

39e jaargang no. 3 | juni 2014



Themanummer: Over geld en waarden

Meer zelf regelen en meer zelf betalen

Beroepshabitus en zorgkosten

Waardevolle en financieel houdbare ouderenzorg

Er is geen panacee

veren^{so}
specialisten in
ouderengeneeskunde

Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde

Ouderengeneeskunde 2.0



104

Blue Ocean



111

Kennistoets



118

Zorguitgaven: lust en last



125

In dit nummer

Geld en waarden op microniveau

- 97 Kostenbeheersing in de ouderenzorg
- 101 Meer zelf regelen en meer zelf betalen
- 106 Mantelzorg – waarden en worstelingen

Geld en waarden op mesoniveau

- 112 Keuzen in de zorg
- 115 Beroepshabitus en zorgkosten
- 118 Kennistoets
- 119 Vijf vragen aan... Mieke Draijer

Geld en waarden op macroniveau

- 122 Interview Marlies Veldhuijzen van Zanten
- 125 Zorguitgaven: lust en last
- 129 Er is geen panacee
- 131 Antwoorden kennistoets
- 133 Hoeveel mag een gewonnen levensjaar kosten?

Vaste rubrieken

Redactioneel

- 94 Over geld en waarden

Digitaal

- 104 Ouderengeneeskunde 2.0

Boekbespreking

- 110 Moeder, wanneer ga je nu eens dood

Gastcolumn

- 111 Blue Ocean

Bureau Verenso

- 121 Woord voorzitter

Leergang Ouderengeneeskunde

- 134 Leergang Ouderengeneeskunde

Over geld en waarden

Susanne de Kort, Aafke de Groot en Jos Konings

Geld op zich is niets. Het gaat er om welke waarde wij aan iets toedichten en het is deze waarde die wordt vertolkt door geld. Het geld dat beschikbaar is voor de ouderenzorg geeft direct weer wat wij als samenleving de ouderdom waard vinden. En toch is er in de zorg heel veel dat niet in geld is uit te drukken. 'Alles van waarde is weerloos' is een veel gebruikte uitdrukking die aangeeft dat juist het kostbare door geld gecorrumpeerd kan raken. Als redactie laverden wij bij het samenstellen van dit nummer tussen twee uitersten. Geld als noodzakelijk kwaad, als sturings- en machtsmiddel, dat een mogelijkheid biedt om tot verandering te komen. En anderzijds een diepgevoeld besef van professionele en morele waarden die gekoesterd moeten worden, ongeacht wat de financiële consequenties zijn. In dit themanummer snijden we dus een controversieel onderwerp aan: wat is goede zorg ons waard?

Globaal zijn er drie niveaus van kostenoverwegingen in de gezondheidszorg te onderscheiden. Allereerst op microniveau in het directe arts-patiëntcontact, ten tweede op mesoniveau waar bijvoorbeeld de begroting van een afdeling of instelling in het geding is en ten derde op het macroniveau van de politieke besluitvorming. De keuzes die op deze verschillende niveaus gemaakt kunnen en moeten worden zijn heel verschillend van aard. Ons themanummer begint met het microniveau; dokterend aan het bed worden kosten/keuzes gemaakt. De door Griffioen en De Kort uitgezette enquête laat zien hoe er door beroepsgenoten tegen kostenoverwegingen aangekeken wordt. Schenk geeft een overzicht van de eigen bijdragen die de patiënt/familie voor de kiezen krijgt nu de eigen verantwoordelijkheid in de zorg toeneemt. Schuurmans maakt in Ouderengeneeskunde 2.0 artsen meer kostenbewust. Touwen schrijft een beschouwing over de spanning tussen de kernwaarden van mantelzorg en een eventuele financiële vergoeding daarvoor. Houdt de verantwoordelijkheid van de dokter op, zodra we het mesoniveau bereiken? De Kort en Willems verkennen drie mogelijke rollen die de specialist ouderengeneeskunde kan vervullen waarvan één rol zich in elk geval gedeeltelijk op het mesoniveau bevindt. Van de Laar, Van der Aa en Peil hebben een bijdrage over de habitus van de specialist ouderengeneeskunde. Zij zien mogelijkheden om op meer indirecte wijze iets aan de hoge gezondheidszorgkosten te doen. Met een 'kennistoets' en 'vijf vragen aan...' versterkt de specialist ouderengeneeskunde haar instrumentarium op dit niveau van kostenmanagement.



Colofon

Hoofdredacteur

Drs. Martin W.F. van Leen

Gasthoofdredacteurs

Dr. Susanne J. de Kort

Drs. Aafke J. de Groot

Dr. Jos W.P.M. Konings

Redactie

Drs. Annelore H. van Dalen-Kok

Drs. Jacobien F. Erbrink

Drs. Aafke J. de Groot

Dr. Jos W.P.M. Konings

Dr. Susanne J. de Kort

Drs. Lonneke G.J.A. Schuurmans

Eindredactie

Drs. Marjolijn Bontje, dchg medische communicatie

Drs. Lauri P.M. Faas, Verenso

Judith Heidstra, Verenso

Redactieadres en inleveren kopij

Bureau Verenso, Judith Heidstra

Postbus 20069, 3502 LB UTRECHT

redactie@verenso.nl

Abonnementen

Abonnement Nederland € 82,50 per kalenderjaar

Abonnement buitenland € 175,00 per kalenderjaar

E-mail: info@dchg.nl

Uitgever, eindredactie en advertenties

dchg medische communicatie

Hendrik Figeeweg 3G-20

2031 BJ Haarlem

Telefoon: 023 5514888

Fax: 023 5515522

E-mail: marjolijn.bontje@dchg.nl

www.dchg.nl

Issn: 1879-4637

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever en de vereniging Verenso, specialisten in ouderengeneeskunde.

Copyright © 2014

Coverfoto

De poort van het (niet meer bestaande) St. Barbara Gasthuis uit 1624, Jansstraat 54 in Haarlem. Foto door Susanne de Kort.

Tot slot proberen wij in dit themanummer het kostenperspectief nog verder te verbreden naar het macroniveau: een diepte-interview met oud politica en collega Veldhuizen van Zanten en twee bijdragen van Polder en Companje en Vonk uit respectievelijk economische en geschiedkundige hoek. Niet alleen in de ouderenzorg verschuiven en knellen de waarden soms, ook in tijdschriftenland is veel aan de hand. Vanwege teruglopende inkomstenbronnen uit advertenties, maar ook om gebruik te kunnen gaan maken van meer digitale mogelijkheden is dit themanummer ‘over geld en

waarden’, het laatste dat op papier verschijnt. Wij hopen dat u ook na dit nummer het digitale Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde de moeite waard vindt; het zal blijven gaan om de inhoud.

Correspondentieadres
redactie@verenso.nl



Opmerkelijk

Uit de Nationale Zorggids, 13 november 2012:

‘Financiële nood zorgt ervoor dat steeds meer Duitse ouderen noodgedwongen naar Oost-Europa gaan. Ze kunnen het bedrag van gemiddeld € 3400 per maand voor een verzorgingshuis niet betalen, zeker wanneer ze geen familie of kinderen hebben die niet kunnen of willen meebetalen. De afgelopen jaren zijn al meer dan 10.000 mensen naar het oosten vertrokken en het worden er meer. Hierbij zijn de stromen naar landen als Tsjechië, Slowakije en Hongarije met meer dan 50% toegenomen. De Duitse overheid verstrekt wel een bijdrage maar deze is meestal niet toereikend.’

Ondertussen nemen Nederlandse politici Duitsland als voorbeeld voor hoe het ook kan: de kosten van de ouderenzorg beslaan daar slechts een derde van die in Nederland. Men vergeet voor het gemak dat deze vergelijking in hoge mate mank gaat vanwege de in de Nederlandse AWBZ nog steeds opgenomen kosten voor wonen.

REDACTIONEEL

Kostenbeheersing in de ouderenzorg

Percepties van artsen

Drs. Charlotte Griffioen, aios ouderengeneeskunde LUMC

Dr. Susanne de Kort, aios ouderengeneeskunde LUMC

ACHTERGROND

Door stijgende kosten in de gezondheidszorg neemt de drang tot bezuinigen toe; hierbij wordt een grote mate van verantwoordelijkheid aan artsen toegedicht. Onbekend is de visie hierop van de individuele Nederlandse artsen werkzaam in de ouderenzorg. In het visiedocument 'De medisch specialist 2015', uitgegeven door de Orde van Medisch Specialisten, staat dat het leveren van een serieuze bijdrage aan verantwoorde uitgavenbeheersing behoort tot de maatschappelijke verantwoordelijkheid van de medisch specialist.¹

Uit eerder onderzoek onder internisten en cardiologen in Nederland is gebleken dat de meeste medisch specialisten zich bij de keuze voor een middel nog weinig laten leiden door de kosten. Men is ook niet altijd op de hoogte van de prijs van geneesmiddelen in relatie tot de prijs van andere geneesmiddelen in dezelfde therapeutische klasse.² Een ander onderzoek in een Nederlands ziekenhuis toont aan dat het kosteninzicht van artsen laag is.³ Er is tot op heden geen onderzoek verricht naar het kostenbewustzijn van artsen in de ouderenzorg. Het is echter wel bekend dat als er gekeken wordt naar de kosten van zorg tijdens het gehele leven, meer dan 10% van de kosten wordt gemaakt in het laatste levensjaar.⁴ Uit Zwitsers onderzoek is gebleken dat de kosten daar in het laatste levensjaar 40% hoger zijn bij patiënten die overlijden in het ziekenhuis vergeleken met patiënten die overlijden in het verpleeghuis.⁵

Om de vraag te onderzoeken in welke mate artsen in de ouderengeneeskunde zich verantwoordelijk voelen voor de gemaakte kosten, is middels een onlinevragenlijst onderzoek verricht.

METHODE

Vragenlijst

Een Engelstalige vragenlijst over dit thema is ontwikkeld en recent gepubliceerd in de JAMA.⁶ De oorspronkelijke vragenlijst is aangepast naar de Nederlandse situatie waarbij enkele vragen over de regio waarin men werkt, het ras, soort praktijk en het enthousiasme voor bepaalde kostenbesparende maatregelen niet zijn meegenomen. Reden hiervoor is dat deze vragen niet relevant waren voor de Nederlandse situatie. De vraag naar politieke voorkeur is aangepast naar het Nederlandse partijstelsel. De vragenlijst is door de twee auteurs onafhankelijk van elkaar in het Nederlands vertaald. Over kleine verschillen in de vertaling werd consensus bereikt. Vervolgens is de vragenlijst beoordeeld door een pilotgroep van tien deelnemers met een verschillende achtergrond. Naar aanleiding van deze pilot zijn nog enkele taalkundige aanpassingen gemaakt.

Het verzoek om de vragenlijst in te vullen is in december 2013 via de digitale nieuwsbrief van de beroepsvereniging Verenso verstuurd. De leden van Verenso bestaan uit specialisten ouderengeneeskunde, aios en basisartsen werkzaam in de ouderenzorg. Ook hebben de onderzoekers via een e-mail naar collega specialisten ouderengeneeskunde (in opleiding) binnen het eigen netwerk nog enkele respondenten verkregen.

Analyse

Het afkappunt voor het volledig invullen van de vragenlijst is vooraf gesteld op het invullen van minimaal 75% van de vragenlijst. Het invullen van de vragenlijst nam ongeveer vijf minuten in beslag. De analyse van de resultaten is half februari 2014, na het sluiten van de enquête, gedaan met behulp van SPSS-20.

ACHTERGROND

Nagaan in welke mate artsen zich bewust zijn van en zich verantwoordelijk voelen voor de kosten in de ouderenzorg.

METHODE

Descriptief vragenlijstonderzoek. Artsen werkzaam in de ouderenzorg werden in december 2013 via de Verenso-nieuwsbrief benaderd om een onlinevragenlijst in te vullen.

RESULTATEN

De vragenlijst is ingevuld door 66 respondenten. Alle respondenten waren het matig tot sterk eens met de stelling dat artsen een prominentere rol moeten innemen in het beperken van onnodige onderzoeken. Van de respondenten was 89,4% het matig tot sterk eens met de stelling dat het beheersen van de kosten een verantwoordelijkheid is van iedere arts.

CONCLUSIE

Artsen werkzaam in de ouderengeneeskunde geven aan dat ze zich verantwoordelijk voelen voor de gemaakte kosten in de ouderenzorg. Als het gaat om hun eigen aandeel zijn artsen ambivalent: ze nemen de verantwoordelijkheid in het grote geheel, maar hebben moeite met kostenvraagstukken jegens hun eigen individuele patiënten.

Tabel 1. Karakteristieken.

Karakteristieken	
Leeftijd, gemiddelde (SD)	45.4 (12)
Geslacht	
Mannelijk	20 (30,3)
Vrouwelijk	45 (68,2)
Functie	
Specialist ouderengeneeskunde	49 (75,4)
AIOS	12 (18,2)
Verpleegkundig Specialist	4 (6,2)
Dienstverband	
Loondienst	64 (97)
Zelfstandige	2 (3)

RESULTATEN

In totaal hebben 66 (4,6%) respondenten, van de 1440 leden die de Verenso-nieuwsbrief ontvangen hebben, de enquête ingevuld. Van de 66 respondenten waren er 45 (69,2%) van het vrouwelijke geslacht en 20 (30,3%) van het mannelijke geslacht. Van één respondent was het geslacht onbekend. Voor de overige karakteristieken zie tabel 1.

De respondenten gaven de grootste mate van verantwoordelijkheid in het reduceren van de gezondheidskosten aan de overheid en ziekenhuizen (zie tabel 2). De minste verantwoordelijkheid werd neergelegd bij patiënten. Artsen gaven zichzelf na patiënten de minste mate van verantwoordelijkheid, aan alle andere partijen, zoals ziektekostenverzekeraars en de farmaceutische industrie, werd een grotere mate van verantwoordelijkheid toegedicht.

Als er gekeken wordt naar het kostenbewustzijn zijn alle respondenten het matig tot sterk eens met de stelling dat artsen een prominentere rol moeten innemen in het beperken van onnodige onderzoeken. Van de respondenten was 89,4% het matig tot sterk eens met de stelling dat het beheersen van de kosten een verantwoordelijkheid is van iedere arts. De meeste respondenten (90,9%) waren het sterk tot matig oneens met de stellingen dat de prijs van een onderzoek of medicijn alleen belangrijk is als de patiënt het zelf moet betalen (zie tabel 3). Een zelfde aantal van 90,9% geeft aan dat zij zich bewust zijn van de kosten en onderzoeken die zij voorstellen. Van de respondenten denkt 67,2% aan de kosten van het gezondheidssysteem wanneer zij beslissingen neemt en 89,4% voelt zich verantwoordelijk de kosten te beheersen.

De meeste verdeeldheid was er over de stelling dat artsen enkel trouw moeten zijn aan het belang van individuele patiënten, zelfs al is dat duur (18,5% oneens versus 51,5% eens). En over de stelling: de kosten voor de maatschappij zijn belangrijk in mijn beslissing al dan niet een behandeling in te zetten (52,3% oneens versus 47,7% eens).

Tabel 2. Mate van verantwoordelijkheid in het reduceren van de gezondheidszorgkosten.

Mate van verantwoordelijkheid in het reduceren van de gezondheidszorgkosten	Geen	Enige	Grote
Overheid	1 (1,5)	15 (22,7)	50 (75,8)
Ziektekostenverzekeraars	4 (6,1)	18 (27,3)	44 (66,7)
Patiënten	2 (3,0)	43 (65,2)	21 (31,8)
Beroepsverenigingen	1 (1,5)	31 (47,0)	34 (51,5)
Individuele artsen	1 (1,5)	34 (51,5)	31 (47,0)
Ziekenhuizen	2 (3,1)	13 (20,0)	50 (76,9)
Zorginstellingen	1 (1,5)	22 (33,3)	43 (65,2)
Farmaceutische industrie	2 (3,0)	17 (25,8)	47 (71,2)
Hulpmiddelen industrie	2 (3,0)	19 (28,8)	45 (68,2)

Een andere opvallende bevinding was de positieve houding ten opzichte van het gebruik van richtlijnen. Met de stelling artsen zouden zich moeten houden aan klinische richtlijnen met standaard interventies die het gebruik ontmoedigen van interventies met kleine bewezen voordelen die veel meer kosten was 87,9% het matig tot sterk eens.

Figuur 1 toont een vergelijk tussen de antwoorden van de stellingen in ons onderzoek onder Nederlandse artsen werkzaam in de ouderenzorg en artsen uit de Verenigde Staten in diverse disciplines. In de figuur is duidelijk de trend zichtbaar dat Nederlandse respondenten vaker vinden dat het de verantwoordelijkheid van artsen is om het kostenaspect mee te nemen in hun beslissingen.

DISCUSSIE

De belangrijkste bevinding uit dit onlinevragenlijstonderzoek was dat de respondenten een grote mate van kostenbewustzijn en verantwoordelijkheid aan de dag legden.

De respondenten vonden dat er qua verantwoordelijkheid voor de kosten van de gezondheidszorg een rol was weggelegd voor alle betrokken partijen; en dat die rol het grootst was voor de overheid. Bijzonder is dat de respondenten zichzelf na de patiënten de kleinste mate van verantwoordelijkheid toedichtten. Hoewel zij vonden dat zij zelf een matige tot grote rol speelden in het reduceren van de gezondheidszorgkosten, wezen zij dus veelal naar andere partijen die een nog grotere rol zouden hebben. In het onderzoek, uitgevoerd in de Verenigde Staten, is deze trend ook zichtbaar. Artsen herkennen zichzelf als een component in een systeem met vele facetten die een rol spelen in kostenbeheersing, maar ook daar gaven zij een grotere mate van verantwoordelijkheid aan andere partijen. In het commentaar op het JAMA-artikel wordt aangegeven hoe belangrijk het is dat artsen hun verantwoordelijkheid nemen. Met het niet nemen van de verantwoordelijkheid is het gevaar aanwezig dat hun rol gemarginaliseerd wordt waarop andere partijen invloed krijgen op kosten, maar ook op de verdeling.⁷

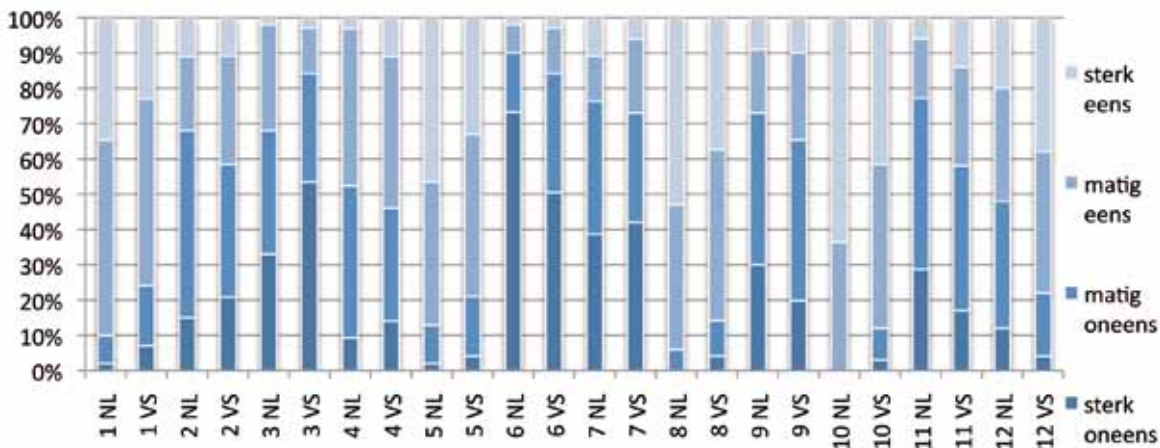
Tabel 3. Stellingen over de mate van het kostenbewustzijn van de respondenten.

Stellingen over het kostenbewustzijn	Sterk oneens	Matig oneens	Matig eens	Sterk eens
Ik ben me bewust van de kosten van onderzoeken of behandelingen die ik voorstel	1 (1,5)	5 (7,6)	37 (56,1)	23 (34,8)
Ik probeer niet te denken aan de kosten van het gezondheidszorgsysteem wanneer ik beslissingen neem	10 (15,2)	35 (53,0)	14 (21,2)	7 (10,6)
Ik zou soms effectieve maar kostbare behandelingen moeten weigeren omdat deze middelen naar andere patiënten zouden moeten gaan die ze meer nodig hebben	22 (33,3)	23 (34,8)	20 (30,3)	1 (1,5)
Ik zou enkel trouw moeten zijn aan het belang van mijn individuele patiënten, zelfs al is dat duur	8 (12,1)	24 (36,4)	21 (31,8)	13 (19,7)
De prijs van een onderzoek of medicijn is alleen belangrijk als de patiënt het zelf moet betalen	49 (74,2)	11 (16,7)	5 (7,6)	1 (1,5)
Artsen zijn te druk om zich zorgen te maken over kosten van onderzoeken en ingrepen	25 (39,1)	24 (37,5)	8 (12,5)	7 (10,9)
De kosten voor de maatschappij zijn belangrijk in mijn beslissing al dan niet een behandeling in te zetten	6 (9,2)	28 (43,1)	29 (44,6)	2 (3,1)
Artsen zouden zich moeten houden aan klinische richtlijnen met standaard interventies die het gebruik ontmoedigen van interventies met kleine bewezen voordelen die veel meer kosten	1 (1,5)	7 (10,6)	27 (40,9)	31 (47,0)
Het is mijn verantwoordelijkheid om kostenbewustzijn te bevorderen in mijn dagelijkse patiëntenzorg	0	7 (10,6)	35 (53,0)	24 (36,4)
Proberen de kosten te beheersen is de verantwoordelijkheid van iedere arts	0	4 (6,1)	27 (40,9)	35 (53,0)
Er ligt tegenwoordig te veel nadruk op kosten van onderzoeken en ingrepen	19 (29,2)	28 (43,1)	12 (18,5)	6 (9,2)
Artsen zouden een prominentere rol in het beperken van onnodige onderzoeken moeten innemen	0	0	24 (36,4)	42 (63,6)
Het is oneerlijk om artsen te vragen om kostenbewust te zijn, terwijl het welzijn van de patiënt voor hen het belangrijkste is	19 (28,8)	32 (48,5)	11 (16,7)	4 (6,1)

Uit ons onderzoek blijkt dat het kostenbewustzijn moeilijk door te trekken is naar de behandeling van de individuele patiënt. Want hoewel 90,9% van de artsen aangeeft zich bewust te zijn van de kosten, lijkt het voor artsen toch moeilijk om op individuele patiëntniveau kosten mee te laten wegen. Er wordt namelijk zeer gemengd gereageerd op de stellingen die het individuele belang van de patiënt voorop zetten. Deze ambivalentie van artsen zou er op kunnen wijzen dat zij zoekende zijn hoe dit kostenbewustzijn in het directe patiëntencontact een plek te geven. Er lijkt behoefte te zijn aan handvatten om kosten ook tot een gespreksonderwerp met de patiënt te kunnen maken, zonder dat dit de arts-patiëntrelatie onder druk zet en zonder dat dit dus de patiënt te kort doet. Dit kan goed aan de hand van richtlijnen, zoals die gehanteerd dienen te worden door de verschillende artsberoeps groepen. In richtlijnen wordt een doelmatigheidsaspect meegenomen, waarbij gekeken wordt naar de prijs van de interventie en de opbrengst. Ook in onze doelgroep is de bereidheid tot het volgen van richtlijnen groot. Bijna 87,9% van de artsen geeft aan dat 'artsen zich zouden moeten houden aan klinische richtlijnen met standaard interventies die het gebruik ontmoedigen van interventies met kleine bewezen voordelen'. Met een richtlijn in de hand zullen de artsen vervolgens ook gemakkelijker in individuele patiëntsituaties hun koers kunnen bepalen zonder zich in die concrete situaties al te zeer om de kosten te hoeven bekommeren.

Het kostenbewustzijn van Nederlandse artsen in de ouderengeneeskunde is hoog en dat is terug te zien in de resultaten van deze enquête. Waarschijnlijk komt dit deels doordat artsen in dienst zijn van zorginstellingen die al jaren veel geld moeten besparen. Vaak zijn er al meerdere initiatieven genomen om bijvoorbeeld via farmacotherapeutische overleggen naar de kosten van medicatie of door onderlinge vergelijking naar de hoeveelheid laboratoriumaanvragen te kijken. Ook zitten in de AWBZ geen nadelige financiële prikkels voor artsen in tegenstelling tot het Amerikaanse systeem waarbij verdiend wordt aan de hand van de hoeveelheid geleverde zorg en niet aan de hand van de kwaliteit. Via een vergelijking met het eerder genoemde onderzoek in de Verenigde Staten is te zien dat op alle stellingen het kostenbewustzijn hoger is bij artsen werkzaam in de ouderengeneeskunde. Waar 22,7% van de Nederlandse respondenten het eens is met de stelling dat het oneerlijk is om artsen te vragen om kostenbewust te zijn, terwijl het welzijn van de patiënt voor hen het belangrijkste is, geldt dat voor 42% van de artsen uit de Verenigde Staten.

In de zorgmonitor 2013 geeft 41% van de medisch specialisten en 42% van de huisartsen aan dat zij het eens zijn met de stelling dat zorgverleners vooral met de zorg bezig zijn en weinig denken aan de kosten.⁸ In vergelijking daarmee zijn de artsen in de ouderenzorg die aan deze enquête hebben meegedaan ook in Nederland een bijzonder kostenbewuste groep.



Figuur 1. Vergelijking tussen antwoorden stellingen kostenbewustzijn tussen Nederlandse artsen werkzaam in de ouderenzorg en artsen in de Verenigde Staten.

- Ik ben me bewust van de kosten van onderzoeken of behandelingen die ik voorstel
- Ik probeer niet te denken aan de kosten van het gezondheidszorgsysteem wanneer ik beslissingen neem
- Ik zou soms effectieve maar kostbare behandelingen moeten weigeren omdat deze middelen naar andere patiënten zouden moeten gaan die ze meer nodig hebben
- De kosten voor de maatschappij zijn belangrijk in mijn beslissing al dan niet een behandeling in te zetten
- Artsen zouden zich moeten houden aan klinische richtlijnen met standaard interventies die het gebruik ontmoedigen van interventies met kleine bewezen voordelen die veel meer kosten
- De prijs van een onderzoek of medicijn is alleen belangrijk als de patiënt het zelf moet betalen
- Artsen zijn te druk om zich zorgen te maken over kosten van onderzoeken en ingrepen
- Proberen de kosten te beheersen is de verantwoordelijkheid van iedere arts
- Er ligt tegenwoordig te veel nadruk op kosten van onderzoeken en ingrepen
- Artsen zouden een prominenter rol in het beperken van onnodige onderzoeken moeten innemen
- Het is oneerlijk om artsen te vragen om kostenbewust te zijn, terwijl het welzijn van de patiënt voor hen het belangrijkste is
- Ik zou enkel trouw moeten zijn aan het belang van mijn individuele patiënten, zelfs al is dat duur

Door het kleine aantal deelnemers moet er wel rekening gehouden worden met een responsbias. Het is bekend dat een klein aantal artsen reageert op online-enquêtes via een nieuwsbrief en ook dit onderzoek is ingevuld door een gering aantal deelnemers. Mogelijk hebben vooral artsen die al kostenbewust bezig zijn de vragenlijst ingevuld en zijn zij niet representatief voor alle artsen in de Nederlandse ouderenzorg. De enquête was aanvankelijk alleen bedoeld voor artsen in de ouderenzorg, maar ook verpleegkundig specialisten hebben de vragenlijst beantwoord. Omdat zij in de ouderenzorg een grotendeels vergelijkbaar pakket aan werkzaamheden hebben, hebben wij besloten hun respons ook mee te nemen.

Het zou interessant zijn deze enquête over een aantal jaar te herhalen. Dit zou zichtbaar kunnen maken of de huidige veranderingen in de financiering van de ouderenzorg ook van invloed zijn op het kostenbewustzijn van artsen werkzaam in deze setting.

CONCLUSIE

Artsen werkzaam in de ouderengeneeskunde geven in dit onderzoek aan een grote mate van verantwoordelijkheid te ervaren in de gemaakte kosten van de (ouderenzorg). Als het gaat om kostenverantwoordelijkheid in hun dagelijkse patiëntenzorg, zijn artsen ambivalent. Ze nemen de verantwoordelijkheid in het grote geheel, maar hebben moeite met vraagstukken jegens individuele patiënten. Klinische richtlijnen, mits doelmatigheid expliciet wordt meegenomen in de uitgangsvragen van deze richtlijnen, kunnen

artsen van dienst zijn in kostenbewust handelen op individueel patiëntniveau.

LITERATUUR

- De Orde van Medisch Specialisten. Visiedocument De medisch specialist 2015. Utrecht: de Orde van Medisch Specialisten, 2012.
- Kerpshoek E, Hermens J, Kroezen M, Dijk L van. Voor schrijven door internisten en cardiologen. Netherlands Institute for Health Service Research, 2012.
- Jong B de, Bootsma HP. Zonder kosteninzicht geen kostenbewustzijn. *Medisch contact* 2013;48:2540-2541.
- Polder JJ, Barendregt JJ, Oers H van. Health care costs in the last year of life-The Dutch experience. *Social Science & medicine* 2006;7:1720-1731.
- Reich O, Signorel A and Busato. A Place of death and health care utilization for people in the last 6 months of life in Switzerland: a retrospective analysis using administrative data. *BMC Health Services Research* 2013;13:116.
- Tilburt JC et al. Views of US physicians about controlling health care costs. *JAMA* 2013;310(4):380-388.
- Emanuel EJ, Steinmetz A. Will Physicians Lead on Controlling Health Care Costs? *JAMA*. 2013;310(4):374-375.
- TNS NIPO. Onderzoekresultaten Zorgmonitor herfst 2013. Amsterdam: TNS NIPO, 2013.

Correspondentieadres
charlottegriffioen@gmail.com

Meer zelf regelen en meer zelf betalen

Marjolein Schenk, maatschappelijk werker, verpleeghuis Van Wijckerslooth en Palliatieve unit Sint Elisabeth Gasthuishof, Marente Leiden

Het beleid in de gezondheidszorg verandert en daardoor krijgen burgers meer verantwoordelijkheid voor de oplossing en voor de kosten van hun zorgvraag. Dat geldt voor thuiswonende ouderen met een zorgvraag, maar ook voor ouderen in een zorginstelling. In dit artikel worden een aantal veranderingen in de zorg en de daarmee samenhangende knelpunten in de vorm van casuïstiek besproken. De specialist ouderengeneeskunde wordt binnen de organisaties waar hij werkt geconfronteerd met deze gevolgen. En het treft patiënten en hun familie, die in toenemende mate hun zorg zelf moeten regelen en meer zelf moeten betalen. Een overzicht van diverse kosten die voor ouderen met een zorgbehoefte actueel kunnen zijn, is te vinden in box 1.

MINDER PLAATSEN VOOR CHRONISCHE ZORG EN SCHEIDEN VAN WONEN EN ZORG

De beleidsverandering in de (ouderen)zorg is gericht op meer eigen verantwoordelijkheid. In de praktijk betekent dit dat mensen zelf hun oude dag moeten voorbereiden. Families zullen in toenemende mate zorgtaken op zich moeten nemen en tevens financieel meer moeten bijdragen. Een van de grote veranderingen is dat er minder intramurale zorg beschikbaar komt voor ouderen. Zorgkantoren hebben nieuwe productieafspraken gemaakt waarbij het aantal intramurale plaatsen voor langdurige zorg omlaag is



Marjolein Schenk.

gegaan. Verblijfzorg op basis van ZZP 1, 2 en 3 is verdwenen, deze groep ouderen moet thuis blijven wonen. Het verblijf in een woon-zorgcentrum of verzorgingshuis verdwijnt als voorziening die volledig vergoed wordt vanuit de AWBZ. Dit proces noemt men 'Scheiden van wonen en zorg'. Het houdt in dat de woonkosten (huur) worden gescheiden van de servicekosten (eten, schoonmaak) en de zorgkosten (hulp bij persoonlijke verzorging).¹

Box 1. Maatregelen met financiële gevolgen.

PGB-tarieven PGB nieuw aanvragen	Tarieven gaan omlaag voor informele hulp. Striktere normen. Nieuwe aanvragers die minder dan 10 uur zorg nodig hebben, krijgen geen PGB.
ZZP3-herstelzorg (tijdelijk)	Thuis of in een zorghotel. De zorg wordt gefinancierd door de AWBZ, de hotelkosten worden niet vergoed door de basisverzekering. Aanvullende polissen vergoeden gemiddeld € 30-50 per dag, met een maximum van gemiddeld € 1000 per jaar.
Huishoudelijke hulp	Alleen vergoed bij laag inkomen.
Eigen bijdrage AWBZ-zorg	Hogere eigen bijdrage AWBZ-zorg, voor mensen met veel eigen vermogen.
Meeliften op zorgindicatie partner	'Meeliften' op indicatie van partner voor verpleeghuis kan niet meer. Wanneer men samen wil blijven wonen, moet men uitwijken naar particuliere zorg.
Wonen in beschermde omgeving	Woon-zorgcentrum, serviceflat of andere woonvorm. 'Scheiden van wonen en zorg'. Zorg via de indicatie, huur, eten en activiteiten voor eigen rekening.
Geriatrische revalidatiezorg	Revalideren in een verpleeghuis wordt vergoed op basis van een DBC.
Hulpmiddelen	Looprekje, krukken, postoeel: 26 weken lenen via gemeente, inkomensafhankelijk. Hoog-laagbed: in de meeste gevallen gratis voor de cliënt.
Rollator	Een rollator met keurmerk € 700-7000, reguliere rollator € 30-400.
Sta-opstoel	Reguliere sta-opstoel: € 500-1500.
Gehoorapparaat	Gehoorapparaat 75% uit basisverzekering voor een normaal werkend apparaat. Eigen bijdrage € 100-400.

Kortdurende herstellzorg op basis van ZZP 3 is opgeheven en omgezet in 'zorghotel'. In de praktijk blijkt dat mensen met een minimuminkomen deze vorm van zorg niet kunnen betalen. Dit voorjaar werd deze maatregel door de staatssecretaris (gedeeltelijk) weer teruggedraaid, als gevolg van een stagnerende doorstroom in ziekenhuizen.

CONSEQUENTIES VOOR DE PATIËNT

De gevolgen van het gevoerde beleid zijn nog niet goed in beeld gekomen, mede doordat sommige voorgenomen wetswijzigingen teruggedraaid werden en een aantal veranderingen in taakverdeling tussen gemeenten en zorgverzekeraars nog niet in gang zijn gezet. De trend is de afgelopen jaren wel neergezet: 'de verzorgingsstaat zoals die in de jaren vijftig werd opgezet is niet langer houdbaar.'

CASUS 1

Mevrouw Alberts van 90 jaar woont alleen en heeft de ziekte van Parkinson. Zij loopt met een rollator en kan niet zelf naar buiten. Zij heeft één keer per week hulp bij het huishouden en één keer per dag hulp bij persoonlijke verzorging. Twee keer per week bezoekt ze een dagverzorging. Het is lastig voor haar om regie te voeren, ze heeft hiervoor begeleiding nodig. De huishoudelijke hulp mag geen boodschappen met haar doen, dus daarvoor komt een vrijwilliger langs. Een dochter gaat mee naar het ziekenhuis en maakt uitstapjes met haar. Het weekeinde kan, als de familie niet langskomt, eenzaam zijn. Om de eenzaamheid te bestrijden is aanvullende particuliere thuiszorg ingezet die een praatje maakt en met haar naar buiten gaat.

Deze thuiswonende patiënt heeft met ten minste vijf partijen te maken: de gemeente (WMO) voor huishoudelijk zorg en dagverzorging, een vrijwilliger voor de boodschappen, de zorgverzekeraar voor de thuiszorg (persoonlijke verzorging), familie voor de andere bezoeken en de particuliere zorg voor in het weekeinde. Daarnaast zijn meestal ook nog de huisarts, diens praktijkassistente, de apotheek en medisch specialisten betrokken. De kritiek van diverse belangenorganisaties is dat, als men ouderen langer thuis wil laten wonen, de zorg juist eenvoudiger zou moeten zijn. Maatschappelijk werkers en ouderenadviseurs worden nu al gefinancierd door de gemeenten. Voor de financiering van casemanagers dementie, sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen en de consultants van MEE wordt gebruik gemaakt van de AWBZ-subsidiemiddelen. In de toekomst zal een groot deel van deze hulpverleners ook betaald worden door de gemeenten.

De overheid ziet veel taken weggelegd voor de praktijkondersteuner van de huisarts en de wijkverpleegkundige. Deze zullen daarmee een taakverzwaring ervaren. Zij kunnen minder vaak doorverwijzen naar andere hulpverleners, en moeten een zeer brede deskundigheid ontwikkelen en

behouden. Een zelfstandig wonende oudere zal moeilijker een beroep kunnen doen op casemanagement en andere gespecialiseerde verpleegkundigen. De banen van deze hulpverleners, die als expertise hebben om mensen thuis te ondersteunen, passende zorg te regelen en het zorgtraject te coördineren, staan onder grote druk.

Op het gebied van welzijn: ambulante begeleiding, dagbesteding en vrijwilligersorganisaties leiden reorganisaties tot meer centralisatie. De hoop is uiteraard dat dit vereenvoudiging betekent waardoor patiënten makkelijker bij de juiste organisatie terecht komen. In hun totaliteit krimpen deze welzijnsorganisaties.

CONSEQUENTIES INFORMELE ZORG

Doordat er minder zorguren en hulpverleners beschikbaar zijn voor ouderen, zowel intramuraal als extramuraal, zullen zorgorganisaties een groter beroep op vrijwilligers en mantelzorgers gaan doen. Ook de specialist ouderengeneeskunde zal geconfronteerd worden met het feit dat er meer verantwoordelijkheid bij de patiënt zelf wordt neergelegd. Nu al wordt er voor verpleeghuisbewoners een beroep gedaan op familie om de bewoner te begeleiden naar een medisch specialist of andere externe hulpverleners. Ook wordt men als familie ingeschakeld voor het kopen van kleding en verzorgingsartikelen, en voor de inrichting van de kamer met persoonlijke eigendommen. Vaker dan voorheen wordt er een beroep op familie gedaan om bijvoorbeeld te assisteren bij maaltijden. Mogelijk wordt dit in de toekomst uitgebreid met meer taken in de zorg.

CASUS 2

Mevrouw Pieters wordt opgenomen in het verpleeghuis vanwege toenemende dementie. Er zijn twee contactpersonen, een dochter en een nichtje. Op de dag van de verhuizing maken ze alles in orde. In de loop der tijd komen beiden steeds minder langs. De familie gaat ook niet in op de uitnodiging voor de zorgplanbespreking. De eerst verantwoordelijke verzorgende neemt telefonisch contact op om te vragen of zij het zorgplan willen komen ondertekenen. Uiteindelijk komt de contactpersoon langs, ondertekent het zorgplan en gaat daarna meteen weer weg. Drie maanden later heeft mevrouw Pieters nieuwe kleding nodig, de verzorgende vraagt of er kleding en ook shampoo gekocht kan worden. Er verstrijken weer enige maanden, waarop de maatschappelijk werker contact opneemt met de familie. Het blijkt dat de familie zelf moeite heeft het hoofd boven water te houden, op bezoek gaan valt hen zwaar. De maatschappelijk werker geeft aan dat op bezoek gaan geen verplichting is, maar dat er wel kleding en shampoo nodig is. De familie is bereid om dit te doen.

Wat mag men verwachten van een familie die een wilsonbekwame patiënt moet vertegenwoordigen? Is een zorgplanbespreking, middelen- en maatregelenlijsten tekenen

en het brengen van noodzakelijke gebruiksgoederen het minimum? Het bovenstaande voorbeeld beschrijft zo'n minimum. Gezinnen worden echter steeds kleiner, naasten wonen ver weg en kinderen van ouderen hebben zelf gemiddeld een steeds hogere leeftijd. De verwachting van professionals in de sector is dat de hier beschreven scenario's zich steeds vaker zullen voordoen. Wanneer er wel familie of een netwerk aanwezig is, wat kan men daar eigenlijk aan vragen en van verwachten? Dit is een grijs gebied. Het verschilt per woonvorm en sector, hoe hiermee wordt omgegaan. In woonvormen voor oudere verstandelijk gehandicapten en psychiatrische patiënten is het vaak de gewoonte dat begeleiders kleding inkopen doen met de patiënt of voor de patiënt. Het wordt verweven in een dagstructuur en patiënten wonen langere tijd in een instelling met dezelfde begeleiders. In instellingen voor ouderenzorg kijkt men er in het algemeen anders naar: 'dat moet de eerste contactpersoon doen'.

De verwachtingen tussen de zorginstelling en de familie van de bewoner zijn dus slecht omschreven. In de folder van het College voor Zorgverzekeringen 'Uw zorg in een AWBZ instelling' staat dat een bezoek aan een specialist geregeld en verzorgd wordt door de instelling zelf, maar dat er vaak hulp van familie wordt gevraagd.³ Over andere zaken zoals het inkopen van kleding staat niets vermeld. Richtlijnen van het zorgkantoor, over de inhoud van het zorgzwaartepakket, geven vooral het aantal uur zorg per zorgzwaartepakket of zorgfunctie aan. Basiszorg is niet omschreven. De norm verantwoorde zorg is een omschrijving van de kwaliteit van zorg in relatieve begrippen.

In de wettekst van de AWBZ staat dat aan familie niet mag worden gevraagd zorg te leveren die vanuit de AWBZ al geregeld is. Ook deze wet is echter niet helder over de basiszorg.

Zorgleveringsovereenkomsten worden door zorgorganisaties verschillend vormgegeven. Hierin kunnen de taken/verwachtingen ten aanzien van de contactpersonen omschreven worden zoals het ontruimen van de kamer na overlijden.^{3,4} Wanneer een vertegenwoordiger officieel benoemd is tot bewindvoerder (financiële vertegenwoordiging) of mentor (persoonlijke vertegenwoordiging) kan een zorgverlener terugvallen op de wettekst.⁵ Hierin staat dat de mentor in het belang van de patiënt moet handelen en minimaal elke twee maanden op bezoek moet gaan. Zorgverleners kunnen melding doen van disfunctioneren bij de kantonrechter.⁶ Bij een relatief klein deel van de ouderen is deze maatregel van toepassing.

Bij zelfstandig wonende ouderen die professionele zorg krijgen, spelen dezelfde vragen, al is meestal in een eerder stadium duidelijk of er betrokken mantelzorg is of niet.

SAMENVATTING

In dit artikel is besproken hoe ouderen met een zorgvraag er wat betreft zorgkosten voor komen te staan, nu deze min-

der of anders vergoed gaan worden. Daarbij verschuift het beleidsfocus van 'verzorgd worden' naar 'zelf oplossen' en 'zelf betalen'. Dat geldt in de thuissituatie, maar kan ook gaan gelden in het verpleeghuis. Verschillen in welzijn kunnen daardoor gaan optreden, alsook de mate waarin hiervoor betaald zal moeten worden. Aan families van verpleeghuisbewoners kan gevraagd worden materieel en immaterieel bij te dragen aan het welzijn van hun familielid. Welke zorgplicht heeft familie van verpleeghuisbewoners? Zorgverleners zullen hun adviezen aan moeten passen aan de meer beperkte mogelijkheden. Voor mensen met meer budget is nog steeds veel mogelijk.

WAT KAN DE SPECIALIST OUDERENGENEESKUNDE DOEN?

- Houd jezelf zo goed mogelijk op de hoogte van veranderingen in kosten, zoals eigen bijdragen.
- Heb oog voor de financiële consequenties van zorgadviezen. Wanneer de oudere patiënt zelf nog goed in staat is om informatie te vergaren over de kosten van zijn zorg, is dit geen probleem. Als er uit de familie of sociaal netwerk betrokkenen zijn die de patiënt hierbij kunnen helpen is dit aan te raden, zo kan men direct de oudere helpen waar nodig.
- Geef duidelijkheid, met name bij slecht nieuws. Te denken valt aan een slechte prognose op gebied van mobiliteit en de consequenties voor de zorg.
- Het management van verwachtingen is een belangrijk deel van de gespreksvoering. Wijs zowel op de mogelijkheden als de beperkingen en onmogelijkheden binnen de zorg.
- Werk samen met hulpverleners die de uitleg kunnen herhalen of de patiënt kunnen ondersteunen als dit nodig is. Gebleken is dat, wanneer mensen meer zorg nodig hebben, er vaak ook sprake is van verlies (woonomgeving, mobiliteit, sociaal netwerk). Hierdoor wordt een groot deel van een dergelijk gesprek meestal niet goed onthouden.⁷
- Geef, indien mogelijk, informatie op papier.

LITERATUUR

1. www.rijksoverheid.nl
2. *Uw zorg in een AWBZ-instelling*, College voor Zorgverzekering, 2013.
3. *Zorgovereenkomsten Zorgorganisatie Marente*.
4. www.LOC.nl
5. www.goedvertegenwoordigd.nl
6. *Burgerlijk wetboek, deel 1*.
7. *Mönnink HJ de. Verlieskunde, handreiking voor de beroepspraktijk*. Amsterdam: Reed business; 2008.

Correspondentieadres
marjoleinschenk@gmail.com

Ouderengeneeskunde 2.0

Lonneke Schuurmans

In deze rubriek in het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde nieuws en wetenswaardigheden uit de wereld van internet, apps en sociale media. Tips voor deze rubriek? Mail of tweet!

TIPS & TRICKS

iPassword



Na de recente commotie rondom het internetbeveiligingslek met de toepasselijke naam Heartbleed, is te meer duidelijk geworden dat twee dingen heel belangrijk zijn om je onlinegegevens te beschermen: sterke, unieke wachtwoorden per dienst (dus niet de naam van je kinderen, huisdieren of favoriete band). En een handige manier om deze sterke, unieke (lange & ingewikkelde) wachtwoorden eenvoudig te onthouden. Het zwarte boekje dat je thuis ergens op een veilige plek bewaart, is natuurlijk een optie. Het veilig opslaan van inloggegevens (en andere gevoelige data, zoals creditcardgegevens) kan echter ook online (en nee, dit is niet met elkaar in tegenstrijd). Er zijn verschillende encryptieapplicaties ten behoeve van het genereren en bewaren van gegevens. Een van de meest gebruikte en bestbeoordeelde applicaties is iPassword van AgileBits.

iPassword werkt als een kluis waarin je gegevens versleuteld worden opgeslagen. Via een *master password* krijg je toegang tot deze kluis en alle opgeslagen gegevens. iPassword kan via een plug-in geïntegreerd worden in je webbrowser, zodat iedere keer dat je inlogt bij een (nieuwe) website, deze inloggegevens automatisch in de kluis worden opgeslagen. iPassword heeft ook een browserfunctie. Via de kluis kun je direct inloggen bij een website en werk je dus in een beveiligde, afgeschermd omgeving. Het voordeel is dat je zelf niets hoeft te typen (en je toetsaanslagen dus niet door spyware kunnen worden gelogd) en je geen wachtwoorden onveilig laat onthouden door je reguliere webbrowser. Je kunt iPassword ook gebruiken om sterke, unieke wachtwoorden

te genereren via at random nummer, letter & teken combinaties en je kunt de applicatie je eigen wachtwoorden laten toetsen op veiligheid.

iPassword is beschikbaar voor Mac, Windows, Android en iOS. Je kunt een bundel kopen voor meerdere licenties of de applicaties apart aanschaffen per device (via internet of de diverse appstores). Via iCloud of Dropbox kun je gegevens synchroniseren (ook versleuteld) tussen je apparaten, zodat je altijd bij je inloggegevens kunt.

Voor meer informatie zie:

<https://agilebits.com/onepassword>.

Een ding is in dit geval heel belangrijk: als je het *master password* vergeet, heb je een probleem! Maar er kan natuurlijk ook iets met dat zwarte boekje gebeuren dat in je sokkenlade ligt. De hond gaat er wellicht mee aan de haal, er breekt brand uit of een inbreker ziet er de waarde wel van in (dat in combinatie met je creditcard die toevallig in je nabijgelegen handtas zat).

3V Card

Zonder creditcard is het vaak lastig om onlinebetalingen te doen, zeker bij buitenlandse webwinkels die niet met iDeal werken (bijvoorbeeld Amazon of Google Play). Heb je geen zin om een persoonlijke creditcard aan te schaffen ten behoeve van deze betalingen, dan is een prepaid creditcard wellicht een optie. 3V Card is een prepaid creditcarddienst van Visa en maakt onderscheid tussen 3V vouchers en 3V cards. Een 3V voucher is een tijdelijk Visa-nummer die je online opwaardeert (tussen 20 en 150 euro) en 4 maanden geldig is. Een 3V card is een fysieke prepaid creditcard, onder andere te koop bij Primera winkels, die je kunt opwaarderen met een saldo (max. € 150 per opwaardering) en waarmee je online (en offline) betalingen kunt doen. De tarieven van 3V Card zijn over het algemeen iets duurder dan reguliere, persoonlijke creditcards, maar je hebt je betalingen & budget beter in de hand (immers: op is op).

Kijk voor meer informatie op www.3vcard.nl.

APPS

Receptprijs

Zijn wij ons altijd bewust van de kosten van de medicijnen die wij voorschrijven? Het antwoord is vermoedelijk: neen! Om hier verandering in te brengen is de Orde van Medische Specialisten gestart met een campagne rondom het bewust voorschrijven van medicatie (www.bewustvoorschrijven.nl), onder het motto: *goedkope medicijnen als het kan, duur als het moet*.

Onderdeel van deze campagne is de handige app Receptprijs, waarmee je eenvoudig en snel de prijs van een geneesmiddel kunt opzoeken en die ook (goedkopere) alternatieven geeft. Receptprijs is gratis te downloaden voor Android en iPhone.



Een andere aan te bevelen exercitie in dit kader is om de apotheker eens een overzicht te laten maken van alle (dure) medicatie die in uw verpleeghuis worden voorgeschreven en hoeveel kosten bespaard zouden kunnen worden met goedkopere alternatieven. Een mooi FTO-onderwerp!

Correspondentieadres

lonneke.schuurmans@zorgboog.nl

Twitter: @ouderengnk

Facebook: ouderengeneeskunde



Opmerkelijk

Onze manager hamert erop om medicatiewijzigingen, als het ook maar enigszins mogelijk is, te beperken tot het wekelijkse moment waarop door de apotheek de weekdoos weer gevuld wordt. Zij heeft vastgesteld dat gedurende de week tussendoor vele keren medicatiewijzigingen plaatsvinden en dat de extra handelingen die de apotheek daarvoor moet verrichten hoge kosten met zich meebrengen. Wij specialisten ouderengeneeskunde hebben laten weten het niet eens te zijn met haar standpunt. Wij vinden dat in principe de door ons voorgeschreven medicatie op basis van de bij onze patiënten vastgestelde symptomen en aandoeningen op zo kort mogelijke termijn geleverd moet kunnen worden. Uitsluitend voor een zeer beperkt aantal situaties, zoals bijvoorbeeld het op proef afbouwen van antihypertensieve medicatie, mag een aantal dagen gewacht worden met het doorvoeren van de medicatiewijziging. Uit het oogpunt van medicatieveiligheid zouden wij eerder geneigd zijn om wel bewust om te gaan met snelle medicatiewijzigingen.

Mantelzorg - waarden en worstelingen

Dr. Dorothea Touwen, docent en onderzoeker medische ethiek, Sectie Ethiek en Recht van de Gezondheidszorg, LUMC

In de zorg voor kwetsbare hulpbehoevende ouderen wordt een steeds grotere bijdrage verwacht van mantelzorgers. Dit hangt samen met het streven om oude mensen ondanks hun hulpbehoevendheid zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Om zo veel mogelijk mensen te stimuleren om mantelzorg te geven, wordt wel geopperd om het geven van mantelzorg te compenseren met een financiële vergoeding. Dat zou passen binnen het nastreven van het ideaal om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen, met het idee van de participatiemaatschappij, en met het idee dat het fijn is als je door je 'eigen' mensen wordt verzorgd. Maar het past ook in het kader van de bezuiniging op zorg: zelfs met een financiële vergoeding is thuis wonen in combinatie met mantelzorg nog goedkoper dan verblijf in een zorginstelling. Een goed idee dus? Een belangrijke vraag in dit kader is of mantelzorg en financiële vergoeding met elkaar te combineren zijn. Of heeft mantelzorg een intrinsieke waarde die door een economische benadering teniet gedaan wordt, of althans bedreigd wordt? Deze vraag is niet eenvoudig te beantwoorden. In dit artikel wil ik deze vraag verkennen aan de hand van kenmerken van mantelzorg en de visie van mantelzorgers zelf op wat ze doen. Vervolgens kijk ik naar de effecten van de economische benadering van interacties tussen mensen. Is alles te koop? Of bedreigt een financiële benadering de morele waarde van mantelzorg? En waarin verschilt mantelzorg dan van professionele zorg?

PRE-EXISTENTE RELATIE

Zorg uit betrokkenheid, zo valt mantelzorg te typeren. Mantelzorg komt voort uit de band die reeds tussen zorgvrager en mantelzorger bestond. Voor de meeste mantelzorgers blijkt deze intieme relatie met de zorgontvanger de belangrijkste motivatie voor hun inspanningen. Dit zien we terug in de beschikbare onderzoeksgegevens over mantelzorg¹ en dit wordt onderstreept door de bevindingen uit het onderzoek dat wij binnen het LUMC uitvoerden in opdracht van het Nationaal Programma Ouderenzorg van ZonMW.² Ons onderzoek was gericht op de morele problemen waar men tegenaan loopt als mantelzorger voor een zorgbehoevende, thuiswonende oudere. Maar in de gesprekken benoemden veel geïnterviewde mantelzorgers als eerste de liefde en betrokkenheid tussen hen en de zorgontvangende oudere. Deze betrokkenheid was een belangrijk motief en ook een belangrijk tegenwicht voor eventuele moeilijkheden. Dit doe je nu eenmaal voor elkaar, niet alleen als partner maar ook als kind of als familielid.

Mantelzorg is een vorm van informele zorg die voortkomt uit de betrokkenheid tussen mensen. In contrast met zorg



Dr. Dorothea Touwen.

die vrijwilligers geven, gaat aan het geven van mantelzorg slechts zelden een bewuste beslissing vooraf. De situatie ontstaat en je rolt er vanzelf in. Je hebt eigenlijk geen keus: de zorgbehoefte van de ander doet een appèl op jou. Simpelweg omdat die zorgbehoevende is wie hij is en jij bent wie je bent, ontstaat de situatie dat je zorg verleent. De term die we in Nederland voor deze vorm van zorg hanteren, wijkt af van wat elders gebruikelijk is. Spreekt men in andere landen dikwijls over 'informele zorg' in contrast met formele of professionele zorg, in Nederland spreken we in navolging van Hattinga Verschure over mantelzorg: 'Mantelzorg is als een warme mantel van zorg en liefde die een naaste om de hulpbehoevende heenslaat.'³ Dikwijls wordt hierbij gerefereerd aan Sint Maarten die zijn mantel in tweeën scheurde om een oude bedelaar te verwarmen. Op de keper beschouwd schiet deze verwijzing tekort: zijn daad kenmerkt Sint Maarten als een nobele held juist omdat hij een keuze had. Iedere andere edelman was doorgereden bij de aanblik van de kleumende bedelaar maar Sint Maarten niet. Mantelzorgers daarentegen rapporteren dat zij geen keuze hadden. De zorgbehoefte ontstond en als vanzelfsprekend ving de zorgtaak van de mantelzorger aan. Hoewel desgevraagd veel Nederlanders in theorie deze vanzelfsprekendheid ontkennen, benoemen mensen die daadwerkelijk als mantelzorger opereren, dat zij geen keuze hadden maar dat hun hulp voortvloeit uit de onderlinge band in combinatie met de zorgbehoefte van de zorgontvangende persoon.¹ Met dit gegeven hangt samen dat veel mantelzorgers zichzelf niet herkennen in de term. Hun hulp of zorg zien zij als een vanzelfsprekend onderdeel van de gewone zorg die mensen onderling aan elkaar verlenen. Dat betekent dat er waarschijnlijk meer mensen mantelzorg geven dan uit de officiële cijfers blijkt.

DEFINITIE

Mantelzorgers zijn een diffuse groep. Mantelzorgers variëren van buren en vrienden tot familieleden en partners. Iemand die periodiek boodschappen doet voor de alleenstaande buurman, ervaart een andersoortige verantwoordelijkheid dan iemand die zorgt voor zijn partner met dementie. De eerste is minder emotioneel betrokken maar heeft ook een in uren minder alomvattende taak dan de partner. Het in de literatuur meest frequent gerapporteerde praktische probleem van mantelzorgers, de grote belasting en de onzichtbaarheid daarvan, blijkt nauw samen te hangen met de aard van de relatie tussen mantelzorger en zorgontvanger, waarbij partners een grotere belasting ervaren dan andere familieleden.^{4,5,6} Wanneer er geen familieverband bestaat, is deze belasting aanzienlijk minder.⁷ Verder zal in een burenrelatie niet snel verwacht worden dat ook intieme zorg aan de hulpbehoevende persoon gegeven wordt, terwijl dit een van de belangrijke worstelingen is van met name kinderen in de zorg voor hun hulpbehoevende vader of moeder. Verschillende typen mantelzorgers benoemen dus verschillende problemen en behoeften.^{6,7} Voor de aard van de zorg en voor de ervaren morele problemen is het daarom zinnig om een onderscheid te maken tussen de verschillende categorieën mantelzorgers. In de literatuur worden, juist vanwege de andersoortige band, mantelzorgers met familieband onderscheiden van mantelzorgers-vrijwilligers. Ook voor de samenwerking tussen formele en informele zorgverleners is het verhelderend om goed na te gaan vanuit welke pre-existente relatie de mantelzorg gegeven wordt.

Gezien de verschillen in ervaren problemen en belasting tussen de verschillende soorten mantelzorgers, kan een gepreciseerde omschrijving van de mantelzorger van waarde zijn in het aanbod van hulp, advies en ondersteuning. Alles overziende worden de volgende kenmerken van betekenis geacht: mantelzorg is zorg die gegeven wordt door iemand die de zorgontvanger ook los van, dan wel voorafgaand aan de zorgbehoefte kent. Deze zorg is langdurig en intensief van aard, door de betrokkenheid op de zorgontvanger en door de feitelijke tijdsinvestering. Mantelzorg betreft onmisbare zorg: een substantieel deel van de zorg zou, als de mantelzorger het niet gaf, door een professionele zorgverlener moeten worden gegeven. Van de zorgrelatie kan de mantelzorger zich niet zomaar losmaken.⁸

In het vervolg van dit stuk ligt de focus op mantelzorg die gegeven wordt in familieverband. In ons kwalitatieve onderzoek naar de morele problemen van mantelzorgers in de zorg voor thuiswonende ouderen met een cognitieve achteruitgang troffen wij vrijwel uitsluitend partners en familieleden.² Ook dit sluit aan bij de socio-demografische gegevens die elders zijn verzameld over mantelzorgers.¹

MORELE PROBLEMEN

Met het oog op de vergrijzing én de groei van het aantal ouderen dat tot op hoge leeftijd zelfstandig blijft wonen, is

er de laatste jaren veel aandacht voor het thema mantelzorg. Het is bekend dat het bieden van mantelzorg tegelijkertijd dankbaar en belastend kan zijn. In het reeds eerder genoemde onderzoek, dat we in Leiden uitvoerden in opdracht van het NPO, bestudeerden we de morele problemen waarmee mantelzorgers zich geconfronteerd zien in de zorg voor thuiswonende ouderen met cognitieve achteruitgang.

In ons kwalitatieve onderzoek beschrijven mantelzorgers morele problemen op het gebied van de belasting van het verlenen van zorg (met name wanneer sommige andere leden van de familie – broers en zussen – minder doen dan zichzelf, zonder dat dit expliciet zo is afgesproken), op het gebied van de veiligheid (de oudere alleen moeten achterlaten, zorgen om dwaalgedrag, het vergeten van het slikken van medicatie et cetera) en op het gebied van de sociaal-emotionele relaties. Die laatste betreffen zowel de relatie tussen de mantelzorger en de oudere, als de opstelling van de oudere in relaties met anderen. Veel mantelzorgers vinden de rolverandering tussen henzelf en de oudere lastig.

Ook kan de mantelzorger in een sociaal isolement komen, doordat de oudere de deur niet meer uit kan en ook niet meer alleen gelaten kan worden. De gevolgen voor het gezamenlijke sociale leven worden door vele respondenten in de interviews genoemd als een groot probleem. Ook blijkt het voor mantelzorgers vaak moeilijk of en hoe ze de oudere op zijn gedrag kunnen aanspreken, wanneer de oudere niet meer in staat is zich buitenshuis netjes te gedragen of onredelijk uitvalt tegen de thuiszorgmedewerker.

Interessant is de ambivalentie die door mantelzorgers wordt geuit over de betrokkenheid van professionele zorgverleners (thuiszorg). De moeilijkheid die men ondervindt bij het verlenen van fysiek intieme zorg wordt slechts voor een deel van de mantelzorgers verholpen door professionele zorg. Dat hangt samen met het gegeven dat veel mantelzorgers vertelden juist liever die fysieke zorg te willen blijven geven, omdat ze het fijn vinden dat het de oudere bespaard blijft dat die door vreemden verzorgd moet worden. Anderen vertelden trouwens het juist wel fijn te vinden als met name de fysieke zorghandelingen door een professional werden gedaan. De beschikbaarheid van thuiszorg blijkt daarnaast te helpen bij het hanteerbaar maken van de sociaal-emotionele problemen in de onderlinge relatie. Waarschijnlijk hangt dit samen met de vermindering van de druk en belasting van de mantelzorger. Echter, desgevraagd bleken mantelzorgers niet te willen dat te veel taken door thuiszorg worden overgenomen. De intieme relatie die de grondslag vormt voor de mantelzorg levert ook een kwaliteitsstandaard op waarvan mantelzorgers menen dat professionele zorgverleners die niet kunnen evenaren.

FINANCIËLE COMPENSATIE

De tendens om zorg te beschouwen als product en de inrichting van de zorg te onderwerpen aan het economische denkkader van de marktwerking, wekt de indruk dat de

zorgtaken, ook wanneer die door een mantelzorger worden uitgevoerd, geïnventariseerd en gekwantificeerd kunnen worden. Wanneer we kijken naar het grootste praktische probleem wat in veel onderzoek naar mantelzorg wordt aangehaald, klopt dat ook wel. De belasting die mantelzorg met zich meebrengt, kan in een uren-systematiek verrekend worden tot een financiële eenheid. Veel moeilijker wordt dat bij de morele problemen die mantelzorgers rapporteren. Hoe kwantificeer je het verlies van een gezamenlijk sociaal leven? Hoe geef je financiële compensatie voor de zorgen om een ouder die zijn rollator laat staan?

Veel van de door de mantelzorgers beschreven problemen horen nu eenmaal bij de zorg aan een naaste die ouder wordt en die kampt met cognitieve achteruitgang. Tegelijkertijd verwijzen de door de mantelzorgers ervaren problemen naar de specifieke verhouding die er is tussen zorgontvanger en mantelzorger. De verschuiving in de relatie die voortkomt uit de rolverandering is voor professionele hulpverleners irrelevant. De gevolgen voor het gezamenlijke sociale leven van de hulpbehoevende en de daaraan ten grondslag liggende ziekte, is evenmin een probleem voor professionele hulpverleners.

Mantelzorgers worden dus met andere problemen geconfronteerd. Gezien de aard van de gerapporteerde problemen is het de vraag of overnemen van de zorgtaken of het geven van financiële compensatie mantelzorgers wat dat betreft zal helpen. Hoewel uit ons onderzoek blijkt dat de aanwezigheid van thuiszorg een aantal ervaren problemen hanteerbaarder maakt (zowel op het vlak van de fysieke zorg als op het vlak van de onderlinge relatie en de gevolgen voor het sociale leven), reageerden veel mantelzorgers afwerend op de vraag of men zou willen dat de professionele hulp werd uitgebreid. Juist het gegeven dat de zorg binnen de kring van intimi kon worden gehouden werd door veel mantelzorgers belangrijk gevonden ('Dat gun ik haar niet, dat ze voor vreemden in haar blootje moet staan.').

Financiële compensatie lijkt voort te komen uit een denkpatroon waarvan het de vraag is of dat aansluit bij de context waarbinnen mantelzorg gegeven wordt. Kan formele zorg uitgedrukt worden in diensten, taken en verantwoordelijkheden die kunnen worden overgedragen op een collega. De zorg die mantelzorgers geven is exclusief en individueel omdat deze zo sterk samenhangt met de personen die de zorg geven en hem ontvangen. Het is wel zo dat mantelzorgers rapporteren over het probleem dat de zorgtaken binnen de familie ongelijk verdeeld worden. Een gelijkmatiger herverdeling van de taken zou in dat kader mogelijk een deel van het probleem kunnen oplossen. Maar uit het onderzoek van Brouwer et al.⁹ blijkt dat mantelzorgers niet verwachten dat zij zich beter zouden gaan voelen als de taken door een *willekeurige* ander worden overgenomen. In het onderzoek van Brouwer werd aan mantelzorgers gevraagd hun kwaliteit van leven in te schatten in de (hypothetische) situatie dat hun zorgtaken zouden worden

overgenomen door een ander, op hetzelfde kwaliteitsniveau als wat ze zelf doen. Ondanks het gevoel van overmatige belasting zeiden mantelzorgers dat hun kwaliteit van leven bij overname van de taken achteruit zou gaan.⁹ De conclusie lijkt te zijn dat mantelzorgers lijden onder de zorgzwaarte, maar het desondanks zelf willen doen. Slechts wanneer een ander met hetzelfde niveau van intimiteit een bijdrage zou gaan leveren, zou de overname van de taken een verlichting met zich mee brengen.

Er is dus iets bijzonders aan de hand met mantelzorg. De morele context waarin deze gegeven wordt, is zo bijzonder en daarmee zo alles bepalend dat er iets anders op het spel staat dan de zorgtaken zelf. Mogelijk is het die morele context die in het geding is wanneer we denken aan financiële compensatie voor geleverde zorg. Michael Sandel schreef over het onderscheid tussen verschillende betrekkingen tussen mensen en de mate waarin geld daarop invloed heeft. In 'What money can't buy. The moral limits of markets' (2012)¹⁰ analyseert hij diverse uitwisselingen tussen mensen waarbij hij nagaat of deze vervangen zouden kunnen worden door geld. Het aangaan van een vriendschap kan niet met geld bewerkstelligd worden zonder dat het intrinsieke karakter van de vriendschap wordt aangetast, stelt hij: vrienden koop je niet en als je het wel doet zijn het geen vrienden. Dat zelfde geldt in meer of mindere mate voor een geschenk: hoewel de boekenbon door veel mensen best gewaardeerd wordt, is het ontvangen van een met zorg uitgezocht cadeautje van een ander (en volgens Sandel hogestaand) kaliber. Sandel stelt dat de meest waardevolle intermenselijke betrekkingen bedorven worden wanneer ze geplaagd worden in het kader van een financiële transactie. Op basis van onze interviews met mantelzorgers durf ik de hypothese aan dat ook mantelzorg tot deze kostbare categorie horen. Omdat mantelzorg samenhangt met de intieme, reeds langer bestaande relatie, is het een uiting van betrokkenheid die zijn kwaliteit juist ontleent aan die exclusiviteit. Een ander kan je moeder wel gezelschap houden maar alleen jij kunt als dochter je moeder bijstaan en via de zorg die je geeft, je liefde voor haar betuigen.

DE WAARDE VAN MANTELZORG

In ons onderzoek² spraken we niet alleen met mantelzorgers maar ook met de ouderen zelf die deze mantelzorg ontvangen. De belangrijkste waarde die door de ouderen werd benoemd in de interviews die we afnamen, was om deel te blijven uitmaken van een betekenisvolle sociale gemeenschap. Voor velen van hen kwam dat neer op het blijven participeren in de familie. Hier kan een verband worden ontwaard met de belangrijke motivatie van veel mantelzorgers voor het geven van zorg. Bovendien weerklinkt in deze waarde de betekenis van de onderlinge relatie die ook van invloed is op de morele problemen die de mantelzorgers rapporteren. Kan financiële compensatie een manier zijn om dit te vergemakkelijken? Het staat buiten kijf dat we als samenleving ernaar moeten streven om mensen die man-

telzorg geven, te ondersteunen en hen het leven gemakkelijker te maken. Dat dit niet vanzelfsprekend is blijkt uit de recente discussie of ouderen die bij hun kinderen in huis wonen, gekort zouden moeten worden op hun AOW (zie bijvoorbeeld NRC Handelsblad 30 mei 2014).

Een ander uiterste is evenwel om te proberen mensen met geld te verleiden tot het geven van mantelzorg. Zelfs als we niet direct denken aan misstanden van op geld beluste familieleden, moeten we ermee rekening houden dat een belangrijk kenmerk van mantelzorg onder druk zou kunnen worden gezet. Als het waar is dat mantelzorg speciaal is als gevolg van de motivatie en intimiteit die eraan ten grondslag ligt, zullen mensen die het vooral vanwege het geld doen, mogelijk niet aan diezelfde standaard kunnen voldoen. Bij het nadenken over de inrichting van de zorg voor thuiswonende ouderen die zorg behoeven en de ondersteuning van mantelzorgers, zullen we scherp zicht moeten houden op datgene wat kenmerkend is voor mantelzorg: persoonlijke betrokkenheid op elkaar, voortvloeiend uit een relatie die ook los van de zorgbehoefte bestaat.

LITERATUUR

1. Boer A de, Klerk M de. *Informeel zorg in Nederland. Een literatuurstudie naar mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg. Den Haag (SCP) 2013.*
2. Touwen DP. *Van 'meedenken met' tot 'beslissen voor'. Eindrapportage. ZonMW 2014.*
3. Hattinga Verschure JCM. *Het verschijnsel zorg – een inleiding tot de zorgkunde. Lochem: De Tijdstroom, 1981.*
4. Boer A de, Broese van Groenou M, Timmermans J. *Mantelzorg. Een overzicht van de steun van en aan mantelzorgers in 2007. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2009.*
5. Tolkacheva NV. *Sharing the care of older parents. Amsterdam: VU (diss), 2011.*
6. Peeters J, Werkman W, Francke AL. *Dementiemonitor Mantelzorg. Problemen, zorgbehoeften, zorggebruik en oordelen van mantelzorgers. Nivel/Alzheimer Nederland, 2012.*
7. Egging S, Boer AH de, Stevens N. *Zorgzame vrienden en burens als mantelzorgers van oudere volwassenen: een vergelijking met kinderen. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 2011;42:243-255.*
8. Touwen DP et al. *Zorg uit betrokkenheid. Een betekenisvolle definitie van mantelzorg ten behoeve van een passend ondersteuningsbeleid. Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek 2013;23:2-8.*
9. Brouwer WBF, Exel NJA van, Berg B van den, Bos, GAM van den, Koopmanschap MA. *Process utility form providing informal care: the benefit of caring. Health Policy 2005;74:85-99.*
10. Sandel M. *What money can't buy. The moral limits of markets. London: Allen Lane, 2012.*

Correspondentieadres
d.p.touwen@lumc.nl



Opmerkelijk

In onze regio hanteert het Zorgkantoor strikte normen voor de wijze waarop extramurale activiteiten in het kader van de ketenzorg dementie gedeclareerd behoren te worden. De specialist ouderengeneeskunde wordt geacht alleen die tijd te declareren die besteed wordt aan het directe contact met de patiënt en/of mantelzorger in de thuissituatie en het directe (telefonische) contact met de huisarts. Het schrijven van de brief voor de huisarts in het verpleeghuis mag niet gedeclareerd worden. Daarom worden door alle collega's van ons verpleeghuis, tot genoegen van onze manager, de brieven bij de patiënten thuis geschreven en over elke patiënt tevens het advies telefonisch aan de huisarts overgebracht.

Moeder, wanneer ga je nu eens dood

Jos Konings



Titel: Moeder, wanneer ga je nu eens dood
Auteur: Martina Rosenberg
Nederlandse vertaling: Gerrit Bussink
Uitgeverij: Atlas Contact, Amsterdam/ Antwerpen
Verschenen: November 2013
ISBN: 978 90 450 2529 2
Aantal blz.: 254
Prijs: € 21,95

Het boek neemt een aanvang met het vertrek van het jonge gezin van de auteur uit de haven van Heraklion, Kreta in het jaar 2000. Na 12 jaar verblijf aldaar kan zij haar gezin niet langer de financiële stabiliteit bieden die het nodig denkt te hebben. Ze besluit samen met haar echtgenoot bij haar ouders in Zuid-Duitsland in één huis te gaan wonen. Bij Griekse vrienden had ze gezien hoe goed het meergeneratiehuishouden werkte. Velen woonden met kinderen, ouders en soms grootouders in één huis. Ze nam, samen met haar man en dochter, haar intrek op de eerste verdieping van de woning waarvan haar ouders de begane grond bewoonden.

De eerste jaren leek er sprake van een win-winsituatie: opas door opa en oma was vrijwel permanent beschikbaar en de beide echtelieden waren gemakkelijk en snel beschikbaar voor het verlenen van diensten aan haar ouders. Daar begon echter na enkele jaren langzaam de klad in te komen. Haar moeder begon geleidelijk aan steeds meer verschijnselen van cognitieve achteruitgang te vertonen met als eerste sluitstuk de diagnose dementie. Steeds vaker en indringender werd er een beroep gedaan op de auteur om acuut bij te springen en hulp te verlenen. De door haar vader van haar verwachte permanente ondersteuning ging haar toenemend zwaar vallen. Naast de zorg voor haar ouders had ze ook nog de opvoedende taak voor haar dochter

met ADHD te vervullen en daarbovenop had ze nog haar eigen ICT-scholingsbedrijfje. Met de verdere achteruitgang en het in wisselende mate aanwezige probleemgedrag van haar moeder werd ook haar vader steeds ongenietbaarder en egocentrischer.

De nabijheid, zij was slechts door een geluiddoorlaatbare vloer van haar ouders gescheiden, werd steeds ondraaglijker. Ondanks een fors aantal uren dagelijkse ondersteuning van thuiszorgmedewerkers bleef gevraagde ondersteuning door dochter dermate intens, dat op een zeker tijdstip een opname in een verzorgingshuis nog de enige resterende optie leek. Na een aantal dagen bleek, vanwege ernstige uitdroging ten gevolge van ondermaatse zorg aldaar, ziekenhuisopname noodzakelijk. Een 'dit nooit meer' reactie was bepalend voor de keuze: toch maar weer thuis en wel tot het bittere einde.

Er volgden nog enkele jaren van verdere achteruitgang, waarin de auteur erin slaagde, ingegeven door lijfsbehoud, wat afstand te nemen. En wel door te verhuizen op een kilometer bij haar ouders vandaan. Uiteindelijk blijft zij tot in de allerlaatste fase in 2010 intensief betrokken. En de beschrijving van de allerlaatste fase tot aan het overlijden thuis doet mij weer beseffen hoe gelukkig we in Nederland mogen zijn met de expertise van en voor specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen op het gebied van de terminale zorg.

De laatste woorden van de proloog van het boek wil ik u niet onthouden: *'Uiteindelijk kan iemand die daar geen ervaring mee heeft niet beoordelen hoe zwaar de last van zo'n verzorgingssituatie voor de familie kan zijn. Naïviteit en het gebrek aan erkenning en waardering bij de vaak veel te jonge verantwoordelijke politici waren voldoende reden om mijn verhaal op te schrijven, dat exemplarisch is voor al die duizenden andere trieste verhalen in ons land.'*

Correspondentieadres
joskonings@kpnmail.nl

Blue Ocean

Drs. Jacqueline K. de Groot, specialist ouderengeneeskunde werkzaam in Bilthoven, stafdocent (LUMC) van de kaderopleiding voor specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn

Hoe gaan we als specialisten ouderengeneeskunde om met de veranderende zorg voor ouderen? Blijven we bij het bekende of durven we ons te onderscheiden? En hoe dan?

Afgelopen donderdag had ik een overleg met één van de huisartsen hier in de gemeente. Recent heeft zij door pensionering van een collega de medische zorg van een grote groep zelfstandig wonende ouderen erbij gekregen. Haar praktijkondersteuner (POH) heeft maar vier uur per week voor de ouderen in de praktijk vanuit de ouderenmodule van Achmea. Zij en ik kennen elkaar nu al wat langer vanwege de samenwerking in het verzorgingshuis. Onze samenwerking verloopt steeds soepeler, zeker nadat ik een aantal consulten voor haar gedaan heb. Vooral familie speelt daarin een belangrijke rol. En daar heeft zij écht geen tijd voor, maar zorgvuldige communicatie vanaf het begin voorkomt een hoop misverstanden en ellende. Dus is dat één van de dingen die ik overneem van haar.

Een andere situatie waar ik inspring, is bijvoorbeeld als er haperingen zijn in de communicatie tussen verzorgenden, huisarts en POH. Als ik dat bemerk, plan ik een overleg en probeer de situatie te coördineren en afspraken met elkaar te maken, zodat het wederzijds begrip vergroot wordt en de zorg van de patiënten er niet onder lijdt.

Maar nu dreigt ze dus overspoeld te worden door nog meer ouderen thuis en legt bij mij de hulpvraag neer: 'Hoe ga ik dat in hemelsnaam allemaal aanpakken?' In de ervaring die ik tot nu toe heb met huisartsen, denk ik dan 'Fijn, dat we samen kunnen werken zonder territoriumstrijd te hoeven voeren.' Iets wat nog steeds niet zo vanzelfsprekend is. Helaas. We maken een afspraak aan het eind van de dag, aansluitend aan haar spreekuur, samen met de POH. Na een korte sociale talk slaan we spijkers met koppen.

Ik ga samen met de POH een plan maken om de ouderen in de praktijk in kaart te krijgen. Deze praktijk moet het met beperkte financiering doen, de vier uur per week voor de POH. We zullen pragmatisch te werk gaan met criteria als leeftijd 80+, gebruik van meer dan zeven medicijnen en een contactgap van bijvoorbeeld een jaar. De POH kan



dit invoeren in het Huisartsen InformatieSysteem (HIS) en vervolgens kijken we om hoeveel patiënten het gaat. Afhankelijk van het aantal, de haalbaarheid en de werkbaarheid vernauwen of verruimen we de criteria. Over een week of twee hebben we een vervolgspraak. Het streven is om voor de zomer een concreet plan van aanpak te hebben.

Hoe anders verloopt het proces bij de huisartsenpraktijk aan de andere kant van de gemeente, die aangesloten is bij NuZo, een project van NPO. Daar zijn drie praktijkverpleegkundigen ouderen werkzaam, die alle kwetsbare ouderen gescreend hebben in hun praktijk. Dat neemt veel werk weg bij de huisarts. In die praktijk werk ik nauw samen met de praktijkverpleegkundigen. We bespreken casuïstiek en zo nodig wordt dit nog vervolgd met een huisbezoek door mij alleen of samen met de praktijkverpleegkundige, al dan niet gecombineerd met een familiegesprek.

De organisatie van de laatstgenoemde praktijk lijkt mij toekomstbestendig gezien de complexiteit van zorgvragen die op de huisarts af zal komen. De praktijkverpleegkundige functioneert als een soort 'frontoffice' voor de specialist ouderengeneeskunde, die zich misschien meer en meer als een ondernemer zal moeten gaan opstellen. De eerste stap om daar te komen is iedere mogelijkheid benutten om de expertise van onszelf als specialist ouderengeneeskunde 'aan de man te brengen'. Zogezegd het 'gat in de markt' zien en daar op inspringen om ons te onderscheiden. De 'blue ocean'-theorie in de marketingwetenschap.

Correspondentieadres
J.K.de_Groot@lumc.nl

Keuzen in de zorg

Drie rollen van de specialist ouderengeneeskunde

Dr. Susanne de Kort, aios specialisme ouderengeneeskunde verbonden aan het LUMC en ethicus

Prof. dr. Dick Willems, hoogleraar medische ethiek aan het AMC en onder andere raadslid van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en voorzitter van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid

INLEIDING

De actualiteit en urgentie van het onderwerp kostenbeheersing in de gezondheidszorg, zeker als het de ouderenzorg betreft, is niet te missen. Het kabinet gaat de komende jaren snijden in de financiering en het aanbod van langdurige zorg voor ouderen. Ook op andere terreinen in de gezondheidszorg lijken drastische keuzen gemaakt te moeten worden ('de gezondheidszorg eet anders het onderwijs op'). Artsen mengen zich af en toe in het debat over kosten. Zo hebben oncologen recent aangegeven dat hun behandelingen onbetaalbaar worden en dat er daarom keuzen gemaakt zullen moeten worden.¹

Voor medici zit er vaak een vies luchtje aan het spreken over geld in relatie tot behandeling. Ze willen zich verre houden van een waarde/prijsbepaling van het leven. Ook wordt het als een ongemakkelijk onderwerp ervaren in gesprek met patiënt of familie. Toch worden juist aan het bed en in de spreekkamer de keuzen – lees kosten – gemaakt. Door (al dan niet samen met patiënt en/of familie) te beslissen over diagnostiek en behandeling, draagt elke arts bij aan de kosten. Dat de arts hierin ook een bepaalde verantwoordelijkheid heeft, valt niet langer te ontkennen.

Wanneer er twee gelijkwaardige opties zijn, lijkt iedereen het er over eens te zijn dat je ook als arts voor de goedkoopste zou moeten kiezen. Vaak zijn de keuzen echter complexer. Er moeten keuzen gemaakt worden ten aanzien van de diagnostiek (bijvoorbeeld door al dan niet in te sturen naar het ziekenhuis) en behandeling zoals (dure) medicatie of in te zetten (paramedische) zorg. De opties zijn vaak niet in alle opzichten gelijkwaardig. Hoe moeten de kosten dan meegewogen worden? Ook in het verpleeghuis spelen dure behandelingen een steeds grotere rol, denk hierbij aan bijvoorbeeld een vacuüm wondbehandeling, dopaminepomp, intranasale opioïdtoediening, een decubitusmatras en het gebruik van epo.²

In de Amerikaans ethische literatuur over het nemen van verantwoordelijkheid ten aanzien van kosten van de gezondheidszorg worden globaal twee (vaak tegenstrijdige) taken van de arts onderscheiden: namelijk die van kostenbeheersing (rationing)^{3,4,5} en de taak van patiënten belangenbehartiging (patients advocacy).^{6,7} Vertaald naar de Nederlandse

situatie en het verpleeghuis zou dat tot de volgende soort vragen kunnen leiden. Moet de arts vanuit kostenbeheersing zorgen dat de dure behandeling, waarmee de patiënt uit het ziekenhuis ontslagen wordt en in het verpleeghuis terecht komt, zo snel mogelijk gestaakt wordt omdat er anders geen geld meer is voor bijvoorbeeld de activiteitenbegeleiding? En moet de arts überhaupt een dure behandeling waarvan de meerwaarde gering is niet starten? Of moet de arts juist ten koste van alles opkomen voor het belang van zijn/haar oudere kwetsbare patiënt en zorgen dat deze dure behandeling ook in het verpleeghuis gegeven kan worden? Aangenomen dat het om een behandeling gaat die op enige wijze bijdraagt aan het welzijn van de patiënt.

Wat het antwoord op bovengenoemde vragen ook is, de specialist ouderengeneeskunde heeft onmiskenbaar een (belangrijke) rol als het gaat om het maken van keuzen in de ouderenzorg. Alleen is het door organisatorische veranderingen en ontwikkelingen in de financiering voortdurend zoeken naar die rol. Bovendien vraagt elke situatie om een andere en daarbij passende aanpak. In deze paper gaan we, aan de hand van een voor het werkveld kenmerkende casus, na welke rollen te onderscheiden zijn en hoe de meest passende rol van de specialist ouderengeneeskunde, als het gaat om kostenbeheersing, aan te wijzen is. We zullen naast de bovengenoemde twee (namelijk kostenbeheerser en belangenbehartiger, die wij in dit stuk 'verdeler' en 'behandelaar' noemen) nog een derde rol onderscheiden, namelijk die van gids. Elk van de drie rollen heeft een eigen (normatief) instrumentarium.

CASUS

Meneer Goedhart heeft een dementieel syndroom en woont op een PG-afdeling van een verpleeghuis. Hij lijkt een tevreden mens maar aan het eind van de middag wil hij naar buiten, naar zijn (niet meer bestaande) huis. Vanwege zijn ziekte is het onverstandig dat meneer Goedhart zelfstandig naar buiten gaat. 's Middags hangt hij rond bij de gecodeerde deur van de gesloten afdeling en weet geregeld met personeel of familie mee te ontsnappen. In de middag is er minder personeel en bovendien zijn er meer bewoners zoals meneer Goedhart die extra aandacht nodig hebben. Wat nu te doen?

De goedkoopste oplossing lijkt het geven van medicatie volgens de richtlijn probleemgedrag (officieel spreekt men hier van ‘zwerfgedrag’) in de vorm van bijvoorbeeld een benzodiazepine. Hoewel deze richtlijn juist ook en allereerst duurdere psychosociale interventies voorschrijft, bijvoorbeeld een multidisciplinaire benadering, een korte wandeling of verborgen deur. Daar is echter onvoldoende geld voor.

We zullen verschillende mogelijke rollen die de afdelingsarts/specialist ouderengeneeskunde in de gegeven situatie kan vervullen verkennen. Te beginnen met de arts als ‘behandelaar’.

BEHANDELAAR

Natuurlijk heeft de arts allereerst de rol van behandelaar. De behandelaar streeft naar de best mogelijke behandeling en zorg voor de betreffende patiënt. Daarbij vermijdt hij onnodige medicalisering en overbehandeling. En van de andere kant moet onderbehandeling ook voorkomen worden. Voor de casus geldt dat het onmiddellijk starten van sederende – en in lage dosis al valrisicoverhogende – medicatie gezien kan worden als overbehandeling. Ook vinden we een stukje wandelen gewoon beter, vriendelijker en zorgzamer dan pillen. Onderbehandeling zou er uit kunnen bestaan dat de specialist ouderengeneeskunde het probleem dat patiënt voor de deur staat en ontsnapt niet onderkent. Dit zou er toe kunnen leiden dat patiënt steeds vaker ‘ontsnapt’ en ernstig verward wordt teruggebracht door de politie, of erger... De (be)handeling van eerste keus (vermoedelijk een vorm van begeleid wandelen) lijkt niet binnen de financiële mogelijkheden te vallen. De specialist ouderengeneeskunde zou kunnen weigeren om binnen de grenzen van de gebudgetteerde zorg te blijven en komt binnen haar/zijn organisatie op voor de belangen van zijn patiënt, meneer Goedhart.

De behandelaar heeft als instrumentarium de richtlijnen (onder andere over probleemgedrag) en beschikt over gesprekstechnieken om er achter te komen hoe patiënt en familie de verschillende opties, om met het zogenaamde zwerfgedrag om te gaan, precies waarderen. Voor de behandelaar is betrouwbaarheid een belangrijke norm. Patiënt en familie moeten erop kunnen vertrouwen dat de arts het belang van meneer Goedhart als doel heeft (en bijvoorbeeld niet het welzijn van het personeel). Daarbij hoort de verwachting dat de behandelaar open is over de beperkingen waarbinnen dit handelen plaatsvindt. Dat betekent in de concrete casus dat de arts van alle opties de voors en tegens en ook de financiële aspecten daaraan benoemt. Ook komt de specialist ouderengeneeskunde op voor de kwetsbaarheid van meneer Goedhart met zijn (niet-verwoorde) belangen. Het is belangrijk om te zien dat onpartijdigheid vooral voor de specialist ouderengeneeskunde in de rol van behandelaar niet kan gelden: goede zorg veronderstelt juist partijdigheid en belangenbehartiging (‘patients advocacy’).

GIDS

Huisartsen en ook specialisten ouderengeneeskunde hebben een rol als poortwachter gekregen in de zorg: ze bedienen als het ware de slagboom tot duurdere ziekenhuiszorg. De metafoer van de poortwachter strookt niet met de professionele identiteit van de arts: die wil geen slagboom bedienen maar haar patiënten helpen.⁸ Het is daarom beter om de specialist ouderengeneeskunde als een *gids* te beschouwen. Een gids zorgt dat de patiënt/familie niet in het systeem verdwaalt, namelijk door de gang van een patiënt door het ziekenhuis te bewaken, door een behandelplan op te stellen en ook door aan advanced care planning te doen. Als een specialist ouderengeneeskunde in de rol van gids de patiënt naar het ziekenhuis instuurt doet hij/zij dit na goed overleg en met een gerichte vraagstelling. Anders weet hij/zij dat hij/zij de patiënt mogelijk niet meer terug ziet, of dat allerlei ongewenste behandelingen kunnen volgen. De specialist ouderengeneeskunde in de casus zou een psychiater kunnen consulteren of zelfs een opname in de GGZ kunnen regelen ter behandeling van de ‘dwangneurose’. Maar een goede gids zorgt er in dit geval voor dat meneer Goedhart niet in een specialistisch circuit verzeild raakt.

Een goede gids hoort zorgvuldig en betrouwbaar te zijn. De gids behoedt de gegidste voor bekende en onbekende gevaren en houdt daarbij rekening met wat deze wil. Het is interessant dat een gids vindt dat hij de belangen van de patiënt moet wegen en niet eenvoudigweg behartigen. De goede manier om als gids het vertrouwen van patiënt en familie te winnen is niet door een onvoorwaardelijke belangenbehartiger te worden maar door te laten zien hoe je die belangen weegt. In de rol van gids geeft de specialist ouderengeneeskunde veel uitleg en let daarbij op de wensen en behoeften van de patiënt, die vervolgens verwoord zijn in een behandel-/zorgplan. Zo kan een belangrijke overweging zijn om een benzodiazepine te geven ongeacht het toegenomen valgevaar omdat de patiënt zo lijdt aan de onrust en een enigszins verdoofde toestand de enige remedie blijkt. Ook kan juist overwogen worden dat de vrijheid te gaan en staan waar de patiënt wil, opweegt tegen mogelijk gevaren in het verkeer en van verdwalen. De gids legt het doel van goede zorg uit en de verschillende wegen daarnaartoe en is flexibel ten aanzien van de gebeurtenissen die onderweg kunnen plaatsvinden. Deze zijn als het ware ingecalculiseerd.

VERDELER

‘Behandelaar’ en ‘gids’ richten zich op het belang van de individuele patiënt, maar met de ‘verdeler’ komt ook het belang van andere patiënten, en misschien zelfs van de samenleving, in het vizier. Het verdelen van schaarse zorg valt in de medische ethiek onder het principe van rechtvaardigheid. Een rechtvaardige verdeling wordt niet altijd tot het domein van de dokter gerekend omdat deze zich primair met de individuele patiëntenzorg bezig zou houden.

De taak van 'rationing' (beheersen/bezuinigen, eigenlijk 'society's advocacy') die we in de Amerikaans ethische literatuur tegenkwamen, is een specialist ouderengeneeskunde desondanks niet vreemd. Hij/zij is gewend binnen gebudgetteerde grenzen van de AWBZ/zorginstelling te werken. In de rol van de verdeler gaat het om een juiste verdeling van beperkte zorg waarbij niet alleen de behoeften van de gene die de voorziening nodig heeft maar tegelijk ook de behoeften van alle anderen die dezelfde schaarse voorziening nodig hebben, meetellen. De arts in de rol van zorgverdelers heeft eerlijkheid en onpartijdigheid als belangrijkste normatieve leidraad. Dit in tegenstelling tot de rol van behandelaar en die van gids, die juist per definitie individugericht en dus partijdig is. Een rechtvaardige verdeling houdt rekening met de urgentie van de behandeling, de zwaarte van de klachten en met de aan- of afwezigheid van alternatieven.⁹ Om zijn rol goed te vervullen heeft de verdeler kennis nodig over de overige gegadigden voor de schaarse voorziening. In het geval van meneer Goedhart zou de specialist ouderengeneeskunde in beeld moeten hebben wie er nog meer onrustig zijn in de middag of anderszins baat zouden hebben bij een wandeling buiten. Kan de arts eigenlijk wel een verdeler van zorg zijn? Ja, hij verdeelt (gewild of niet) om te beginnen de eigen zorg, prioriteert tussen visite en spoed-geval, heeft een familiegesprek waar het nodig is en niet waar dat niet hoeft. Het is de vraag of de arts de noden van alle andere bewoners/patiënten van anderen ook zodanig in beeld heeft dat hij/zij in staat is een eerlijke en onpartijdige verdeling te maken. Misschien dat het voor de eigen afdeling nog lukt, maar dat is onmogelijk voor de gehele instelling, laat staan voor een nog bredere omgeving. Het zal altijd gaan om een lokale vorm van rechtvaardige verdeling.

WELKE ROL DAN?

We hebben gezien dat de arts in een en dezelfde casus verschillende rollen, elk met een eigen instrumentarium en normativiteit, kan vervullen. Kan de samenleving erop rekenen dat de specialist ouderengeneeskunde een goede zorgverdelers is en kan de patiënt/familie erop rekenen dat de arts een goede gids en een goede behandelaar is? We kunnen vaststellen dat van de specialist ouderengeneeskunde geen echte onpartijdigheid verwacht kan worden en dat deze dus alleen als verdeler op kan treden binnen de eigen populatie/afdeling.

Kostenbewustzijn dient een positieve professionele waarde te zijn

Hoe zouden deze rollen, oftewel professionele verantwoordelijkheden, verder vorm te geven zijn? Ten eerste lijkt het verstandig dat artsen onderling van tijd tot tijd expliciet reflecteren op de morele eigenheid van de zorg. Moreel

beraad over bijvoorbeeld bekostigingsissues is hiertoe een geëigend instrument.¹⁰ Door ethische reflectie kan de meest passende rol in de gegeven situatie verkend worden. Ten tweede zou er in (post-)academisch medisch onderwijs meer aandacht besteed kunnen worden aan kostenoverwegingen. Dit kan opnieuw in de vorm van het bovengenoemde moreel beraad. Ook zou kostenbewustzijn als een positieve professionele waarde aan studenten gepresenteerd kunnen worden, dienen studenten te leren hoe de kosten in diagnostische en therapeutische opties meegewogen kunnen worden en hoe hierover het gesprek met patiënt en familie te voeren is.¹¹

Tot slot, als de samenleving van artsen, waaronder specialisten ouderengeneeskunde, verwacht dat zij de drie genoemde rollen vervullen, dan moeten ze daar de ruimte en het gezag voor krijgen. En dat is in een zorgsysteem dat gestuurd wordt door marktwerking alles behalve vanzelfsprekend. Zes jaar marktwerking in de Nederlandse zorg geven wat dat betreft geen reden tot optimisme.

LITERATUUR

1. 'Kankermedicijnen dreigen onbetaalbaar te worden' door Ellen de Visser, *Volkskrant* 29 november 2013
2. Voor hulpmiddelen moet de prijs afzonderlijk worden opgezocht. Voor geneesmiddelen kan gekeken worden op www.medicijnkosten.nl
3. Daniels N, Sabin JE. *Setting limits fairly: Can we learn to share medical resources?* Oxford: Oxford University Press, 2002
4. Callahan D. *Setting Limits. Medical goals in an aging society.* New York: Simon and Schuster, 1987
5. Emanuel EJ, Fuchs VR. *The Perfect Storm of Overutilization.* *JAMA* 2008;299(23):2789-91
6. Angell M. *Cost containment and the physician.* *JAMA* 1985;254(9):1203-7
7. Mechanic D. *The functions and limitations of trust in the provision of medical care.* *J Health Polit Policy Law* 1998;23(4):661-86
8. Willems D, Veldhuis M. *Wegen in de zorg. Dilemma's, keuzen en afwegingen in de spreekkamer.* Assen: Koninklijke Van Gorcum, 2002
9. Daniels N. *Just health care.* Cambridge: Cambridge University Press, 1984
10. De Bree M, Veening E. *Handleiding moreel beraad. Praktische gids voor zorgprofessionals.* Assen: Koninklijke Van Gorcum, 2012
11. Cooke M. *Cost Consciousness in Patient Care — What Is Medical Education's Responsibility?* *N Engl J Med* 2010; 362:1253-5

Correspondentieadres
susannedekort@hotmail.com

Beroepshabitus en zorgkosten

Hoe generalisten en specialisten samen terughoudendheid kunnen stimuleren

Dr. Eric van de Laar, klinisch ethicus, Catharina Ziekenhuis Eindhoven

Drs. Geert van der Aa, geriater, Catharina Ziekenhuis Eindhoven

Dr. Jan Peil, econoom en als universitair docent verbonden aan de sectie economie van de faculteit managementwetenschappen van de Radboud Universiteit Nijmegen

ARTS STAAT IN DE BEHANDELMODUS?

Hoewel er waarschijnlijk weinig artsen zijn wier hart sneller gaat kloppen van een debat over de kosten van de zorg, kunnen we er in het huidige tijdsgewricht niet omheen om het er toch over te hebben. Als het hart al sneller gaat kloppen zal dat meer door irritatie dan door fascinatie worden veroorzaakt. De irritatie is eerder treffend gevangen in de slogan 'boekhouders mogen niet de zorg bepalen'. Het gaat hierom: spreken over kosten is onontkoombaar en ook zinnig, maar de prioritering moet vooraf wel goed gesteld worden. Kwaliteit van zorg mag niet ondergeschikt worden aan het doel van kostenbeheersing. Dan neemt de boekhouder inderdaad plaats op de stoel van de dokter. Het omgekeerde kan wel: kritisch kijken naar de kwaliteit van zorg vanuit het inmiddels breed gedragen besef dat dit ook een kostenreductie kan opleveren.¹ Die discussie wordt thans volop gevoerd met instemming van artsen en de verschillende beroepsorganisaties zoals de KNMG en de Orde van Medisch Specialisten.

Kritisch kijken naar kwaliteit van zorg kan ook kostenreductie opleveren

Een centraal thema in deze discussie is de vraag naar overbehandelen. Naar aanleiding van een hartenkreet van een ambulancebroeder² over, zijns inziens, zinloze reddingsacties van zeer oude en uiterst kwetsbare patiënten, ontstond zich een discussie onder artsen over de zin van interventies in dergelijke grensgevallen. De KNMG besloot hierover een enquête te houden, en een van de verrassende uitkomsten was dat een meerderheid van de gevraagde artsen vond dat er vaak te lang wordt doorbehandeld. Deze bevinding werd vervolgens breed uitgemeten in de media in de bewoording van 'de arts staat in de behandelmodus'. Maken artsen wel verstandige keuzen? Sindsdien is de discussie niet meer verstomd en zijn er tal van initiatieven ontwikkeld om zowel het probleembewustzijn te vergroten als de praktijk van hoe artsen en patiënten beslissen te veranderen. Denk bijvoorbeeld aan het ZonMW-signalement 'Moet alles wat kan?' en de initiatieven van onder andere de KNMG en de Orde 'Kies verstandig' en 'Passende zorg rond het levenseinde'.

In deze bijdrage willen we de vraag naar de taak en verantwoordelijkheid van de arts voor de zorgkosten stellen vanuit deze discussie over overbehandelen. We zullen daarbij het beladen begrip behandelmodus verruilen voor het analoge maar neutralere begrip 'habitus'. Habitus is een in de sociologie ingeburgerd begrip. Het betekent letterlijk 'houding' die gevormd is in opvoeding en opleiding en in het denken en handelen tot uitdrukking komt. Aan deze houding, de beroepshouding, kun je aflezen wat artsen, in ons geval, onder geneeskunde verstaan. De vorming gebeurt immers vanuit een normatieve opvatting over hoe het vak op de goede wijze beoefend dient te worden. Zodoende kun je zeggen dat de habitus het 'zelfverstaan' van het vak geneeskunde weerspiegelt. En dat zelfverstaan van de geneeskunde is al geruime tijd sterk natuurwetenschappelijk gekleurd.

Daar ligt haar kracht maar het heeft ook een keerzijde. Wij denken dat er een verband is tussen de sterk natuurwetenschappelijke socialisatie van de arts, tot uiting komend in de habitus, en de behandelkeuzen die gekwalificeerd worden als overbehandelen. Als we echter tevens verdisconteren dat er grote verschillen bestaan tussen typen artsen, tussen de 'snijders' en de 'schouwers', tussen generalisten en (super) specialisten, dan roept dat de vraag op of de generalisten zoals de specialist ouderengeneeskunde, de huisarts en de geriater niet beter toegerust zijn dan hun collega's orgaan-specialisten om met vragen van zeer kwetsbare (oudere) patiënten om te gaan, en daarmee overbehandeling te remmen. En of hen dan niet ook een extra verantwoordelijkheid toekomt om een doorslaggevende verandering teweeg te brengen bij beslissingen die aan het levenseinde genomen worden. Hebben zij niet letterlijk de taak om patiënten en collega's te helpen op andere gedachten te komen over de maakbaarheid van het mensenleven in het zicht van het levenseinde? De belangrijkste winst zou zijn dat lijden niet onnodig verlengd wordt. In het verlengde daarvan zou dit ook overbodige kosten kunnen beperken. Deze gedachtegang proberen we in dit artikel aannemelijk te maken en daarbij ook een idee aan te reiken hoe deze kwaliteiten van de generalist geëffectueerd kunnen worden.

HABITUS EN EVIDENCE-BASED MEDICINE

Om ons punt te kunnen maken komen we niet om een klein stukje sociologie heen. Het begrip habitus is afkomstig uit het werk van de Franse socioloog Pierre Bourdieu.³ Met dit begrip thematiseert deze socioloog de vervlochtenheid van het individu met zijn leef-, opleidings- en werkomgeving. Hij legt ermee uit hoe die omgevingsinvloeden doorwerken in het denken en handelen van het individu, en hoe zij het individu vormen. Die invloeden zijn niet zo maar vrijblijvend, maar hebben in de vorm van onder andere kennis en kunde verstreckende gevolgen voor de kansen op een goede positie op de arbeidsmarkt en in de samenleving. Daarnaast spelen waarden, normen en overtuigingen een belangrijke rol, evenals beschikbare middelen, zoals de technologie in de geneeskunde. Kennis, middelen en overtuigingen zijn sterk op elkaar betrokken: de inzet van medische kennis en middelen wordt nauw gestuurd door een overtuiging over hoe die middelen en kennis goed aan te wenden zijn. Die overtuiging is de door de beroepsgroep grotendeels gedeelde opvatting over wat goed geneeskundig handelen is.⁴

Emoties en wensen van de patiënt leggen het af tegen de “harde” medische gegevens.

Voor de hedendaagse geneeskunde is dat de evidence-based medicine (EBM). Met wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van behandelingen als ultiem kwaliteitscriterium, geldt zij als belangrijkste theoretische onderbouwing en als standaard voor goed geneeskundig handelen. Opvallend is haar sterke oriëntatie op de biologie en natuurwetenschappelijke methoden.⁵ Die oriëntatie is ook van invloed op de duiding van waarden en normen als ‘goed doen’, ‘niet schaden en ‘zelfbeschikking’ uit de andere (medisch ethische) tradities, waar de geneeskunde op voortbouwt. Als er technologisch steeds meer kan, heeft dat bijvoorbeeld zijn invloed op hoe de norm ‘goed doen’ praktisch wordt ingevuld: in de spreekkamer wordt ‘nee’ zeggen steeds moeilijker. Dat deze natuurwetenschappelijke gerichtheid ook is terug te vinden in de habitus van artsen, is aangetoond in het proefschrift van Yolande Witman, ‘De medicus maatgevend’. Vaktechnische en medische inhoudelijke gegevens krijgen het zwaarste gewicht in het denken en handelen van artsen.⁶

De voordelen van deze natuurwetenschappelijke focus kennen we – de enorme technische mogelijkheden – en daar profiteert iedereen van. Maar de ontwikkeling heeft ook een andere kant. De medisch-technische vooruitgang heeft geleid tot een zekere blikvernaauwing, namelijk dat men van de natuurwetenschappelijke kant alle heil verwacht en de geneeskunde tot dit aspect dreigt te reduceren. Een gevolg hiervan is dat andere informatiebronnen zoals emoties,

wensen, het (levens)verhaal van de patiënt het afleggen tegen de ‘harde’ medische gegevens. Tegen deze achtergrond is het begrijpelijk dat de blik van de arts eerst en vooral alle mogelijke behandelopties naspeurt. ‘De arts doet waar hij goed in is’ en dit ongetwijfeld door goede intenties gedreven.

Deze inzichten over de habitus van de medicus heeft Witman opgedaan door medisch specialisten te bestuderen in hun dagelijks werk. Het is derhalve de vraag of deze observaties in gelijke mate opgaan voor generalisten. Er is een soortgelijke studie waarin naar huisartsen is gekeken. Dat is het promotieonderzoek van Jolanda Dwarswaard. In het boek dat zij daarover geschreven heeft, ‘De dokter en de tijdgeest’, laat zij zien dat ook de generalistische geneeskunde beïnvloed is door de sterke technologische groei van het vak, maar dat de verhouding tussen het ‘technische’ en het ‘sociaalpsychologische’ daar duidelijk anders ligt.⁷

Tot de jaren tachtig lag de nadruk zelfs zeer sterk op de patiëntrelatie en de psychosomatiek. Daarna verandert dat en komt er ook weer meer aandacht voor de medische aspecten van het vak, maar er blijft volgens Dwarswaard een zekere gereserveerdheid bestaan ten opzichte van een te veel aan medische zorg in strikte zin. Het gesprek met de patiënt, en aandacht voor zijn levenssituatie, hebben altijd een prominente plek gehad in de generalistische geneeskunde. Hoewel Dwarswaard ook signaleert dat door de introductie van marktwerking in de zorg, bij huisartsen het aantal verrichtingen toeneemt, en dus deze norm van terughoudendheid wat afzwakt, blijft staan dat de kwaliteiten van de generalist, de kenmerken van zijn op aandacht en luisteren gerichte habitus, goede middelen zijn om een tegengewicht te bieden tegen een overmatige technologische focus. Het gesprek is het middel bij uitstek om andere informatie als wensen, overtuigingen, en het levensperspectief boven tafel te krijgen.

BALANS HERVINDEN

De korte schets van de rol van de evidence-based medicine, de medische technologische hausse en de problematiek van het overbehandelen, wijzen op een disbalans in de medische praktijk. De technische, specialistische vaardigheden en de belofte van maakbaarheid van het leven, hebben de overhand gekregen boven de vaardigheden van de generalisten. De ‘andere informatie’ die zij kunnen inbrengen leggen het vaak af tegen de medisch-wetenschappelijke gegevens en technische mogelijkheden.⁸ Die andere informatie is te vinden in het verhaal van de patiënt: hoe staat hij in het leven? Wat vindt hij belangrijk? Wat wil en kan de patiënt nog? Dat vraagt een vertrouwensbasis en bekendheid met de patiënt, kenmerken die bij de generalist vaak eerder op de voorgrond staan dan bij de specialist.

In de sector is een beweging aan de gang om de balans tussen technisch weten en ingrijpen enerzijds en anderzijds het luisteren en inventariseren van de levenshorizon van

de oudere, kwetsbare patiënt, te herstellen. Naar Amerikaans voorbeeld ('choosing wisely') heeft ook de Orde van Medisch Specialisten samen met ZonMW een soortgelijk initiatief genomen onder de naam 'Verstandig kiezen'. In dit project wordt de evidence-based medicine ingezet voor dat doel, in de vorm van het selecteren en aanreiken van de meest effectieve behandelingen. Tegelijkertijd beoogt men de gezamenlijke besluitvorming tussen arts en patiënt te verbeteren. Bij de KNMG heeft de campagne 'Tijdig spreken over het levenseinde' waarmee ze visie en handvatten aanreikt aan arts en patiënt, een vervolg gekregen in het project 'Passende zorg in de laatste levensfase'. Ook wordt er extra ingezet op de verbetering van de niet-medische competenties van artsen in de opleiding, zoals communiceren en samenwerken, met het project CanBetter (zie: KNMG, Modernisering Medische Vervolgopleidingen). Kortom, in het veld zijn er diverse initiatieven om de technische eenzijdigheid van het handelen van medisch specialisten met de in de marge geraakte andere competenties, meer in evenwicht te krijgen.

We hebben gezien dat de habitus van de generalist kenmerken bevat die voor deze problematiek zeer behulpzaam kunnen zijn. Kan de individuele arts, de generalist, vanuit zijn in opleiding en praktijk goed ontwikkelde luister- en communicatieve vaardigheden, een extra stimulans geven aan die beweging naar meer evenwicht? Kan hij zijn collega de medisch specialist helpen de medisch-technische beroepsfocus te verbreden? Wij denken inderdaad dat dat kan en willen die vraag tot slot beantwoorden met hieronder een praktijkvoorbeeld, een *good practice*.

In de regio Eindhoven zijn een aantal specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen samen met geriateren en medisch specialisten uit het Catharina Ziekenhuis en de koepelorganisatie Huisartsen-Catharina Ziekenhuis (HACA) een project gestart om tot een betere samenwerking en besluitvorming te komen bij patiënten in hun laatste levensfase. Het project komt voort uit eigen probleembewustzijn van de betrokken partijen en sluit aan bij de genoemde initiatieven van de KNMG en de Orde. De doelstelling is om de besluitvorming in de zorg voor chronische en kwetsbare oudere patiënten te verbeteren. In de aanloop naar beleid en afspraken worden in de groep ervaringen uitgewisseld en ook de eigen worstelingen en twijfels uitgediept en verhelderd. Zo is het goed om van elkaar te horen dat specialisten niet klakkeloos de laatste technische hoogstandjes aanbieden, zoals met de behandelmodus wordt gesuggereerd, maar dat het moed en doortastendheid vraagt om bij een haast grenzeloos aanbod tegen de hooggestemde verwachtingen van patiënten in te gaan. Dat gaat niet altijd zonder slag of stoot. En de verleiding is er, zeker als er geïntimideerd wordt, om met de wensen van patiënt en familie mee te gaan. Van de andere kant is het goed om bijvoorbeeld

van de specialist ouderengeneeskunde te horen dat, voor de meerderheid van hun patiëntenpopulatie, het levenseinde geen taboeonderwerp is. Ouderen weten vaak heel goed wat ze willen. Van belang is wel het juiste moment te kiezen voor zo'n gesprek. Op de spoedeisende hulp moet het soms noodgedwongen, maar dan zijn de gemoederen oververhit. Beter is een rustig moment te kiezen, kort na een ziekenhuisopname op de poli, of bij de chronische patiënt als diens situatie merkbaar verslechtert. In een gemengde werkgroep van generalisten en specialisten liggen mogelijkheden om van elkaar te leren en begrip voor elkaar op te brengen. Dat is een goede basis om vormen te vinden en afspraken te maken voor de zorg voor patiënten die niet alleen bij meer medische technologie gebaad zouden zijn. Dat lijkt ons een manier waarop ook de individuele arts, specialist of generalist, samen met collega's, zijn verantwoording kan nemen in de zorgkostenproblematiek. Samen zoeken en afstemmen welke zorg passend is. Als het goed is leidt dit tot terughoudendheid in het medisch-technische aanbod, en als afgeleide daarvan tot kostenbesparing.

LITERATUUR

1. Klink A et al. *Rapport Booz & Co: Kwaliteit als medicijn, aanpak voor betere zorg en lagere kosten*, 2012.
2. Engelen E van. *Gun patiënt zijn einde*. *Medisch Contact* 2011;23:1470-1.
3. Pels D, Hofstede R. *Pierre Bourdieu. Opstellen over smaak, habitus en het veldbegrip*, ingeleid door Dick Pels, Amsterdam, 1989.
4. Bourdieu noemt dit de 'orthodoxie' in zijn terminologie. Hij gebruikt dit soort terminologie van 'orthodoxie' en 'heresie' (ketterijen, dwaalleren) om de dynamiek rond 'gezag', 'macht' en 'waarheid' te beschrijven. We hebben dat hier niet verder uitgewerkt, maar wat het in dit verband duidelijk maakt is dat een beroepspraktijk niet zo gemakkelijk te veranderen is, onder meer vanwege het gezagsaspect van praktijk en onderliggende visie.
5. *De gedachte dat geneeskunde voor alles een natuurwetenschap is, is voor het eerst verwoord in het zogenaamde 'Flexner report' uit 1910: geneeskunde moet zich spiegelen aan de biologie en de studenten moeten onderricht worden in natuurwetenschappelijke methoden* (Lewis, 2011, 10). *EBM bouwt hierop voort*.
6. Witman Y. *De medicus maatgevend. Over leiderschap en habitus*, Assen, 2008.
7. Dwarswaard J. *De dokter en de tijdgeest. Een halve eeuw veranderingen in de beroepsethiek van huisarts en chirurg*, Boom, 2011.
8. *Dit is ook een bekend probleem vanuit morele beraden tussen verpleegkundigen en medisch specialisten*.

Correspondentieadres

eric.vd.laar@catharinaziekenhuis.nl

Kennistoets

“Financiën voor dummies”

De afstand tussen artsen werkzaam in een zorgorganisatie en het bestuur van dezelfde zorgorganisatie lijkt geregeld groot of zelfs onoverbrugbaar. Wij vroegen Diny de Bresser, voorzitter van de raad van bestuur van Topaz, een grote zorgorganisatie in Leiden en omgeving, om onze kennis en kunde te testen. Als bestuurder en van huis uit fysiotherapeut wil zij graag meer inbreng van professionals. Met deze kennistoets ‘financiën voor dummies’ is succes in invloed uitoefenen gegarandeerd!

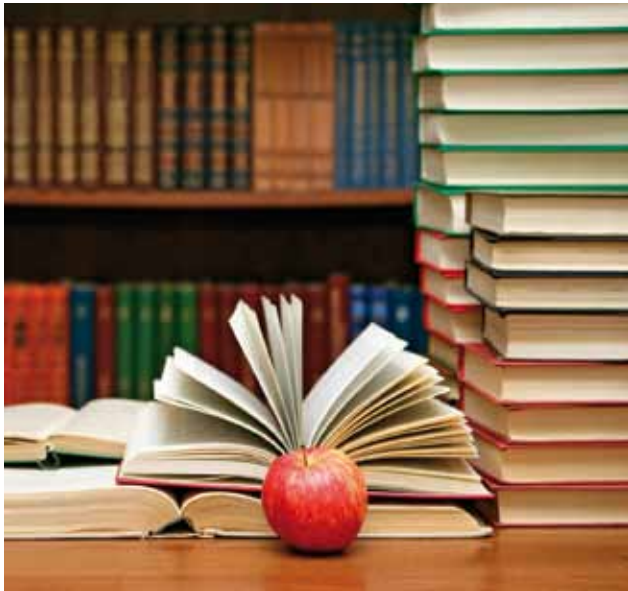


Diny de Bresser.

VRAGEN

1. Wat is het verschil tussen het maximale tarief voor ZZP 5 en 7 met en zonder behandeling?
2. Stel, je hebt extra middelen voor de uitvoering van een non-fixatiebeleid in 2015. Wanneer zorg je ervoor dat deze middelen beschikbaar zijn?
3. Welke inkomstenbronnen heeft het verpleeghuis vanaf 2015?
4. Waar zijn financiële jaarverslagen van zorgorganisaties te vinden?
5. Wat zijn belangrijke kerngegevens uit het financiële jaarverslag als het gaat om de financiële gezondheid van een zorgorganisatie?

De antwoorden en toelichting vindt u op pagina 131.



Vijf vragen aan... Mieke Draijer

In het verleden hoorden we dokters wel eens zeggen: ‘Geld, daar wil ik niets mee te maken hebben...’. Dat we die woorden in de huidige tijd niet zo vaak meer horen bij beroepsgeenoten heeft natuurlijk alles te maken met krapte. Wanneer er genoeg is, is het onbelangrijk. Wanneer er te weinig geld is en er keuzes gemaakt moeten worden, dan wordt geld wel belangrijk. Wie maakt deze keuzes voor ons? Willen we zelf mee bepalen? Moeten we zelf mee bepalen? Wat is belangrijk voor de specialist ouderengeneeskunde op het gebied van financiën? Oud-Veren-so-voorzitter Mieke Draijer werkt sinds 2012 als directeur medische zaken bij Alliade, een grote zorggroep in het noorden van het land. Zij is zo’n ‘medebepaler’, wij stelden haar een aantal vragen over dit thema.



Mieke Draijer.

1. Vind jij dat het nuttig, nodig of juist hinderlijk is, dat managers van een medische dienst een zorgachtergrond hebben? Vind je het nodig dat zij zelf ook als arts werkzaam zijn?

Vaak is het nuttig, soms is het hinderlijk... Manager zijn is echt een vak. Je moet zowel in grote lijnen als in grote groepen kunnen denken, en het eigen belang (oftewel het belang van alleen jouw patiënt of jouw afdeling) los kunnen laten ten gunste van het grote belang. En dat is niet een ieder in de zorg gegeven. Dat is ook heel goed, want wanneer je in de zorg werkt is het juist van belang dat je door het vuur gaat voor die ene patiënt of voor je afdeling. Wanneer het je lukt het kleine belang los te laten en meer te denken in het brede belang van een organisatie dan is het prachtig wanneer een zorgprofessional manager wordt. Het geeft een natuurlijke binding met andere medewerkers en het werk dat zij doen. Of het per se artsen moeten zijn? Ik zou willen zeggen van niet, maar de praktijk leert wel dat artsen het beste luisteren naar artsen. Dus handig is het wel!

2. Wat zou volgens jou de rol van de arts als eerste geneeskundige of manager medische dienst moeten zijn in, of samen met het bestuur, van een (grote) zorgorganisatie?

Samen zouden zij de richting moeten bepalen die de organisatie moet gaan en daarmee dus waar het geld naartoe gaat. Artsen in een organisatie voor langdurige zorg hebben veel inzicht in het reilen en zeilen van een organisatie (wat gaat goed en wat gaat niet goed). Ook hebben zij inzicht in de ontwikkelingen in de patiëntenpopulatie en als het goed is zitten zij ook ingebed in het netwerk rondom de organisatie, dus weten zij ook wat er bij de concurrenten/ketenpartners speelt. Dit is ontzettend belangrijke informatie voor beleidsbepalers. Zeker wanneer een eerste geneeskundige in staat is met oplossingen en mooie nieuwe ideeën te komen om de richting van de organisatie goed in te zetten. Dat is heel waardevol. Helaas hoor ik te vaak dat

beleidsbepalers geen gebruik maken van de kennis en kunde van een eerste geneeskundige. Dit is wat mij betreft een gemiste kans. Overigens hoorde ik in mijn tijd als voorzitter de bestuurders verzochten dat het zo lastig was om met de medische dienst in gesprek te komen... Blijkbaar lukt dat wederzijds niet heel geweldig.

3. Wat zijn volgens jou in 2014 de belangrijkste thema's voor het 'medisch' kostenmanagement in de intramurale ouderenzorg en waarom vind je die thema's belangrijk? En hoe vind je dat voor de taken van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn?

Belangrijk vind ik de veranderende AWBZ in de zin van de komst van de DBC, omslag naar de participatiemaatschappij en de ontwikkeling naar de Wet Langdurige Zorg (WLZ). Uiteraard ook de overheveling extramurale behandeling naar de ZVW. Ze zijn belangrijk omdat ze onze realiteit gaan worden of al zijn. De invoer van de DBC Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ) vraagt heel veel van artsen, paramedici, zorg en organisatie. Er moet geld bij wanneer je het niet goed organiseert, registreert of factureert. En laten we die drie zaken nu net in de AWBZ niet heel goed op orde hebben.

Dit geeft je de morele plicht 'zinnige en zuinige' zorg te leveren

Bovendien zien we in de indiceringsregels al de omslag naar de participatiemaatschappij. Veel kwetsbare patiënten gaan uit het ziekenhuis direct naar huis. Dat betekent bedden leeg en waar de bedden leeg zijn is ook geen dokter of andere behandelaar nodig. Minder werk dus voor de (para-) medische dienst. Hoe regel je nu dat je toch voldoende

inkomsten houdt om iedereen aan het werk te kunnen houden? Waarschijnlijk gaat de WLZ ons weer werk erbij geven, maar niks is nog zeker. En dat zal het voorlopig blijven: heel onzeker allemaal. Dat is het belangrijkste thema.

4. Wat vind je dat, naast de medisch manager, de individuele praktiserende artsen zouden moeten weten van financiële kosten en kostenbeheersing en hoe ze op basis van die kennis zouden moeten handelen? En aan welke voorwaarden moet worden voldaan om dat te realiseren?

Ik denk eigenlijk dat alle mensen in de zorg zich zouden moeten realiseren dat wanneer zij meer geld uitgeven dan nodig, dit geld weggaat bij de patiënten. Bestuurders verdienen er niet minder om, hun salaris staat meestal gewoon vast. Te dure medicijnen, te veel lab- of röntgenaanvragen, het gaat rechtstreeks ten koste van patiënten. Dit geeft je de morele plicht 'zinnige en zuinige' zorg te leveren. Niet maximaal, maar optimaal en dat is echt wat anders. Bovendien vind ik dat artsen op de hoogte zouden moeten zijn van alle mogelijkheden die de financiering biedt. Ik hoor vaak zeggen dat zaken om reden van financiering niet kunnen, maar heel veel dingen kunnen best geregeld worden als je maar zicht hebt op het hele brede spectrum van de financiering van de ouderenzorg. Denk niet alleen aan de AWBZ als je een probleem wilt oplossen voor een patiënt maar denk ook aan PGB, WMO, ZVW of eigen middelen. Soms kan een sponsor ook nog wat betekenen. Deze kennis heeft in mijn werk al tot vele creatieve oplossingen geleid.

5. Wat vind je zelf de leuke kanten van het medisch management en, zo je wil, van het medisch bestuur in de ouderenzorg?

Wat ik de leuke kant vind van het medisch management/bestuur is dat je goede dingen kunt doen voor een veel grotere groep mensen en dat je ook heel direct invloed hebt op de keuzes op weg naar goede zorg. Wat wel belangrijk is dat je je voldoening moet halen uit het werk voor een meer anonieme groep. Als dokter werk je je in het zweet voor mevrouw Jansen en mijnheer De Vries die je daarna eeuwig dankbaar zijn en dit ook tonen. Of je hebt dankbare familie nadat het sterfbed van hun geliefde op een mooie manier is begeleid. Dat is heel klein, gericht en daardoor heel direct. In bestuur of management doe je nog wel eens iets voor de individuele patiënt, maar dat is vaak alleen maar wanneer de rest er compleet in vastloopt en dat is meestal geen dankbaar werk. Je moet je voldoening halen uit het feit dat er in de breedte goede behandeling en zorg geleverd wordt. Of dat er allerlei nieuwe initiatieven zijn gestart waar allerlei mensen voordeel uit kunnen halen en dat jij daarvoor aan de basis hebt gestaan. Maar dankbare patiënten? Nee, daar hoor ik niet zoveel meer van. En van dankbare medewerkers daar moet je je ook niet teveel van voorstellen. Die hoor je meestal alleen maar wanneer er iets niet goed is. Kortom: het is niet alleen maar leuk. Mij heeft vooral het nieuwe dingen bedenken en het iets kunnen betekenen voor een grotere groep mensen naar het bestuur getrokken. Ik sluit trouwens niet uit dat ik ooit weer gewoon ga dokteren, af en toe een bedankje is toch ook wel heel aardig.....

Correspondentieadres
redactie@verenso.nl



Opmerkelijk

Wij kregen onlangs van onze manager te horen dat er problemen waren met onze consulentspsychiater over zijn declaraties met betrekking tot de bij ons in onze instelling verrichte activiteiten. Hij verzocht om voor de periode dat deze problemen nog onopgelost waren de psychiater niet in consult te vragen. Wij hebben hem laten weten met zijn verzoek niet akkoord te kunnen gaan. Vanwege zorginhoudelijke overwegingen moeten wij onze consulentspsychiater kunnen blijven consulteren. Het oplossen van problemen rond declaraties moet los daarvan worden gezien en dus gescheiden daarvan worden opgelost.

Doorontwikkeling, geen afbraak

Nienke Nieuwenhuizen, voorzitter Verenso

Heeft u het ook gezien? In de arbeidsmarktmonitor van Medisch Contact (MC) van mei jongstleden blijkt dat het aantal openstaande vacatures voor specialisten ouderengeneeskunde is gedaald naar 89! En dat terwijl het aantal vacatures toch jarenlang zo rond de 250 was. Wellicht was ik te optimistisch in mijn eerste interview met MC over het banenperspectief van aankomende collega's, maar wat het in ieder geval aantoont is dat de tijden echt veranderen. Niet een klein beetje, maar heel veel en heel snel.

Wat een dergelijk getal precies betekent is lastig te interpreteren. Het lijkt niet heel realistisch te denken dat al die voorgaande vacatures daadwerkelijk zijn ingevuld door specialisten ouderengeneeskunde. En ja, er zijn bezuinigingen maar daadwerkelijke sluiting van verpleeghuisplaatsen is nu nog niet op grote schaal aan de orde. In de GGZ is er echter wel sprake van een verschuiving en vermindering van arbeidsplaatsen. En ook de basisartsen lijken steeds minder makkelijk een baan te kunnen vinden, ook niet in het verpleeghuis. Wat is er aan de hand?

Helemaal duidelijk is deze plotselinge daling van vacatures niet. Waarschijnlijk lopen instellingen vooruit op toekomstig beleid en nemen ze in deze financieel onzekere tijden liever geen nieuwe mensen meer aan en proberen ze op andere manieren hun vacatures in te vullen. Of ze stoten toch bedden af en proberen werk op een andere manier te organiseren met vormen van taakdelegatie. Zoals nu ook massaal verzorgend personeel op straat komt te staan en omscholing krijgt aangeboden, zo is te verwachten dat ook het hoger opgeleid personeel zijn waarde zal moeten tonen. Wat is uw waarde binnen uw organisatie? En hoe kunt u die waarde vergroten of beter tonen? Vragen die u zich beter eerst zelf kunt stellen voordat uw werkgever dat vraagt.

Ook op het bureau van Verenso merken we die veranderingen op. Verenso is echter in basis een wetenschappelijke vereniging. En hoewel de laatste 20 jaar al werk is verzet om de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn te krijgen, is de belangenbehartiging ook voor de intramurale kant van ons vak nog nooit zo belangrijk geweest. Er was voldoende werk en er waren geen twijfels over de noodzaak van onze beroepsgroep. Dat continu hoge aantal openstaande vacatures was daarvan een geruststellend verontrustend cijfer. Dat is dus aan het veranderen. Of dit een eenmalige daling is moeten we nog afwachten.

De AWBZ voor ouderen staat onder druk. Uit brieven, beleidstukken en de gesprekken met ambtenaren en politici kan een goed verstaander opmaken dat ouderenzorg niet vanzelfsprekend meer gezien wordt als echt langdurige



zorg en aldus wellicht niet passend is in de wet langdurige zorg. Daarnaast moet de langdurige zorg, met voor u de bekende redenen, slechts toegankelijk zijn voor een beperkte groep. En ouderen zijn geen kleine groep.

Ik ken de toekomst niet. En ook niet in welke politieke stromingen we de komende tijd terecht gaan komen. Maar als vereniging kunnen we beter anticiperen op deze geluiden. Want toen Oostvogel begon sprak hij de verwachting uit dat we het verpleeghuiswezen tot ontwikkeling moesten brengen. De huidige opdracht is om de verpleeghuiszorg te behouden! Want ja, de specialist ouderengeneeskunde moet ook werkzaam kunnen zijn in de eerste lijn bij de mensen thuis! Maar het verpleeghuis zelf is een waardevolle aanvulling in de Nederlandse gezondheidszorg. Het verdient doorontwikkeling. Geen afbraak. En daar hebben wij een belangrijke rol in te vervullen.

Als het goed is zijn er op dit moment een aantal enthousiaste collegae betrokken bij het project 'SO 2020'. Verenso werkt ondertussen hard aan belangenbehartiging in Den Haag. We proberen daarnaast door de columns in MC, onze aanwezigheid bij belangrijke symposia en bijeenkomsten en natuurlijk via de media ons specialisme bekendheid te geven. Maar ook u kunt helpen. Door te publiceren in bijvoorbeeld Medisch Contact of het NtvG, reacties te geven op artikelen in kranten of op websites zoals artsennet, SKIPR en Zorgvisie en lokaal in uw regiobijeenkomsten van huisartsen. Of door de gemeente te bezoeken en eigen symposia te organiseren zoals een aantal regio's al met succes doen. Integrale multidisciplinaire medische zorg en begeleiding voor onze doelgroep is en blijft noodzakelijk. Ook als de manier van zorg verlenen of de financieringsstructuur verandert.

Correspondentieadres
redactie@verenso.nl

'Waardevolle en financieel houdbare ouderenzorg'

In gesprek met Marlies Veldhuijzen van Zanten, specialist ouderengeneeskunde en voormalig staatssecretaris VWS

Aafke de Groot en Susanne de Kort

Het is inmiddels ruim anderhalf jaar geleden dat staatssecretaris Marlies Veldhuijzen van Zanten plaatsmaakte voor opvolger Martin van Rijn. De ouderenzorg is tijdens deze en de vorige regeerperiode onstuitbaar aan het veranderen. Zorgzwaartepakket (ZZP) 9 ging grotendeels over naar de Zorgverzekeringswet. ZZP 1, 2 en 3 werden opgeheven. De effecten van die maatregelen worden voelbaar. Om meer te begrijpen van de beoogde transitie in de ouderenzorg vroegen we Marlies als politiek ingewijde om uitleg. 'Kan de specialist ouderengeneeskunde bijdragen aan zinnige en zuinige zorg', was onze wellicht naïeve vraag. Zijn er ook Dappere Dokters' nodig in onze gelederen? Het werd een gepassioneerd gesprek.



Marlies geeft uitdrukkelijk aan haar vroegere collega's en aios niet te willen ontmoedigen. Wij vragen haar juist om ons toch maar de harde, heldere boodschap te geven. Komende uit een politieke wereld waarin een enkele beweging of woordspeling een politieke rel kan ontketenen, wil ze echter ook zorgvuldig omgaan met de nuance in het verhaal. Daarom heeft zij voor dit gesprek over de ouderenzorg voor ons allerlei bruikbare dossiers opgezocht, twee tassen vol stukken waarvan maar enkele ons vaag bekend voorkomen. Veel Haags geschrijf ontgaat ons als beroepsgroep blijkbaar volledig. Er staan grote veranderingen op stapel in de langdurige zorg en de positie van de specialist ouderengeneeskunde is daarin niet zeker. Wij spreken eerst over de contouren en de invulling van langjarig ouderenzorgbeleid. Dan over de mogelijke uitwerking van dat beleid op het veld van zorgaanbieders en het werk van professionals zoals de specialist ouderengeneeskunde. En ten slotte over de gevolgen van de veranderde spelregels voor onze zorgvragers, de kwetsbaarste ouderen en hun naasten. 'Financiële houdbaarheid van het zorgstelsel, daar gaat het om.'

ONZE LANGDURIGE ZORG IS DE DUURSTE VAN DE HELE WERELD

'Als we inzoomen op de nationale begroting is Nederland vanuit Europa aangesproken op twee dingen: onze huizenmarkt en onze langdurige zorg in het kader van de wereldwijd dubbele vergrijzing. De dubbele vergrijzing leidt er

zeker toe dat ons vak zich verder zal ontwikkelen, daar komen we later in dit gesprek op terug. Maar de kosten van de langdurige zorg als publieke voorziening zijn enorm gestegen doordat er ook diensten binnen de AWBZ zijn opgenomen zoals wonen en zoals begeleiding. De vergrijzing zelf draagt minder dan 10% bij aan de medische kosten in de zorg maar het langdurig zorgbehoevend zijn, met de kosten van dat brede aanbod, leidt tot enorme groei. Daartegenover staat dat er een verandering gaande is in solidariteit.² Solidariteit wordt vooral gevoeld met de eigen familie, met bekenden, maar niet meer vanzelfsprekend met iedere willekeurige buitenstaander die zorg nodig heeft. Het principe van solidariteit: 'de sterkste schouders dragen de zwaarste lasten' wordt nog steeds wel onderschreven, maar er wordt een groot beroep gedaan op de gezonde, jonge, werkende, rijkere mensen ten bate van de zieke, oude, niet-werkende en armere mensen. Nu de zorg zoveel van de begroting opslokt, gaan ook andere – publieke – sectoren daar voelbaar onder lijden zoals onderwijs en sociale zaken. De vraag is dus: hoeveel extra is die zorg ons eigenlijk waard? Hoe de houdbaarheid eruit zag was eigenlijk niet bekend. Dat noodzaakte een pijnlijk slechtnieuwsgesprek vanuit de regering voordat we ook maar enig maatschappelijk draagvlak hadden voor hervormingen. Onder de titel 'Wat is de zorg ons waard?' brachten wij dus eerst een rapport uit dat in zeer beeldende vorm realistische informatie gaf. De getallen lagen er wel op bestuurlijk niveau maar de onafwend-

baarheid van ingrepen was nog niet onderkend. Er waren al verschillende onderzoeken verricht naar de bekostiging van kwalitatief goede zorg op langere termijn, dus naar de houdbaarheid van het systeem. Op basis daarvan zijn scenario's ontwikkeld en is politiek beleid in gang gezet.³ De eerste brief over hervorming van de langdurige zorg, die ik naar de Tweede Kamer stuurde en die mijn opvolger momenteel uitwerkt, dateert van juni 2011. Alle media-aandacht ging op dat moment naar de aanpak van het persoonsgebonden budget (PGB) dat in de schijnwerpers stond. Maar eigenlijk was de transitie naar de WMO van groter politiek belang. Net als het scheiden van wonen en zorg, ZZP 1 t/m 3 die losgekoppeld werden van 'stenen'.

Met verzekeraars en gemeenten werd in 2010 druk beraadslaagd over jeugdzorg, AWBZ en 'Werken naar vermogen'. Drie grote dossiers moesten immers tegelijk naar de gemeenten overgaan. Toen is dat woord 'participatie' ook in het vocabulaire gekomen. In juni 2011 werden de plannen gelanceerd, in april en in november 2013 ging een nadere uitwerking van de plannen langdurige zorg naar de Kamer.⁴ Het ontwikkelen van nieuwe wetgeving, in dit geval de Wet Langdurige Zorg, duurt zeker vier jaar. Intussen staan de maatschappelijke ontwikkelingen niet stil. Staatsecretaris Van Rijn onderhandelde verder met het veld, politiek, gemeenten en verzekeraars. Er werden verdragen gesloten en soms weer opengebroken. Persoonlijke verzorging, wat eerst naar de gemeenten zou gaan, gaat nu naar de verzekeraars. En gemeenten waren boos daarover. Soms zijn die reacties deel van de onderhandeling, soms een teken van bestuurlijke aarzelingen.'

OP GEMEENTELIJK NIVEAU MOET HET BRUISEN

'Aan de tekentafel te kunnen staan bij zo'n ontwerpproces, de zorg opnieuw schetsen, dat is fascinerend. Ik kon aangeven waar ik dacht dat het wel of niet zou gaan werken. Beleidsmakers staan ver af van de praktijk, en ik kon die link vaak wel leggen. Daardoor heb ik kunnen zien hoe onmetelijk groot die afstand in denkstappen en referentiekaders eigenlijk is, hoeveel lagen er tussen zitten. De verbindingen tussen al die onderdelen van de zorg zijn belangrijk. Ik heb juist daarom patiënten steeds uitgenodigd om hun verhaal te komen vertellen. Aan mij, samen met de ambtenaren. Die vonden dat meestal een aangename en wederzijds confronterende ervaring.

Vanaf de Haagse tekentafel gaat de ontwikkeling verder. Het regeerakkoord in de schaduw van de eurocrisis is primair een financiële opgave, binnen dat kader wordt beleid gemaakt, worden keuzes gemaakt waarbij de kwaliteit behouden moet blijven en vernieuwing een kans moet krijgen. Het begint met financiële keuzes maar daarachter zit de inhoud, daar moet je de 'beweeglijkheid' van inschatten, kijken of het kan gaan werken. Voor de transitie van de langdurige zorg komt het erop aan waar de branding van

het operationaliseren zit. Die zal moeten bruisen en borrelen en die branding ligt op gemeentelijk niveau. Dat is waar het straks gebeurt. Er moeten weer infrastructuurle voorzieningen in de regio komen met de meerwaarde dat die zich inhoudelijk ontwikkeld hebben. Daar ligt, in het bijeenbrengen van versnipperde voorzieningen de inhoudelijke en ook de financiële winst. Vandaar ook dat gemeenten boos zijn als er een schakel tussenuit valt, zoals nu met de persoonlijke verzorging.'

HET SCHEIDEN VAN WONEN EN ZORG

'Ik had niets met het idee dat je als je zorgafhankelijk was ineens gelijk – na 80 jaar leven in ongelijkheid – behandeld zou moeten worden voor je woning. Met wie zou jij in één zaal willen zitten? Het oude systeem hield nul procent vrijheid in voor iedereen die veroordeeld was tot het instituut. De laatste paar jaar van je leven met iedereen gelijkgeschakeld.

Participatie als beleidsprincipe houdt een verschuiving in naar de eigen leefwereld, met het eigen netwerk en (deels) betaald van het eigen spaargeld. Daar zal de vanzelfsprekendheid om te zorgen groter zijn. Tegelijkertijd wordt een hypotheek ingebouwd die neveneffecten heeft. Het wordt zwaarder voor de mantelzorgers. Daar zullen de eigen medeburgers en de eigen gemeente oplossingen voor gaan zoeken. Bijvoorbeeld voor eenzaamheid en voor de eerste opvang bij functionele achteruitgang. Denk bij mensen met dementie aan dagbesteding. Het kan zijn dat de huidige inhoudelijke visie minder aanwezig is en dat huidige voorzieningen minder toegankelijk worden, maar het kan ook leiden tot nieuwe vormen van ondersteuning. De grote steden en de grote spelers op het maatschappelijk middenveld zijn daarin toonaangevend met bijvoorbeeld het burgerinitiatief in Amsterdam Zuid en een initiatief als 'wehelfen.nl'. De publieke voorzieningen zullen bewaard worden voor mensen die het absoluut niet zelf kunnen regelen, niet kunnen betalen en/of mantelzorg geheel ontberen.'

IS HET VERPLEEGHUIS ZOALS WIJ HET KENNEN, VOORBIJ?

'In het huidige werkveld van de specialist ouderengeneeskunde zitten onderdelen die sterk zijn en die bewaard moeten worden of moeten worden meegenomen naar de eerste lijn. Wat wil je er van behouden? Beoordeel specifiek 'wat er mooi en goed is'. Er zijn prachtige stukjes zorg, pareltjes, maar ook stukken waar je het van ellende niet aan elkaar weet te knopen. Het is een heel groot probleem om genoeg verzorgenden en het juiste niveau te krijgen. Hebben we in het concept van het benodigde volume langdurige zorg wel voldoende niveau 2 en 3? Zorgzame mensen, empathisch en validerend, die om kunnen gaan met kwetsbaarheid? Dat is nog een veel groter probleem dan het geld.'

BEWEGEN NAAR EEN ANDERE TOEKOMST

'In iedere groep specialisten ouderengeneeskunde zijn verschillende talenten aanwezig: de 'internist' die het leuk

vindt om te sleutelen, de ‘revalidatiearts’ die met de hemiplegiepatiënten aan de gang gaat en de echte dementiedokter die – zelfs dwars door de medicatie heen – aanvoelt wat de patiënt nodig heeft en kan communiceren zonder dat de ander het allemaal kan aangeven. Elkaar bij de les houden dus en appreciëren wat de één kan en wat de ander kan. In het werk is altijd inspiratie te vinden, maar er is ook een zekere geborgenheid voor de professionals aan die gesloten setting, een ‘community’. Maar als je de patiënt volgt, als de kwetsbare oudere in zijn meest radeloze fase je aanspreekt, als je die wilt bereiken dan wijzen in het huidige beleid alle wegwijzers naar de thuissituatie. Dat is het punt waarop de mantelzorgers zeggen ‘we hebben hulp nodig’, waar de huisarts zegt ‘ik weet het even niet meer’. Ik zie ons dan een positie hebben in dat netwerk, in die keten, ook buiten de instelling. Wat dat betreft kan de specialist ouderengeneeskunde meer betekenen als hij naar de vraag toe beweegt.’

DENK OOK ZAKELIJK

‘Het is belangrijk om realistisch te zijn. Je kunt niet alleen toe met visie, dat doe je thuis ook niet. Je zult iets met betaalbaarheid moeten, want je wilt immers ook je salaris aan het einde van de maand. Het geld wat jij kost, in de publieke sector, betaald uit belastinggeld, dat hebben andere mensen opgebracht. Het gaat niet naar andere goede zaken, niet naar een onderwijs of naar de begeleiding van een autistisch kind, maar het gaat naar jouw werk. Die verantwoordelijkheid draag je. Zo zou ik er naar kijken. Je zult het mogen doen zolang anderen het waarderen en ze vinden dat het belangrijk is wat je doet.

Je distantiëren van geld, organisatie en management vind ik jammer. Natuurlijk moet je aan managementteams deelnemen. Het is niet vies of besmettelijk. Hoe iets gerund wordt is hartstikke belangrijk. Ik ben zelf babyboomer en deel van een heel grote groep mensen die misschien de 100 jaar gaat halen. Ik hoop dat er dan iemand bij mij thuis langsfiets die mijn lijst pillen bekijkt en opschoot en die me aankijkt en vraagt: ‘wat wilt u dat ik voor u doe?’

De toekomst voor de specialist ouderengeneeskunde, maar vooral van de ouderenzorg, ligt in de eerste lijn. Met je talent, kennis en expertise kun je het onderscheid maken en kwetsbare ouderen behoeden voor veel frustratie en verdriet. Laat de beroepsgroep haar ideeën kenbaar maken, zichtbaar zijn, bewegen.’

LITERATUUR

- <http://lhv.artsennet.nl/amsterdam/Optimale-zorg-Dappere-dokters.htm>
- Meebetalen aan de zorg. Sociaal en Cultureel Planbureau Den Haag, november 2012
- De zorg: hoeveel extra is het ons waard? VWS, Juni 2011
- <https://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-publicaties/kamerstukken/2014/2014-04-25/2014-04-25-merbrief-over-uitkomst-begrotingsoverleg-hervorming-langdurige-zorg-2014-04-25-merbrief-over-uitkomst-begrotingsoverleg-hervorming-langdurige-zorg.pdf>

Correspondentieadres
aj.degroot@vumc.nl



Opmerkelijk

Voor de grote geïnfecteerde decubituswond van mevrouw A. wordt door de specialist ouderengeneeskunde VAC-therapie geïndiceerd geacht. Die behandeling kost € 60 per dag en de verwachting is dat die behandeling minimaal een maand zal moeten plaatsvinden. Deze specialist ouderengeneeskunde weet dat, wanneer speciale behandelingen die meer kosten dan € 700 per maand, aanvullend gedeclareerd mogen worden bij het Zorgkantoor. De specialist ouderengeneeskunde weet echter ook een voor het verpleeghuis nog goedkopere oplossing, namelijk een eenmalige verwijzing naar de polikliniek dermatologie. Dan kan de behandeling verder in het verpleeghuis plaatsvinden in het kader van de door de dermatoloog geopende DBC, geheel op kosten van de zorgverzekeraar.

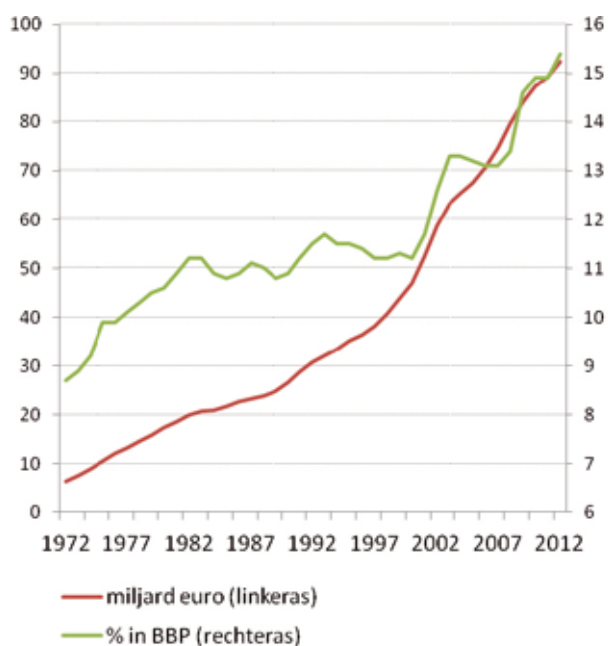
Zorguitgaven: lust en last

Prof. dr. Johan Polder, CSO bij het RIVM en hoogleraar gezondheidseconomie aan de Universiteit van Tilburg

De zorg kost ons 240 miljoen euro per dag, en die kosten blijven toenemen. Ongeacht of je zorguitgaven ziet als bijdrage aan welvaart of als een last ten koste van andere overheidsbestedingen, bezitten de zorguitgaven alle kenmerken van een 'wicked problem'. Morele en politieke overwegingen staan een eenduidige oplossing in de weg: het is zoeken naar een fijnzinnige balans tussen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

INLEIDING

Over de zorguitgaven is veel bekend. Bijvoorbeeld dat we in 2013 ruim 90 miljard euro aan de zorg hebben uitgeven. Hoewel bekend, is het bedrag ook weer zo hoog dat het veel mensen weinig meer zegt. Maar als we het omrekenen wordt dat snel anders. De zorg kost dan 10 miljoen euro per uur, 7 dagen per week, 24 uur per dag. Het totale basisonderwijs kost per jaar net zoveel als de zorg in zes weken. Het hoger onderwijs komt niet veel verder dan twaalf dagen zorg. De zorg kost niet alleen veel, maar de zorguitgaven blijken ook altijd maar weer toe te nemen, en veelal meer dan gedacht en verwacht. De zorg groeit sneller dan de welvaart, waardoor een steeds groter deel van de euro's die we met z'n allen verdienen in de zorg terecht komt, inmiddels meer dan 15%. Dat is niet alleen in Nederland zo. Alle Westerse landen worstelen daarmee, wat collega gezondheidseconomen de verzuchting ontlokte 'The oh-so straight and narrow path: can the health care expenditure



Figuur 1. Zorguitgaven in Nederland, 1972-2012 (bron: CBS).

curve be bent?'¹ Voor dat laatste geeft figuur 1 niet meteen hoop. Deze figuur zou zomaar eens de meest beleidsresistente grafiek van Den Haag kunnen zijn.

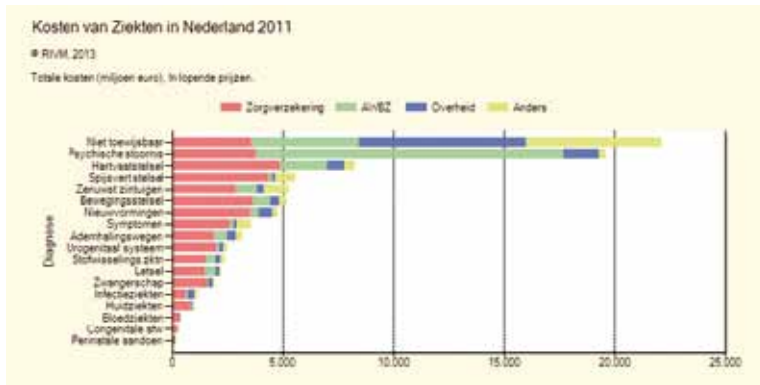
ZIEKTEN EN AANDOENINGEN

We weten gelukkig ook aardig goed waaraan we al die euro's uitgeven. Natuurlijk aan geneesmiddelen, ziekenhuizen, artsen en alle andere aanbieders van zorg. Het Centraal Bureau voor de Statistiek houdt die cijfers sinds jaar en dag nauwkeurig bij in de Zorgrekeningen. Maar we weten meer. Onder andere wat de zorguitgaven voor alle afzonderlijke ziekten en aandoeningen zijn. Figuur 2 geeft daarvan een samengevat beeld. Meteen valt op dat een groot deel van de uitgaven helemaal niet aan een specifieke ziekte kan worden toegewezen. Het betreft onder meer de woonkosten in verzorgingshuizen en de uitgaven aan jeugdzorg en bedrijfsgezondheidszorg. Vervolgens blijken psychische stoornissen met stip op de tweede plaats te staan. Die hoge notering komt omdat de International Classification of Diseases (ICD) daar ook verstandelijke beperkingen en dementie onder schaaft. Mensen die zichzelf niet of niet meer kunnen redden hebben veel zorg nodig. Dit geldt ook voor patiënten die een beroerte (onder hart- en vaatziekten) hebben gehad. Voor het grootste deel wordt deze langdurige zorg uit de AWBZ gefinancierd. Nederland verschilt daarin van andere Westerse landen, waar lokale overheden en private financiering een veel grotere rol spelen.

Als we de figuur verder aflopen blijkt dat we ook veel geld uitgeven aan alledaagse klachten zoals problemen met het zien en horen (zenuwstelsel en zintuigen), waarbij het vooral gaat om brillen, contactlenzen en gehoorapparaten, en verder ook aan het spijsverteringsstelsel vanwege de tandheelkundige hulp voor gebitsafwijkingen. Aan kanker (nieuwvormingen) geven we zelfs minder uit. Maar dat komt juist ook door de ernst van de 'gevroese ziekte'. Daardoor is het beloop kort in vergelijking met chronische aandoeningen als dementie, reuma en hartfalen, en blijven de totale uitgaven ondanks de vaak dure behandelingen toch weer beperkt. De laatste jaren lopen de kosten van kanker wel in op die van andere ziekten. Dit komt vooral door de introductie van nieuwe kankermiddelen en therapieën waarvan de kosten per patiënt wel kunnen oplopen tot honderdduizend euro per jaar.

LEEFTIJD EN LEVENSLLOOP

De zorguitgaven hangen sterk samen met de leeftijd. Naarmate mensen ouder worden gebruiken ze meer zorg. Zeker in de laatste levensjaren kunnen de kosten sterk oplopen,



Figuur 2. Kosten en financiering van ziekten en aandoeningen (bron: RIVM).

hetzij door kostbare behandeling in het ziekenhuis, hetzij door intensieve verpleeghuiszorg in de laatste levensfase. Die hoge kosten vallen erg op wanneer we in een willekeurig kalenderjaar mensen van allerlei leeftijden en levensfasen met elkaar vergelijken. Het plaatje wordt echter anders als we de hele levensloop in beschouwing nemen. Dan blijken de verschillen in zorggebruik en zorgkosten veel kleiner te zijn. Het is zelfs zo dat mensen vanaf hun 65e jaar gedurende de rest van hun leven gemiddeld genomen dezelfde zorgkosten maken, ongeacht of ze gezond of ongezond zijn. Dat komt omdat gezonde mensen veel langer leven, relatief vaker dement worden en over die periode als geheel uiteindelijk toch nog veel zorg nodig hebben. De consequentie hiervan klinkt bijna paradoxaal: een gezonde leefstijl – niet roken, matig eten, veel bewegen – is wel van belang voor de volksgezondheid maar niet voor de zorguitgaven.

JANUS DE KOEKOEKSKIP

Je kunt op heel verschillende manieren naar de zorguitgaven kijken. Wie in navolging van de vermaarde Nobelprijswinnaar Robert Fogel uitgaat van een breed historisch perspectief, zal constateren dat we tot het begin van de twintigste eeuw vrijwel ons gehele inkomen kwijt waren aan de vervulling van onze primaire levensbehoeften: eten, drinken en een dak boven je hoofd. Sindsdien is er veel veranderd. Mede door de steeds betere voeding en gezondheid van werknemers steeg de welvaart met sprongen. Mensen kregen meer te besteden, er kwamen talrijke consumptiegoederen, en de toenemende welvaart stelde de westerse landen in staat om een breed toegankelijke gezondheidszorg te bouwen met een uitbreidend aanbod van voorzieningen. Die leverde op zijn beurt weer een bijdrage aan een verdere verbetering van de volksgezondheid, waardoor ook de welvaart weer steeg. Kortom, ‘health’ en ‘wealth’ liepen samen op, waarom Fogel concludeerde: “The increasing share of global income spent on healthcare expenditures is not a calamity; it is a sign of the remarkable economic and social progress of our age.”² De gezondheidszorg is een kip met gouden eieren.

Je kunt ook een ander perspectief kiezen, zoals Flip de Kam.³ Hij neemt zijn vertrekpunt in de huidige welvaarts-

staat en ziet de gezondheidszorg dan vooral als een koekeekskip dat allerlei andere overheidsbestedingen uit het nest van de Rijksbegroting kiepert. Als het totale hoger onderwijs inderdaad niet meer dan twaalf dagen zorg kost, en allerlei andere overheidstaken dus nog minder, dan vormt de snelle stijging van de zorguitgaven een regelrechte bedreiging voor de overheidsfinanciën. Of de belastingen en premies moeten sterk omhoog, wat burgers niet op prijs stellen en wat ook Europese afspraken in gevaar brengt. Of de overheid moet drastisch bezuinigen waardoor andere vitale overheidstaken in het gedrang komen, zoals onderwijs, openbare veiligheid en infrastructuur.

Beide economen hebben een punt. De gezondheidszorg is zowel een bron van als een bedreiging voor de welvaart. En daarmee heeft de zorg evenals Janus uit de Romeinse oudheid twee gezichten: lust en last. Janus de Koekeekskip.

MOREEL DEBAT

Zo’n koekeekskip is een lastig te temmen beest. En daarmee hebben de zorguitgaven alle kenmerken van een ‘wicked problem’. Enerzijds gaat het om complexe economische relaties van allerlei personen en partijen die moeilijk te sturen zijn. Anderzijds spelen op de voor- of achtergrond allerlei morele en politieke overwegingen een rol, waarbij al die personen en partijen lang niet altijd op dezelfde lijn zitten. Wie het ‘oh-so straight and narrow path’ wil bewandelen om de zorguitgaven om te buigen, kan dus niet volstaan met complexe economische beheersinstrumenten, maar moet ook een moreel en politiek debat voeren. Vanuit de feiten uit onder andere figuur 2 valt het licht dan op drie grote thema’s. Het eerste betreft de vraag wat we zorg noemen. Op welke voorzieningen moet iedere inwoner een wettelijk recht hebben, en wie is er precies verantwoordelijk? Dit debat wordt momenteel gevoerd over de toekomst van de AWBZ en de jeugdzorg.

Het tweede thema betreft de waarde van de zorg. Economen benaderen die vraag graag vanuit de zogeheten opportuïteitskosten. Hoeveel is de zorg waard als we de stijgende zorguitgaven afwegen tegen het verlies aan onderwijs, infrastructuur en openbare veiligheid? Het gesprek hierover kan, zeker in tijden van economische crisis, niet vrijblijvend blijven. Nodig is een drempelwaarde voor gezondheid, zo-

iets als 50.000 euro per 'quality adjusted life year', die op maatschappelijk draagvlak kan rekenen en in de weerbarstige praktijk van de besluitvorming ook wordt gehandhaafd. Dit debat wordt momenteel gevoerd op het terrein van de dure geneesmiddelen voor kanker en zeldzame ziekten.

Het derde thema gaat over hoe solidair we willen zijn. Ook in dit debat zijn de feiten erg belangrijk, enerzijds zijn we solidair met kwetsbare mensen en medeburgers die er heel andere leefgewoonten op na houden, anderzijds zijn we vooral ook solidair met onszelf in de toekomst. Dit debat zal gaan over de breedte van het basispakket en of er in navolging van brillen, gehoorapparaten, de paramedische en de tandheelkundige zorg niet nog meer vormen van zorg zijn die mensen prima zelf kunnen betalen dan wel aanvullend kunnen verzekeren. Een levensloopbenadering kan hierbij helpen om het pakket duurzaam en rechtvaardig te maken.

SLOTSOM

In de gezondheidszorg gaat het om een fijnzinnige balans tussen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.⁴ Dit vergt economische instrumenten en morele overwegingen die voortdurend op elkaar betrokken moeten worden. Dat is al zo lang als het zorgstelsel bestaat, en figuur 1 wekt niet

de suggestie dat dit spoedig zal veranderen. Maar wellicht is ook die last wel een lust.

LITERATUUR

1. Woodward RS, Wang L. *The oh-so straight and narrow path: can the health care expenditure curve be bent?* *Health Econ* 2012;21(8):1023-29.
2. Fogel R. *The Escape from Hunger and Premature Death, 1700-2100*. Cambridge: CUP, 2004.
3. Donders JHM, Kam CA de (red.). *Zorg verzekerd? Naar houdbare financiering voor de gezondheidszorg*. Den Haag: SDU, Wim Dreesstichting voor Openbare Financiën.
4. Schut FT, Varkevisser M (red.). *Een economisch gezonde gezondheidszorg - Preadviezen van de Koninklijke Vereniging voor de Staathuishoudkunde 2012*. Den Haag: SDU.

Correspondentieadres
johan.polder@rivm.nl

*Dit artikel is eerder gepubliceerd in het themanummer 'Kosten in de zorg', van Podium voor Bio-ethiek 2014, jaargang 20, nr. 4, december 2013.



Opmerkelijk

Door het naburige ziekenhuis wordt ons een volledig hulpbehoevende patiënt met een lichaamsgewicht van 165 kg voor opname aangeboden. Voor adequate verpleging en verzorging van deze patiënt betekent dat de aanschaf of huur van een speciale tillift, een rolstoel en een extra breed bed en nog enkele aanvullende, noodzakelijke voorzieningen. Geraamde kosten voor huur van al deze benodigdheden: € 125 per dag. De kosten van een eventuele aanschaf werden vanwege het verwachte hoge bedrag in eerste instantie niet geraamd. Het Zorgkantoor blijkt voor zowel huur als koop geen aanvullende vergoeding te verschaffen. De opvatting van het Zorgkantoor is dat deze middelen geen speciale voorziening zijn voor die ene patiënt, maar ook vervolgens voor andere patiënten gebruikt kunnen worden. Het ziekenhuis dat graag van de patiënt af wilde, toonde zich evenmin bereid om een deel van de door het verpleeghuis te maken kosten voor zijn rekening te nemen. Vervolgens nam het management van het verpleeghuis het besluit om de patiënt niet in het verpleeghuis op te nemen.

Er is geen panacee

Kostenbeheersing in de zorg vergt brede visie

Dr. Karel-Peter Comanje, senioronderzoeker en manager van het Kenniscentrum Historie Zorgverzekeraars

Dr. Robert Vonk, promoveerde in september 2013 op een studie naar de geschiedenis van de verzekering van zorg en werkt op dit moment voor het RIVM

Is de toegankelijke en kwalitatief hoogstaande Nederlandse gezondheidszorg nog financieel houdbaar? Het Centraal Planbureau (CPB) luidde in 2013 de noodklok. Als er niets verandert dan stijgt het bedrag dat wordt uitgegeven aan gezondheidszorg in 2040 tot ruim 31% van het Bruto Binnenlands Product (BBP), de totale omzet van de BV Nederland.¹ In deze bijdrage zal worden stilgestaan bij de vraag of we iets kunnen leren van het verleden als het gaat om de stijging van de zorgkosten. Wat zijn de oorzaken van groei en welke instrumenten zijn in het verleden gebruikt om de kostenstijging te beugelen?

EEN ENDEMISCH VERSCHIJNSEL

Het lijkt erop dat de kwestie van de stijgende zorgkosten de afgelopen tien jaar het politiek debat over de gezondheidszorg domineert. Als we verder terugkijken dan tien jaar, zien we echter dat onrust over de financiële houdbaarheid van het gezondheidszorgsysteem in Nederland een endemisch verschijnsel is. Vanaf het moment dat de financiering van zorg in Nederland onderdeel ging uitmaken van de collectieve uitgaven door de invoering van de verplichte ziekenfondsverzekering in 1941, maakte men zich bij de overheid en in het zorgveld zorgen over de 'ongeremde' stijging van de zorgkosten.

Kostenstijgingen horen bij een zich ontwikkelende gezondheidszorg. De stijging die het CPB verwacht – van 13% in 2013 naar 31% in 2040 – is wat betreft groeitempo niet uniek. Een dergelijke stijging, met een factor 2,5 over een periode van ongeveer dertig jaar, deed zich ook voor in de periode tussen 1953 en 1985. Toen stegen de kosten van 3,2% van het BBP naar 8,1%; weliswaar een andere orde van grootte, maar het groeitempo is hetzelfde. Het zal dan ook niemand verbazen dat de Ziekenfondsraad, de voorloper van het huidige College voor Zorgverzekeringen (CvZ) welke op 1 april 2014 overgegaan is in Zorginstituut Nederland, in de jaren vijftig al een speciale commissie in het leven riep om de kostenstijging in de gaten te houden. De financiële houdbaarheid van de zorg stond immers op het spel.

De vooruitzichten zijn ook wel eens somberder geweest. Begin jaren zeventig stegen de kosten van ziekenhuisverpleging met een spectaculaire 20% per jaar. De econoom F.B. Lempers berekende in 1976 dat, mits de zorgkostenstijging en de economische groei op dezelfde voet zouden doorgaan, de zorgkosten in 1994 100% van het BBP zouden bedragen. Een absurde uitkomst, maar 'de werkelijkheid is intussen al zorgwekkend genoeg', vond hij.

Het is dan ook niet zozeer de kostenstijging an sich die het CPB zorgen baart, maar het effect daarvan op twee andere zaken:

- a. de financiering van andere publieke voorzieningen als onderwijs of sociale zekerheid;
- b. het beginsel van de risicosolidariteit.

De snelgroeïende gezondheidszorg verdringt als koekoeksjong andere publieke voorzieningen uit de begroting, want een gulden kan maar één keer worden uitgegeven. Ten tweede dreigt de Nederlandse gewoonte om de kosten van zorg door belastingen en inkomensafhankelijke premies af te wentelen op de sterkste schouders vooral de middeninkomensgroepen zwaar te treffen. Het CPB en veel politieke partijen vrezen dat hierdoor de roep om het doorbreken van de risicosolidariteit, waarbij jong betaalt voor oud, gezond betaalt voor ziek en sterk betaalt voor zwak, steeds luider zal worden. Het gaat dus niet om de vraag of we in 2040 de kosten voor gezondheidszorg nog kunnen dragen, maar vooral wat we daardoor niet meer kunnen betalen en of we de kosten nog solidair willen dragen.

MOTOREN ACHTER DE GROEI

Waarom stijgen de zorgkosten eigenlijk? Terugkijkend op een eeuw gezondheidszorg kunnen er drie grote 'aanjagers' worden geïdentificeerd. Ten eerste is er een structurele groei die vooral aangedreven wordt door de voortschrijdende medische kennis, technologische ontwikkeling en de daarmee samenhangende expansie van het aantal medische voorzieningen. Het hartinfarct kon pas geïdentificeerd en behandeld worden nadat de electrocardiograaf brede ingang vond in het ziekenhuis. Iemand met kanker werd in de jaren twintig behandeld door de chirurg en eventueel bestraald met radium of röntgenstralen. Vandaag de dag kan dezelfde patiënt rekenen op een uitgebreide behandeling waarbij een beroep wordt gedaan op een veelvoud van medisch-specialismen en een uitgebreid arsenaal aan geneesmiddelen.

Naast deze structurele vorm van kostenstijging is er ook nog sprake van een inflatiegedreven kostenstijging; ook wel bekend als het 'baumoleffect'. In de gezondheidszorg bestaat een intrinsieke discrepantie tussen loon en arbeidsproductiviteit. De lonen binnen deze sector volgen over het algemeen de loontrend, maar de stijging van de arbeidsproductiviteit blijft in de regel achter bij andere economische sectoren. Deze discrepantie neemt bij het compenseren van koopkrachtverlies – die vooral plaatsvinden in periodes van hoge inflatie, zoals het begin van de jaren zeventig – enkel toe. Heel kort door de bocht: de handen aan het bed worden in vergelijking met andere economische sectoren steeds duurder ten opzichte van het werk dat wordt geleverd, hoe kwalitatief hoogstaand die zorg ook is.

Bezuinigen op zorg vergt een brede visie

De derde belangrijke aanjager is het verzekeringseffect, in mooi Nederlands ook wel 'moral hazard' genoemd. Hiermee wordt bedoeld op de tendens om vaker en sneller gebruik te maken van zorg vanwege als mensen verzekerd zijn. De drempel voor zorggebruik is door de verzekering lager geworden. Dit effect gaat niet alleen op voor verzekerden, maar ook voor zorgverleners. Het feit dat de huidige zorgverzekering een zeer uitgebreid pakket aan zorgvoorzieningen dekt, leidt er ook onder zorgverleners vaker toe 'om nog maar een röntgenfotootje te maken', zoals een bezorgde ziekenhuisdirecteur medio jaren dertig schreef.

De toenemende vergrijzing die vandaag de dag als grote boosdoener wordt aangewezen, fungeert eigenlijk als een soort contrastvloeistof; het grijpt op alle bovengenoemde punten aan. De structurele groei van wat er medisch gezien kan, heeft ervoor gezorgd dat het verschil tussen wat een jongere en een oudere aan zorg gebruikt steeds groter is geworden. Vandaag de dag 'kost' iemand van 85 gemiddeld gezien ongeveer het zevenvoudige van iemand van 35. In de jaren vijftig was dit verschil veel kleiner, namelijk een factor 2. Het verzekeringseffect heeft een stimulerend effect op de overbehandeling van ouderen. Het baumoleffect zorgt er op zijn beurt voor dat de grotere hoeveelheid mensen die straks nodig zijn om onze ouderen te verzorgen relatief gezien ook steeds duurder worden.

KOSTENBEHEERSINGINSTRUMENTARIUM

In de loop van de twintigste eeuw is op uiteenlopende wijzen geprobeerd om de kostenstijging in de hand te houden. Hierin kunnen we een zekere tendens ontwaren. De verantwoordelijkheid voor de beheersing van de kosten verschoof vanaf 1940 van het zorgveld (1940-1970), naar de overheid (1970-2006), naar het individu (2006-heden); van meso-, via macro-, naar microniveau. Tussen 1940 en 1970 werd er

vooral ingezet op prijsregulatie. Als de prijs voor medische voorziening laag kon worden gehouden, dan bleven de kosten voor het geheel ook beheersbaar. De verantwoordelijkheid voor het regelen van deze prijzen lag bij het zorgveld zelf: verzekeraars en zorgverleners. De Ziekenfondsraad, een overlegorgaan van medici, ziekenfondsen, werkgevers en werknemers, zag toe op de prijzen van vrijwel alle vormen van medische zorg, met uitzondering van de ziekenhuiszorg. Op dat vlak werd de kostenbeheersingstaak waargenomen door het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven, een overlegplatform van ziekenhuizen, ziekenfondsen en verzekeraars.

Dit beleid bleek in de jaren zeventig niet effectief meer. De sterk stijgende inflatie zorgde voor een spectaculaire kostenexplosie en de overheid greep naar een serieuzer middel: budgettering. Voortaan kreeg de gezondheidszorgsector op voorhand een bepaald budget toegewezen. Als dit budget op was kon er geen zorg meer worden geleverd. Dit beleid bleek eigenlijk alleen op het gebied van de ziekenhuiszorg goed te implementeren te zijn en leidde vaak tot lange wachtlijsten. Vanaf het midden van de jaren tachtig, aangekondigd in 1986 door de publicatie van het beruchte Dekker-rapport, moest gereguleerde marktwerking consumenten, verzekeraars en zorgaanbieders dwingen tot voorziening in efficiëntere, kwalitatief goede en goedkopere zorg. De consument zou door eigen risico's en eigen bijdragen worden aangezet tot bewuster zorggebruik.

ER IS GEEN PANACEE

Dat kostenstijging bij een zich ontwikkelende gezondheidszorg hoort, valt niet te ontkennen. De oorzaken hiervoor zitten voor een belangrijk deel ingebakken in het zorgsysteem zelf. Dit is echter geen reden om bij de pakken neer te zitten. Effectieve kostenbeheersing is noodzakelijk, niet alleen voor de zorg zelf, maar juist voor het betaalbaar houden van andere publieke goederen, zoals onderwijs, welzijnszorg en cultuur.

Het gaat dus in de toekomst om de vraag of we de kosten nog solidair willen dragen

De belangrijkste les die we uit het verleden zouden moeten trekken, is dat een effectieve kostenbeheersing niet de verantwoordelijkheid is van één actor in het geheel, maar van alle actoren in de zorg. De schuld kan niet alleen worden gegeven aan de paternalistische overheid, de graaiende specialisten of de overconsumerende patiënten. Ze zijn er allemaal debet aan. Dit betekent dat een beleid dat zich concentreert op één niveau (macro, meso, micro) eigenlijk al bij voorbaat is gedoemd te mislukken.

Het huidige kabinet lijkt dit in te zien. Goed verscholen achter een waas van liberale marktwerkingsretoriek, doet ook minister Schippers namelijk gewoon aan harde budgettering; tegenwoordig ‘kostenplafonds’² genoemd. De Landelijke Huisartsenvereniging en de Orde van Medisch Specialisten claimen dat door hun terughoudendheid – zowel op het behandelend vlak als bij het vaststellen van de prijzen – de zorgpremie voor 2014 niet omhoog hoeft. En ziekenhuizen signaleren een daling van het aantal opnames. De patiënt lijkt vaker weg te blijven. Bezuinigen op zorg vergt een brede visie, waarbij er op alle vlakken moet worden gekeken naar de mogelijkheden en beperkingen van kostenbeheersing. Want als er één ding duidelijk wordt uit het verleden, is het wel het volgende: er is geen panacee.

LITERATUUR

1. Centraal Planbureau, *Toekomst voor de zorg* (Den Haag 2013).
2. *Zorgkosten zijn gedaald*. <http://nos.nl/artikel/528645-telegraaf-zorgkosten-zijn-gedaald.html>

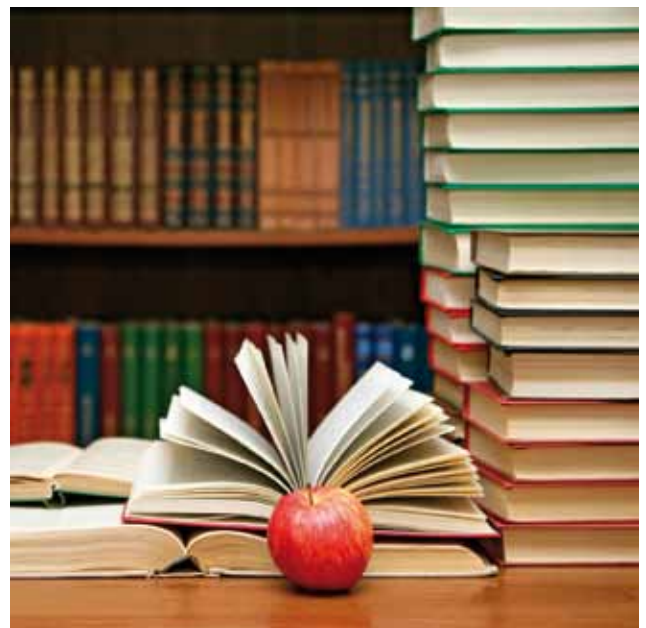
Correspondentieadres
robert.vonk@rivm.nl

**Dit artikel is eerder gepubliceerd in het themanummer ‘Kosten in de zorg’, van Podium voor Bio-ethiek 2014, jaargang 20, nr. 4, december 2013.*

Antwoorden

Kennistoets

1. De maximale tarieven voor 2013 zijn als volgt vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit: V&V ZZP 5 zonder behandeling € 161,53 en met behandeling € 188,83. V&V ZZP 7 zonder behandeling € 190,12 en met behandeling € 225,32.
2. Onderhandel met je manager over extra budget en investeringen op het moment dat de budgetten worden verdeeld in de organisatie. De financiële en beleidskaders voor het jaar 2015 worden vastgesteld in de zomer van 2014. In de maanden september en oktober vinden meestal de budgetonderhandelingen plaats. Begin december is de begroting klaar en dan is het te laat om nog nieuwe wensen in te brengen en wordt het een jaartje wachten op de volgende ronde.
3. De zorgkantoren voeren de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) uit en van daaruit worden de intramurale opnames vanaf ZZP 4 en hoger bekostigd. Geriatrische Revalidatie Zorg wordt gefinancierd vanuit de ziektekostenverzekering. Dagbehandeling voor cliënten met een indicatie ‘begeleiding groep’ gaat per 1 januari 2015 uit de AWBZ en komt in aanmerking voor financiering vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) die uitgevoerd wordt door de gemeenten. Behandeling van patiënten in de eerste lijn wordt meestal gefinancierd vanuit de ziektekostenverzekering en daarvoor declareert het verpleeghuis verrichtingen bij de ziektekostenverzekeraar. Voor de inzet van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn is nog geen structurele bekostiging vastgesteld, wisselend per verzekeraar is financiering van consulten van de specialist ouderengeneeskunde op verzoek van de huisarts mogelijk.
4. Elke zorginstelling is verplicht om jaarlijks binnen vijf maanden na afloop van het jaar haar jaarrekening te publiceren op www.jaarverslagenzorg.nl.
5. Natuurlijk is een positief jaarresultaat belangrijk. Op de pagina met de resultatenrekening valt te lezen wat het jaarresultaat over de laatste twee jaren was. Om een beeld te krijgen van de financiële gezondheid van een organisatie is het ook belangrijk om te kijken naar het totaal aan eigen vermogen. De omvang van het vermogen staat beschreven in de jaarrekening bij het onderdeel ‘balans’. Een veelgehandeerde norm voor een gezonde organisatie geeft aan dat de omvang van het eigen vermogen minimaal 15% moet zijn van de som der bedrijfsinkomsten. De bedrijfsinkomsten staan in de jaarrekening beschreven bij het onderdeel ‘resultatenrekening’.



Hoeveel mag een gewonnen levensjaar kosten?

Onderzoek naar de waardering van de QALY

Jos Konings

Mede door de economische recessie staan de stijgende zorguitgaven volop in de aandacht en is de gedachte van velen dat er op de zorg bezuinigd moet worden. De vraag daarbij is wat gezondheid waard is en hoeveel een extra levensjaar in goede gezondheid (QALY) mag kosten. QALY betekent 'quality-adjusted life year', een maat voor de extra levensjaren die een behandeling naar schatting oplevert, gecorrigeerd voor de kwaliteit van leven in die jaren. Eén QALY staat voor één jaar in goede gezondheid, maar kan ook staan voor drie jaren met een verminderde kwaliteit van leven. Voor de financiële waarde van een QALY worden uiteenlopende bedragen genoemd. De Raad de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) noemde eerder bedragen variërend van € 10.000 tot € 80.000, afhankelijk van de ernst van de aandoening. Het Zorginstituut Nederland, voorheen College voor Zorgverzekeringen, concludeerde recent dat de waarde van een QALY vooralsnog onduidelijk is, maar accepteerde de door de RVZ genoemde bedragen als een goede richtsnoer. De vraag blijft echter wat de mensen zelf een redelijk bedrag vinden voor een gezond levensjaar. Het artikel biedt een overzicht van de nationale en internationale literatuur op dit gebied.

Op terrein van milieu en veiligheid is de 'waarde van een statistische levensjaar' een bekend begrip. Een ander begrip is de 'willingness to pay' (WTP), de bereidheid om te investeren voor een statistisch levensjaar. Daarbij lijkt het van belang te zijn hoe die vraag wordt gesteld. Alle literatuur over WTP bij elkaar genomen variëren de bedragen voor de waarde van een statistisch mensenleven afhankelijk van de gekozen onderzoeksmethode van € 3,3 tot € 6,6 miljoen. Uitgaande van het laatste bedrag komt dat bij een gemiddelde levensverwachting van 79 jaar uit op € 84.000 per levensjaar. Daarbij dient er rekening mee gehouden te worden dat de laatste levensjaren niet in volle gezondheid doorgebracht zullen worden. Er lijkt echter de behoefte te bestaan om bij het beoordelen van de waarde van een levensjaar rekening te houden met de leeftijd. Onderzoek wees uit dat elk nieuw levensjaar hoger wordt gewaardeerd

dan het voorafgaande jaar tot de leeftijd van ongeveer 42 jaar. Daarna neemt de waardering weer af. Ook speelt mee dat effecten in de verre toekomst lager worden gewaardeerd dan effecten in het hier en nu. Uit onderzoek blijkt dat Nederlanders gemiddeld voor een QALY van een willekeurige persoon € 52.200 over hebben: de sociale QALY. Wanneer zij zichzelf daarbij ook in beschouwing nemen stijgt dit bedrag naar € 59.200: de gecombineerde individuele en sociale QALY. Echter, de waardering van de QALY is ook inkomensafhankelijk en stijgt met het maandinkomen. Ook van invloed is de framing van de vragen en de mate waarin respondenten de ernst van gezondheidsproblemen over- of onderschatten. Kortom: er is nog het nodige te doen op het gebied van de methodiekontwikkeling.

De schattingen van wat een QALY waard is lopen dus sterk uiteen. Toch zijn er enkele algemene conclusies te trekken. Nederlanders blijken een QALY gemiddeld twee jaarinkomens waard te vinden. Zij zijn bereid om bij te dragen aan de zorgkosten voor anderen. Er is dus draagvlak voor solidariteit. De waarde van gezondheidswinst ligt voor bepaalde groepen individuen boven de gangbare bovengrens. Het wordt interessant geacht om nader onderzoek te doen naar subgroepen. Is de bereidheid om meer of minder te betalen afhankelijk van leeftijd (voor jongeren meer dan voor ouderen of omgekeerd?) of afhankelijk van leefstijl? Aanvullend onderzoek zal relevante informatie kunnen opleveren voor beleidsadviseurs van politici en zorgverzekeraars. En ook voor medische professionals, en dan niet zozeer voor de besluitvorming in individuele situaties van patiënten, maar wel voor de onderbouwing van medische richtlijnen.

Correspondentieadres
joskonings@kpnmail.nl

* *Samenvatting van het artikel van Paul F. van Gils, Casper G. Schoenmaker en Johan J. Polder, Ned Tijdschr Geneeskde 2014 22 februari;158(8): A6507*

Leergang Ouderengeneeskunde

5 september	Beyond frailty: the future of old age (GERION) <i>Symposium ter gelegenheid van het 25-jarig bestaan van de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde bij GERION, afdeling huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde, VU medisch centrum. In de ochtend bekende internationale en nationale sprekers. In de middag 20 parallelsessies met zeer uiteenlopende onderwerpen, en aansluitend een feest. De voorbereidingen zijn in volle gang. Noteert u de datum alvast in uw agenda!</i>
12 september	Hart- en longgeluiden (Boerhaave nascholing)
12 september, 10 oktober, 14 november, 12 december 2014 en 16 januari 2015	AAN DE SLAG ! Specialist ouderengeneeskunde en huisarts samen sterk voor kwetsbare ouderen thuis (GERION) <i>Een unieke en uitdagende cursus voor specialisten ouderengeneeskunde die in samenwerking met de huisarts een sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen thuis en in het verzorgingshuis voor nu en in de toekomst willen realiseren.</i>
19, 26 september, 31 oktober, 14 november en 12 december	Geriatrische revalidatie, 5-daagse cursus (GERION) <i>Verdieping van de kennis en vaardigheden op het gebied van geriatrische revalidatiezorg.</i>
25 september	Onderwijscyclus PIJN EN LAST BIJ TUMOREN (PAO Heyendael) <i>Tijdens deze bijeenkomst (19:00–21:50) wordt een update gegeven over voorkomen, diagnostiek en behandeling van de veel voorkomende tumorsoorten.</i> • Pijn en last bij prostaatacarcinoom
25 september	Vorderingen in het specialisme ouderengeneeskunde (Boerhaave nascholing)
2 t/m 3 oktober	Masterclass filosofie: Lijden en dood in de filosofie (Stichting Leerhuizen Palliatieve Zorg) <i>De inhoud van deze Masterclass draait om de vraag naar de existentiële betekenis van lijden en dood – naar de zinloosheid ervan, maar juist ook naar de mogelijke zin voor het menselijke bestaan. Met tenslotte misschien de troostende boodschap dat we gelukkig moeten zijn met onze sterfelijkheid. Onvermijdelijk en onophoudelijk worden we in ons leven geconfronteerd met lijden en dood, als twee ‘gegevens’ die we van ons lijf willen houden. Ze zijn in velerlei opzicht ongrijpbaar, en eigenlijk alleen maar te ‘begrijpen’ in hun kwaadaardige zinloosheid. Die absurditeit is ook beschreven door de filosofen. Maar die selden tevens de (gevaarlijke) vraag naar de mogelijke zin van het lijden en de dood voor het menselijke bestaan. Deze cursus verdiept zich in het volle existentiële gewicht (negatief en positief), of beter: in de gewichtigheid van het lijden en de dood voor de mens die een authentiek bestaan wil leiden. Met andere woorden: de vraag naar de zin en zinloosheid staat centraal. De volgende filosofen worden tijdens deze cursus besproken: Levinas over de mens als kwetsbaarheid; Schopenhauer en de nutteloosheid van het lijden; Nietzsche en het nut van het lijden; Levinas over het nutteloze en ‘nuttige’ lijden; Heidegger en Levinas over authenticiteit in verband met de dood. Accreditatie 12 punten.</i>
6 t/m 9 oktober & 8 december	Multidisciplinaire Masterclass Teaching the Teacher Palliatieve Zorg (Stichting Leerhuizen Palliatieve Zorg) <i>Training in het omzetten van ervaring in palliatieve zorg naar praktijkgerichte onderwijsvormen. In deze training spelen de inhoudelijke aspecten uiteraard een belangrijke rol, de nadruk ligt echter op de wijze waarop deze specifieke problematiek van palliatieve zorg onderwijskundig vorm kan krijgen. Deze multidisciplinaire cursus vertrekt vanuit het learning style model van David Kolb en bouwt verder op een methodiek die Ruthmarijke Smeding, educatief specialist, de afgelopen jaren tijdens diverse internationale cursussen heeft ontwikkeld. De cursus is waardevol voor professionals met enige onderwijservaring en voor consulenten palliatieve zorg. Accreditatie: 31 punten</i>
8 oktober	Ouderenpsychiatrie: de koppen bij elkaar en de handen ineen (PAO Heyendael) <i>Na deze eendaagse cursus is uw kennis van de meest voorkomende psychiatrische ziektebeelden bij ouderen weer op niveau. De cursus is opgebouwd uit vier blokken: Depressie, Angststoornissen, Persoonlijkheidsstoornissen en Verslavingsproblematiek.</i>
10 oktober, 7 november en 12 december	Persoonlijkheidsproblematiek bij ouderen in zorginstellingen. Herkenning, diagnostiek en behandeling (GERION) <i>Vanuit een theoretisch model – het biosociale leermodel van Theodore Millon – geven we in deze cursus uitleg over de persoonlijkheidsstructuur van mensen, het herkennen van deze structuur, de invloed ervan op de specifieke “levensopgaven” van de geriatrische patiënt en de wijze waarop u – en de verzorgenden en familie – eventueel probleemgedrag of intrapsychisch lijden op basis van die persoonlijkheidsstructuur het best kunt benaderen.</i>

16 t/m 17 oktober	Masterclass filosofie: Levinas Zekerheid over onzekerheid (Stichting Leerhuizen Palliatieve Zorg) Voortdurend neemt u als arts, verplegende of geestelijk verzorger beslissingen, ondersteund en gestuurd door een uitdijend aantal voorschriften en protocollen. Kunnen en mogen die regels altijd het uitgangspunt vormen voor handelen? Is er nog een dieper liggende regel waarmee u kunt bepalen wanneer die regels mogen worden toegepast? Een laatste regel waaraan u de juistheid of onjuistheid van eigen beslissingen kunt toetsen? Over de juistheid van die beslissingen bestaat bij artsen vaak onzekerheid. Waar komt die onzekerheid vandaan, en is die op te lossen? Op al deze vragen zoeken we een antwoord via een filosofische bezinning op uw dagelijkse praktijk. Daarvoor maken we vooral gebruik van de filosofie van E. Levinas, de diepzinnigste denker van de 20ste eeuw (Mijn filosofie is door Auschwitz heen gegaan), en van de romanliteratuur. U krijgt dan ook veel romantips mee naar huis. Uiteindelijk mondt de cursus uit in het antwoord op de vraag hoe het best mogelijke helpen verwezenlijkt kan worden. Accreditatie 12 punten.
30 oktober	Interne geneeskunde (Boerhaave nascholing)
10 t/m 14 november	Multidisciplinaire Masterclass Palliatieve Zorg Renesse (Stichting Leerhuizen Palliatieve Zorg) Palliatieve zorg is de zorg die het lijden probeert te verlichten van patiënten, hun naasten én van de betrokken hulpverleners. Zorg die nodig is opdat ruimte ontstaat voor dat wat essentieel is: het leven op een eigen wijze afronden en afscheid nemen van dat wat belangrijk is. Er wordt ingegaan op de verlichting van symptomen en op de randvoorwaarden die nodig zijn om deze zorg goed te organiseren. Ethiek, communicatie en aandacht voor tijdig anticiperen, duidelijke coördinatie en continuïteit van de (vaak intensieve) zorg, zijn hierbij kernaspecten. De cursus is des te waardevoller indien de cursist reeds enige praktijkervaring heeft. In de cursus wordt immers gewerkt met casusbesprekingen waarin ruimte is om te reflecteren op de eigen ervaringen. De cursus bestaat reeds sinds 1994. Ruim 600 specialisten ouderengeneeskunde hebben deze cursus gevolgd. Sinds enkele jaren staat de cursus ook open voor palliatieve zorg gespecialiseerde verpleegkundigen (niveau 4/5). Cursisten verhogen hun Kennis Kunde Kunst over: Somatiek, psyche, begeleiding van naasten, rouw en nazorg, spiritualiteit, organisatie, communicatie en ethiek: samen keuzes maken ten aanzien van dehydratie, palliatieve sedatie, euthanasie; met wie, waarom, hoe en wanneer. Accreditatie 35 punten.
13 november	Degeneratieve aandoeningen (Boerhaave nascholing)
11 december	Kopzorgen: Hoofdproblematiek en ouderengeneeskunde (PAO Heyendaal) In deze cursus komen twee belangrijke kopzorgen aan bod: 's ochtends Oogheelkundige problematiek en 's middags Oorheelkunde. U kunt zich separaat voor ofwel het ochtend- of het middagdeel inschrijven.



Opmerkelijk

Onze manager controleert of de uren, die wij in het kader van de geriatrische revalidatie registreren, op de langere termijn kloppen met de cliëntgebonden uren die wij in ons dienstverband worden geacht te maken. In eerste instantie stuitte ons dat als specialisten ouderengeneeskunde tegen de borst. Het schrijven van uren en soms minuten zit ons niet in het bloed en wij betrappen onszelf dan ook regelmatig op slordigheden en vergeten registraties. Toen de manager ons uitlegde dat een vergeten registratie door de wijze waarop de DBC's in elkaar steken zomaar € 2000 kan kosten, kregen wij meer begrip voor de controle op de registraties.

Richtlijnen voor auteurs

Het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde staat open voor bijdragen van iedereen die betrokken is bij zorg, onderwijs en onderzoek ten behoeve van patiënten/cliënten die ouderenzorg genieten in de breedste zin van het woord. Bijdragen kunnen bestaan uit artikelen, Critical Appraisal of a Topic (CAT), opiniërend artikel, congresverslagen, samenvattingen van proefschriften, brieven aan de hoofdredacteur, et cetera. Het tijdschrift verschijnt in een digitale versie vanaf no 4-2014 en is beschikbaar via de website van Verenso. Hiermee is het tijdschrift voor een ieder toegankelijk. Lezers kunnen zich via de website aanmelden om per e-mail een bericht te ontvangen wanneer er een nieuwe uitgave van het tijdschrift beschikbaar is.

INDIENEN VAN EEN BIJDRAGE

Tekst

- De eerste pagina dient de achternaam, voornaam, voorletters, titel(s), functie en eerste werkgever van de auteurs te bevatten alsmede het e-mailadres van de corresponderende auteur. Als u zelf geen titel vermeldt, wordt er geen toegevoegd.
 - Voorbeeld: dr. Jan V.B. Voorbeeld, specialist ouderengeneeskunde – De Zonnewende te Rotterdam
- Maak de tekst voor een wetenschappelijk- of onderzoeksartikel niet langer dan 2400 woorden. Dit is exclusief eventuele tabellen, figuren, samenvatting en referenties. Voorzie een wetenschappelijk- of onderzoeksartikel van een samenvatting (maximaal 150 woorden) in het Nederlands en gebruik hiervoor de volgende indeling: Achtergrond en doel | Resultaten | Methode | Discussie.
- Voor een CAT geldt een maximum van 1000 woorden.
- Voor een opiniërend of journalistiek artikel geldt een maximum van 1500 woorden.
- De hoofdtitel mag bij voorkeur niet meer dan 40 karakters (inclusief spaties) bevatten, de subtitel niet meer dan 55 karakters (inclusief spaties).
- Bedenk – indien gepast – een of meerdere streamers (een citaat, uitspraak of motto) van maximaal 100 karakters (inclusief spaties).
- Maak gebruik van meerdere subkopjes, dit om de leesbaarheid te vergroten.
- Titels van alinea's, paragrafen en subkopjes zijn maximaal 40 karakters (inclusief spaties).
- Geef in de bijdrage aan waar de tabellen, figuren en illustraties ongeveer geplaatst kunnen worden.
- Bijdragen dienen te worden aangeleverd per e-mail als Wordbestand.
- Gebruik geen voetnoten. Maak alleen gebruik van eindnoten indien dat noodzakelijk is.
- In de tekst wordt door middel van een volgnummer verwezen naar eventuele literatuur (zie verder paragraaf 'Literatuur'),

Taal

- Een bijdrage dient in de Nederlandse taal gesteld te zijn, tenzij anders is overeengekomen.
- Vermeld van medicamenten alleen de stofnaam.
- Gebruik de nieuwste officiële spelling (het Groene boekje).
- Schrijf in de tekst getallen tot tien voluit, voor zover dat niet storend is.
- Gebruik dubbele aanhalingstekens bij citaten ("citaat"), en gebruik binnen de tekst verder alleen enkele aanhalingstekens ('tekst').
- Schrijf een afkorting de eerste keer waar deze in de tekst verschijnt voluit (de term 'specialist ouderengeneeskunde' wordt niet afgekort). Gebruik zo min mogelijk afkortingen en zo mogelijk alleen gangbare afkortingen.
- Zorg voor leestekens en diakritische tekens, bijvoorbeeld patiënten in plaats van patienten.
- Breek woorden niet af aan het einde van de zin. Maak bij tekstverwerkingsprogramma's gebruik van automatisch afbreken.

Afbeeldingen/tabellen/figuren

- Wij zien uw bijdrage graag vergezeld van afbeeldingen, tabellen of figuren, links naar (instructie)films, (open access) artikelen et cetera.
- Afbeeldingen, grafieken en figuren dienen bij voorkeur als jpeg-bestand met een hoge resolutie te worden aangeleverd. Afbeeldingen die in het bestand zelf geplaatst zijn en niet als apart bestand zijn aangeleverd kunnen niet verwerkt worden. Daarnaast bestaat de mogelijkheid de afbeeldingen, grafieken en tabellen naast een Word of Excel bestand, deze als pdf-bestand aan te leveren als deze van goede kwaliteit zijn.
- Voorzie iedere grafiek, tabel en illustratie van een onderschrift (toelichting).
- Meegestuurd foto's en/of andere illustraties worden niet teruggestuurd, maar bewaard in het archief van de uitgever, tenzij nadrukkelijk anders is overeengekomen.

Literatuur

- De literatuurlijst dient op volgorde te zijn gerangschikt naar het nummer van de verwijzing in de tekst.
- Artikelen die nog niet gepubliceerd zijn, mogen alleen in de literatuurlijst worden opgenomen indien zij geaccepteerd zijn voor publicatie. In dat geval dient de naam van het tijdschrift of het boek vermeld te worden.
- Persoonlijke communicatie en niet-gepubliceerde artikelen dienen opgenomen te worden als eindnoot en als zodanig te worden aangemerkt.
- De referenties (maximaal vier) worden volgens Vancouver regels weergegeven. Maak voor vermelding van de naam van een tijdschrift gebruik van de standaard afkorting van de Index Medicus. Schrijf bij twijfel de naam voluit. Een link naar het betreffende artikel kan meegegeven worden zodat de lezer direct naar het genoemde artikel kan.
 - Voorbeeld: Bleumink GS, Knetsch AM, Sturkenboom MC, Straus SM, Hofman A, et al. Quantifying the heart failure epidemic: prevalence, incidence rate, lifetime risk and prognosis of heart failure The Rotterdam Study. Eur Heart J 2004;25:1614-9 of
 - Rapport uitgegeven door een instituut: Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Tussen cure en care. Advies voor een referentiekader voor mensen met ernstige en langdurige beperkingen als gevolg van gezondheidsproblemen. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1994.

PROCEDURE BEOORDELING BIJDRAGE

Een bijdrage wordt door de redactie beoordeeld op geschiktheid voor publicatie. Bij afwijzing van een bijdrage wordt de reden vermeld. Er kan niet worden gereclameerd. Als de redactie het artikel in basis geschikt vindt voor publicatie, zal het artikel door één of twee deskundigen worden gereviseerd. Bij verzoek tot aanpassing van het artikel dient duidelijk in de gereviseerde versie aangegeven te zijn welke wijzigingen zijn toegevoegd, en dient tevens in verklarende brief aangegeven te worden waarom wijzigingen niet zijn doorgevoerd.

VERKLARING AUTEURS

- Door het inzenden van een bijdrage verklaren alle auteurs dat:
- zij ermee akkoord gaan dat zij vermeld worden als (mede)auteur;
 - zij ervan op de hoogte zijn dat de redactie de bijdrage ter beoordeling kan voorleggen aan anderen dan de redactieleden;
 - toestemming voor het betreffende onderzoek van een medisch-ethische commissie is verkregen in geval van een publicaties over onderzoek waarbij derden betrokken zijn (geweest). Het aanmeldnummer dient vermeld te worden in het artikel. Voor case reports geldt dat schriftelijk toestemming voor publicatie is verkregen bij de patiënt of diens wettelijk vertegenwoordiger. Publicatie kan pas plaatsvinden nadat deze toestemming aantoonbaar is verleend;
 - zij het document 'richtlijnen voor auteurs' gelezen hebben en hiermee akkoord gaan.

CONTROLE EN AKKOORD

- Bij ingezonden stukken: de corresponderende auteur krijgt de gelegenheid om de tekst, zoals deze in het digitale tijdschrift geplaatst zal worden, te corrigeren. Dit geldt alleen voor aperte onjuistheden. De corresponderende auteur ontvangt de tekst per e-mail. Er dient binnen de per e-mail gestelde termijn gereageerd te worden. Daarna is de versie definitief.
- Bij interviews: de geïnterviewde heeft recht op inzage van het interview voor publicatie. De geïnterviewde ontvangt de tekst per e-mail. Wijzigingen die de geïnterviewde aangebracht wil zien, dienen voor de in de e-mail gestelde deadline kenbaar gemaakt te worden aan de redactie. De redactie zal deze in redelijkheid in overweging nemen.
- De uitgever is niet verantwoordelijk voor fouten en/of imperfecties die na goedkeuring van de proefversie nog worden ontdekt of die in de uiteindelijke uitgave aanwezig blijken.
- Het is niet mogelijk om na de goedkeuring van de proefversie nog wijzigingen in tekst, volgorde of illustraties aan te brengen.

PLAATSING

De redactie bepaalt in redelijkheid het moment waarop een bijdrage daadwerkelijk wordt gepubliceerd. Daarnaast behoudt zij het recht om teksten en titels aan te passen conform de in dit document gestelde richtlijnen.

REDACTIEADRES

Bureau Verenso
Judith Heidstra
Postbus 20069
3502 LB UTRECHT
redactie@verenso.nl

INLICHTINGEN

Martin W.F. van Leen, hoofdredacteur
m.van.leen@avoord.nl