

Medische modernismen: inloopklinieken in supermarkten

R.W.M.Giard

In de VS zijn inloopklinieken in supermarkten sterk in opkomst. Deze klinieken bieden een beperkt assortiment aan diensten. Ze vormen echter concurrentie voor eerstelijnszorg en spoedeisende hulp. Verschillende factoren hebben het verschijnen van dergelijke medische kiosken mogelijk gemaakt, waaronder de sterke nadruk op marktwerking in de medische zorg. Belangrijk is dat de medische beroepsgroep de randvoorwaarden wat betreft kwaliteit en continuïteit van zorg formuleert. Daarnaast moeten medici niet in een spagaat tussen markt en medisch ethos terechtkomen. Grondige reflectie over de wezenlijke waarden van medische beroepsuitoefening is daarom steeds weer hard nodig.

Ned Tijdschr Geneesk. 2007;151:1424-7

Marktwerking is in de mode. De lancering ervan in de gezondheidszorg betekent voor de patiënt meer consumentenmacht. Centraal staan drie 'magische k's': keuzevrijheid, kwaliteit en kosten. De keuzevrijheid dwingt aanbieders van zorg, maar ook zorgverzekeraars, tot onderlinge concurrentie om de gunst van de patiënt. Deze wedijver resulteert – dat is het denkbeeld althans – in het aanbieden van zorg van betere kwaliteit tegen lagere kosten. Dat is goed voor zowel de patiënt als voor de economie. Wij kenden al de opkomst van privéklinieken en nu verschijnen er zelfstandige behandelcentra, diagnostische centra, avond- en buitenpoliklinieken, speciale door verzekeraars georganiseerde zorgcentra en internetdokters. Er dienen zich ook buitenlandse zorgaanbieders op de Nederlandse markt aan.¹ In deze nieuwe tijd lijkt de medische wereld meer aandacht te moeten hebben voor marketing: marketing door dokters?

In de Verenigde Staten is er alweer een volgende ontwikkeling. In 2000 werd de eerste 'store-based health clinic' geopend, in 2002 waren er al zo'n 100 van dergelijke klinieken en nu is er een explosieve groei van deze 'in-store clinics'. Dat zijn inloopklinieken in supermarkten of grootwinkelbedrijven.² Het zijn steeds kleine afdelingen waar mensen zich voor een beperkt aantal aandoeningen kunnen laten onderzoeken en eventueel behandelen door een 'nurse-practitioner' (NP) en/of een basisarts. Een dergelijke inloopkliniek betekent praktisch concurrentie voor de eerstelijnszorg of spoedeisendehulpafdelingen en dat leidt weer tot onrust binnen de medische gelederen.^{3 4} Moet deze selectieve medische dienstverlening op commerciële basis nu als kans of als bedreiging worden gezien?^{4 5} Zal deze ontwikkeling ook naar Nederland overwaaien en wat betekent dat praktisch? Wij kunnen – al of niet met een ongerust gevoel –

vanuit verschillende perspectieven naar dit opkomende fenomeen kijken en de voor- en nadelen inventariseren. Tien jaar geleden zou zo'n 'geneeskundige winkelfdeling' nog ondenkbaar zijn geweest. Wat is er dan veranderd waardoor dit nu wél kan? Zijn wij ons wel voldoende bewust van die metamorfose en wat betekenen deze ontwikkelingen voor de logistieke en inhoudelijke aspecten van de patiëntenzorg? In dit commentaar wil ik vanuit het gezichtspunt van de medisch-professionele verantwoordelijkheid hierop nader ingaan.

WAT DOEN INLOOPKLINIEKEN?

In de supermarkten of een grootwinkelbedrijf bevindt zich een kleinschalige medische unit waarbij eenvoudig troef is: een ontvangstbalie, een werkruimte, een 'minilab' en een computer (figuur).^{5 6} Er is géén wachtkamer (de winkel fungeert als zodanig). De afdeling wordt primair bemenst door een nurse-practitioner, maar meestal niet permanent door een (basis)arts. De medische dienstverlening is daarom beperkt tot een aantal eenvoudige aandoeningen of handelingen zoals vaccinaties (tabel). De investeringen zijn beperkt tot enkele eenvoudige instrumenten, een onderzoeksbank en diagnostische hulpmiddelen, en de ruimte wordt gehuurd. De hulp kan snel worden geboden en kan ook buiten kantooruren worden verstrekt.

De cliënt dient aan de hand van de lijst van mogelijke onderzoeken en verrichtingen zelf eerst te bepalen of een bezoek aan de inloopkliniek wel zinvol is. Alle aangeboden procedures zijn door strikte protocollering gestandaardiseerd. Cijfers over welk percentage mensen moet worden weg- of doorgestuurd, zijn nog schaars, maar het zou minder dan 10% zijn.⁵ Over kwaliteitstoetsing onder groepen behandelde patiënten is nog niets gerapporteerd, aangezien dit soort klinieken nog maar net van start is gegaan.

Door de geringe overheadkosten, de beperking van het assortiment en de lage kosten van diagnostiek is de prijs van een bezoek laag: in de VS meestal minder dan \$ 50,-.⁵

Medisch Centrum Rijnmond-Zuid, locatie Clara, afd. Klinische Pathologie, Postbus 9119, 3007 AC Rotterdam.
Hr.dr.R.W.M.Giard, patholoog, klinisch epidemioloog en jurist (tevens: Ikazia Ziekenhuis, afd. Pathologie, Rotterdam)
(rwm.giard@xs4all.nl).



Voorbeeld van een inloopklinik in een supermarkt in Memphis, TN, VS.

Een inloopklinik zou met minimaal 15-20 bezoekers per dag al uit de onkosten zijn.⁷ Door de bedrijfskundige aanpak met standaardproducten, snelle service en lage prijs wordt wel de term 'McClinics' gebruikt. Er zijn in de VS ongeveer een dozijn aanbieders van dergelijke klinieken en naar schatting hebben het afgelopen jaar tenminste 300.000 mensen van deze faciliteiten gebruikgemaakt.⁸ Brandende vragen zijn natuurlijk: vanwaar deze omwenteling en wat zijn de mogelijke gevolgen ervan?

HET VERSCHIJNEN VAN INLOOPKLINIEKEN

Vershillende soorten veranderingen hebben het pad geëffend voor het openen van inloopklinieken.

Organisatorisch. Vanaf de jaren tachtig van de vorige eeuw vormden de sterk oplopende kosten voor de gezondheidszorg de aanzet tot het invoeren van budgettering, van meer 'managed care' en dat maakte de invloed van overheid en verzekeraars op het medische bedrijf steeds groter, getuige ook de recente invoering van de Zorgverzekeringswet. De bepalende rol van de medische professie in dit krachtenveld werd teruggedrongen.⁴ Daardoor is er ruimte gekomen voor initiatieven van niet-medici.

Marktwerking. De opkomst van dit type inloopklinieken is zeker een gevolg van de introductie door de overheid van meer marktwerking in de medische zorg, maar dat niet alleen. Het paradigma van de zorg verandert van aanbod naar vraagsturing en dus oriënteren aanbieders zich meer en meer op de behoeften van de patiënt en wordt die zorg gemakkelijker toegankelijk. Er is daarnaast ook een toenemend medisch consumentisme, in de betekenis 'grote drang tot consumeren'. Mensen zonder gezondheidsklachten willen zich zekerheidshalve laten onderzoeken om er

zeker van te zijn dat ze toch niet iets mankeren en in die behoefte aan apk-achtige keuringen wordt inmiddels voorzien door uiteenlopende aanbieders.

Preventie. Juist ook de verschuiving in beleid van curatieve naar preventieve geneeskunde speelt de ontwikkeling van inloopklinieken in de kaart. Zo wordt frequenter gezocht naar mensen met risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Een nieuw aandachtspunt is de vroege ontdekking van diabetes. Ook zijn er in ons land al initiatieven geweest waarbij bezoekers van supermarkten of grootwinkelbedrijven bij kraampjes hun bloeddruk konden laten meten en onderzoek laten doen naar dyslipidemie, diabetes mellitus en proteïnurie.

Medicalisering. Vanaf de jaren zeventig van de vorige eeuw werd het fenomeen van de medicalisering beschreven: de medische wetenschap definieerde bepaalde kwesties voortaan als een medisch probleem en breidde daarmee haar

Voorbeelden van medische interventies die verricht kunnen worden bij zogenaamde inloopklinieken in supermarkten*

alledaagse aandoeningen

- allergieën (bij patiënten vanaf 6 jaar)
- blaasinfecties (alleen voor vrouwen, vanaf 12 jaar)
- bronchitis (bij patiënten van 10-65 jaar)
- sinusitis (bij patiënten vanaf 5 jaar)
- faryngitis
- otitis externa

huidafwijkingen:

- zwemmerseceem
- 'cold sores' (bij patiënten vanaf 12 jaar)
- tekenbeten
- impetigo
- brandwonden
- huidinfecties, uitslag
- lichte zonnebrand
- wratten
- ringworm
- huidafwijkingen na zwemmen in open water ('swimmer's itch')

andere aandoeningen

- griepdiagnostiek
- mononucleosis infectiosa
- zwangerschapstest
- Chlamydia-infectie
- cholesterol screening
- diabetesscreening

vaccinaties

- difterie, tetanus, kinkhoest
- influenza
- hepatitis A of B
- bof, mazelen, rubella
- meningitis
- pneumokokken

*Bronnen: www.minuteclinic.com.⁵

machtsgebied uit.⁹ De laatste twee decennia zijn echter veranderingen merkbaar die het proces van medicalisering een andere wending hebben gegeven.¹⁰⁻¹¹ Belangrijke factoren daarvoor zijn de snelle ontwikkelingen in de biotechnologie (met name opkomst van de genetische diagnostiek), de farmaceutische industrie (onder andere de opkomst van 'lifestyle drugs'), de profilering van consumenten- en patiëntenbewegingen en tenslotte het meer marktgeoriënteerde beheer van de zorg.¹² Die verschillende contextuele veranderingen hebben ertoe geleid dat het proces van medicalisering meer buiten de invloedssfeer van medici is komen te liggen en als maatschappelijk fenomeen eerder is toegenomen.

Biotechnologie. Voor hematologische, biochemische en genetische diagnostiek beschikt men steeds meer over betrekkelijk eenvoudige individuele testmethoden die geen centraal ziekenhuislaboratorium meer vragen, maar overal kunnen worden uitgevoerd. Een bijzondere ontwikkeling daarbij is de introductie van 'lab-on-a-chip'-technologieën.¹³ De industrie ontwikkelt steeds meer methoden en handzame apparaatjes voor mobiele diagnostiek dichtbij de patiënt. Via internet kunnen zelftestsets besteld worden om bijvoorbeeld een bepaling van prostaatspecifiek antigeen (PSA) te doen.

Standaardisering. Gebleken is dat relatief eenvoudige diagnostische en therapeutische taken mede aan de hand van protocollen goed zijn te standaardiseren en met succes kunnen worden overgelaten aan speciaal daartoe opgeleide verpleegkundigen.¹⁴ Daarmee ontlast men artsen van dergelijke taken en dus wordt deze ontwikkeling ook toegejuicht om de te verwachten sterke toename van de zorgvraag als gevolg van de dubbele vergrijzing op te kunnen vangen.⁵

De hierboven genoemde factoren overlappen elkaar deels. Inlooptklinieken, al of niet los van ziekenhuizen of huisartsengroepen, zijn in Nederland als zodanig al geen onbekend fenomeen meer. Wij kennen ze al voor bijvoorbeeld diagnostiek en behandeling van soa's, voor drugsverslaafden en heroïneprostituees.

MEDISCHE RANDVOORWAARDEN

Aan inlooptklinieken als noviteit op de zorgmarkt dienen vanuit beroepsinhoudelijk perspectief eisen gesteld te worden wat betreft kwaliteit en zorgcontinuïteit. De American Medical Association bracht daarover vorig jaar een rapport uit.⁸ Inlooptklinieken mogen maar een beperkt programma van klinische diensten leveren, die gebaseerd dienen te zijn op protocollen van 'evidence-based' geneeskunde om kwaliteit en veiligheid te kunnen garanderen. Men moet patiënten tevoren duidelijk maken welke aandoeningen kunnen worden onderzocht en behandeld en welke kwalificaties het personeel in de inlooptklinik heeft. Verder behoren er artsen aan deze klinieken verbonden te zijn voor super-

visie en om advies te kunnen geven bij acute problemen. Er dienen ook duidelijke regels te bestaan die gelden wanneer patiënten naar het ziekenhuis worden verwezen, niet alleen 'u moet maar eens naar het ziekenhuis', maar een duidelijk en gericht advies.

Voor de continuïteit van zorg zullen arrangementen nodig zijn met lokale huisartsengroepen of ziekenhuizen. Daarnaast moeten er ook verwijsmogelijkheden bestaan om patiënten door te kunnen sturen met klachten die buiten de mogelijkheden van de inlooptklinik vallen of die daar niet opgelost kunnen worden. Is er opvang geregeld als zich complicaties mochten voordoen?

Het personeel is verantwoordelijk voor zowel de veiligheid als de sanitaire omstandigheden binnen de unit. Er dient een nauwkeurige administratie te worden bijgehouden, liefst met behulp van elektronische dossiers, en huisartsen dienen een verslag van het bezoek te ontvangen.⁵

De American Medical Association stelt dat de effecten op het systeem van de gezondheidszorg dienen te worden geobserveerd en geanalyseerd, maar ook dat klinisch-epidemiologische beoordeling van de kwaliteit van verleende zorg gewenst is. Voor ons land is de vraag actueel of meer diversiteit van aanbieders voor primaire opvang van klachten nu voor verbetering of juist voor verwarring zorgt.

LEIDER- OF LIJDERSCHAP?

Wat betekent deze ontwikkeling van inlooptklinieken nu voor de bestaande reguliere zorg en de daarin werkende artsen? Het initiatief voor inlooptklinieken komt niet primair vanuit de medische professie, maar is een strategische zet om meer potentiële klanten in de winkel te krijgen. Deze commerciële stap doorbreekt met de mogelijkheden van aparte selectieve zorg het traditionele systeem van universele hiërarchisch georganiseerde zorg. De huisartsengeneeskunde als primair niveau van het zorgsysteem en de huisarts als poortwachter worden er in eerste instantie mee omzeild. De ambulante zorg zal hierdoor stellig gaan veranderen en de American Academy of Family Physicians stelt zich alvast in op deze nieuwe realiteit.¹⁵

Als al dan niet gereguleerde marktwerking meer en meer het organisatorische paradigma van medische zorgverlening wordt betekent dat dat er in zo'n dynamisch systeem voortdurend verschuivingen optreden en die wijzigingen zullen gewin voor de één en nadeel voor de ander betekenen. In een theoretische beschouwing over de mogelijke winnaars en verliezers bij de grootschalige invoering van inlooptklinieken wordt duidelijk dat huisartsen marktaandeel zullen kwijtraken, verpleegkundigen meer autonoom kunnen werken en meer kansen krijgen en dat patiënten voor bepaalde aandoeningen niet naar spoedeisendehulpafdelingen zullen gaan.⁴ Zorgverzekeraars zullen enerzijds voor een deel van hun zorgpakket goedkoper uit kunnen zijn,

maar anderzijds is het de vraag of er door meer zorgaanbod een stijgende zorgvraag komt en of er duplicaturen in onderzoek en behandeling gaan plaatsvinden indien patiënten na een bezoek aan een inloopklinik alsnog verder onderzocht en behandeld moeten worden.⁴⁻⁷ Eén ding mag bij dit alles niet worden vergeten: marktwerking is een economisch mechanisme, het is geen zelfdenkend en filosofisch onderbouwd systeem dat altijd zorgt voor de beste zorg tegen de laagste prijs.

Welke rol is er voor de artsenstand weggelegd in deze veranderende tijden? 'Dokters zijn leiders op hun eigen werkterrein en verder passen zij zich aan als de maatschappelijke omstandigheden dat vereisen. Ze gaan mee met hun tijd. Een actuele leidersrol binnen de samenleving is echter geen deel van hun roeping; misschien wel voor individuen, maar niet voor de artsenstand.' Dat stelt de historicus Kennedy in zijn beschouwing ter gelegenheid van het 150-jarig bestaan van dit tijdschrift.¹⁶ De rol van artsen is vaak reactief in plaats van proactief en visionair.⁴ Hij vervolgt: 'Een proactieve houding van de medische stand is niet alleen van belang voor het welzijn van de eigen beroepsgroep, maar ook voor dat van de maatschappij.' Dat is makkelijker gezegd dan gedaan, want de opkomst van inloopklinieken plaatst artsen voor een voldongen feit. Het getij verloopt, er zullen bakens verzet moeten worden, maar welke en hoe?

Grondige reflectie is hier bepalend. Wij dreigen terecht te komen in een spagaat tussen markt en medisch ethos. Waaraan ontleent geneeskunde haar wezenlijke betekenis? Die vraag beantwoorden is niet eenvoudig. Geneeskunde is niet langer een monolithisch bouwwerk – was het dat ooit? – maar kenmerkt zich door differentiatie en fragmentatie. Artsen hebben wel de medische studie met elkaar gemeen, maar daarna gaan hun wegen wetenschappelijk, technisch en praktisch vaak totaal verschillende kanten op. Managementdeskundige en sociaal filosoof Handy nodigt ons uit om binnen onze kapitalistisch georiënteerde samenleving diepgaand na te denken over het wezenlijke doel van ons beroepsbestaan.¹⁷ Het zoeken naar antwoorden op die vraag brengt ons hopelijk weer dicht bij elkaar en leidt ons naar een goede én geloofwaardige geneeskunde. Tegenover het marktfundamentalisme dienen medici, hetzij reactief, hetzij proactief, moreel leiderschap te stellen.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 29 maart 2007

Literatuur

- 1 Rosenberg E. Duits bedrijf begint in Amsterdam kankerinstituut. NRC Handelsblad maart 7 2007.
- 2 Hughes JV. 'The nurse practitioner will see you now'. New York Times February 4 2007.
- 3 Rice B. In-store clinics: should you worry? Med Econ. 2005;82:29-30, 32-3.
- 4 Malvey D, Fottler MD. The retail revolution in health care: who will win and who will lose? Health Care Manage Rev. 2006;31:168-78.
- 5 Bohmer RMJ. The rise of in-store clinics – threat or opportunity? N Engl J Med. 2007;356:765-8.
- 6 Bachman J. What do retail clinics mean for family medicine? Fam Pract Manag. 2006;13:19-20.
- 7 Sturm jr AC. Miniclinics: trend, threat, or opportunity? Healthc Financ Manage. 2006;60:110, 112, 114.
- 8 Report 7 of the Council on Medical Service (A-60). Store-based health clinics. Chicago: American Medical Association; 2006.
- 9 Conrad P. The shifting engines of medicalization. J Health Soc Behav. 2005;46:3-14.
- 10 Rose N. Beyond medicalisation. Lancet. 2007;369:700-2.
- 11 Moynihan R, Henry D. The fight against disease mongering: generating knowledge for action. PLoS Med. 2006;3:e191 [online tijdschrift].
- 12 Tomes N. Patient empowerment and the dilemmas of late-modern medicalisation. Lancet. 2007;369:698-700.
- 13 Craighead H. Future lab-on-a-chip technologies for interrogating individual molecules. Nature. 2006;442:387-93.
- 14 Broers CJM, Smulders J, Ploeg TJ van der, Arnold AER, Umans VAWM. 'Nurse practitioner' even bekwaam als assistent-geneeskundige voor de behandeling van stabiele patiënten na een recent myocardinfarct, maar met meer tevredenheid bij patiënten. Ned Tijdschr Geneesk. 2006;150:2544-8.
- 15 Sullivan D. Retail health clinics are rolling your way. Fam Pract Manag. 2006;13:65-72.
- 16 Kennedy JC. Feestrede bij de viering van het 150-jarig jubileum van de Vereniging Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Ned Tijdschr Geneesk. 2007;151:425-32.
- 17 Handy C. The hungry spirit. Beyond capitalism; a quest for purpose in the modern world. Londen: Hutchinson; 1997.

Abstract

New developments in medicine: walk-in clinics in supermarkets. – In the United States, the number of walk-in medical clinics in supermarkets is increasing rapidly. Although these clinics provide only a limited assortment of medical services, they constitute competition with primary healthcare and emergency medicine. Several factors have made the appearance of such medical clinics possible, including the strong emphasis being placed on the role of the market in medical care. It is important that the medical profession formulates the minimal standards with regard to the quality and continuity of care. Moreover, physicians must take care not to fall into the gap between the market and medical ethics. Thorough reflection regarding the essential values of the medical profession continues to be very necessary. Ned Tijdschr Geneesk. 2007;151:1424-7