

# Gezondheid te koop?

De 60 miljard die we in Nederland uitgeven voor de zorg vinden 'we' nog niet genoeg. Naast het grondwettelijk recht op gezondheidszorg meent men namelijk recht op gezondheid te hebben; tot en met een verzorgde oude dag zonder lichamelijk ongemak, en vergoeding voor alle hulpmiddelen, van urinevlekverwijderaars tot scootmobiel. Er is de begrijpelijke moeite met ziekte en handicap, maar ook de houding van de eisende consument. Minder kan niet meer... zo schreef ik in 2010 voor *cv-koers*.

## **Alles kan**

Tot ongeveer 35 jaar geleden leefden we allen in de roes van 'alles kan', er was geen grens aan de groei. De oliecrisis en stijgende werkloosheid dwongen toen tot bezinning, eigenlijk heel vergelijkbaar met de noodzaak van de huidige tijd. Allerlei nota's, beddenreducties en politieke plannen moesten de zorg toegankelijk, betaalbaar en solidair laten blijven. Als percentage van het bbp werd er nooit bezuinigd.

Kiezen is geen favoriete bezigheid van de overheid, maar een arts heeft hier nog minder mee. Elke zorgverlener ervaart primair een verantwoordelijkheid voor de individuele patiënt, minder voor de begroting van de eigen zorginstelling, laat staan de macro-economie van Nederland. Terzijde: sommige artsen zouden zich wél eens rekenschap mogen geven van hun micro-economie, het eigen inkomen. Ook een 'verworven privilege' kan een misstand zijn.

## **Wie beslist**

Hoewel zorgverleners niet willen kiezen welke zorg eventueel niet meer aan te bieden, worden op de werkvloer daar wel tal van gedachten over geopperd. Juist ook door de effectiviteit te evalueren van een bepaalde inzet, zoals effect op gezondheidswinst of verzachting van lijden. Zo bestaat er weinig twijfel over het belang van een sterke eerstelijnszorg, terwijl omgekeerd de inzet van hightech geneeskunde bij patiënten bij wie weinig gezondheidswinst is te behalen vaak gezien wordt als onervarenheid van de behandelaar of zelfs als duur hobbyisme. Een ander punt: Dure diagnostiek en behandelingen in het kader van wetenschappelijke studies zouden niet uit het zorg-budget betaald moeten worden. Hierbij speelt rol verwarring tussen behandelaar en onderzoeker – vaak dezelfde persoon. Verder wordt algemeen betreurd dat veel ouderen zo wonen dat ze zich wel overbodig of te veel móeten voelen. Dit alles steekt nog enorm af bij de schrijnende situatie in veel derdewereldlanden – eveneens iets om niet voor weg te lopen.

## **Levensverwachting**

De zegen van een betere levensverwachting heeft een keerzijde, de vergrijzing vereist meer capaciteit in de zorg. Personeel moet gemotiveerd worden. In plaats van de druk om efficiënter te werken – sneller, met minder mensen meer doen, ook meer administratie – is er bij zorgverleners behoefte om hun werk niet primair als 'product' te zien waar een prijs voor staat, maar als hulpverlening waar tijd voor is, aandacht voor de ander. Verheugende ontwikkelingen zijn er in dit kader. Een term die terrein wint, is 'menslievende zorg' – een aanwijzing dat we teruggaan naar de roots van de zorg. Daarnaast ontdekken zowel beleidsmakers als zorgverleners de waarde van spirituele zorg, zorg die zich uitstrekt naar de meest basale noden: de vragen van zinverving en zingeving. Het gaat daarbij om alle mogelijke bronnen van inspiratie, van godsdienstig tot alledaags.