulp te verlenen dat deze wereld zonder onnodig lijden kan worden verlaten, dat wil zeggen door een goede zorg voor de oudere mens en voor de stervende te bieden. Tussen deze twee polen bevindt zich het bevorderen van een leefwereld waarin het gezond toeven is en het bieden van hulp bij verstoringen van de gezondheidstoestand. Als wij aan gezondheidszorg denken, beperken wij ons vaak tot het laatste en ontbreekt vaak het besef dat onze hulp onderdeel behoort te zijn van het bovenbeschreven kwartet. Thung heeft daarvoor ook een aantal criteria opgesteld, onder andere: voortdurende kritische afweging van te behalen winst en van te brengen offers, zowel uitgedrukt in levensduur als in kwaliteit van leven. Verder: laatstgenoemde kwaliteiten moeten meer op bevolkings- dan op individueel niveau worden gemeten; nieuwe ontwikkelingen in de geneeskunde worden wel gevolgd, maar dan naar de mate waarin zij zinvolle winst leveren, hetzij in kwaliteit van leven, hetzij in levensduur, of in beide.

Een gezondheidszorg die beantwoordt aan deze omschrijving kan in belangrijke mate voldoen aan de bij de bevolking bestaande behoeften. Wetenschappelijke ontwikkelingen die hun waarde hebben bewezen kunnen dan moeiteloos in het stelsel worden ingepast. Deze benadering houdt dan wel in dat de resultaten van wetenschappelijk onderzoek pas dán tot gemeengoed worden als zij hun waarde volgens de eerder beschreven criteria: bevorderen van kwaliteit en/of duur van leven, hebben bewezen. Dit is gemakkelijker gezegd dan gedaan, maar er zijn zo langzamerhand wel methoden ontwikkeld om tot een dergelijk oordeel te komen. Een en ander vergt ook een budgetair onderscheid tussen gelden voor wetenschappelijk onderzoek en gelden voor patiëntenbehandeling, los van de vraag of dat onderzoek en die behandeling zich in academische ziekenhuizen of in andere ziekenhuizen afspelen. De congresrede van de voorzitter van de KNMG heeft ook Dr. J. van Mansvelt

verleid tot beschouwingen over een verantwoorde gezondheidszorg. In dit nummer van Medisch Contact (blz. 73) vindt men het tweede deel van een reeks van vier artikelen van zijn hand<sup>1</sup>. Een van de kernvraagstukken bij het vaststellen van criteria voor zorg en behandeling, voor 'cure' en 'care', is hoever de individuele patiënt mag gaan in zijn verwachtingen en eisen ten opzichte van de gezondheidszorg en in welke mate hij beslag mag leggen op de middelen die voor de gezondheidszorg beschikbaar zijn. Dit zijn uiteraard vragen die niet door medici onderling kunnen worden beantwoord: de patiënt of de samenleving moet dat antwoord geven.

Wat of wie is dan 'de samenleving' en door welke mond wordt het antwoord gegeven? Het ziekenfonds is niet langer de vertegenwoordiger van de patiënt; menigeen voelt zich ook door de volksvertegenwoordiging, tenminste op dit gebied, nauwelijks vertegenwoordigd en patiëntenverenigingen zijn maar al te vaak categorale belangenverenigingen. Het is daarom van belang kennis te nemen van experimenten door middel waarvan wordt getracht de samenleving het woord te geven. Van een dergelijk experiment, dat in Oregon werd uitgevoerd, is in The Journal of the American Medical Association (JAMA) verslag uitgebracht door Ralph Crawshaw c.s.<sup>2</sup> In een enkele jaren durende procedure werden daar meer dan driehonderd bijeenkomsten gehouden, waarin de bevolking haar inzichten kon geven over keuzen op het gebied van de gezondheidszorg. Een van de onderwerpen was in hoeverre er meer geld moet worden besteed aan preventieve maatregelen dan aan dure curatieve behandelingen. Uiteindelijk werden op basis van deze discussies adviezen aan de regering gegeven over autonomie van de patiënt, preventie van ziekten, toegankelijkheid van medische hulp, controle van de kosten en toewijzing van middelen.

Het is niet meer dan een eerste poging, die natuurlijk net zo machteloos kan blijken te zijn en net zo kan doodbloeden als bij ons de brede maatschappelijke discussie inzake energievraagstukken. Niettemin is het van het grootste belang naar wegen te zoeken waarlangs 'de samenleving' zich kan uiten en kan meebeslissen over de gezondheidszorg. □

1. Het eerste artikel verscheen in Medisch Contact 1985; 40; 1583-4.

2. Crawshaw R, Garland MJ et al. Oregon health decisions. JAMA 1985; 254: 3213-8.