

Chronisch ziek in tijden van besparingen

JAN DE MAESENEER

Van alle besparingen die bij de vorming van de nieuwe regering werden afgesproken maken deze in de gezondheidszorg het grootste pakket uit. Paradoxaal werd aan de discussie over dit pakket het minst tijd besteed. Dit wekt verwondering, want in de meeste westerse landen vormt de verwachte kost van de toenemende vergrijzing voor de uitgaven in de gezondheidszorg het voorwerp van fundamentele debatten, waarbij nagedacht wordt over de manier waarop de zorg best zal worden gerealiseerd.

We worden allemaal ouder en dit op zich is een succesverhaal, maar het brengt ook mee dat er meer mensen zijn, met meer chronische aandoeningen. Dit laatste noemen we multi-morbiditeit: mensen met meer dan één chronische ziekte. Meer dan 50 procent van de 65-plussers heeft drie chronische aandoeningen, terwijl een op vijf minstens vijf chronische aandoeningen vertoont. In de voorbije jaren heeft de federale overheid initiatieven genomen om de chronische ziekten aan te pakken: dit gebeurt via Zorgtrajecten (momenteel is er een voor bepaalde patiënten met suikerziekte, en een voor patiënten met chronisch nierlijden). Binnen die Zorgtrajecten wordt afgesproken wat er gebeurt

bij de huisarts, wat de rol is van de specialist en van andere zorgverstrekkers (diëtist,...), hoe die zorg vergoed wordt en hoe erover gewaakt wordt dat een toegankelijke en kwaliteitsvolle zorg voor alle patiënten gewaarborgd blijft. Het positieve aan deze ziektegerichte programma's is dat artsen en verpleegkundigen geleerd hebben om gestructureerd te werken (vertrekkend van wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen), dat aandacht wordt besteed aan voorlichting voor de patiënt en dat een vlotte taakverdeling wordt nagestreefd. Wanneer patiënten echter meerdere aandoeningen hebben (bijvoorbeeld zowel longlijden als suikerziekte), loopt deze ziektegerichte benadering duidelijk vast. In een recent artikel in het toonaangevende Amerikaanse tijdschrift JAMA beschrijft Chris Boyd hoe het opvolgen van alle richtlijnen, voor een patiënte met artrose, hoge bloeddruk, suikerziekte en chronisch longlijden ertoe leidt dat zij bijna 24 uur dient te besteden aan activiteiten die te maken hebben met haar chronische aandoeningen (waaronder 20 innames van in totaal 11 verschillende medicijnen), en er bijgevolg nauwelijks nog 'leven' naast de 'ziekte' overbleef. Een ander probleem met deze ziektegerichte benadering is dat er in toenemende mate een nieuwe vorm van

ongelijkheid (inequity by disease) ontstaat: bepaalde zorgpakketten zijn enkel 'gratis' toegankelijk voor patiënten die een bepaalde diagnose hebben (wat er kan toe leiden dat iemand die halfzijdig verlamd is door een hersentumor meer en toegankelijker zorg krijgt dan iemand met dezelfde verlamming door een hersenbloeding).

De multi-morbiditeit vraagt om een nieuwe aanpak van chronische aandoeningen. Hierbij verlaat men de strikte 'probleem-georiënteerde' benadering (alle aandacht op het aanpakken van één ziekte), naar een 'doelgerichte' benadering, waarbij de doelstellingen die de patiënt in overleg met de hulpverlener formuleert, het uitgangspunt vormen voor het uittekenen van de aanpak en behandeling. Als men aan mensen met chronische aandoeningen vraagt wat voor hen er echt toe doet in hun leven, dan blijken twee zaken erg belangrijk: enerzijds het kunnen functioneren (zich verplaatsen, boodschappen doen, zich wassen, eten bereiden,...) en anderzijds 'sociale participatie' (gaan kaarten in de buurt, bezoek ontvangen van en op bezoek gaan bij familieleden, vrienden). De vraag wordt dan: hoe kunnen we met onze wetenschappelijke kennis, maximaal bijdragen tot de doelstellingen van de patiënt, en dit zowel op het

vlak van kwantiteit (duur) van het leven als kwaliteit van het leven. In de reacties van patiënten op de discussie gelanceerd op 2 december door professor Cassiman, blijkt dat mensen op een verschillende wijze de afweging tussen kwaliteit en kwantiteit van het leven maken. Hier ten volle aandacht aan schenken (wat onder meer vraagt om goede communicatievaardigheden bij artsen en andere hulpverleners), behoedt ons voor de impasse waar een ziektegerichte benadering ongetwijfeld toe zal leiden.

De arts en andere hulpverleners worden hierbij begeleiders in het keuzeproces van de patiënt, waardoor zorg echt persoonlijk relevant en verantwoord wordt. Om deze doelgerichte benadering te realiseren, zijn nog vele stappen nodig. Informeren en versterken van de patiënt vormt een eerste belangrijke stap. Een goede relatie tussen een patiënt en een team van gezondheidszorgverstrekkers op de eerstelijns is essentieel. Daarbinnen moet het vertrouwen ontstaan, waarin respectvolle communicatie over wat er voor mensen in verschillende fasen van hun leven echt toe doet mogelijk wordt. Tevens zal er aandacht moeten zijn voor de sociale context: mensen met een hogere opleiding zijn beter in staat om de doelstellingen voor hun leven helder te formuleren, dus extra ondersteuning voor maatschappelijk kwetsbare groepen mag niet ontbreken. Een ethische benadering en aandacht

voor sociale rechtvaardigheid bij patiënten en hulpverlener zijn een vereiste.

Keuzes maken

Deze fundamentele heroriëntatie in de zorg vraagt ook om een maatschappelijk gedragen kader voor het maken van keuzes in de zorg. De vraag naar wat maatschappelijk verantwoord en betaalbaar is, kan niet op het bord van de individuele zorgverstrekker worden gelegd. Een breed maatschappelijk debat is nodig om keuzes te maken. Recent heeft de Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin van de Vlaamse Gemeenschap in de visienota Maatschappelijk verantwoorde zorg de vijf kenmerken gedefinieerd waaraan maatschappelijk verantwoorde zorg moet voldoen: "kwaliteit, performantie, rechtvaardigheid, relevantie en toegankelijkheid". Wellicht een goed vertrekpunt voor zo'n debat.