



WETENSCHAPPELIJK INSTITUUT CHRISTENUNIE / CHRISTELIJK-SOCIAAL 2030

Geert Jan Spijker, Stef Groenewoud, Maarten Verkerk,
Anna de Wit-in 't Veld

ZORG

met een hart

Zorg met een hart

Zorg met een hart

Christelijk-sociaal 2030 • Deel 1

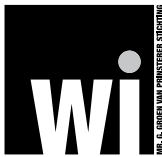
Wetenschappelijk Instituut ChristenUnie

Geert Jan Spijker

Stef Groenewoud

Maarten Verkerk

Anna de Wit – in 't Veld



WETENSCHAPPELIJK INSTITUUT
VAN DE CHRISTENUNIE



Buijten & Schipperheijn *Motief* - Amsterdam

Colofon

Eerste druk: november 2013

© 2013 Geert Jan Spijker, Stef Groenewoud, Maarten Verkerk, Anna de Wit
– in 't Veld

Niets uit deze uitgave mag worden openbaar gemaakt en/of verveelvoudigd door middel van druk, fotokopie of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteursrechthebbende en de uitgever.

ISBN 978-90-5881-752-5

Inhoud

Inhoud	5
Voorwoord.....	8
Samenvatting	10
Hoofdstuk 1 - Inleiding	15
Deel A. Bouwstenen vanuit de christelijk-sociale traditie	17
Hoofdstuk 2 - Zoeken naar een derde weg.....	19
1. Inleiding	19
2. Drie typen verzorgingsstaat	19
3. Het Nederlandse zorgstelsel: oud en nieuw	20
4. Een derde weg	21
Hoofdstuk 3 - Elk mens mag er zijn	
Bouwstenen van een christelijk-sociale visie	23
1. Inleiding	23
2. Een christelijk-sociale positie	23
3. Leidende waarden	26
Hoofdstuk 4 - Hoge verwachtingen van de zorg	
Veranderingen in de samenleving	28
1. Inleiding	28
2. Technologische ontwikkelingen	28
3. Gezondheid en ziekte	28
4. Meer ouderen.....	30
5. Meer eenpersoonshuishoudens	32
6. Individualisering	33
7. Gevolgen: kostenstijging en druk op solidariteit	33
Hoofdstuk 5 - Geef de burger een stem	
Een christelijk-sociale zorgvisie voor het Nederland van nu	34
1. Inleiding	34
2. De burger: meer verantwoordelijkheid en meer zeggenschap	34
3. De veldpartijen: neem je verantwoordelijkheid	38

4. De overheid: opkomen voor publieke belangen	40
5. Marktwerking in de zorg?	41
6. Een herstructurering van verhoudingen: de burger centraal	44
7. Conclusie.....	47

Hoofdstuk 6 - Om de kwaliteit van leven

Ethische dilemma's	48
1. Inleiding	48
2. Wat is goed leven?	48
3. Wat is goed zorgen?	49
4. Wat is goed sterven?	50
5. Wat willen we met de medische technologie?	51
6. Conclusie	53

Tussenbalans	54
---------------------------	-----------

Deel B. Speerpunten

Hoofdstuk 7 - Preventie als prioriteit	59
1. Inleiding	59
2. Preventie levert ons veel op.....	59
3. Drie vormen	59
4. Het verbeteren van een ongezonde levensstijl	60
5. Beleid met het oog op de gemeenschap.....	61
6. Structurele financiering nodig.....	62
7. Conclusie	63

Hoofdstuk 8 - De patiënt centraal:

meer verantwoordelijkheid en zeggenschap	64
1. Inleiding	64
2. Kwetsbaarheid	64
3. Meer verantwoordelijkheid	65
4. Meer zeggenschap	66
5. E-health	66
6. Conclusie.....	68

Hoofdstuk 9 - Inzetten op de eerste lijn

1. Inleiding.....	69
2. Acute zorg	70
3. Electieve zorg	71
4. Zorg voor chronisch zieken	73

5. Geestelijke gezondheidszorg	73
6. Integrale ouderenzorg	74
7. Conclusie	76
Hoofdstuk 10 - Streven naar gepaste zorg	77
1. Inleiding	77
2. Keuzes in het basispakket	77
3. Doelmatigheid: QALY's.....	78
4. Andere prikkels zijn nodig.....	81
5. Goede spiegelinformatie, minder praktijkvariatie	83
6. Conclusie	84
Hoofdstuk 11 - Naar een kern-AWBZ	85
1. Inleiding	85
2. Een groter wordende AWBZ	85
3. Het verkleinen en versimpelen	86
4. Kijk naar doelgroepen	88
5. Een kern-AWBZ: 'levenslang' en 'levensbreed'	89
6. Conclusie.....	90
Eindnoten.....	91
Personalia	96

Voorwoord

De publicatie *Zorg met een hart* gaat over de vraag: Hoe maken wij vanuit een christelijk-sociale visie de zorg toekomstbestendig? Het zorgdebat staat hoog op de politieke agenda. Het thema *gezondheid* is een hot issue in de Nederlandse samenleving. Wie de Nederlander vraagt naar de belangrijkste waarde in zijn leven, krijgt heel vaak te horen: een goede gezondheid. Gezondheid heeft te maken met de kern van het menselijk leven en met de vraag om dat leven in stand te houden. Ziekte beperkt de vitaliteit van mensen. Ziekte verwijst naar de eindigheid van het leven.

Zorg is een thema dat het hart van de ChristenUnie raakt. Het christelijk barmhartigheidsmotief *zorg voor de naaste* zit in de genen van de ChristenUnie. Dat is niet verwonderlijk. Het bestrijden van ziekte en het verzorgen van zieken is onder christenen altijd een belangrijk thema geweest. Christenen en de kerk hebben door de eeuwen heen altijd een grote rol gespeeld in het verlenen van zorg. In de vroege kerk vielen de Cappadocische vaders op met hun aandacht voor zorg. In de middeleeuwen werd er vanuit de kloosters veel zorg voor de naaste geboden. In de negentiende eeuw kreeg de zorg een impuls vanuit de caritasgedachte. In die periode zijn er veel diaconale initiatieven ontplooid.

Aan het begin van de twintigste eeuw werd het fundament gelegd voor het complexe stelsel van zorg zoals we dat nu kennen. Er ontstonden tal van particuliere instellingen, organisaties en ziekenhuizen. Gezondheidszorg werd ook economisch steeds meer een factor van betekenis. Met de opkomst van de verzorgingsstaat ging de overheid zich in toenemende mate bemoeien met de zorg. Die bemoeienis is ultiem tot uitdrukking gebracht in artikel 22 van de Grondwet, waarin staat dat de overheid de taak heeft om maatregelen te treffen ter bevordering van de volksgezondheid. Om die volksgezondheid te bevorderen, zet de overheid in op het waarborgen en garanderen van toegankelijke, betaalbare en kwalitatief goede zorg. Het vraagstuk van de groei en de daarmee gepaard gaande kostenontwikkeling van de zorg bepaalt ons nadrukkelijk bij de grenzen van deze overheidsinzet. In de rijksbegroting van 2014 gaat een bedrag van 83 miljard naar de zorg. De zorg dreigt onbetaalbaar te worden.

Bepaalde aanvankelijk de overheid het beleid, nu hebben we de markt als leidend beginsel. De paradigmashift van overheid naar markt zou tot een betere kostenbeheersing leiden. Wij moeten vaststellen dat marktwerking niet dat effect heeft en bovendien niet-beoogde perverse bijverschijnselen met zich meebrengt. De zorg blijkt geen echte markt te zijn. Ook van die lijn komt het beleid terug. Solidariteit staat als basis van een goed zorgstelsel onder druk. Er zijn structurele aanpassingen nodig. Burgers moeten zelf meer verantwoordelijkheid nemen en participeren. De nadruk op mantelzorg en vrijwilligers duidt daar op. De decentralisatie

van de zorg naar gemeenten is eveneens een beweging om de burger en de nabije omgeving meer in beeld te brengen.

De publicatie *Zorg met een hart* wil vanuit een christelijk-sociale visie lijnen trekken en waarden formuleren voor de zorgvisie van de ChristenUnie. Het priemaat ligt bij de patiënt/cliënt met diens sociale verbanden en netwerken. Voor de ChristenUnie begint daar de regie en de verantwoordelijkheid, en de betekenis van goede en gepaste zorg. Zo komen we bij thema's als menselijke waardigheid, menselijke verantwoordelijkheid, de mens als relationeel schepsel, verzet tegen het technologische maakbaarheidsgeloof, scherpe aandacht voor zorg en naastenliefde en een kritische houding ten aanzien van machtsconcentratie in de zorg. In die lijn kiest het WI voor een derde weg, waar niet de overheid of de markt dominant zijn, maar de burger en de samenleving. Die lijn sluit aan bij het pleidooi van Prof. dr. Doeke Post, emeritus hoogleraar Sociale geneeskunde, in zijn gelijknamige publicatie *De derde weg* (2009). Het boek bestaat uit twee delen. In het eerste deel worden visie en kernwaarden ten aanzien van de zorg beschreven. In het tweede deel worden de waarden uitgewerkt en geconcretiseerd naar het beleid.

Het curatorium van de mr. G. Groen van Prinstererstichting wil de schrijvers van deze publicatie, mr. drs. Geert Jan Spijker, dr. Stef Groenewoud, Prof. dr. Maarten Verkerk en Anna de Wit-in 't Veld MSc. hartelijk bedanken voor hun professionele en vrijwillige inzet om ten behoeve van de ChristenUnie een kwalitatieve bijdrage te leveren aan een gepaste visie op de zorg. Wij danken verder de meelezers in de klankbordgroep voor hun deskundige inbreng en constructieve feedback.

De Nederlandse gezondheidszorg behoort tot de beste van Europa, maar het stelsel staat door de jaarlijkse stijging van de zorguitgaven fors onder druk. Om de zorg kwalitatief goed, toegankelijk en betaalbaar te laten zijn, moeten er politieke keuzes worden gemaakt. In deze uitgave formuleert het Wetenschappelijk Instituut van de ChristenUnie waarden en keuzes voor een van de meest relevante vraagstukken van de Nederlandse politiek anno 2014.

Jan Westert

Voorzitter curatorium van het Wetenschappelijk Instituut van de ChristenUnie

Samenvatting

In deze publicatie formuleren we een visie op een toekomstbestendige gezondheidszorg vanuit christelijk-sociaal perspectief. De centrale vraag is: welke keuzes kunnen we vanuit een christelijk-sociale visie maken om de zorg in de toekomst kwalitatief hoogstaand te houden? We behandelen deze vraag in twee delen: (A) Welke bouwstenen levert de christelijk-sociale traditie voor een visie op goede (dat wil zeggen toegankelijke, betaalbare en kwalitatief hoogstaande) zorg? (B) Welke aanbevelingen kunnen we vanuit deze traditie doen om in Nederland goede zorg te houden?

A. Bouwstenen vanuit de christelijk-sociale traditie

Vanouds beweegt het christelijk-sociale denken zich met zijn accent op sociale verbanden en maatschappelijke verantwoordelijkheden tussen sociaaldemocratie (met nadruk op overheid en formele rechten) en liberalisme (met nadruk op het zelfredzame individu en de markt). Het is goed deze ‘derde weg’ opnieuw te ontsluiten voor deze tijd, want hij gaat terug op een traditie met een grote rijkdom (hoofdstuk 2). In de christelijk-sociale traditie wordt ieder mens gezien als waardevol, als gemaakt naar Gods beeld. Ieder mens draagt verantwoordelijkheid voor zijn eigen leven, ook voor zijn of haar gezondheid. De mate van gezondheid is ons echter in veel opzichten gegeven; ziekte en lijden horen erbij in deze gebroken wereld, ondanks al onze medische mogelijkheden. Mensen zijn relationele wezens, ze bloeien op in gemeenschappen van goede zorg. Sociale verbanden hebben belangrijke eigen verantwoordelijkheden. De overheid zorgt voor een rechtvaardige ordening, ze vormt een vangnet voor de kwetsbaren en schept voorwaarden voor het goede samenleven (hoofdstuk 3).

Hoe vertalen we onze christelijk-sociale visie naar de hedendaagse context? Onze cultuur is sterk veranderd de afgelopen decennia, met grote gevolgen voor de zorg. We zien een enorme technologische ontwikkeling die medisch veel mogelijk maakt, een toegenomen levensverwachting, vergrijzing van de bevolking, een sterke toename van eenpersoonshuishoudens, en een cultuur waarin gezondheid als maakbaar wordt gezien. Dit heeft gevolgen voor de kostenontwikkeling in de zorg en voor de nationale solidariteit: wat hebben we voor elkaar over (hoofdstuk 4)?

De onderscheidenheid van verantwoordelijkheden (van mens, sociale verbanden en overheid) zien we terug in de zorg. Meer taken zullen terechtkomen bij burgers en ook bij particuliere partijen als zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het is cruciaal dat in het huidige stelsel de rollen in de zorgsector duidelijker worden. Wij kijken zo aan tegen de verdeling van verantwoordelijkheden (hoofdstuk 5):

- Hoewel niemand ervoor kiest om ziek te zijn, zijn *burgers* er wel zelf verantwoordelijk voor hoe ze met hun gezondheid en ziekte omgaan. Burgers

moeten via cliëntenraden en patiëntenverenigingen meer ruimte en inspraak krijgen in het zorgdomein, zodat hun belangen niet ondersneeuwen in het krachtenveld van zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

- *Zorgverzekeraars* hebben de taak om verzekerden in staat te stellen zorg te gebruiken. Ze hebben een centrale rol bij het bevorderen en inkopen van hoogwaardige zorg tegen een acceptabele prijs. Ze stellen zich weer op als coöperaties en geven leden meer invloed op hun beleid. Dit komt ten goede aan het bevorderen van het algemeen belang.
- *Zorgverleners* verdienen vertrouwen. Zorg is meer dan een technische handeling waar geld tegenover staat, ze heeft een belangrijke morele dimensie waar menslievendheid, tijd en aandacht bij horen. Hier moet in het zorgsysteem weer meer ruimte voor komen, door andere prikkels en nadruk op het eigen karakter van zorg in opleidingen.
- De *overheid* bevordert publieke gerechtigheid en bewaakt de solidariteit door de zorg voor iedereen toegankelijk te houden en de eigen aard en kwaliteit van de zorg te beschermen. Ze laat veldpartijen veel vrijheid om eigen verantwoordelijkheid te nemen.
- Marktelementen kunnen functioneel zijn in de zorg, maar de zorg is geen *markt* die volledig vrij kan worden gelaten. De belangrijkste relatie in de zorg - die tussen arts en patiënt - is immers primair moreel en niet economisch van aard.

De vele ontwikkelingen in de zorg stellen ook de ethiek voor nieuwe vragen. Het gaat dan over goed leven, goed sterven, goede zorg en goed gebruik van technologie. Ons uitgangspunt is respect voor het leven, maar ook respect voor het sterven. De medische sector vermag veel, maar er zijn grenzen aan behandelingen en het is goed daar eerlijk over te zijn. Goede zorg typeert zich door het juiste gebruik van technische mogelijkheden, maar minstens evenzeer door aandacht voor de patiënt als mens. Bij de ontwikkelingen van medische technologieën pleiten wij voor nuchterheid (hoofdstuk 6).

Uit de in deel A geformuleerde visie volgen waarden die centraal staan bij een beoordeling van de huidige ontwikkelingen en die ons handvatten geven bij het maken van politieke keuzes vanuit christelijk-sociaal perspectief:

1. Ieder mens is waardevol, want geschapen naar Gods beeld (respect voor het leven).
2. Ieder mens is in beginsel verantwoordelijk voor zijn of haar gezondheid en

heeft hier ook zeggenschap over (goed burgerschap rond ziekte en gezondheid; goed patiëntschap).

3. Ieder mens heeft de verantwoordelijkheid om naar de medemens om te zien en voor de ander te zorgen.
4. Goede zorg heeft oog voor kwaliteit van leven.
5. Er is vertrouwen in zorgverleners. Zij hebben het goede met de patiënt voor ogen.
6. Er is machtsevenwicht tussen veldspelers. Overheid en markt domineren niet het maatschappelijk leven en de overheid wordt niet gedomineerd door de economie.
7. De overheid heeft een grote verantwoordelijkheid in het toegankelijk houden van zorg voor kwetsbaren (publieke gerechtigheid).
8. Er is goede zorg dicht bij de burger.
9. Het leven is niet maakbaar, er is besef van en eerlijkheid over de grenzen van medisch handelen (respect voor het sterven).
10. Er is een verantwoorde omgang met geld (rentmeesterschap).

B. Speerpunten

Op basis van deel A maken we een vijftal concrete keuzes, die we in deel B uitwerken.

1. Preventie als prioriteit

Inzet op preventie is cruciaal voor een goede volksgezondheid. Een gezonde levensstijl heeft een positieve invloed op het individu, maar ook op de samenleving als geheel. Preventie draagt eraan bij dat zwaardere zorg wordt uitgesteld of zelfs voorkomen. Groepen ertoe aanzetten hun levensstijl te veranderen, is niet gemakkelijk. Daarom behoort preventiebeleid een gezamenlijke inspanning te zijn: naast de overheid verwachten we een bijdrage van bedrijfsleven en wetenschap. Wij pleiten voor een structurele financiering van preventie.

2. De patiënt centraal zetten: meer verantwoordelijkheid en zeggenschap

In de zorg moet de patiënt centraal staan. Het gaat primair om de zorg van de arts voor de patiënt.¹ Het is belangrijk dat de patiënt meer verantwoordelijkheid gaat dragen voor zijn of haar keuzes en meer zeggenschap krijgt in het zorgproces. Dit kan onder meer door gebruik van e-health. De nadruk op meer eigen regie mag niet leiden tot ontkenning van de kwetsbaarheid van de patiënt.

3. Inzetten op de eerste lijn

Waar voorheen het accent lag op intramurale zorg zullen we nu meer moeten inzetten op de eerste lijn: huisartsen(ondersteuning), wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten, psychologen, ergotherapeuten etc. Dat is beter voor de kwaliteit van de zorg en het verlaagt de kosten. Bovendien is het zorg dicht bij de burger. We zien deze beweging al terug in de acute zorg, de electieve zorg, de zorg voor chronisch zieken, de GGZ en de zorg voor kwetsbare ouderen.

4. Streven naar gepaste zorg

Het bieden van gepaste zorg is een van de grootste uitdagingen van deze tijd. Niet zelden wordt er teveel behandeld. 'Overbehandeling' is niet teveel van het goede, maar betekent leed toevoegen aan de patiënt en verspilling van geld (geld dat aan effectieve zorg had kunnen worden besteed). Teveel behandelen wordt gevoed door onze gezondheidscultuur en door verkeerde financiële prikkels. We kunnen op diverse manieren streven naar meer gepaste zorg: door te werken aan kosten-effectiviteit (het onder voorwaarden inzetten van QALY'S), het anders belonen van artsen (populatiebesteding), het bevorderen van spiegelinformatie (en daardoor verminderen van praktijkvariatie).

5. Naar een kern-AWBZ

Het verkleinen van de AWBZ is niet alleen nodig vanuit financieel oogpunt, maar ook vanuit moreel en sociaal perspectief. Jarenlang deed de overheid teveel, nu is het aan burgers en samenlevingsverbanden om weer hun verantwoordelijkheden op zich te nemen. Ons ideaal is een samenleving waarin mensen naar elkaar omzien en onderling dienstbaar zijn. Voor de overheid blijft het nodig echt kwetsbaren te steunen en een kern-AWBZ in stand te houden. Daar past overheidsbeleid bij dat vrijwilligerswerk en informele zorg ondersteunt. Tot slot is belangrijk dat het systeem wordt versimpeld. Elke patiënt zou moeten vallen in de Zvw en de Wmo of in de AWBZ en de Wmo.

Hoofdstuk 1

Inleiding

Betaalt de overheid straks nog voor psychische hulp? Krijgt iemand in een gevorderd stadium van kanker nog een kostbare behandeling waarmee het leven twee maanden kan worden verlengd? Zullen actieve senioren straks voor kwetsbare ouderen moeten gaan zorgen? Vele vragen van financiële en morele aard bestormen ons als we over de zorg nadenken. Het thema gaat ons allemaal aan, het raakt aan het hart van ons samenleven. Hoe wij omgaan met zieken en gehandicapten, met de meest kwetsbaren in ons land, zegt iets over ons beschavingsniveau.

Tegelijk houdt het thema direct verband met onze nationale schatkist. Als we kijken naar de rijksbegroting, dan zien we dat Nederland momenteel aan de zorg het meeste uitgeeft. Was dit in 2000 nog 'slechts' 41 miljard, in 2010 was dit gestegen naar maar liefst 77 miljard euro per jaar. En die stijging zal doorgaan als we de zorg niet hervormen - overigens ook als we dat wel doen, maar dan minder hard.

Nederland kent uitstekende zorg, zowel op professioneel als informeel vlak. Om de kwaliteit op peil te houden, zullen we keuzes moeten maken. Twee belangrijke factoren van de groei in kosten zijn de ontwikkeling van nieuwe, dure technologieën en geneesmiddelen en de volumegroei. Dat laatste heeft vooral te maken met de groei van het zorgaanbod (en aanbod scheidt vraag). Een derde, overigens vaak overschatte factor in de kostenstijging is de vergrijzing. Er zijn steeds meer ouderen en zij worden ouder dan voorheen. Dat is allereerst iets om dankbaar voor te zijn. Deze dubbele vergrijzing zorgt alleen wel voor een toenemende zorgvraag.

Hoe kunnen we de zorg betaalbaar houden? In moeilijke tijden ligt het voor de hand te bezuinigen op de zorg, omdat er nu eenmaal veel te snijden valt. En het moet gezegd: Nederland heeft relatief gezien al jaren het duurste zorgstelsel ter wereld. Maar waar halen we het geld precies vandaan? Waar bezuinigen we concreet op? Deze vragen hangen samen met morele kwesties als: hoe ver reikt onze solidariteit? Wat hebben we over voor elkaar, voor ouderen, voor toekomstige generaties?

In deze publicatie willen we het zorgdebat nadrukkelijk breder en dieper maken dan een kil bezuinigingsdebat. We kunnen niet om kostenbeheersing heen, maar het zorgvraagstuk is ten diepste een moreel vraagstuk. Vragen als: Wat is goede zorg? en Wat is een solidaire samenleving? gaan vooraf aan de precieze inrichting van het stelsel. In deze publicatie beginnen we met die fundamentele vragen (deel A). We presenteren een visie op zorg die geworteld is in de christelijk-sociale

traditie. In deze traditie staan onderlinge solidariteit en zorg - in het bijzonder voor de kwetsbare naaste - en de verschillende verantwoordelijkheden van betrokkenen voorop. Niet alleen de overheid heeft een taak als het gaat om solidariteit en zorg, burgers en maatschappelijke organisaties zijn hier minstens even belangrijk. En juist dát accent op burger en sociale verbanden zien we momenteel sterk terug in de zorgdiscussie - denk alleen al aan het gebruik van het woord 'participatiemaatschappij' in de troonrede van 2013. Een uitgelezen kans om weer eens dieper die traditie in te duiken en vruchtbaar te maken voor het heden.

De centrale vraag van deze publicatie is: *Welke keuzes kunnen we vanuit een christelijk-sociale visie maken om de zorg in de toekomst kwalitatief hoogstaand te houden?* We behandelen deze vraag in twee delen: (A) Welke bouwstenen levert de christelijk-sociale traditie voor een visie op goede (dat wil zeggen toegankelijke, betaalbare en kwalitatief hoogstaande) zorg? (B) Welke aanbevelingen kunnen we vanuit deze traditie doen om in Nederland goede zorg te houden?

Deel A - Welke bouwstenen levert de christelijk-sociale traditie voor een visie op goede zorg?

In deel A plaatsen we allereerst een christelijk-sociale benadering in het bredere spectrum van politieke stromingen (hoofdstuk 2). Vanouds beweegt het christelijk-sociale denken zich tussen sociaaldemocratie (met nadruk op overheid en rechten) en liberalisme (met nadruk op individu en markt). De christelijk-sociale traditie kent een unieke mens- en maatschappijvisie (hoofdstuk 3), die echter wel vertaald moet worden naar de hedendaagse context. Onze cultuur is immers sterk veranderd de afgelopen decennia, met grote gevolgen voor het denken over en handelen in de zorg (hoofdstuk 4). Een toepassing van die traditie op onze huidige situatie biedt zicht op de taken van de verschillende actoren in de zorg nu: welke onderscheiden verantwoordelijkheden hebben burgers/patiënten, maatschappelijke organisaties (veldpartijen als zorgverzekeraars en zorgaanbieders) en overheid? En welke plek moet marktwerking hebben in de zorg? (hoofdstuk 5) De snelle ontwikkelingen stellen ook de ethiek voor nieuwe vragen: wat is goed leven, goede zorg, goed sterven (hoofdstuk 6)? Aan de geformuleerde visie ontleen we tien waarden, die als handvatten dienen waarmee we actuele ontwikkelingen in de zorg beoordelen en die onze hoofdvraag helpen beantwoorden.

Deel B. Welke aanbevelingen kunnen we vanuit deze traditie doen om in Nederland goede zorg te houden?

1. Prioriteit aan preventie geven
2. De patiënt centraal zetten
3. Inzetten op de eerste lijn
4. Streven naar gepaste zorg
5. Toewerken naar een kern-AWBZ

Deel A

Bouwstenen vanuit de
christelijk-sociale traditie

Hoofdstuk 2

Zoeken naar een derde weg

1. Inleiding

Verzorgingsstaten zijn in te delen in drie ideaaltypes: corporatistische, sociaaldemocratische en liberale. Deze types kennen elk van oorsprong een andere visie op de verhoudingen tussen burger, overheid en markt.² Ieder land kent dus zijn eigen ‘verzorgingsstaat’, zijn eigen manier om solidariteit collectief vorm te geven. In dit hoofdstuk beschrijven we de drie typen en hoe die zich verhouden tot het Nederlandse stelsel. We sluiten af met de start van een zoektocht.

2. Drie typen verzorgingsstaat

Het liberale type: accent op markt en individu

In liberale verzorgingsstaten acht men individuele burgers zelf verantwoordelijk voor zorg. Er zijn alleen regelingen voor de meest kwetsbaren, van anderen wordt verwacht zich particulier te verzekeren. Grote inkomensongelijkheid past in dit type verzorgingsstaat. Men onderneemt pogingen om overheidsingrijpen sterk te beperken en zet in op zelfredzaamheid. De zorg moet vooral aan de markt worden overgelaten.

Het sociaaldemocratische type: accent op overheid en rechten

In dit type is de rol van de overheid groot. Via belastingen betalen burgers voor overheidsvoorzieningen waar iedereen in gelijke mate toegang toe heeft. De voorkeur gaat uit naar professionele zorg boven informele zorg. Zorg is een recht. De huidige AWBZ is als volksverzekering een goed voorbeeld van dit type verzorgingsstaat. Ook de focus op lokale, integrale zorg en ondersteuning hoort hierbij. Dit past in het sociaaldemocratische denken, waarin de overheid vanouds een belangrijke rol speelt, ook in het reguleren van de zorg.

Het corporatistische type: accent op samenleving en informele zorg

Net als bijvoorbeeld Duitsland wordt Nederland vanouds vaak gezien als een corporatistische verzorgingsstaat. Beide landen kennen een lange traditie van subsidiariteit: er wordt veel gedaan door mensen zelf en de samenleving is actief en goed georganiseerd. Maatschappelijke instituties worden ingeschakeld bij overleg en uitvoering. De veronderstelling is dat families en verbanden beter voor

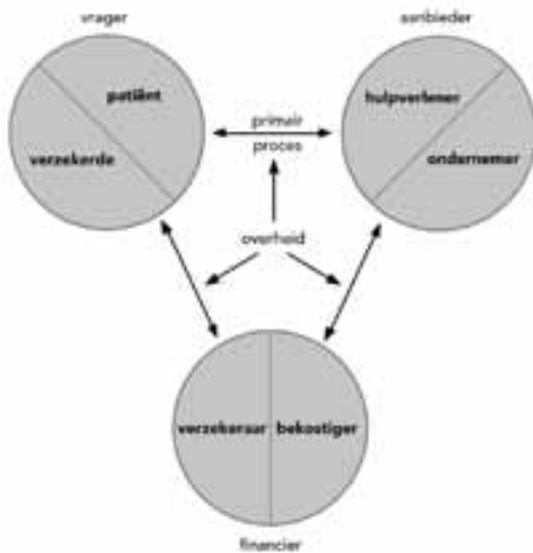
medemensen kunnen zorgen dan de overheid. Zorginstellingen zijn veelal ontstaan vanuit charitatieve organisaties en religieuze instellingen en daarmee particuliere instellingen. Verzekeringen worden door werkgever en werknemer samen betaald.³ Een christelijk-sociale benadering ligt dicht bij dit type.

3. Het Nederlandse zorgstelsel: oud en nieuw

Nederland heeft nog steeds veel trekken van een corporatistisch bestel, maar we zien ook sociaaldemocratische en - in het huidige bestel steeds meer - liberale elementen. Het jaar 2006 was een keerpunt, toen trad de Zorgverzekeringswet (Zvw) in werking. Daarvoor, in de 'oude' orde, was er een publiek bestel met decentrale uitvoering en werd het zorgdomein sterk bepaald door de overheid, inclusief zorginstellingen en ziekenfondsen. De positie van de markt was beperkt en veel burgers maakten gebruik van het stelsel zonder er verantwoordelijkheid voor te dragen. Dat stelsel bleek onhoudbaar. Het bevatte te weinig prikkels om de kwaliteit van de zorg te verbeteren⁴ en bovendien leidde het systeem tot wachtlijsten en ongelijkheid: wie het kon betalen, vermeed de wachtlijst en ging naar een privékliniek of het buitenland.

Als alternatief is er nu er een 'privaat stelsel met publieke randvoorwaarden' ('ge-reguleerde marktwerking'). Hierin is de rol van de overheid kleiner - al neemt momenteel de hoeveelheid regelgeving alleen nog maar toe(!) - en de rol van de markt groter. Theoretisch groeit ook de rol van de burger, maar in de praktijk komt daar weinig van terecht omdat zelfs de meest zelfbewuste zorgconsument zijn weg in het aanbod nog nauwelijks kan vinden.

Typerend voor ons zorgstelsel is de spanningsvolle driehoeksverhouding tussen zorgvrager, zorgaanbieder en zorgverzekeraar, waarbij elke speler twee gezichten heeft (figuur 2.1).⁵ Sturen op financiën is lastig: de zorgaanbieder heeft te maken met cliënten die



Figuur 2.1 De spelers op het zorgveld.⁶

niet betalen voor wat ze afnemen en met kopers die niet consumeren wat ze kopen. Dit belemmert beheersing van de vraag. De overheid moet als scheidsrechter dit complexe systeem in evenwicht zien te houden.

4. Een derde weg

Liberalisme: teveel verwachtingen van markt en individu

De afgelopen jaren nam het aantal liberale elementen binnen ons corporatistische model toe en werd het marktgelooft omarmd.⁷ Dat is spijtig, want daardoor raakt uit zicht dat het in de zorg in eerste instantie niet om economische relaties gaat, maar om de zorgrelatie tussen professional en patiënt, en dat is een relatie met een moreel karakter. Er is ook geen sprake van een echte markt waar individuen op gelijkwaardige basis met elkaar onderhandelen en waarin klanten transparante informatie hebben om hun keuzen te maken. Bovendien gaat de gedachte van shoppen in de 'zorgsupermarkt' uit van de sterke en onafhankelijke mens. Maar zieke mensen zijn vaak eerder kwetsbaar en afhankelijk. Andere problemen met het liberale type zijn dat 'onrendabele zorg' dreigt te verdwijnen, zwakke groepen met dure aandoeningen kunnen gaan ondersneeuwen en er grote verschillen in toegang tot zorg kunnen ontstaan (door particuliere verzekeringen voor betere zorg). Tot slot is het een misverstand dat marktwerking de kosten van de zorg drukt.⁸

Socialisme: teveel verwachtingen van de overheid en van formele rechten

Het stelsel van vóór 2006 had veel sociaaldemocratische trekken, waaronder de nadruk op de overheid. Problematisch bij een grote overheidsrol is echter dat de overheid erg veel moeite met de regiefunctie blijkt te hebben en dat het leidt tot wachtlijsten. Er is geen prikkel tot effectief en efficiënt werken en innovatie wordt niet gestimuleerd. Daarnaast is het in dit model moeilijk de inzet van de samenleving te waarderen. Er is te weinig oog voor de verantwoordelijkheid van burgers, bijvoorbeeld waar het gaat om zuinig gedrag. Tot slot redeneren sociaaldemocraten doorgaans sterk vanuit formele verhoudingen, terwijl de vraag momenteel niet primair is of zieken genoeg formele rechten hebben, maar of zij - en in het bijzonder de allermoeilijksten - daadwerkelijke verzorging ontvangen.⁹

Een christelijk-sociale benadering

Wij zoeken in deze publicatie naar een derde weg. Het 'corporatistische' type van de verhouding tussen overheid, markt en samenleving past bij een christelijk-sociale visie. Het is ook de oorsprong van hoe de zorg in Nederland is georganiseerd, met veel aandacht voor maatschappelijke instituties en sociale verbanden. Terugkeer naar oude verhoudingen is echter wenselijk noch mogelijk. Niet wenselijk omdat naast de caritas de opkomst van heldere, sociale rechten een goede

Zorg met een hart

ontwikkeling is, en niet mogelijk omdat de samenleving door onder meer individualisering, vergrijzing en secularisering fundamenteel is veranderd. De kracht van de christelijk-sociale benadering ligt in de nadruk op de diversiteit aan maatschappelijke verbanden met eigen verantwoordelijkheden en de unieke, achterliggende visie op mens en leven.

Hoofdstuk 3

Elk mens mag er zijn

Bouwstenen van een christelijk-sociale visie

I. Inleiding

In discussies over de rolverdeling tussen overheid, markt en samenleving is een toenemende nadruk op de inzet van burgers en sociale verbanden waarneembaar. Het kabinet Rutte II breekt in de troonrede een lans voor een ‘participatiemaatschappij’ en de Raad voor het Openbaar Bestuur (Rob) pleitte zelfs al voor een paradigmashift. We moeten, aldus de Rob, ervan uitgaan “dat wat nodig is in de eerste plaats groeit in de samenleving zelf en haar gemeenschappen. Daaropvolgend ontstaat vanuit die samenleving mogelijk de behoefte aan ondersteuning vanuit de overheid. Het particuliere initiatief is leidend en daarbij moet worden geëxpliciteerd welke rol de overheid moet of wenst te spelen.”¹⁰ Deze ‘shift’ sluit goed aan bij onze christelijk-sociale benadering.

2. Een christelijk-sociale positie

De christelijke traditie kent een unieke mensvisie, die door de tijden heen heeft doorgewerkt in visies op samenleving en overheid.¹¹ In het navolgende lopen we die visies langs en formuleren we bouwstenen voor ons betoog.

Mensvisie

Ieder mens is door God en naar zijn evenbeeld gemaakt en door Hem geliefd. Dat is een cruciaal uitgangspunt. Daarmee is namelijk ieder mens waardevol en in gelijke mate beschermwaardig.¹² De waarde van het menselijk leven hangt dus niet af van prestaties, gezondheid, seksuele geaardheid, ras, intelligentie, leeftijd, gewenstheid of geluk. Ook gehandicapten, kwetsbare ouderen en ongeboren kinderen mogen er zijn en hebben recht op liefde en bescherming. Al het leven, in gaafheid en gebrokenheid, verdient volle aandacht en zorg.

De mens kreeg de opdracht om de aarde in cultuur te brengen en te vullen. Hij is geroepen op aarde zijn talenten te benutten, zijn roeping te beantwoorden. Dat ‘antwoord geven’ is sterk contextueel bepaald. In iedere tijd en op iedere plaats is het nodig te onderscheiden waar het op aankomt. Mensen zijn primair verantwoordelijk voor hun eigen leven, dus ook voor hun eigen gezondheid. Dit

betekent meewerken aan bestrijding van ziekte, maar ook oog hebben voor een gezonde levensstijl en voorkomen van ziekte (hoofdstukken 7 en 8).

Mens-zijn is ook leven-in-relaties. Relaties zijn in belangrijke mate bepalend voor iemands kwaliteit van leven, of beter: of iemands leven ‘zinvol’ is. Het geven en ontvangen van liefde en zorg is cruciaal. Inzet op informele zorg of mantelzorg past, zonder daar romantisch over te doen, bij uitstek in een christelijk-sociale visie (hoofdstukken 5 en 11). De mens is geroepen tot liefde, tot het doen van het goede. En gelukkig gebeurt er veel goeds, hij is – in de woorden van *Psalm 8* – bijna goddelijk gemaakt. Tegelijk heeft de mens een diepe neiging tot kortzichtig, zelfgericht gedrag. Daarom is het belangrijk dat de omgeving bijdraagt aan het stimuleren van het goede. Dat begint al bij de opvoeding, maar gaat door tot in samenleving en werkveld, waar de juiste prikkels het goede in de mens kunnen aanwakkeren. Andersom kunnen verkeerde prikkels slecht gedrag versterken (hoofdstukken 7 en 10). In een gebroken wereld kan vertrouwen niet bestaan zonder bepaalde controlemechanismen.

Gebrokenheid impliceert dat het leven eindig is. In een christelijke visie bestaat liefde voor het leven, maar ook respect voor het sterven – onze tijd is in Gods hand. Dit zet een rem op mogelijke medische mateloosheid, behandelen is immers geen doel op zich. Zorg heeft, zeker in de laatste fase van het leven, in belangrijke mate te maken met het bieden van geborgenheid en troost. De mens is geen machine waaraan naar eigen believen kan en moet worden gesleuteld (hoofdstuk 10). Genezing en gezondheid zijn uiteindelijk genadegaven van God. Gebrokenheid betekent ook lijden. We hoeven dat niet te verheerlijken, maar kunnen het wel nemen zoals het is. Lijden kan samengaan met een goede kwaliteit van leven. Ethicus Theo Boer en kinderarts Dick Mul schrijven:

“In de christelijke traditie is gezondheid altijd een groot goed geweest, net als voorspoed, schoonheid en een onbezorgd leven. Tegelijk is door de eeuwen heen benadrukt dat écht geluk niet alleen bestaat in de omstandigheden maar vooral in de manier waarop we daarmee omgaan. Een mens kan kerngezond en steenrijk zijn, maar innerlijk uitgedroogd en cynisch. Omgekeerd kan iemand chronisch ziek zijn of een ernstige verstandelijke beperking hebben en toch een bron van geluk en troost zijn voor anderen.”¹³

Kerk en zorg

In de christelijke traditie is zorg voor zieken en kwetsbaren altijd een centrale notie geweest. Mensen hebben de verantwoordelijkheid om naar elkaar om te zien, in het bijzonder naar de weduwe en de wees, de arme en de zieke. Die verantwoordelijkheid nam men in de vroege kerk serieus en dat bleef niet zonder gevolgen. De filosoof Govert Buijs spreekt van een ‘agapeïsche revolutie’. Daarmee doelt hij op een geheel nieuwe ontwikkeling ten tijde van de vroege kerk waarin de *agape* centraal stond. Typerend voor deze liefde is de levenshouding: ‘Ik geef niet om zelf te ontvangen, maar omdat mij eerst veel gegeven is.’ Buijs vervolgt: “Die bijdrage zag men met name in de zorg voor armen, wezen, zieken. De interne onderlinge zorg voor de eigen leden, die al sinds de eerste christelijke gemeenten opmerkelijk goed georganiseerd was, werd geleidelijk (...) uitgebreid tot een maatschappelijke institutie.”¹⁴ Volgens Buijs ligt hier het fundament van onze hedendaagse *civil society*.¹⁵ En inderdaad: veel ziekenhuizen en verzorgingstehuizen vinden ook in Nederland hun oorsprong in kerkelijke activiteiten. Niet ten onrechte is er momenteel weer veel discussie over de diaconale rol van kerken in de samenleving. Hier liggen in het licht van de terugtrekkende overheid nieuwe kansen. Tegelijk noopt de ontkerkelijking tot nuchterheid. Het aandeel regelmatige kerkgangers (dat minstens eenmaal per maand de kerk bezoekt) is nu ongeveer 18% en loopt nog elk jaar terug. Uit cijfers blijkt dat dit negatieve gevolgen heeft voor vrijwilligerswerk. Onder kerkgangers is het percentage vrijwilligers het dubbele van dat onder niet-kerkgangers.¹⁶

Maatschappijvisie

De mens is ten principale medemens. Leven doen we niet alleen, maar in verbanden (ook wel sferen of kringen genoemd) als gezin, werk, school, kerk, sportclub etc.¹⁷ De samenleving kent een groot aantal verbanden die naast elkaar bestaan en ieder een eigen karakter hebben. Mensen hebben binnen specifieke verbanden hun eigensoortige verantwoordelijkheden. Problemen kan men het best allereerst in eigen kring oplossen. De hedendaagse reflex ‘Hoe kan de overheid dit probleem oplossen?’ is de christelijk-sociale traditie vreemd. In dit licht is het bijvoorbeeld goed dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders losstaan van de overheid en vrijheid hebben om samen te werken aan kwalitatief goede zorg in het belang van de patiënt (hoofdstuk 5).

Maatschappelijke verbanden bestaan in betrokkenheid op elkaar. Hun leden zijn altijd in verscheidene verbanden actief: thuis, op school, op het werk, in een staat etc.

Verbanden beïnvloeden elkaar, maar het eigen karakter van elk verband moet wel behouden blijven. Concreet: de zorgsector mag niet overheerst gaan worden door een bedrijfsmatige of bureaucratische logica, dan komt het eigene van de zorg – de aandacht voor de patiënt – in de knel.

Zorgen is allereerst een verantwoordelijkheid van gezin en samenleving. Er kan een beroep op elke Nederlander worden gedaan om te zorgen voor familie, vrienden en burens. Mantelzorg en vrijwilligerswerk zijn essentieel in een samenleving.¹⁸ We beschouwen het als een positieve notie dat burgers voor elkaar willen zorgen: als de ene mens de andere helpt, dan komen beiden tot hun bestemming (hoofdstuk 11). In het verlengde hiervan pleiten we voor meer nadruk op zorg dicht bij de patiënt in diens lokale omgeving, met de huisarts als spil (hoofdstuk 8). In het contact tussen zorgverlener en patiënt draait het om vertrouwen, naastenliefde, barmhartigheid, ontferming en aandacht. In de zorg staat de gehele mens centraal, niet slechts een 'lichaam waaraan handelingen moeten worden verricht.'¹⁹

Overheidsvisie

Op de samenlevingsvisie volgt een overheidsvisie.²⁰ De overheid heeft als taak het publieke domein rechtvaardig te ordenen en daar gerechtigheid na te streven. Zonder overheid gaat het recht van de sterkste heersen, ten koste van kwetsbare mensen. De overheid moet recht handhaven en onrecht (zoals doodslag) bestrijden. Ze is er niet om mensen gelukkig of gezond te maken, maar kan wel de randvoorwaarden voor de bloei van het samenleven scheppen, zodat mensen de ruimte hebben om zich te ontplooiën. De overheid bewaakt dat iedere Nederlander een basisrecht op gezondheidszorg heeft en is verantwoordelijk voor de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. De overheid beschermt de samenleving en let op de balans tussen de diverse verbanden, bijvoorbeeld door de overheersende logica van economie en regelgeving in te dammen. Als een goed rentmeester gaat ze verantwoord om met publiek geld.

3. Leidende waarden

Op basis van de uiteengezette visie formuleren we de volgende waarden:

1. Ieder mens is waardevol, want geschapen naar Gods beeld (respect voor het leven).
2. Ieder mens is in beginsel verantwoordelijk voor zijn of haar gezondheid en heeft hier ook zeggenschap over (goed burgerschap rond ziekte en gezondheid; goed patiëntschap).
3. Ieder mens heeft de verantwoordelijkheid om naar de medemens om te zien en voor de ander te zorgen.

4. Goede zorg heeft oog voor kwaliteit van leven.
5. Er is vertrouwen in zorgverleners. Zij hebben het goede met de patiënt voor ogen.
6. Er is machtsverevenwicht tussen veldspelers. Overheid en markt domineren niet het maatschappelijk leven en de overheid wordt niet gedomineerd door de economie.
7. De overheid heeft een grote verantwoordelijkheid in het toegankelijk houden van zorg voor kwetsbaren (publieke gerechtigheid).
8. Er is goede zorg dicht bij de burger.
9. Het leven is niet maakbaar, er is besef van en eerbijheid over de grenzen van medisch handelen (respect voor het sterven).
10. Er is een verantwoorde omgang met geld (rentmeesterschap).

Hoge verwachtingen van de zorg

Veranderingen in de samenleving

1. Inleiding

Willen we de rijkdom van de christelijk-sociale traditie vruchtbaar maken voor onze situatie, dan moeten we de belangrijkste maatschappelijke ontwikkelingen van dit moment scherp krijgen. Nederland is door onder meer individualisering, ontkerkelijking, globalisering en de opkomst van internet sterk veranderd. En die veranderingen zetten ook vandaag door. In dit hoofdstuk beschrijven we de belangrijkste trends voor de zorg.

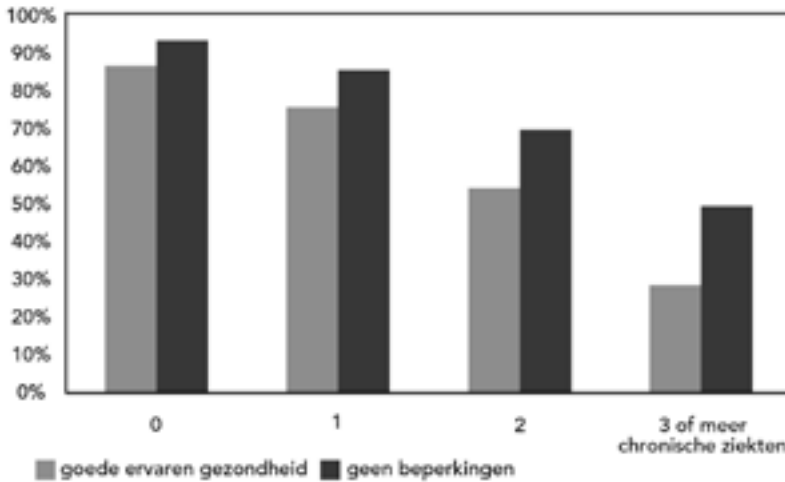
2. Technologische ontwikkelingen

De medische technologie heeft zich de afgelopen decennia enorm ontwikkeld. Er zijn inmiddels veel betere behandelingen en medicijnen en talloze nieuwe hulpmiddelen. Al die verbeteringen hebben geleid tot een hogere levensverwachting en een hogere kwaliteit van de zorg. Deze positieve ontwikkeling heeft echter een keerzijde, namelijk veel hogere kosten. Nieuwe behandelingen en medicijnen zijn immers vaak erg duur. De gezondheidszorgindustrie wil de jarenlang gemaakte ontwikkelkosten van medicijnen, hulpmiddelen en apparaten er wel uithalen. Daarnaast speelt een rol dat veel ziekten die in het verleden een dodelijke afloop hadden, met nieuwe methoden behandeld kunnen worden en daardoor nu een chronische aandoening zijn.²¹

3. Gezondheid en ziekte

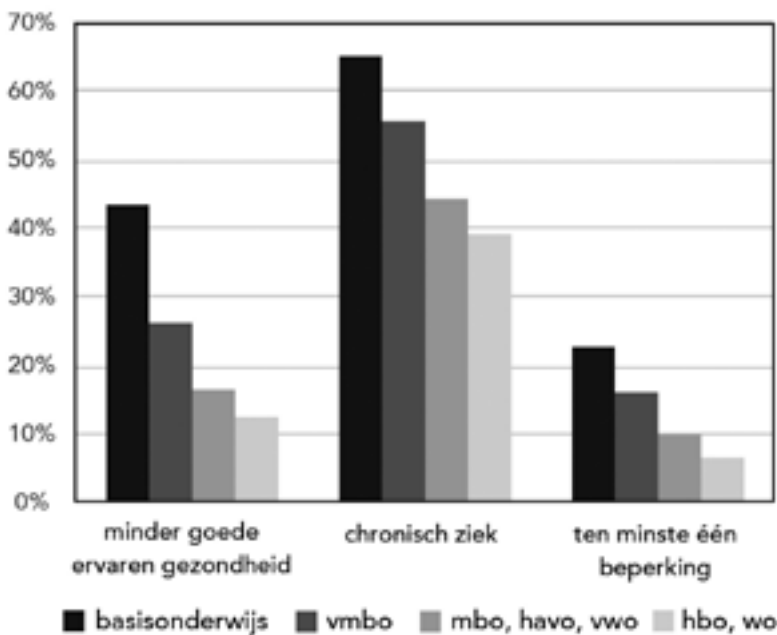
Gezondheid wordt steeds belangrijker geacht: de oriëntatie op leven na de dood is grotendeels verdwenen en mensen geloven sterk in de effectiviteit van de geneeskunde. Dit is ook niet vreemd gezien de genoemde technologische ontwikkelingen. Onze welvaartsmaatschappij brengt daarbij eigen problemen met zich mee. Allereerst is er een sterke toename van bepaalde ziekten, zoals diabetes en kanker. Ook verschuift onze visie op gezondheid, namelijk richting perfectie. We willen perfecte lichamen - zonder rimpels en flaporen - een perfecte psyche en perfecte sociale relaties. In onze consumptiesamenleving staat de sterke, mooie

en succesvolle mens centraal en reclames spelen hierop in. Er zijn financiële en andere prikkels in onze cultuur geslopen die zich erop richten dat alles wat niet aan dat beeld voldoet, aanpak vereist. Dit levert een behandelgerichte cultuur op, waarin mensen moeite hebben met de acceptatie van gebrokenheid en tragiek.



Figuur 4.1 Percentage Nederlanders zonder en met chronische ziekten dat zich gezond voelt en geen beperkingen ervaart (2007).²²

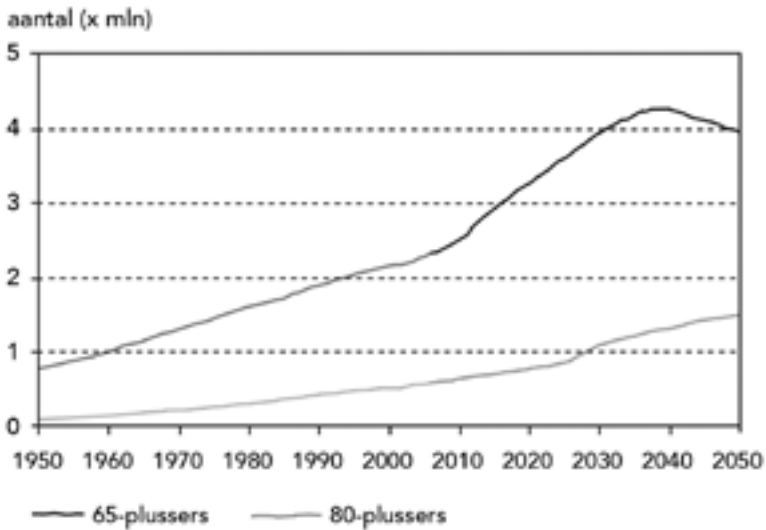
Voelen we ons gezond? Voelen we ons beperkt door onze ziekte of stoornis? Figuur 4.1 geeft een overzicht van de ervaren gezondheid voor burgers met geen, één of meer chronische ziekten. Ook geeft deze figuur aan in hoeverre men beperkingen ondervindt in het dagelijkse functioneren. Zichtbaar is dat burgers zonder chronische ziekte een goede gezondheid ervaren en nauwelijks beperkingen ondervinden. Naarmate de mensen meer aandoeningen hebben, neemt de ervaren gezondheid af en ondervinden ze meer beperkingen. Maar zelfs bij drie of meer chronische ziekten zegt 30% zich gezond te voelen en ervaart 50% van de burgers geen beperkingen. Op dit punt zien we wel een scherp kantje: hoe lager het opleidingsniveau, hoe vaker er sprake is van minder goede ervaren gezondheid, chronische ziekten en een of meer beperkingen (zie figuur 4.2).²³



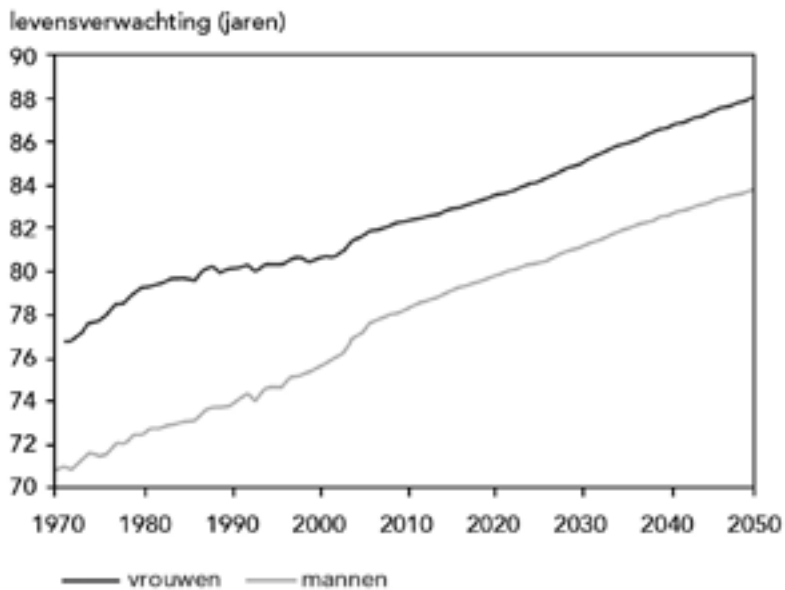
Figuur 4.2: Percentage Nederlandse burgers dat zich gezond voelt en geen beperking ervaart als functie van het aantal chronische aandoeningen (2007).²⁴

4. Meer ouderen

In de komende decennia zal de demografie van ons land sterk veranderen. Er zal sprake zijn van 'ontgroening' en van 'dubbele vergrijzing'. Figuur 4.3 geeft een overzicht van het aantal 65-plussers en 80-plussers. We zien dat er in het jaar 2040 een piek verwacht wordt in het aantal 65-plussers om daarna weer gestaag af te nemen. In de periode 2010–2040 stijgt het aantal ouderen ongeveer van 2,4 miljoen tot 4,3 miljoen, terwijl de totale bevolking maar licht toeneemt. De dubbele vergrijzing gaat dus gepaard met een afname van het aantal mensen in de leeftijd tot 65 jaar (ontgroening). In de periode 2010–2040 stijgt het aantal 80-plussers van circa 0,6 miljoen tot 1,3 miljoen. We zien tevens dat het aantal 80-plussers na 2040 verder blijft stijgen.²⁵



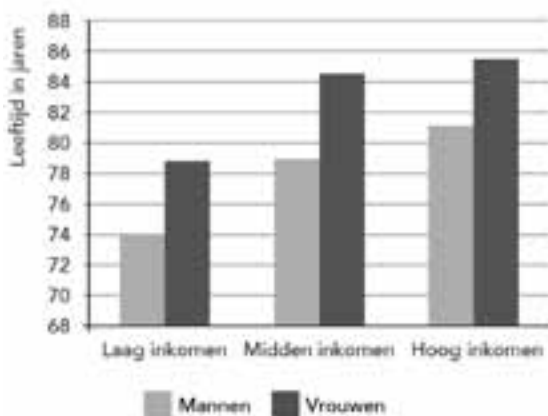
Figuur 4.3: Het aantal 65-plussers en 80-plussers in de periode 1950–2050.²⁶



Figuur 4.4: De ontwikkeling van de levensverwachting in Nederland in de periode 1970–2050.²⁷

We worden ook steeds ouder. Figuur 4.4 geeft de levensverwachting in Nederland in de periode 1970–2050 weer. We zien dat in deze periode de levensverwachting gestaag stijgt. In 2010 was de gemiddelde levensverwachting voor een man ruim 78 jaar en voor een vrouw ruim 82 jaar. In 2040 zal de gemiddelde levensverwachting voor zowel de man als de vrouw waarschijnlijk met ongeveer vier jaar zijn gestegen. Daarbij geldt: de levensverwachting van de man stijgt iets sneller, waardoor mannen en vrouwen wat langer bij elkaar wonen en voor elkaar zorgen (hierdoor neemt de zorgvraag af).

Ook aan de ontwikkeling van de levensverwachting zitten scherpe kantjes. Zoals figuur 4.5 laat zien, stijgt de levensverwachting met de positie op de sociaaleconomische ladder. Gemiddeld worden burgers met een hoog inkomen ongeveer zeven jaar ouder dan burgers met een laag inkomen. Deze verschillen worden met name veroorzaakt door verschillen in leefstijl. Lageropgeleiden roken meer en hebben meer last van overgewicht dan hogeropgeleiden.



Figuur 4.5: De levensverwachting bij geboorte naar inkomensklasse voor 2007.²⁸

5. Meer eenpersoonshuishoudens

Deze demografische ontwikkelingen leiden, samen met het toegenomen aantal echtscheidingen, tot een verschuiving in het aantal en in de grootte van de huishoudens.²⁹ In 2010 telde Nederland 7,4 miljoen huishoudens. Naar verwachting zal dat stijgen tot circa 8,5 miljoen in 2040. Het aantal eenpersoonshuishoudens was in 2010 circa 2,7 miljoen en dit zal in 2040 groeien naar ongeveer 3,6 miljoen. Dit betekent dat in 2040 ruim 42% van de huishoudens uit één persoon bestaat (in de vier grote steden is het overigens nu al 1 op de 2). Daar komt bij dat

ongeveer de helft van de eenpersoonshuishoudens iemand van 65 of ouder betreft. En in het algemeen geldt: alleen wonen is voor de gezondheid een grote risicofactor.³⁰

6. Individualisering

Onze samenleving individualiseert. Nederlanders staan meer op zichzelf en sociale verbanden worden losser en tijdelijker. Daardoor is onderlinge zorg minder vanzelfsprekend - alhoewel niet per se minder. Zeker nu de druk op beide partners om te werken is toegenomen, is, zeker bij jonge gezinnen, tijd voor informele zorg schaarser. Daarnaast worden mensen steeds assertiever en denken ze meer in rechten dan in plichten. De moderne patiënt is “niet zelden een mondige, eisende en op consumptie ingestelde burger”.³¹ Mensen met een ‘onbegrensd ik’ willen alles uit het leven halen en stellen zichzelf daarbij voorop, wat zorgverlening kan bemoeilijken.

7. Gevolgen: kostenstijging en druk op solidariteit

De afgelopen decennia zijn de kosten van de gezondheidszorg sterk gestegen. In 1972 gaven we iets minder dan 9% van het BBP uit aan de gezondheidszorg en in 2008 was dat gestegen tot ruim 13%. Meerdere kabinetten hebben geprobeerd om de groei van de kosten in de gezondheidszorg te beteugelen, maar tot nu toe is dat bijzonder moeilijk gebleken.

Vaak wordt gesteld dat de stijging van de zorgkosten direct is toe te wijzen aan de vergrijzing. Dat valt erg mee. In de periode 1999-2007 zijn de kosten van de gezondheidszorg met gemiddeld 3,4% gestegen. Hiervan kan eenzesde toegeschreven worden aan de veranderingen in de demografie en *tweederde* aan effecten als duurdere behandelingen (innovatie) en meer zorg ('het aanbod schept de vraag').³² Het streven naar perfectie in onze gezondheidscultuur draagt uiteraard bij aan dit opdrijven van de kosten.

De groei van kosten zet druk op de nationale solidariteit. Wat hebben jongeren voor ouderen over (en andersom)? Wat willen gezonde mensen voor zieke mensen betalen?³³ En hoeveel informele zorg willen we aan elkaar verlenen als formele zorg afneemt? De individualisering en de druk om betaald werk te verrichten, maken dit ingewikkelde kwesties, zeker gezien de enorme groei van het aantal eenpersoonshuishoudens.

Geef de burger een stem

Een christelijk-sociale zorgvisie voor het Nederland van nu

1. Inleiding

Het huidige zorgstelsel heeft herverdeling van verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden met zich meegebracht. Deze zijn echter nog onvoldoende uitgekristalliseerd en afgebakend.³⁴ Het is zaak rolvermenging te voorkomen en de onderscheiden verantwoordelijkheden helder te krijgen en te houden. We proberen dat te doen vanuit onze christelijk-sociale visie en kijken achtereenvolgens naar de burger, de veldpartijen, de overheid en de markt. We sluiten af met een pleidooi voor een centralere plek van de burger in het zorglandschap.

2. De burger: meer verantwoordelijkheid en meer zeggenschap

Burgers hebben verschillende rollen in het zorgdomein: van patiënt die zijn eigen ziekte voor een deel bestrijdt en actief is in een patiëntenorganisatie (zelfzorg) tot familielid dat voor zijn zieke kind of bejaarde ouders zorgt (zorg voor de ander). We bespreken beide rollen. Daarbij is het belangrijk te beseffen dat burgers hun verantwoordelijkheden altijd vervullen in de context van een samenleving - niet als op zichzelf staande, onafhankelijke burgers - en dat de overheid een faciliterende taak houdt, ook nu zij meer aan de burgers overlaat. Tot slot: de toename van verantwoordelijkheid van burgers juichen wij toe, maar kan niet zonder meer zeggenschap.

Zelfzorg

Het maakt onderdeel uit van goed burgerschap dat mensen goed voor hun gezondheid zorgen. Dit vereist een verantwoorde levensstijl, en bij ziekte meewerken aan de behandeling ervan (goed patiëntschap). Als iemand dat niet kan, moet er ondersteuning door een vrijwilliger plaatsvinden of anders door een ondersteuner van de huisartsenpraktijk (POH) of een verpleegkundige.

Burgers moeten zich verder bewuster worden van de kosten die zorg met zich meebrengt en terughoudend zijn in het aanvragen van verstrekkingen. Ze zullen ook meer zelf gaan bijdragen aan de kosten; er blijft een kleiner vangnet over. Belangrijk is wel openheid hierover, want momenteel is het voor de patiënt weinig inzichtelijk wat een specifieke behandeling heeft gekost.³⁵ Transparantie en

duidelijkheid kunnen in belangrijke mate bijdragen aan de bestrijding van fraude. De roep om meer persoonlijke verantwoordelijkheid en de nadruk op 'zelfmanagement' vragen om een andere positionering van patiëntenorganisaties. In het verleden richtten deze organisaties zich voornamelijk op het behartigen van de belangen van hun leden en op lotgenotencontact. In de toekomst zullen ze zich meer moeten richten op het ondersteunen van hun leden in het bestrijden van hun ziekte en op het actief verleiden van leden tot een betere leefstijl en meer zelfzorg.³⁶

Burgers krijgen steeds meer verantwoordelijkheden, ze zouden echter ook meer te zeggen moeten krijgen. Twee (aan elkaar verwante) interventies kunnen patiënten een meer centrale rol geven bij het streven naar passende zorg, hogere ervaren kwaliteit en lagere kosten: *Shared Decision Making* en *Advance Care Planning*. Ook voor de Nederlandse zorg kan op dit terrein veel winst geboekt worden door inzet van beide vormen van patiëntbetrokkenheid (zie kader).

Shared Decision Making en Advance Care Planning

Shared Decision Making (SDM) is een verzamelnaam voor allerlei vormen van gezamenlijke besluitvorming tussen behandelaar en patiënt over de te kiezen behandeling, waarbij allerlei beslissingsondersteunende methoden kunnen worden ingezet. Internationaal is hiermee al ruime ervaring opgedaan. Te denken valt aan de inzet van vergelijkingskaarten, waarbij bijvoorbeeld een patiënt met plasklachten met de arts bespreekt:

- welke behandelingen mogelijk zijn (fysiotherapie, incontinentiemateriaal, opereren etc.);
- wat de te verwachten effecten zijn;
- wat de risico's zijn;
- wat de kosten van de diverse alternatieven zijn.

Met name het bespreken van de kosten per alternatief ligt voor sommigen gevoelig. Anderzijds is het juist dit element dat ervoor zorgt dat alle relevante spelers in de zorg (ook patiënten en behandelaren) zich bewust zijn van de schaarste en de juiste verdeling van middelen.

Advance Care Planning (ACP) is een systematisch proces van het bespreken van doelen en voorkeuren voor zorg³⁷

- met patiënt, naasten en zorgverleners
- voor een moment dat de patiënt zelf niet meer in staat is beslissingen te nemen
- waarvan de uitkomst wordt vastgelegd in een document.³⁸

In Nederland is al *wel* ruimschoots ervaring opgedaan met het maken van zogeheten levensboeken door ouderen, waarin zij hun levensverhaal vertellen. Echter, het benoemen en opschrijven van de toekomstgerichte levensdoelen voor de jaren die iemand nog te leven heeft, komt in Nederland nog weinig voor.

De internationale literatuur toont niet alleen aan dat door toepassing van ACP er rond het levenseinde minder onnodige zorg wordt geconsumeerd (minder onnodige opnamen, minder onnodige/intensieve behandelingen, minder sondevoeding etc.), maar ook dat patiënten en familieleden de kwaliteit van de zorg die *wel* wordt geleverd veel hoger waarderen, minder stress ervaren en meer tevreden zijn (minder depressies, minder post-traumatische stressstoornissen, meer rust in de laatste levensfase).³⁹

In Nederland zou ACP goed toepasbaar zijn voor groepen als chronisch zieken, kwetsbare ouderen en kankerpatiënten. In onderzoek is al verkend wat de inzet van ACP voor palliatieve zorg zou betekenen in termen van kostenreductie op maatschappelijk niveau. Hier bleek dat naast een verwachte kwaliteitsverbetering jaarlijks 65 miljoen euro te besparen is in Nederland.⁴⁰

Er bestaan uitstekende handleidingen om met ACP te kunnen beginnen. Vooral in Vlaanderen worden erg goede ervaringen opgedaan en beschreven.⁴¹ We kunnen hiervan veel leren en hadden bij wijze van spreken gisteren kunnen beginnen met de implementatie.

Zelfzorg wordt een prominenter onderdeel van goed patiëntschap. Tegelijk zijn er wel grenzen aan die zelfzorg. Er kan sprake zijn van onvermogen van mensen om voor zichzelf te zorgen. Dat zien we bijvoorbeeld bij mensen met psychiatrische of verslavingsproblematiek, maar ook bij kwetsbare ouderen.⁴² Daarnaast is het zo dat de patiënt beschermd moet worden tegen overconsumptie.

Zorg voor de ander

In hoeverre moet de burger omzien naar zijn zorgbehovende medemens? Heeft hij een zorgplicht voor de ander en hoever reikt die? Jan Hoogland, lector Samenlevingsvraagstukken, schrijft:

“Grofweg gesproken lijkt de overheersende opvatting dat het moeilijk is om over een zorgplicht te spreken en dat men de bereidheid om voor medeburgers te zorgen het liefst beschouwt als een vrije keuze van de betrokkenen. Dat laatste klinkt heel mooi, maar doet weinig recht aan de maatschappelijke realiteit. Als je het aan mensen die informele zorg verlenen zelf zou vragen, zouden de meesten waarschijnlijk zeggen, dat zij het verlenen van informele zorg als een

vanzelfsprekendheid beschouwen waarvoor ze niet gekozen hebben, maar wat hen overkwam. Je zorgt voor iemand omdat je je bij diegene betrokken voelt en je hem of haar niet aan het eigen lot kunt of wilt overlaten. 'Onvoorwaardelijke betrokkenheid' is voor ieder mens een existentiële basiservaring: de ervaring een recht van bestaan te hebben en gerespecteerd te worden, ongeacht de tegenprestatie die je kunt leveren. Een existentiële betrokkenheid die de formele zorgverlening hoogstens kan benaderen, maar nooit 'op contract' kan leveren."⁴³

De kanteling ofwel de transformatie van formele (professionele, betaalde, voorwaardelijke) naar informele (onderlinge, onbetaalde, onvoorwaardelijke) zorg betekent meer nadruk op burgerlijke 'zorgplicht'. Er wordt weer meer verwacht van zorg vanuit 'natuurlijke' vormen van betrokkenheid, zoals gezin, vrienden, kennissen en burens. Dat vergt een cultuuromslag, ook bij burgers zelf. Is er voldoende bereidheid tot zorg voor elkaar? Zijn er voldoende gemeenschappen waarop mensen kunnen terugvallen? Meer informele zorg lijkt gemakkelijker gezegd dan gedaan, zeker als de overheid vooral inzet op betaald werk. Onderzoeker Marja Jager wijst erop dat burgers er vooraan op zijn ingesteld dat ze zich zoveel mogelijk zelf moeten redden. Mocht dat niet lukken, dan kunnen ze een beroep doen op professionele voorzieningen. Als ook dat onverhoopt niet lukt, dan is het tijd voor een appel op familie, vrienden of burens.⁴⁴ Maar dat wordt dus als uiterste middel ervaren. Deze 'sociale regels' zitten diep ingebakken in de burgers van de verzorgingsstaat. Nu vraagt de overheid echter om de volgorde om te draaien. Dat is niet zo eenvoudig. Volgens Hoogland hoort bij de cultuuromslag een veel hogere maatschappelijke waardering voor informele zorgverlening. De overheid moet niet eenzijdig nadruk leggen op individuele keuzevrijheid, emancipatie en arbeidsparticipatie, maar zichtbaar maken welk voordeel de samenleving heeft van vrijwillige inzet. Want die inzet is wel gratis, maar niet kosteloos.⁴⁵ De overheid moet verder voorkomen dat burgers onevenredig belast worden met informele zorgtaken. In 2008 waren er 450.000 zwaar- en overbelaste mantelzorgers.⁴⁶ Informele zorg - die vaak dus niet echt een vrije keuze is - kan niet zonder stevige formele zorgsector.

Burgers en soorten zorg

Burgers krijgen meer verantwoordelijkheid om te zorgen voor hun naasten. Maar hoe ver gaat dat? En voor welke 'zorgsoorten' geldt dat? Zorgen in de zin van eten geven, schoonmaken, kleren wassen, aandacht geven en sociaal contact kan in principe iedereen. Maar hoe medischer en intensiever het wordt, hoe kleiner de rol van de burger als mantelzorger en vrijwilliger. We kunnen hier niet van vaste grenzen spreken, er is verschil per soort ziekte. Vrijwel alle nierpatiënten blijken bijvoorbeeld na verloop van

tijd thuisdialyse te leren. En ouders en familie kunnen leren hoe om te gaan met de zorg voor een kindje met aangeboren diabetes. Ook in de care zijn medische handelingen. Hoe eenvoudiger die zijn, hoe gemakkelijker een mantelzorger of vrijwilliger die kan verrichten.

Kinderen zorgen voor ouders

In Duitsland is het normaal dat kinderen voor hun bejaarde ouders zorgen. Is dat ook in Nederland te verwachten? En is het wenselijk? Wat ons betreft, mogen we het weer 'normaler' gaan vinden om voor elkaar, ook in familieverband, te zorgen. Hier zitten zeker haken en ogen aan: de toegenomen afstand tussen familieleden, de werkdruk van mannen en vrouwen en het feit dat niet iedereen kinderen heeft. Dit maakt dat we het Duitse model niet een op een moeten willen overnemen. Maar de ontwikkeling is goed en lijkt zich door te zetten, bijvoorbeeld als het gaat om morele 'mantelzorgverplichtingen' voor familieleden in een verzorgingshuis (koffiezetten, wandelen, spelletjes doen). Recente ervaring leert dat dit kan rekenen op enthousiasme van veel 'vaste vrijwilligers'.⁴⁷ Een ander punt van debat is of er een *financiële* verantwoordelijkheid bij kinderen kan worden gelegd voor de zorg van hun ouders (zoals die er ook was voor de invoering van de AWBZ en ook in het buitenland gebruikelijk is).

3. De veldpartijen: neem je verantwoordelijkheid

De rijksoverheid heeft het afgelopen decennium niet alleen taken naar lagere overheden verplaatst (territoriale decentralisatie), maar ook naar veldpartijen (functionele decentralisatie). Zorgverzekeraars en ziekenhuizen hebben als private partijen meer verantwoordelijkheden gekregen. Dit is een goede ontwikkeling, alleen het vereist wel zicht op de onderscheiden verantwoordelijkheden. Vaak zien burgers veldpartijen als overheidspartijen, ten onrechte.⁴⁸

Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars zijn krachtens de Zvw gehouden om verzekerden die zorg nodig hebben, in natura dan wel door terugbetaling van gemaakte kosten in staat te stellen om deze zorg te genieten.⁴⁹ In het spel dat gespeeld wordt op de zorgmarkt(en) is aan verzekeraars een belangrijke regierol toebedeeld. In die rol zijn zij verantwoordelijk voor het bevorderen en inkopen van kwalitatief hoog-

waardige zorg tegen een acceptabele prijs. Door namens de verzekerden op te treden als collectieve inkoper van zorg, is een verzekeraar in theorie beter gepositioneerd om deze zorg te bevorderen dan de individuele patiënt/verzekerde. De mate waarin zorgverzekeraars deze regierol ook daadwerkelijk vervullen, alsmede het beeld dat daarover ontstaat in de maatschappij, zijn de afgelopen jaren sterk veranderd. Functioneerden de zorgverzekeraars eerst vooral als uitvoeringsorganisaties, en in die rol als verlengstuk van de overheid, de laatste jaren neemt men de rol als 'selectief inkoper' en bevorderaar van kwaliteit steeds serieuzer.⁵⁰

Het is van belang dat de afstand tussen de zorgverzekeraar en de verzekerden kleiner wordt. Verzekerden moeten invloed kunnen uitoefenen op het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars. De afgelopen jaren hebben zorgverzekeraars veel winst gemaakt. Het is wenselijk dat deze winst kan terugvloeien naar de verzekerden. Zorgverzekeraars geven aan dat winsten verdisconteerd worden in premies, maar dit proces is niet duidelijk en niet transparant. Daarom moeten zorgverzekeraars zich doorontwikkelen naar ledenorganisaties. Zorgverzekeraars zelf hebben daar een belangrijke verantwoordelijkheid in, allereerst door inspraak van leden beter te regelen. De vraag is of de coöperatieve structuur van de zorgverzekeraar nu niet teveel is geërodeerd. Zorgverzekeraars behoren zich meer bewust te zijn van hun maatschappelijke taak. Gezonde ondernemerszin bij de verzekeraars is aan te prijzen, maar wel met behoud van gerichtheid op het belang van hun verzekerden. Dat is nodig voor het herstel van de machtsbalans in het zorgdomein.

Zorgverleners en zorgaanbieders

Professionele zorgverleners hebben ruimte nodig om goede zorg te leveren zonder dat ze voortdurend gericht hoeven zijn op de inkomsten van een zorginstelling. Uiteraard zullen ze hun werk verantwoord moeten doen, maar ze hebben allereerst vertrouwen en vrijheid nodig in hun zorgverlening.

Zorgaanbieders zijn statutair verantwoordelijk voor het publieke belang van goede en toegankelijke zorg. Het is in hun eigen belang als ze goed intern toezicht organiseren.⁵¹ De zorgaanbieder let primair op de patiënt en diens belang: welke zorg is nodig? En hoe kunnen we die het beste leveren? Veel financiële regelingen bij zorgaanbieders pakken slecht uit vanwege de perverse prikkels die ze bieden (bijvoorbeeld aan specialisten, zie hoofdstuk 10). Tegelijk is er rust en duidelijkheid nodig als het gaat om regelgeving. Door elkaar snel opvolgende stelselwijzigingen is de bureaucratie in de zorg sterk toegenomen. Elke zorgorganisatie heeft diverse beleidsfunctionarissen in dienst om alle veranderingen te vertalen naar de organisaties. Dat gaat ten koste van 'handen aan het bed'.

Opleidingen

Goede vorming van de zorgverlener is cruciaal. Hij of zij staat immers centraal bij het geven van goede zorg. Belangrijk in onze visie is de bereidheid om te geven

en te zorgen vanuit het besef dat men ontvangen heeft. Helaas wordt dat in opleidingen en tijdens bijscholingen te weinig aangesproken en gericht ontwikkeld. Ethica Annelies van Heijst constateert: “De dominante tendens is helaas een compleet andere (...). Zorg is *do ut des* geworden: wie zorgt, ontvangt salaris en daarmee uit.”⁵² Zorg is vergaand gereduceerd tot “louter economisch gedefinieerde arbeid, in beginsel vergelijkbaar met alle andere vormen van arbeid. (...) ‘Professioneel’ heet het met gepaste distantie en zo doelmatig en goedkoop mogelijk gericht tussenbeide komen om bepaalde stagnaties te verhelpen.”⁵³ Er is echter een grondslag van genereuze welwillendheid nodig.⁵⁴ De huidige context bemoeilijkt voldoende persoonlijke aandacht. Jan Hoogland zet het op scherp: “De meetbare prestatie telt, niet de aandacht of presentie. Steeds meer cliënten hebben het gevoel dat het niet langer om hen gaat en dat geld, kostenbeheersing en kille efficiëntie vooropstaan.”⁵⁵ De professional moet, in zijn woorden, ook altijd ‘amateur’ zijn, liefhebber van zijn vak met hart voor patiënten. Het is in onze visie zaak dat zowel de meetbare prestatie en het kostenaspect als de menselijke maat in het oog worden gehouden. In opleidingen zouden het functionele en het relationele beter in balans gebracht mogen worden. Een professional moet worden opgeleid tot specialist *en* generalist. Goede zorg kenmerkt zich door aandacht voor de *gehele* patiënt: lichaam, psyche, ziel en omgeving. Dit vraagt medisch-technische kennis, maar niet minder sociaal kapitaal van de professional.⁵⁶

4. De overheid: opkomen voor publieke belangen

De rol van de rijksoverheid is te onduidelijk. Ze treedt terug ten gunste van de markt en private partijen, maar wat is nu precies haar resterende taak? Wat betekent het behartigen van en recht doen aan publieke belangen in de zorgsector? De overheid is verantwoordelijk voor een rechtvaardige samenleving. Ze kan dit bereiken door wetten, in dit geval wetten met betrekking tot het stelsel en de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg. Het zijn echter private partijen die zorg in de praktijk uitvoeren en de kwaliteit daarvan moeten borgen. Daardoor ontstaat onduidelijkheid. Burgers zullen bij problemen als eerste de overheid aankijken, wat maakt dat marktpartijen zich - ten onrechte - niet snel aangesproken voelen.

De overheid is er om duidelijke kaders te stellen en te verhelderen wat publiek en wat privaat is. Publieke belangen moeten worden gespecificeerd. Enigszins in lijn met de Raad voor Volksgezondheid & Zorg (RVZ)⁵⁷ doen we de volgende suggestie:

1. Stel de basisnormen voor kwaliteit waaraan de zorg ten minste moet voldoen: patiëntveiligheid en professionele standaard.
2. Bescherm alleen essentiële functies (steun individuele zorginstellingen niet, met uitzondering van bijvoorbeeld acute zorg).
3. Stuur op gezondheidsdoelen: formuleer kwaliteit in termen van gezondheidswinst.

Publieke gerechtigheid betekent ook dat de overheid kwetsbaren beschermt en de solidariteit waarborgt (zoals door de acceptatieplicht). Dit betekent een rechtvaardige verdeling van middelen: iedereen heeft een basisrecht op zorg.

De tendens van *territoriale* decentralisatie betekent vooral dat lokale overheden steeds meer moeten doen. Zij krijgen daar echter weinig extra geld voor. Denk aan AWBZ-taken die naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) gaan.⁵⁸ De toenemende nadruk op informele zorg gaat gepaard met drie valkuilen bij de overheid: het overvragen van vrijwilligers, het overnemen van initiatief als overheid, het overspoelen van initiatief met regels en procedures.⁵⁹ Politici moeten echter “daadwerkelijk ruimte geven aan particulier initiatief in plaats van teveel hechten aan formele macht en het politieke primaat. Politici en bestuurders moeten leren loslaten, durven zeggen dat de overheid niet overal over gaat.”⁶⁰ Er treedt een verschil tussen woorden en daden aan het licht: het terugtreden wordt met de mond beleden, maar tegelijk is er vanuit de rijksoverheid meer bemoeienis met keuzes van burgers en veldpartijen (bij falende ziekenhuizen, toezicht etc.). De overheid durft de touwtjes niet echt uit handen te geven, de touwtjes worden alleen wat langer. Cruciaal is dat de overheid vertrouwen richting het veld uitstraalt. Ook politici kunnen hier aan bijdragen door hypes wijselijk te negeren.

5. Marktwerking in de zorg?

Er is veel te doen over marktwerking in de zorg. Van linkerkzijde wordt die marktwerking zwaar bekritiseerd, ter rechterzijde ziet men veel heil in marktwerking. Het (neo)liberale uitgangspunt is dat de markt corrigerend kan optreden: concurrentie zou leiden tot een patiëntgerichte zorg, een betere kwaliteit en lagere kosten. In onze visie is marktwerking in relatie tot de zorg niet zonder problemen. Ons uitgangspunt is dat de zorg geen markt is, maar dat marktmechanismen wel een rol kunnen spelen in de zorgsector. Daarbij is nodig dat we er oog voor hebben dat er feitelijk drie relaties zijn in de zorg (zie figuur 2.1 op pagina 20) en dat bij de ene relatie marktwerking meer voor de hand ligt dan bij de andere.

Markt en zorg: een problematische verhouding

Om van een vrije markt te kunnen spreken, moet zijn voldaan aan verschillende eisen:

- (a) er is de vrijheid om te kiezen;
- (b) er bestaan lokaal of regionaal verschillende aanbieders, en
- (c) er is voldoende kennis om de kwaliteit van de producten te beoordelen.

Al deze eisen zijn problematisch als het gaat om de zorg:⁶¹

Eis (a): in theorie heeft de burger de vrije keus, maar in de praktijk is hij een ‘nieuweling’ in een wereld van ‘ervaren professionals’ die hem wat proberen te

verkopen.⁶² Er is dus informatie-asymmetrie.

Eis (b): het aantal lokaal of regionaal verschillende aanbieders (ziekenhuizen en zorgverzekeraars) wordt steeds kleiner door de geweldige fusiegolf in de gezondheidszorg.

Eis (c): er zijn nauwelijks goede prestatie-indicatoren waardoor het voor de patiënt moeilijk is om de kwaliteit van de zorg goed te kunnen beoordelen. Zelfs als er goede indicatoren zijn, dan is er redelijk wat kennis nodig om die indicatoren goed te interpreteren.⁶³ Daarbij speelt ook dat de zorgvragers niet altijd in staat zijn om eerst uitgebreid op internet te gaan surfen op zoek naar de beste zorgaanbieder: de zorgvrager is simpelweg te ziek of de zorgvraag te acuut.

We wijzen ook op een principieel argument. De relatie tussen een patiënt en een hulpverlener is geen economische maar ten diepste een morele relatie. In de vrije markt gaat het om een economische transactie: ik betaal x euro aan de verkoper en krijg daar product y voor. Maar in de zorg ligt dat anders: het gaat daar niet over een product dat ik al dan niet nodig heb, maar het gaat over mijzelf, over mijn psyche of over mijn lichaam. Ik ben afhankelijk van de hulpverlener en de hulpverlener is geroepen mij zorg te geven. We hebben hier te maken met een *afhankelijke zorgrelatie*. *Deze relatie kent wel een economisch aspect, maar dat aspect is niet leidend.*

Tot slot: inherent aan de markt is de gedachte van het vergroten van omzet en winst. Maar we willen juist dat de omzet van de gezondheidszorg niet stijgt. En we willen ook niet dat een behandelaar slechtere zorg met een hogere winstmarge gaat geven.⁶⁴

Wel economische mechanismen

De zorg voldoet dus niet aan de eisen van de vrije markt. Dat wil niet zeggen dat economische mechanismen er helemaal niet spelen of gebruikt mogen worden. Op dit moment zijn er meerdere plekken in het zorgstelsel waar marktwerking een rol speelt. Denk aan het betalen van een eigen risico en een eigen bijdrage. En huisartsen, apothekers en vrije specialisten zijn allemaal zelfstandige ondernemers. Een ander voorbeeld biedt de electieve (niet-spoedeisende) zorg. Daar zijn de afgelopen jaren de vaste prijzen losgelaten. Dit alles gebeurt echter onder een paraplu van regels, zodat er geen sprake is van echte, maar van gereguleerde marktwerking.

In het B-segment van de cure (de niet-spoedeisende ziekenhuisbehandelingen die veel voorkomen, zoals knie- en staaroperaties) kunnen zorgaanbieder en zorgverzekeraar vrij onderhandelen over de prijs. In theorie zou dit moeten leiden tot lagere kosten en betere kwaliteit. Zo'n aanpak leidt echter tot meer concurrentie tussen ziekenhuizen en niet tot meer samenwerking.

'Best in class'-ziekenhuizen

Als gedachte-experiment zou het volgende model toegepast kunnen worden. De prijs en kwaliteit van een behandeling worden bepaald aan de hand van de resultaten van 'Best in class'-ziekenhuizen. Deze ziekenhuizen krijgen een budget om gezamenlijk te innoveren en te verbeteren onder voorwaarde dat elke verbetering die in één ziekenhuis wordt ontwikkeld, ook in de andere geïmplementeerd gaat worden. De ziekenhuizen die niet tot de 'Best in class' behoren, hebben twee mogelijkheden. Of ze doen er alles aan om ook dat niveau te bereiken of ze besluiten om met de desbetreffende behandeling te stoppen. Door een evenwichtig systeem van belonen en bestraffen kan een zorgverzekeraar een ziekenhuis met goede kwaliteit belonen en zal die behandeling winstgevend zijn, en zullen instellingen die sterk achterblijven vanzelf met een bepaalde behandeling stoppen omdat deze te verliesgevend wordt.

Andere bekostiging

Het besef dat de zorg geen markt is en dat zorggelden schaars zijn, mag onze creativiteit prikkelen om met andere systemen te experimenteren. Het is algemeen bekend dat systemen waarbij de professional of de instelling betaald wordt per verrichting, de neiging hebben om een groei in het aantal behandelingen te faciliteren. In deze gevallen is vaak geen sprake van 'boze opzet', want zo werken dit soort systemen nu eenmaal. Een alternatief waarmee men in met name de Verenigde Staten veel ervaring heeft, is de zogeheten populatiegebonden bekostiging. We werken dat in hoofdstuk 10 verder uit.

Geen marktconforme salarissen

De stelling dat de zorg geen markt is, impliceert verder dat we semicommerciële vormen, zoals die bijvoorbeeld in de plastische chirurgie opgeld doen, moeten afwijzen en dat er geen marktconforme salarissen voor managers, toezichthouders en specialisten betaald hoeven te worden. Dit hoeft niet ten koste te gaan van de kwaliteit van de zorg, integendeel.

Een van de beste ziekenhuizen van de Verenigde Staten – de Mayo Clinic – is een stichting die noch voor het management noch voor de medische professionals uitgaat van marktconforme condities. De Mayo Clinic leert ons enkele wijze lessen. Het laat ons op indrukwekkende wijze zien wat *the patient comes first* daadwerkelijk betekent. Dat principe is leidend voor alle werknemers en voor alle processen in het ziekenhuis, voor de zorg, het management en de ondersteuning. Iedereen laat zich op deze centrale waarde aanspreken. De kliniek is

een plek waar zorg, onderwijs en onderzoek samenkomen, zodat er steeds wordt gewerkt aan kwaliteitsverbetering. Dat maakt het voor alle artsen een aantrekkelijk ziekenhuis: er is voortdurende ontwikkeling en artsen kunnen er hun vak beoefenen zoals ze dat willen. Hoewel de salarissen die Mayo betaalt niet marktconform zijn - ze liggen er circa 25% lager dan de markt - willen de beste artsen er werken.

Conclusie

We constateerden dat de zorg niet voldoet aan de eisen van de vrije markt. Tegelijk kunnen marktelementen wel een rol spelen in de zorg. Denk aan het bevorderen van keuzegedrag, het waar mogelijk invoeren van vrije prijzen en het betalen voor aantoonbare toegevoegde waarde in plaats van per verrichting.

Marktwerking in ons stelsel betekent *gereguleerde* marktwerking. Daarbij moet aan de volgende voorwaarden zijn voldaan:

- Patiënten moeten worden geholpen bij het nemen van belangrijke beslissingen, zowel ten aanzien van het al dan niet behandelen en het hoe te behandelen, als ook ten aanzien van de initiële keuze voor een zorgaanbieder.
- Ook 'onrendabele' zorg, die toch noodzakelijk is, moet geboden worden.
- De prikkels in bekostiging en vergoeding moeten zo gelegd worden dat kwalitatief hoogwaardige en goedkope zorg wordt bevorderd ten gunste van minder goede en duurdere zorg.

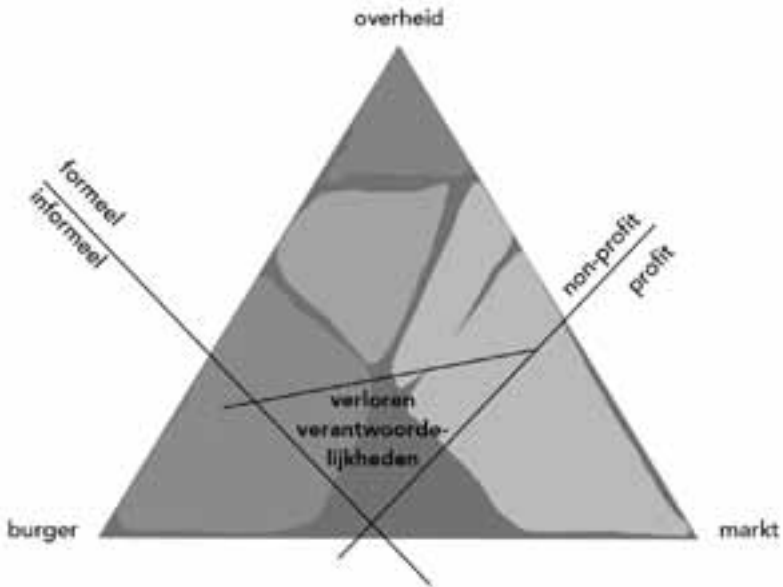
Het lastige van de invoering van marktmechanismen is dat dit gemakkelijk kan leiden tot maatregelen die *penny wise and pound foolish* zijn. Wij pleiten voor het gebruik van economische mechanismen die goede zorg belonen en die innovatie en verbetering stimuleren.

6. Een herstructurering van verhoudingen: de burger centraal

De afgelopen tijd vonden er grote veranderingen plaats in de zorg en het zorgsysteem. De verhoudingen tussen de diverse actoren zijn behoorlijk gewijzigd. De onderstaande driehoeken geven de verantwoordelijkheden van burger, overheid en markt ten opzichte van elkaar schematisch weer. De scheidslijn tussen de burger enerzijds en de overheid/markt anderzijds bakent het informele en formele domein af, die tussen overheid en burger/markt, het publieke en private domein, en die tussen markt en burger/overheid, het profit en non-profit domein.

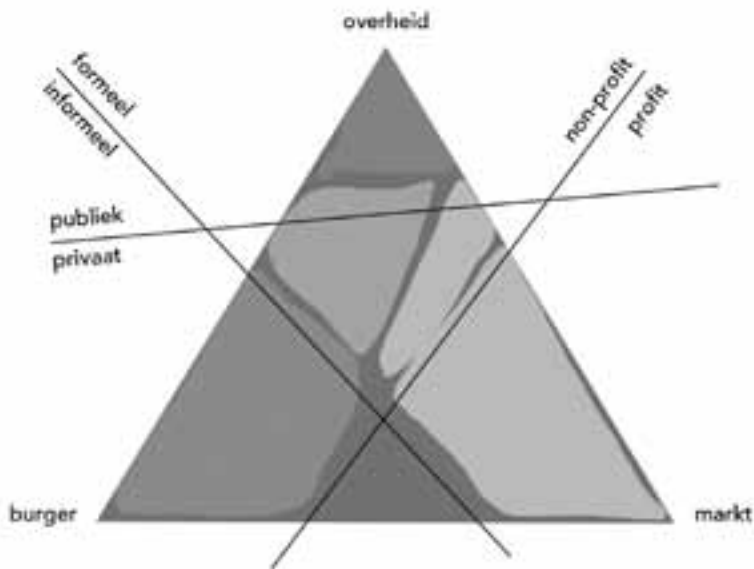
In de periode voor 1990 werd het zorgdomein in hoge mate bepaald door de overheid en slechts voor een klein deel door de burger en de markt. De afgelopen jaren is een deel van de verantwoordelijkheden van de overheid richting de markt geschoven; dit gebeurde op een sterk gereguleerde wijze. Wat we in feite zien, is een verschuiving op de as overheid-markt met als gevolg dat de burger buitenspel

staat. Dit buitenspel staan betekent dat hij geen invloed heeft op de vormgeving van de zorg of de ‘producten’ die ontwikkeld worden *en* geen verantwoordelijkheid draagt. Figuur 5.2 laat dat zien.



Figuur 5.2: Huidige orde: publiek stelsel met decentrale uitvoering en gereguleerde marktwerking.⁶⁵

Wij zijn van mening dat de zorg naar haar aard – het gaat ten slotte om het lichaam en de psyche van de burger zelf – in het midden van de driehoek behoort te liggen. De burger behoort meer verantwoordelijkheid en zeggenschap te krijgen. Dat betekent dat we op zoek moeten gaan naar oplossingen die de tegenstellingen formeel en informeel, profit en non-profit en publiek en privaat overstijgen. Anders gezegd, we zoeken oplossingen die de klassieke tegenstellingen tussen overheid en markt, solidariteit en individualiteit, en rechten en plichten overstijgen. Wat ons voor ogen staat, is een structurele verandering waardoor de burger meer centraal komt te staan, een situatie waarin condities worden geschapen waarin hij meer verantwoordelijkheid draagt en meer zeggenschap heeft. De driehoek van Pestoff (figuur 5.3) laat zien hoe het in balans is, met meer ruimte voor de burger.



Figuur 5.3: De driehoek van Pestoff.⁶⁶

We wijzen in dit verband op twee alternatieve organisatie- en businessmodellen: de coöperatie en de sociale onderneming. In een coöperatie werken de leden op democratische wijze samen om een gemeenschappelijk doel te kunnen realiseren. In een sociale onderneming werken diverse partijen samen om een maatschappelijk probleem gezamenlijk op te lossen. De kern van dit soort modellen – en in het verleden behoorden ze tot ons maatschappelijk kapitaal – is dat de burger (samen met andere partijen) mede verantwoordelijkheid draagt voor de services die de coöperatie of sociale onderneming levert, voor de diensten die het lid of de burger gebruikt, en voor het prijskaartje dat daaraan hangt.⁶⁷ Als het directe zorg betreft, hebben wij een sterke voorkeur voor een coöperatie, als het ondersteunende systemen betreft, bepleiten wij een sociale onderneming (een B.V.).

Voorbeeld: zorgcoöperatie Hoogeloon

Zorgcoöperatie Hoogeloon U.A bestaat sinds 2005 en is de eerste zorgcoöperatie van Nederland. Ze zet zich in voor het behoud en het ontwikkelen van zorg, diensten en faciliteiten in het dorp Hoogeloon. Zij wil hiermee bereiken dat ouderen en mensen met een beperking, ook bij een toenemende

zorgvraag, in Hoogeloon kunnen blijven wonen. Ouderen en mensen met een beperking zijn gebaat bij zorgmogelijkheden in de omgeving waar zij wonen en leven. Ten gevolge van schaalvergroting en oprukkende bureaucratisering staan zorginstellingen verder af van de klant en kan de zorginstelling de wensen van de klant moeilijk honoreren. Nu de overheid zich terugtrekt, kan zich een houding van 'ieder voor zich' ontwikkelen. Maar deze beweging biedt ook de mogelijkheid voor burgers verantwoordelijkheden op te pakken en wonen, welzijn en zorg vorm te geven op de wijze waarop men dat zelf wenst. Deze uitdaging hebben de inwoners van Hoogeloon samen opgepakt.⁶⁸

7. Conclusie

Wij pleiten voor een model waarin recht wordt gedaan aan heldere, onderscheiden verantwoordelijkheden van alle betrokkenen, waarbij men *samen* gericht is op de gezondheid van de patiënt. Concreet betekent dit:

- Dat de burger, met inachtneming van zijn kwetsbaarheid, verantwoordelijk is voor een gezonde levensstijl en het zoveel mogelijk voor zichzelf zorgen bij ziekte met hulp van zijn omgeving; dat hij meer zeggenschap heeft over het zorgproces; en dat hij meer verantwoordelijk is voor de zorg voor mensen uit zijn omgeving, bovenal zijn familie.
- Dat de professional er is voor aandachtige, patiëntgerichte zorg en daarvoor ruimte en vertrouwen moet krijgen. Dit vraagt om andere accenten binnen opleidingen.
- Dat de zorgverzekeraar zijn regierol naar behoren vervult en juiste financiële voorwaarden schept, zodat kwalitatief goede zorg wordt verleend.
- Dat er meer aandacht wordt gegeven aan het ontwikkelen van tegenkrachten, vooral tegen markt en overheid, en dat zorgverzekeraars zich meer positioneren *als coöperatie*. Dat stimuleert het denken en handelen vanuit de belangen van burgers en een kwalitatief goede zorg. Daarbij hoort een passende organisatie van patiëntenverenigingen, die leden helpen bij zelfzorg.
- Dat marktelementen een rol kunnen spelen, ook al is de zorg geen markt.
- Dat de overheid publieke belangen beschermt, dat wil zeggen de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van het stelsel garandeert, voorziet in een vangnet voor de meest kwetsbaren en voorwaarden schept voor onderlinge zorg. Bij het borgen van die kwaliteit spelen beroepsverenigingen en patiëntenverenigingen een grote rol, onder meer door het ontwikkelen van richtlijnen en standaarden. De overheid zou minimaal deze positie kunnen borgen. Ook zijn hier rollen weggelegd voor Inspectie voor de Gezondheidszorg en het nieuwe kwaliteitsinstituut van het College voor Zorgverzekeringen.

Hoofdstuk 6

Om de kwaliteit van leven

Ethische dilemma's

I. Inleiding

Momenteel is de druk om te bezuinigen een belangrijke - zo niet de belangrijkste - drijfveer om veranderingen in het zorgstelsel door te voeren. In onze visie worden inrichting en financiering van de zorg bepaald door waarden, niet alleen door economische afwegingen.

Recente maatschappelijke, zorginhoudelijke en medisch-technologische ontwikkelingen dagen ons uit om bekende ethische vragen opnieuw te stellen. In al deze vragen spelen waarden en levensbeschouwelijke uitgangspunten een grote rol. Achtereenvolgens komen deze vragen aan de orde:

- Wat is goed leven?
- Wat is goed zorgen?
- Wat is goed sterven?
- Wat willen we met medische technologie?

2. Wat is goed leven?

De vraag naar het goede leven heeft alles te maken met de vraag naar zinvolheid. De vraag naar een zinvol bestaan is op allerlei manieren te beantwoorden: zoveel mogelijk genot zoeken, zo nuttig mogelijk leven etc. In een christelijke visie zijn goed leven en ware humaniteit altijd verbonden met leven in liefdevolle relaties, met God en medemens. Het verdisconteren van ziekte en handicaps in het denken over het goede leven is de laatste decennia opgekomen.⁶⁹ De medisch ethicus Dick Willems bespreekt twee scenario's ten aanzien van het goede leven.⁷⁰

A. Een goed leven is een zo lang mogelijk leven

In dit scenario streeft de mens ernaar de dood steeds verder terug te dringen. Als levensduur het centrale kenmerk is van het goede leven, dan is levensverwachting het belangrijkste criterium voor de kwaliteit van de volksgezondheid. De stijging van de levensduur brengt echter een aantal dilemma's met zich mee. Wat vinden we ervan dat met het stijgen van de levensverwachting het aantal ongezone jaren

toeneemt? Wat vinden we ervan dat de overbevolking zal toenemen en de druk op andere vormen van leven groter zal worden?

B. Een goed leven is een zo gelukkig mogelijk leven

Het draait hier niet om langer leven, maar om gezonder en gelukkiger leven. Centraal staat de levenskwaliteit. Het leven hoeft niet koste wat het kost verlengd te worden, zeker niet als dit leidt tot een afname van de kwaliteit van het leven. De vraag is vervolgens natuurlijk hoe we bepalen wat kwaliteit is. Moet bijvoorbeeld plastische chirurgie⁷¹ altijd vergoed worden? Daarnaast kan er een spanning bestaan tussen gezondheid en geluk: om gezond te zijn moet je ook eten wat je misschien niet lust.

Conclusie

In onze visie ligt de keuze voor een gelukkig leven voor de hand. De belangrijkste reden is dat een 'lang leven' op zich geen intrinsieke waarde heeft, maar een gelukkig leven wel. Een gelukkig leven omvat in onze optiek niet alleen een individu, maar ook medemens en God. Een gelukkig leven zien wij als een zinvol leven. Voor christenen komt daar bij dat er meer is dan het leven 'hier beneden'.⁷² We hoeven dit leven niet koste wat het kost te verlengen door maar te blijven behandelen. Om met Johan Polder te spreken: goede zorg is "leven toevoegen aan jaren", in plaats van andersom.⁷³ Bovendien: een zo lang mogelijk leven is onbetaalbaar, zowel vanuit het perspectief van de medische technologie als vanuit het perspectief van pensioen en AOW.

3. Wat is goed zorgen?

Wat goed zorgen is, hangt in belangrijke mate af van de specifieke ziekte, van het domein binnen de zorgsector en van lokale zorgpraktijken.⁷⁴ Cruciaal bij goede zorg is dat de patiënt als mens niet uit het oog wordt verloren. Een goede professional is 'vaardig en aardig'. Goede zorg heeft in belangrijke mate te maken met aandacht, met een luisterende hulpverlener die de patiënt echt 'ziet'.⁷⁵ En juist dat staat onder druk, door nuts- en efficiëntiedenken. Patiënten worstelen vaak met gevoelens van overbodigheid; een interessant gegeven is echter dat door meer aandacht van zorgverleners mensen juist vaak minder hulp vragen.⁷⁶ Weer twee scenario's van Willems:⁷⁷

A. Zelfzorg

Hier ligt de focus op de zorg die het individu nodig heeft en op het zoveel mogelijk voor zichzelf zorgen. Mensen zullen langer leven met ziekte, dat betekent minder gerichtheid op genezing, meer op behoud van functioneren en zelfredzaamheid.⁷⁸ Er komt een zwaardere verantwoordelijkheid bij de patiënt te liggen als het gaat

om ziekte, leefstijl en het regisseren van zorg. Gezond leven wordt steeds meer een maatschappelijke plicht, met daaraan verbonden beloningen en (vooral) sancties. Ethische vragen die dit oproept, zijn: In hoeverre wordt zelfzorg een plicht op straffe van uitsluiting of bijbetaling? Verspelen mensen, als ze niet goed voor zichzelf zorgen, hun aanspraak op zorg door anderen? En: Hoe ver kan een systeem van belonen en straffen gaan? Moeten we niet-rokers bijvoorbeeld gaan belonen?

B. Samenzorgen

In dit scenario staat het zorgen voor elkaar centraal. Er is nu al veel (bereidheid tot) onderlinge zorg, maar steeds meer moeten we ondersteuning in het eigen netwerk zoeken.⁷⁹ Grenzen worden bereikt als meer mensen langer en meer moeten gaan werken.

Verder is een belangrijke, nieuwe ontwikkeling dat de rol van lotgenoten, dus andere patiënten, groter wordt. Dit onderlinge contact gaat zich meer op internet afspelen. Vooral bij eenvoudige zorg zal de rol van de hulpverlener veranderen door af en toe een bijdrage te gaan leveren in digitale omgevingen als webcommunities en discussiefora. Belangrijke vraag is wel: Wat zal er gebeuren met *face to face* zorg en hoe moet de afweging worden gemaakt tussen zorg op afstand en zorg in de nabijheid?⁸⁰

Conclusie

Het is goed als zelfzorg meer accent krijgt. Hogere participatie van de patiënt in het zorgproces leidt tot een betere therapietrouw en daarmee tot een hogere kwaliteit van leven en tot lagere kosten. Dit kan alleen gerealiseerd worden als patiënten als volwaardige partij betrokken worden bij de ontwikkeling van richtlijnen en standaarden. Van belang is ook dat mensen worden toegerust om zich de benodigde vaardigheden eigen te maken.⁸¹ We moeten dit niet te rooskleurig voorstellen. De groei van de ouderenzorg, de toename van het aantal eenpersoonshuishoudens en de problematiek van de eenzaamheid maakt dat een te sterke focus niet realistisch is. De afgelopen dertig jaar zijn patiënten ook niet mondiger geworden, lijkt onderzoek te leren. En als mensen ernstig ziek zijn en sterk hulpbehoevend, dan blijft er niet veel over van zelfregie.⁸² Van belang is dat mensen lang geactiveerd worden gehouden en dat goede vangnetten worden ontwikkeld.⁸³ Een sterke nadruk op samenzorgen is nodig ter ondersteuning van de zelfzorg, en de professionele zorgverlener blijft een onmisbare rol spelen.

4. Wat is goed sterven?

Uit onderzoek blijkt dat vooral in de cure sector dokters nogal eens te lang doorgaan met behandelen. De redenen zijn dat de arts hoop wil bieden, geen nee durft te verkopen of onder druk wordt gezet door patiënt of familie. Ook kunnen

financiële prikkels een rol spelen. Ook hier zijn weer twee keuzen: medische imperatief of zinperspectief.

A. Medische imperatief

Bij deze optie worden de medische mogelijkheden maximaal benut. Alles wordt uit de kast gehaald om de patiënt in leven te houden, met alle relevante medicijnen en technieken. Er wordt behandeld, koste wat het kost.

B. Zinperspectief

Dit perspectief gaat er vanuit dat zorgen meer is dan medisch handelen.⁸⁴ Het gaat om de vraag: hoe kunt u zinvol leven in het sterven? En hoe kan binnen dit perspectief waar nodig zorg en curatie worden gegeven? Hier ligt de focus op kwaliteit van leven. De laatste jaren komt de zorg rond het levenseinde (en de kunst van het sterven) steeds meer op de agenda. Zo is recent de stichting 'Sterven op je eigen manier' opgericht die het sterven bespreekbaar wil maken. Hoe belangrijk dat is, blijkt onder andere uit het feit dat de helft van de mensen die graag thuis willen sterven uiteindelijk ergens anders overlijdt.

Conclusie

De discussie over goed sterven is een gevoelige. Willen we mensen niet alles geven om te leven? Moeten artsen niet vechten voor de levens van hun patiënten? We moeten echter onder ogen zien dat een behandeling fors negatieve neveneffecten kan hebben en extra leed kan toevoegen, zeker bij kwetsbare ouderen. Het goede zoeken voor de patiënt betekent niet uitsluitend gericht zijn op levensverlenging.⁸⁵ Uit het rapport *Moet alles wat kan?* blijkt dat het een onduidelijk proces is waarin van meerdere kanten druk kan worden uitgeoefend (de ene keer meer van de arts, de andere keer van de patiënt en/of diens familie).⁸⁶ Het kan, zeker ook in een christelijke visie, zeer verantwoord zijn om op een bepaald moment geen curatieve behandeling meer te ondergaan.⁸⁷ De patiënt moet zich realiseren dat het leven niet maakbaar is⁸⁸ en de arts zal ook de negatieve gevolgen van medicatie en behandeling eerlijk moeten benoemen. Verder is meer aandacht voor besluitvorming met betrekking tot zorg en behandeling rond het levenseinde gewenst. Zorgverleners zullen steeds meer in gesprek moeten gaan met de patiënt en zijn of haar familie over de laatste levensfase. Vragen als 'Moeten we nog verdere curatieve ingrepen verrichten?' en 'Kan iemand thuis sterven?' kunnen dan aan de orde komen.⁸⁹

5. Wat willen we met de medische technologie?

Richten we onze medische technologie op het genezen van patiënten of op het verbeteren van mensen (*human enhancement*). We zijn bekend met medische

Zorg met een hart

technologie voor het genezen van mensen, maar hoe zit het met het verbeteren van mensen? Er vindt bijvoorbeeld veel onderzoek plaats naar de invloed van stoffen op onze hersenen. Dat is van groot belang voor onder meer de behandeling van depressies. Maar wat als dit soort stoffen onze stemming blijvend zouden kunnen verbeteren?

Technologie, ook medische technologie, is in beginsel iets moois, iets dat we dankbaar mogen ontvangen en ontwikkelen. Als mensen mogen we de rijkdom die de schepping biedt, gebruiken en ontsluiten. Tegelijk is de omgang met de werkelijkheid niet volstrekt vrij. Van ons wordt respect verwacht met hetgeen we aantreffen in de schepping. Daarom is ethische bezinning blijvend nodig, ook op nieuwe technologieën.

Technologie kunnen we in ieder geval bekijken vanuit twee perspectieven:

- a) **Kosteneffectiviteit:** kan wat mag? Laten we bij de introductie van nieuwe technologieën scherper kijken naar kosteneffectiviteit dan nu het geval is. Nieuwe technologie is immers een van de drijvende krachten achter de sterke stijging van de kosten in de zorg.
- b) **Ethiek:** mag wat kan? Hier liggen grote vragen, bijvoorbeeld over human enhancement en over de inzet van gen- en nanotechnologie. Het is een deels nog onontgonnen terrein, dat we met een zekere nuchterheid kunnen betreden.

Rond genetische technologie vindt momenteel veel - ook ethisch - onderzoek plaats. We moeten ons realiseren dat nieuwe middelen op dit terrein een andere samenleving kunnen opleveren met een nieuwe gezondheidsbeleving: je bent in principe altijd ziek, want er is altijd wel een gen of stofje dat een risico oplevert. Komen we in een risicosamenleving met een angstige controlecultuur?⁹⁰ Ethiek en politiek moeten nauw betrokken worden bij ontwikkelingen op dit terrein.

Bij human enhancement - mensveredeling - gelden weer andere ethische vragen. Het is lastig om een goede scheiding te maken tussen het genezen en verbeteren van mensen. We hoeven niet krampachtig in alles op de rem te gaan staan. Tegelijk mogen we de ethische discussie niet uit de weg gaan (onder het mom van: 'Anders doen ze het in China'). We zullen ons steeds meer realiseren dat we veel niet in de hand hebben.

Conclusie

We mogen blij zijn met technologische ontwikkelingen. Ze ontsluiten allerlei mogelijkheden die besloten liggen in de schepping. Hoe we ermee omgaan, is nog niet zo eenvoudig. Het automatisch op de rem trappen is niet nodig, wel is het van belang dat er voortdurend debat is over innovaties. Innovaties staan nooit los van ethische keuzes.

6. Conclusie

In dit hoofdstuk hebben we enkele ethische dilemma's geschetst. Vanuit onze visie op het *goede leven* stellen we dat zinvol leven - dat is leven in relatie tot elkaar en God - boven zo lang mogelijk leven gaat. Kwaliteit van leven is belangrijker dan lengte van jaren. Dit betekent ook dat we niet altijd alles moeten doen wat maar medisch mogelijk is. Bij *goed sterven* hoort soms ook afzien van behandelen, vooral als het leed toevoegt. Dit past ook bij *goede zorg*, waarin de zorgverlener de patiënt 'ziet' als mens en hem echte aandacht geeft.

De professionele zorgverlener zal ook in de toekomst onmisbaar blijven. Tegelijk wordt *zelfzorg* wel belangrijker. Patiënten moeten meer voor zichzelf zorgen en meer eigen verantwoordelijkheid tonen. Ook zullen de naasten van de patiënt een grotere rol gaan vervullen. Dit zijn goede ontwikkelingen, al moeten we ze niet te rooskleurig voorstellen.

De *medisch-technologische ontwikkelingen* gaan snel. We mogen er dankbaar gebruik van maken, maar zullen wel kritisch moeten kijken naar de verhouding tussen (de vaak hoge) kosten en wat ze opleveren. Ook zullen we bij al die innovaties steeds kritische vragen moeten durven stellen, ook al lijkt een bepaalde ontwikkeling niet te stoppen. Als christenen mogen we hier nuchterheid bij betrachten, de wereld is in Gods hand.

Tussenbalans

In deze publicatie formuleren we een visie op een toekomstbestendige gezondheidszorg vanuit christelijk-sociaal perspectief. De centrale vraag is: welke keuzes kunnen we vanuit een christelijk-sociale visie maken om de zorg in de toekomst kwalitatief hoogstaand te houden? In deel A hebben we een christelijk-sociale visie ontwikkeld.

We constateerden dat het goed zou zijn als onze verzorgingsstaat weer meer corporatistische elementen in zich zou krijgen - wat ook aansluit bij de christelijk-sociale traditie (hoofdstuk 2). In hoofdstuk 3 hebben we de bouwstenen voor onze zorgvisie geformuleerd: menselijke gelijkwaardigheid, de mens als verantwoordelijk wezen, het belang van relaties, het verzet tegen maakbaarheids geloof rond leven en sterven, het bestaan van onderscheiden verantwoordelijkheden en verbanden met een eigen aard en taak. Om die rijke traditie nu vruchtbaar te maken, is het nodig goed te kijken naar ontwikkelingen in onze samenleving (hoofdstuk 4). In hoofdstuk 5 hebben we de rollen en verantwoordelijkheden van de diverse actoren in de zorg verder uitgediept. In hoofdstuk 6 keken we, tot slot, hoe we met nieuwe ethische dilemma's kunnen omgaan.

Nu we een christelijk-sociale visie hebben geformuleerd, is het zaak die te vertalen naar onze tweede deelvraag: Welke aanbevelingen kunnen we vanuit deze traditie doen om in Nederland goede (dat wil zeggen toegankelijke, betaalbare en kwalitatief hoogstaande) zorg te houden? We maken daarbij gebruik van de in het eerste deel geformuleerde waarden:

1. Ieder mens is waardevol, want geschapen naar Gods beeld (respect voor het leven).
2. Ieder mens is in beginsel verantwoordelijk voor zijn of haar gezondheid en heeft hier ook zeggenschap over (goed burgerschap rond ziekte en gezondheid; goed patiëntschap).
3. Ieder mens heeft de verantwoordelijkheid om naar de medemens om te zien en voor de ander te zorgen.
4. Goede zorg heeft oog voor kwaliteit van leven.
5. Er is vertrouwen in zorgverleners. Zij hebben het goede met de patiënt voor ogen.
6. Er is machtsevenwicht tussen veldspelers. Overheid en markt domineren niet het maatschappelijk leven en de overheid wordt niet gedomineerd door de economie.
7. De overheid heeft een grote verantwoordelijkheid in het toegankelijk houden van zorg voor kwetsbaren (publieke gerechtigheid).

8. Er is goede zorg dicht bij de burger.
9. Het leven is niet maakbaar, er is besef van en eerlijkheid over de grenzen van medisch handelen (respect voor het sterven).
10. Er is een verantwoorde omgang met geld (rentmeesterschap).

In het navolgende passen we deze waarden toe op een aantal centrale onderdelen van het zorgstelsel en proberen we zo de meest relevante vraagstukken te beoordelen in het licht van onze visie. We komen dan tot de volgende keuzes:

- Prioriteit geven aan preventie (hoofdstuk 7)
- De patiënt centraal zetten (hoofdstuk 8)
- Inzetten op de eerste lijn (Hoofdstuk 9)
- Streven naar gepaste zorg (Hoofdstuk 10)
- Toewerken naar een kern-AWBZ (hoofdstuk 11)

Deel B

Speerpunten

Hoofdstuk 7

Preventie als prioriteit

1. Inleiding

Gezondheid is iets om God dankbaar voor te zijn. Onverwacht ziek worden of geboren worden met een handicap is niemand aan te rekenen. Soms is er echter wel een aantoonbaar verband tussen levensstijl en ziekte. Daar kan beleid op gevoerd worden. Preventie wordt vaak afgedaan als ‘betutteling’, “Je gaat toch over je eigen leven?”. Voor een groot gedeelte klopt dit, iedereen gaat over zijn eigen levensstijl. Wat voor de één de norm voor gezond leven is, hoeft dit voor een ander niet te zijn. Het hebben van een goede gezondheid is echter niet alleen van individueel belang, maar ook van maatschappelijk belang. In dit hoofdstuk laten we nut en noodzaak zien van preventie, en ook dat het een zaak van de gemeenschap(pen) is, die structurele financiering behoeft.

2. Preventie levert ons veel op

Investeren in gezondheid levert de samenleving veel op. Gezondheid is van invloed op schoolprestaties, arbeidsparticipatie, arbeidsverzuim en arbeidsproductiviteit. Ook is gezondheid een belangrijke factor voor maatschappelijke participatie, zoals vrijwilligerswerk en mantelzorg.⁹¹ Daarnaast zijn er medische aspecten: overgewicht en obesitas hebben een ongunstige invloed op bijvoorbeeld bloeddruk en cholesterol. Verder wordt het risico op hartinfarcten, herseninfarcten en diabetes Type II vergroot en neemt het risico op borst-, darm-, prostaat-, baarmoederhals-, nier- en galblaaskanker toe.⁹² De correlatie tussen roken en longkanker is overduidelijk. Bij 90% van de mannen en 70% van de vrouwen is longkanker te wijten aan roken. Geschat wordt dat onvoldoende bewegen jaarlijks ruim 8000 sterfgevallen veroorzaakt.⁹³ Het hebben van een gezonde levensstijl is dus niet alleen een individuele kwestie, maar ook een maatschappelijke.

3. Drie vormen

Er wordt vaak onderscheid gemaakt tussen drie vormen van preventie: primaire, secundaire en tertiaire. *Primaire* preventie is erop gericht te voorkomen dat ziekten zich ontwikkelen of überhaupt ontstaan. Als het gaat om diabetes, dan betreft dit onder meer beleid dat zich op de hele Nederlandse bevolking richt. Zoals

bijvoorbeeld een campagne waarin duidelijk wordt gemaakt dat het van belang is om gezond te eten en voldoende te bewegen waardoor de kans kleiner wordt dat iemand diabetes krijgt. Maatregelen kunnen zich ook richten op arbeidsomstandigheden (bijvoorbeeld om te voorkomen dat iemand op zijn werk verongelukt) of op bescherming en verbetering van het milieu.

Secundaire preventie is erop gericht om een ziekte vroegtijdig op te sporen en in een vroeg stadium te behandelen. In geval van diabetes wordt er gericht gekeken naar risicogroepen, zoals mensen met overgewicht. Zij worden aangespoord om hun levensstijl te verbeteren.

Tertiaire preventie ten slotte richt zich op de groep die al ziek is en wil voorkomen dat een ziekte verergert. Bij diabetes richt tertiaire preventie zich op de mensen die al diabetes hebben en probeert men te voorkomen dat de ziekte erger wordt, bijvoorbeeld door het verbeteren van therapietrouw of het voorkomen van complicaties.⁹⁴

4. Het verbeteren van een ongezonde levensstijl

Veel ziekten zijn leefstijl-gerelateerd en steeds meer investeringen in preventie hebben zich wetenschappelijk bewezen als effectief. Iemands leefstijl veranderen is complex en vraagt om een geïntegreerde aanpak. Overheid, wetenschap en bedrijfsleven moeten gezamenlijk de verantwoordelijkheid oppakken om preventief beleid vorm te geven en uit te voeren.⁹⁵ De bijdrage van de gezondheidssector zelf is misschien wel de belangrijkste. Artsen hebben immers dagelijks te maken met de gevolgen van een verkeerde levensstijl. Zoals een Amerikaanse arts zei: “You can’t chemotherapy your way out of the cancer problem. You have to prevent it.”⁹⁶ Met name huisartsen vervullen hier een cruciale rol. Op meerdere manieren kan gedrag door preventie worden gestuurd. Dat is ook vaak met succes gebeurd.

Bewegingsadvies. In steeds meer gezondheidscentra wordt bewegeadvies onderdeel van het patiëntenbeleid. Door middel van ketenaanpak - waar huisartsen samenwerken met doktersassistenten, praktijkondersteuners, fysiotherapeuten en diëtisten - worden bij risicogroepen gedragsveranderingen op het gebied van beweging gestimuleerd.

Kaiser permanente ziekenhuizen

Een voorbeeld uit Amerika is de ‘mate van beweging’ standaard opnemen in het protocol voor artsen als cliënten langskomen voor een afspraak. Wanneer bloeddruk, hartslag, gewicht en lengte worden opgemeten, wordt automatisch gevraagd hoeveel fysieke beweging iemand heeft op

een dag.⁹⁷ Dit wordt toegepast bij een aantal Kaiser Permanente ziekenhuizen. Men heeft daar ook circa 10-15 (afhankelijk van leeftijd en sekse) preventieve maatregelen voor 40-plussers die elke arts jaarlijks moet uitvoeren of aan de orde stellen. Zoals screening op borstkanker en obesitas. En hier wordt actief op gestuurd. Een 100% score is hierbij nooit mogelijk, maar wanneer een arts 80% haalt, is dit al een goed resultaat.

Preventieconsulten. Het preventieconsult is door artsen ontwikkeld om bij mensen tussen de 45 en 70 jaar het risico op hart- en vaatziekten, diabetes of nierziekten in kaart te brengen. Mensen kunnen via een vragenlijst op internet nagaan of ze een verhoogd risico hebben. Als hieruit blijkt dat er sprake is van een verhoogd risico kunnen huisartsen in een eerste consult verdere gegevens verzamelen en bij een tweede consult (leefstijl)advies - bijvoorbeeld op het gebied van bewegen, gezonde voeding, stoppen-met-roken - op maat geven.

De bestrijding van roken. Als het gaat om leefstijl, dan is één van de grootste successen van preventie in de periode 1970-2010 de bestrijding van tabaksgebruik.⁹⁸ Hoewel de Nederlandse aanpak met kleine stapjes plaatsvond, is het percentage rokende mannen en vrouwen door de jaren heen drastisch gedaald. De aanpak om het aantal rokers terug te dringen, is een duidelijk voorbeeld van hoe het veranderen van wet- en regelgeving eraan heeft bijgedragen dat er daadwerkelijk successen zijn geboekt. Waar in 1958 maar liefst 90% van de mannen rookte, was dat in 2012 nog 27%.⁹⁹ Belangrijke stappen in dit beleid waren grootschalige acties, zoals de actie 'Niet roken' in 1963, het wijzigen van de Tabakswet waarmee in 2002 een einde kwam aan tabaksreclame en sponsoring, de verhoging van de minimumleeftijd voor het kopen van tabak en de invoering van beleid voor rookvrije werkplekken. Er hebben meerdere accijnsverhogen plaatsgevonden en uiteindelijk is er beleid voor een (gedeeltelijk) rookvrije horeca gevoerd.¹⁰⁰ Het kabinet-Rutte II wil terecht de horeca in zijn geheel rookvrij maken en de leeftijd voor de verkoop van tabak naar boven bijstellen tot 18 jaar. Tegelijk zullen de schadelijke effecten van roken blijvend onder de aandacht gebracht moeten worden. Het verschil in gezonde levensjaren tussen rokers en niet-rokers is te groot om hier niet op in te zetten. Rokers verliezen gemiddeld ruim vier gezonde levensjaren ten opzichte van niet-rokers.¹⁰¹

5. Beleid met het oog op de gemeenschap

Preventie kan pas succesvol zijn als er *vanuit de gemeenschap* een wil is om een gezonde levensstijl daadwerkelijk te stimuleren. Iemand kan bijvoorbeeld wel het advies krijgen om meer te gaan wandelen in het park, maar als de omliggende parken onveilig zijn, dan is de kans dat diegene dit advies opvolgt, klein. Iemand

kan aangespoord worden om gezond te eten, maar als etiketten onbegrijpelijk zijn en een supermarktroute er vooral op gericht is om ongezond eten te kopen, dan helpen die goede adviezen weinig. En een advies om te stoppen met roken is vaak weinig effectief als iemands partner en collega's wel roken.

Hier springt een groot verschil in het oog tussen mensen met een lage en een hoge sociaaleconomische status. Zoals in hoofdstuk 4 naar voren kwam, zijn de leefpatronen en gezondheidsverschillen tussen hoger- en lageropgeleiden groot.¹⁰² Een belangrijk onderdeel van preventiebeleid moet dan ook zijn het verbeteren van de gezondheid van mensen met een lage sociaaleconomische status. Aan de ene kant gaat het dan om het verbeteren van kennis over gezondheid en voeding en aan de andere kant om gezonde voeding zo aantrekkelijk mogelijk te maken. Men moet collectief worden verleid tot een betere levensstijl, er moet een stimulans van de omgeving uitgaan. Een individuele aanpak loopt stuk op diep ingesleten, collectieve gewoontes. Beter is daarom een netwerkgerichte of wijkgerichte benadering.

JOGG

Een voorbeeld van een wijkgerichte aanpak is de JOGG (Jongeren op Gezond Gewicht) methode. In wijken wordt zo breed mogelijk samengewerkt tussen maatschappelijke en commerciële partners om de leefstijl van jongeren te veranderen en het percentage overgewicht te verlagen. Succesvol is de aanpak van de wijk Overvecht in Utrecht, waar het percentage kinderen met overgewicht is afgenomen van 27% naar 20%.¹⁰³

Ook bij de inrichting van de leefomgeving worden keuzes gemaakt die op een goede manier gedragssturend werken, zoals het niet plaatsen van snoepautomaten op scholen en het rookvrij maken van treinen en stations. De verantwoordelijkheid blijft uiteindelijk wel bij de mensen zelf liggen. Zij maken uiteindelijk een keuze om hun levensstijl wel of niet te veranderen. De overheid kan wel proberen om een gezonde keuze aantrekkelijker te maken.¹⁰⁴

6. Structurele financiering nodig

Van belang bij elke vorm van preventie is de veronderstelling dat investeren in preventie loont, zowel in gewonnen gezonde levensjaren als in financieel opzicht. Lichtere vormen van zorg zijn goedkoper dan zwaardere vormen van zorg. Het voorkomen en uitstellen van zwaardere zorg scheelt dus geld.¹⁰⁵ Wanneer een combinatie van interventies gedurende vier jaar wordt ingezet, staat hier een rendement van ongeveer 70% tegenover. Dit rendement bestaat uit gewonnen

gezonde levensjaren, een hogere gemiddelde arbeidsproductiviteit en een lager gemiddeld ziekteverzuim. Kortom: niet alleen de overheid, maar ook het bedrijfsleven is gebaat bij preventief beleid. Toch zorgt dit op papier indrukwekkende resultaat er niet voor dat maatschappelijke organisaties staan te springen om te investeren in preventie. Integendeel, het kost veel moeite om preventie op een goede manier bekostigd te krijgen. Een groot gedeelte wordt door de rijksoverheid – door middel van subsidies - bekostigd. Die subsidies zijn echter vaak van tijdelijke aard. Hoe schaarser financiële middelen voor de gezondheidszorg zijn, hoe meer er wordt ingezet op tertiaire preventie. Dat is jammer, want juist secundaire en primaire preventie behoeven aandacht. Ook zorgverzekeraars zijn terughoudend als het gaat om bekostiging van preventie. Wat hebben ze er immers aan om te investeren in iets wat zich pas jaren later zal uitbetalen, terwijl cliënten elk jaar kunnen switchen van polis? Illustratief is dat het preventieconsult alleen aanvullend wordt verzekerd. In onze ogen ligt er echter wel degelijk een rol voor zorgverzekeraars, met het oog op het maatschappelijk belang. De samenleving is erbij gebaat wanneer zorgverzekeraars meer budget vrijmaken voor preventie.

Wij pleiten voor een structurele financiering van preventie. Die financiering kan in principe binnen het systeem ontwikkeld worden. De kerngedachte is dat we moeten inzetten op tertiaire preventie, want deze vorm verdient zich het snelst terug. De winst die hiermee wordt behaald, kan worden ingezet op secundaire preventie. En de winst die hieruit voortkomt, kan weer geïnvesteerd worden in primaire preventie. De huidige noodzaak om te bezuinigen, staat hiermee niet op gespannen voet. Goede gezondheid betaalt zich immers terug, als eerste in een hogere kwaliteit van leven en vervolgens op kostengebied.¹⁰⁶

7. Conclusie

Mensen zijn in principe verantwoordelijk voor hun eigen gezondheid en hun eigen levensstijl. Ze kunnen zelf kiezen voor een gezonde of ongezonde levensstijl. Tegelijk zijn gezondheid en leefwijze nooit puur een zaak van de individuele burger. Leven is altijd leven in gemeenschappen. Persoonlijke keuzes hebben gevolgen voor de medeburgers. Mensen worden ook sterk beïnvloed door hun omgeving. Gezondheid is dus een maatschappelijke kwestie. Het is daarom niet vreemd dat de overheid zich bezighoudt met preventie, zeker waar het gaat om kwetsbare groepen. Ook zorgverzekeraars zouden er meer prioriteit aan moeten geven. Het voorkomen van ziekte bevordert de kwaliteit van leven en heeft uiteindelijk ook positieve financiële gevolgen. Van belang is wel dat vooral de overheid zich realiseert dat preventiebeleid kan doorslaan. Als er geen besef meer is van de inherente gebrokenheid van onze werkelijkheid en van de grenzen van de medische technologie, dan kan er een maakbaarheidsgeloof groeien waarbij teveel van overheidshandelen wordt verwacht en de vrijheid en verantwoordelijkheid van de burger in de knel komen.

Hoofdstuk 8

De patiënt centraal: meer verantwoordelijkheid en zeggenschap

1. Inleiding

In de ziekenzorg draait het om de patiënt, om het primaire proces tussen zorgverlener en zorgvrager. Patiënten moeten een centralere rol - en dus meer verantwoordelijkheid - krijgen bij het bestrijden van hun ziekte. Nieuwe technologie kan die eigen verantwoordelijkheid goed ondersteunen. Naast meer verantwoordelijkheid moet de patiënt meer zeggenschap krijgen gedurende het ziekteproces. Het eerdergenoemde *Shared Decision Making* en *Advance Care Planning* kunnen daarbij een belangrijke functie vervullen. Bij dit alles zullen we echter de kwetsbaarheid van de patiënt serieus moeten nemen en bespreken.

2. Kwetsbaarheid

Er wordt momenteel sterk ingezet op de mogelijkheden van en zelfregie door de patiënt. Maar in hoeverre is dat realistisch? Andries Baart legt in *De zorgval* terecht nadruk op het feit dat de patiënt ook kwetsbaar is. Dat lijkt een open deur, maar in veel beleidsnotities en zorgdocumenten ligt momenteel toch een eenzijdige nadruk op zelfredzaamheid en burgerschap. Overvragen wij daarmee die zieken en kwetsbare ouderen niet? Inzet op zelfregie, zeggenschap en eigen verantwoordelijkheid zijn niet slecht – integendeel zelfs – maar het is kwalijk dat het nu doorslaat naar één kant, aldus Baart. Daarbij is ook een ontwikkeling gaande van patiënt naar cliënt, van een lijder naar “een kieskeurige en koopkrachtige klant (...). Zorginstellingen gaan leentjebuurt spelen bij goed presterende fabrieken, de binnenhuisarchitectuur, pretparken en hotels.”¹⁰⁷ Op zich geen verkeerde ontwikkelingen, maar het gevaar bestaat dat de kwetsbaarheid van de betrokkenen uit het oog verloren wordt. Het dominante beeld van de zelfredzaamheid “onttrekt een bittere waarheid aan het oog.”¹⁰⁸ Want het verhult het lijden, de (doods)angst, de uitzichtloosheid, het onstuitbare verval. Als we daar geen oog voor hebben, kan het dominante burgerschapsideaal in zijn tegendeel gaan verkeeren, vreest Baart.¹⁰⁹ Dit vraagt veel van de samenleving en veel van de professional. Die zal oog moeten hebben voor het anders-zijn van de patiënt. Dat anders-zijn levert vaak overlast en irritatie op, maar kan ook verrijkend werken.¹¹⁰ Het geduld voor anders-zijn in onze samenleving is echter helaas afgekalfd.

Ieder mens is kwetsbaar (*frail*), want ieder mens is sterfelijk en kan ziek worden. Maar sommige mensen zijn kwetsbaarder dan anderen (*vulnerable*), door allerlei factoren zoals roken, woonomgeving, aangeboren ziekten, sociale klasse, erfelijkheid, (asiel)beleid etc. De politiek kan ervoor kiezen om die kwetsbaarheid te verminderen door de omgeving zodanig in te richten dat hun *sluimerende* kwetsbaarheid hen niet tot kwetsbare mensen maakt.

Kwetsbare ouderen

Bijzondere aandacht behoeft de groeiende groep kwetsbare ouderen. Het aantal kwetsbare ouderen, met verminderd fysiek, psychisch of sociaal functioneren, groeit de komende 20 jaar naar verwachting met 300.000 tot 1 miljoen. Inmiddels worden in Nederland diverse *best practices* geïmplementeerd en onderzocht, die bij aantoonbaar goede resultaten landelijke vertaling verdienen:¹¹¹ (a) het screenen op kwetsbaarheid van ouderen die acuut worden opgenomen in het ziekenhuis met bijbehorende interventies op het gebied van voeding, slaap- en waakritme, medicatie etc., (b) preventieve screening op kwetsbaarheid van ouderen die een indicatie krijgen voor extramurale zorg thuis, (c) het meten en verbeteren van de 'Eigen Kracht' van oudere, kwetsbare burgers, (d) (DELFG)Goud; geïntegreerde, preventieve zorgprogramma's voor kwetsbare ouderen om participatie aan de samenleving te bevorderen, depressie te voorkomen en fysiek functioneren zo groot mogelijk te houden.

3. Meer verantwoordelijkheid

Met de notie van kwetsbaarheid in het achterhoofd kunnen we op een realistische manier kijken naar de trend van *patient centred* werken. Wij juichen die ontwikkeling - die meer aandacht heeft voor de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt - toe. De vrijblijvendheid gaat er wel van af, want de patiënt moet: (1) meer oog krijgen voor kosten en alternatieven van zorggebruik: bewegen is goedkoper en beter dan pillen slikken; (2) zich bewuster worden van zijn levensstijl en de gevolgen daarvan voor zijn gezondheid; (3) meer en beter voor zichzelf zorgen; (4) zich bepaalde zelfzorgvaardigheden eigen maken. Bij dit laatste zullen in de toekomst patiëntenverenigingen een belangrijke rol gaan spelen.

Een belangrijke uitwerking van zelfzorg vinden we in het *Chronic Care Model* dat in Nederland de kern vormt van de zogenaamde 'zorgstandaarden'.¹¹² In dit model staat de interactie tussen enerzijds de goed geïnformeerde en geactiveerde patiënt en anderzijds het voorbereide en proactieve team van hulpverleners centraal. Het

Chronic Care Model bestaat uit zes samenhangende elementen: wet- en regelgeving (beleid), financiering (middelen), zelfzorg (patiënt), zorgproces (organisatie van de zorg), besluitvorming (beslissingsondersteuning voor zorgverleners) en informatiesystemen (waaronder een elektronisch patiënten dossier, EPD).

4. Meer zeggenschap

Naast meer eigen verantwoordelijkheid komt steeds meer accent op zeggenschap van de patiënt te liggen. De beweging naar meer rechten is al lang gaande en wordt ook in wetgeving verankerd.¹¹³ Patiënten krijgen bijvoorbeeld meer zeggenschap over hun eigen dossier. Artsen zullen op hun beurt meer rekening moeten houden met wensen en waarden van patiënten (ten koste van regels en protocollen). “Patiënten willen serieus genomen worden, goede uitleg en informatie krijgen. Ze willen niet steeds opnieuw hetzelfde verhaal hoeven vertellen aan elke nieuwe hulpverlener in de keten. En ze willen kunnen meebeslissen over hun zorg en behandeling.”¹¹⁴ Twee nieuwe methodieken waarin de patiënt actief betrokken wordt en die we eerder hebben besproken, zijn *Shared Decision Making* en *Advance Care Planning*.¹¹⁵

Baart wijst erop dat het belangrijk blijft dat de arts ‘nee’ moet durven zeggen als dat nodig is. De arts moet zich niet (kunnen) verschuilen achter protocollen, maar zal goed de zin van een behandeling en mogelijke ongewenste neveneffecten dienen te bespreken. Dat vergt in zijn ogen meer dan het afwegen van alternatieven in een gezamenlijk gesprek, namelijk ook dat de zorgverlener beschikt over sociaal kapitaal en gevoel bij existentiële zaken.¹¹⁶

Komt meer invloed en zeggenschap van de patiënt ten goede aan kwaliteit en kostenbeheersing? Dat is wel de verwachting, omdat het kan bijdragen aan het voorkomen van overbehandeling. Voor veel behandelingen bestaan alternatieven die gelijke uitkomsten hebben of waar bijwerkingen afgewogen moeten worden. In deze gevallen is het belangrijk dat de patiënt een volwaardige rol heeft bij de besluitvorming. Onderzoek laat zien dat patiënten, indien goed geïnformeerd, kiezen voor niet- of minder ingrijpende alternatieven.¹¹⁷

5. E-health

In de toekomst zal het belang van elektronische hulpmiddelen in de zorg enorm toenemen. Apparaten als smartphones, tablets, camera's, email en internet (die we samenvatten onder de term e-health) zullen de patiënt in staat stellen een centrale rol te spelen bij de eigen ziektebestrijding. Dit betekent niet alleen extra verantwoordelijkheid, maar ook meer gemak. Patiënten zijn immers minder afhankelijk van zorgverleners en van de tijdstippen waarop die beschikbaar zijn. Bij toepassing van e-health vervaagt de grens tussen formele en informele zorg. Informatie

die vroeger in het formele domein werd verkregen, wordt nu steeds meer in het informele domein ontvangen. Andersom geldt dat de professional soms werkt met gegevens die niet uit het formele domein komen maar uit het informele.

Wat kan de rol van e-health zijn? Om hierop een zinnig antwoord te geven, is het van belang om onderscheid te maken tussen de rol van e-health in de verschillende soorten zorg.¹¹⁸

Preventie en vroegdiagnose: burgers zoeken zelf informatie op over ziekte en gezondheid en verrichten zelftesten op het gebied van somatische klachten, psychische klachten, verslaving, stress etc. Goede voorbeelden hiervan zijn de elektronische thuisarts (www.thuisarts.nl)¹¹⁹ en het Preventiekompas.¹²⁰

Electieve (niet-spoedeisende) zorg: in de electieve zorg zijn geweldig veel mogelijkheden voor de patiënt als het om e-health gaat. Voor alle behandelingen geldt dat de ingreep deels via internet voorbereid kan worden: de patiënt kan informatie ontvangen en relevante vragenlijsten invullen. Bij herstel en revalidatie speelt e-health een toenemende rol. Belangrijk is de informatie-uitwisseling en het videoconsult met het lokale ziekenhuis als de ingreep in een gespecialiseerd ziekenhuis heeft plaatsgevonden en met het revalidatiecentrum na ontslag uit het ziekenhuis. In deze fase kan de patiënt - samen met zijn omgeving - al langzamerhand de eerste activiteiten op het gebied van zelfzorg gaan doen. Bij het verdere herstel in de thuissituatie kan hij met behulp van e-health op afstand verder ondersteund worden door de arts of een gespecialiseerde verpleegkundige. Hij kan zo eerder naar huis. Dat is prettig voor de patiënt en zijn naasten, en het scheelt in de kosten.

Chronische zorg: in de chronische zorg zal zonder meer een revolutie plaatsvinden op het gebied van (ondersteuning van) zelfzorg. De patiënt zal stap voor stap steeds meer op afstand begeleid worden bij de zorg voor zichzelf en de behandeling van zijn ziekte. E-Health zal in deze ontwikkeling verschillende functies vervullen. (1) Het transporteren of opslaan van informatie. Gegevens van het meetinstrument (gewicht, hartslag, bloeddruk etc.) kunnen handmatig of automatisch getransporteerd naar en opgeslagen worden in een informatiesysteem. (2) De e-coach. De meetgegevens kunnen automatisch verwerkt en beoordeeld worden. In het geval van afwijkingen wordt een waarschuwing gegeven aan de patiënt en/of de zorgprofessional. (3) Directe ondersteuning of instructie. Dit kan gebeuren door een professional of door de inzet van ICT. De verwachting is dat in de komende jaren portalen voor chronische patiënten ontwikkeld zullen worden. Deze portalen zullen de patiënt begeleiden in het zoeken van informatie, het bestrijden van de eigen ziekte, het bestellen van medicijnen en hulpmiddelen en het ondersteunen van de leefstijl (voedsel, bewegen).

Zorg voor kwetsbare ouderen: e-health biedt veel mogelijkheden in de zorg voor kwetsbare ouderen. De veiligheid en het gemak kunnen toenemen dankzij huis-automatisering, vooral camera's, en ook sociale contacten kunnen onderhouden worden. Mantelzorg kan georganiseerd worden met bijvoorbeeld www.wehelpen.nl. De mogelijkheden voor kwetsbare ouderen zijn vergelijkbaar met die van chronische patiënten, maar de nadruk ligt nog meer op welzijn en sociale interactie. Zeker voor kwetsbare ouderen moeten de systemen eenvoudig zijn. De komst van tablets maken hier een grote sprong voorwaarts mogelijk. De informele zorg is hierbij essentieel en heeft bij elke vorm van zorg een ander karakter. Vooral bij de chronische zorg en de zorg voor kwetsbare ouderen kan de informele zorg taken van de zorgprofessionals overnemen, mede dankzij internet. Informele zorg dient daarom integraal meegenomen te worden bij de beschouwingen over de innovatie van de zorg.

De discussie over e-health wordt soms beheerst door vragen rond privacy. Enige zorg daarover is zeker te billijken, er staat heel wat op het spel en al veel op het web. Het belang van beschermde gegevens is onopgeefbaar. Toch willen we die zorgen niet de doorslag laten geven. Allereerst blijken veel burgers – gezien de manier waarop ze zelf persoonlijke gegevens op internet achterlaten – ontspannen met de vraag rond privacy om te gaan. Daarnaast gebiedt de eerlijkheid te zeggen dat absoluut veilige systemen niet bestaan.

6. Conclusie

De patiënt moet meer centraal komen te staan. Het draait immers om de zorg aan hem of haar. Alle inspanningen van partijen - van arts en zorgverzekeraar tot overheid - dienen in het teken te staan van kwalitatief goede zorg. Tegelijk zal ook meer worden verwacht van de patiënt zelf. Met besef van zijn inherente kwetsbaarheid - en dus zonder naïviteit en al te romantische betogen over zelfredzaamheid - zal hij meer verantwoordelijkheid gaan dragen over zijn eigen handelen, ook in het ziekteproces. Het *Chronic Care Model* biedt daartoe goede handvatten. Tevens zal de patiënt meer zeggenschap moeten krijgen over de behandeling. Dit zal ook vaker overbehandeling voorkomen. *Shared Decision Making*, dat nu nog in de kinderschoenen staat in Nederland, zullen we verder moeten ontwikkelen, alsmede *Advance Care Planning*. Tot slot biedt de opkomst van e-health veel mogelijkheden voor de burger waar het gaat om zelfzorg en zorg voor zijn naaste, met name bij eenvoudige zorgvragen en monitoring. Dit kan ten goede komen aan zowel de kwaliteit van zorg en leven als aan kostenbeheersing.

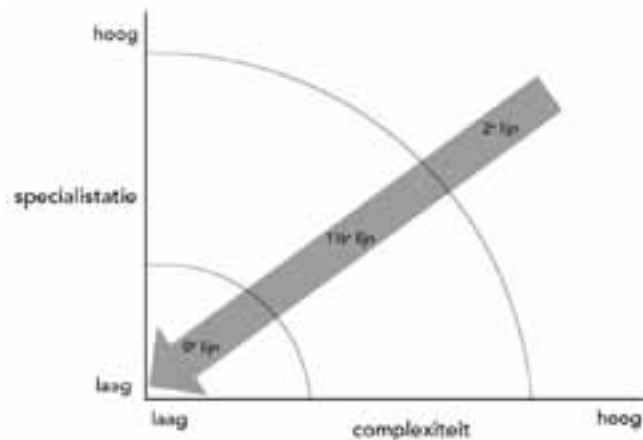
Hoofdstuk 9

Inzetten op de eerste lijn

“De gezondheidszorg zal niet vanzelf in de richting gaan van een geïntegreerde, door generalisten geregisseerde zorg. Integendeel, systemen tenderen eerder naar desorganisatie en verdergaande specialisatie, met als ‘natuurlijke habitat’ het ziekenhuis. De WHO spreekt in dit verband van hospital centrism en ziet het organiseren van alternatieven hiervoor als een van de belangrijkste uitdagingen voor gezondheidssystemen. Om generalistische en integrale zorg te bewerkstelligen is beleidsmatig tegengas nodig.”²¹

I. Inleiding

Het zorglandschap zal de komende jaren sterk van karakter veranderen.¹²² Langs de assen van ‘complexiteit van de zorgvraag’ en ‘specialisatie van het aanbod’ zal een concentratie plaatsvinden van zeer gespecialiseerde en hoogcomplexiteit zorg in (onder meer universitaire) centra. (zie figuur 9.1) Minder complexe maar nog altijd specialistische zorg zal steeds vaker gebeuren in klinische of poliklinische buitenposten.



Figuur 9.1 Verschuivingen in het zorgaanbod

Op het snijvlak van de eerste lijn en de huidige tweedelijnszorg ontstaan naar verwachting ‘anderhalvelijnscentra’. Met anderhalvelijnsvoorzieningen doelen we op generalistische centra waar laagcomplexere zorg wordt verleend door diverse disciplines, veelal onder regie van een huisarts.

In onze ogen moet er stevig geïnvesteerd worden in de eerste lijn, zoals in de huisartsenzorg en de wijkverpleegkundigen, maar ook in apothekers, psychologen, ergotherapeuten en fysiotherapeuten. Die zorg is dicht bij de burger, voor ieder vrij toegankelijk en heeft positieve effecten op kwaliteit en kosten.¹²³ Versterking van de eerste lijn betekent dat alles wat daar kan, daar ook gebeurt. Uitgangspunt is het zoveel mogelijk voorkomen van niet-noodzakelijke doorverwijzing naar de tweede lijn. Bovengenoemde ontwikkeling is op dit moment het sterkst zichtbaar op de as ziekenhuis-huisarts, maar eveneens op die van de intramurale GGZ – basis GGZ, waarin ook de huisarts een belangrijke rol speelt. We lopen de volgende soorten zorg langs om te bezien in hoeverre deze beweging zichtbaar is en wenselijk is: de acute zorg, de electieve zorg, de zorg voor chronische zieken, de GGZ en de integrale ouderenzorg.

2. Acute zorg

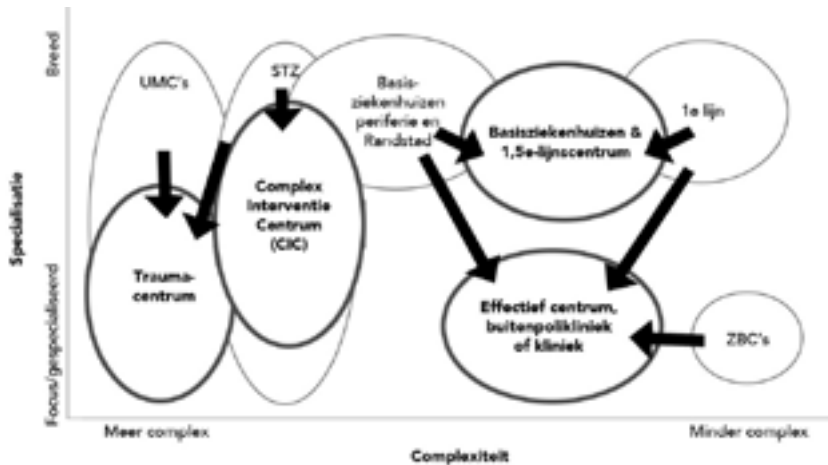
Acute zorg is alle zorg om de huisarts of andere hulpverlener te raadplegen die niet kan wachten tot de eerstvolgende mogelijkheid op werkdagen. Tijdens kantooruren kunnen de meeste mensen bij de huisarts terecht, buiten kantooruren is dat de huisartsenpost (HAP). De meldkamer van 112 is te allen tijde voor crisishulp bereikbaar en ook de spoedeisende hulpafdeling van het ziekenhuis (SEH) is altijd direct te benaderen. Voor een patiënt met een acute zorgvraag zijn er dus nogal wat mogelijkheden om geholpen te worden. De infrastructuur is deels overlappend, al is er verschil tussen verstedelijkte en dunbevolkte gebieden.

De huisarts heeft een belangrijke rol in het herkennen van een acute klacht. Binnen de generalistische zorg die de huisarts verleent, is het de kunst om acute somatische en/of psychische aandoeningen te herkennen. De centrale vraag is: hoe zorgen we ervoor dat de juiste cliëntengroep bij de juiste zorgketen binnenkomt? De plekken waar acute hulp geboden wordt, moeten immers bereikbaar zijn voor daadwerkelijk acute hulpvragen en niet voor vragen die hadden kunnen wachten tot het volgende spreekuur. De vraag stellen is haar nog niet beantwoorden, blijkt uit de cijfers. Van de vragen die bij de HAP terechtkomen, valt slechts 7,7% binnen de hoogste urgentiecategory en vanuit medisch perspectief is 60% van de hulpvragen op de HAP niet urgent. Bijna de helft van de vragen kan telefonisch worden afgehandeld. Tot 2010 was er een flinke stijging van de zorgvraag bij de HAP, de afgelopen jaren zijn de cijfers stabiel. Ook voor de SEH geldt dat er vaker van de zorg gebruikgemaakt wordt dan nodig; 75% van de bezoeken is niet urgent. Men streeft naar verdere integratie tussen de HAP en de SEH. Voor een patiënt

moet het duidelijk zijn waar hij terecht kan en hij moet ervan kunnen uitgaan dat er binnen de zorgketen van acute hulp wordt samengewerkt door de partijen. Mocht dit ervoor zorgen dat het aantal niet-noodzakelijke zelfverwijzers naar de acute hulp afneemt, dan moeten huisartsen deze toenemende vraag wel aankunnen. Ook moeten huisartsen die meedraaien op de HAP de competentie hebben om spoedzorg te herkennen. Immers, naarmate het aantal patiënten van de SEH naar de HAP verschuift, wordt de kans groter dat artsen tijdens hun avond-, nacht- of weekenddienst met een crisissituatie te maken krijgen. Hier moet voldoende capaciteit voor zijn.

3. Electieve zorg

Op het terrein van de electieve (planbare, niet-spoedeisende) zorg verandert er veel. Op het snijvlak van de eerste lijn en de huidige ziekenhuizen ontstaat naar verwachting een gespecialiseerde eerste lijn (zie figuur 9.2). Dit heeft te maken met de in paragraaf 9.1 beschreven ontwikkelingen in het zorglandschap.



Figuur 9.2: Verschuivingen in het zorglandschap.¹²⁴

Het nieuwe zorglandschap kenmerkt zich door specialistische centra (*hubs*) en generalistische satellieten (*spokes*). De *spokes* werken ten behoeven van hun kennisverwerving nauw samen met de *hubs* en de *hubs* zijn voor hun patiëntentoe-stroom afhankelijk van de *spokes*. Zowel vanuit kwaliteit als kosten bezien, valt deze ontwikkeling te omarmen. We geven twee voorbeelden, één uit Engeland en één uit Nederland, die laten zien dat een dergelijke beweging ook (of misschien wel *juist*) voor de electieve zorg leidt tot meerwaarde.

Zorg met een hart

- In Engeland, even ten noordwesten van Manchester, constateerden de huisartsen van NHS Oldham Primary Care Trust enkele jaren geleden dat veel eenvoudige zorg van het bewegingsapparaat plaatsvond in de (duurdere) tweedelijnszorg. Daarom werd een ‘anderhalvelijns musculoskeletal centrum’ opgericht, dat zich toelegt op de niet-complexe zorg rond orthopedie, reumatologie en pijn bij bewegen.¹²⁵ Diverse functies zijn hierin actief: fysiotherapie, gespecialiseerde verpleegkundigen en de huisartsen. De zorg wordt integraal bekostigd. Dat wil zeggen dat, mocht behandeling en/of opname in het ziekenhuis nodig zijn, dit wordt betaald uit het budget van het centrum, dat dus ook de noodzakelijke tweedelijnszorg bevat. Dit leidt in Oldham tot concrete resultaten:
 - Geen onnodige verwijzingen naar de tweedelijns meer.
 - Onnodige heup- en knie vervangingen worden voorkomen.
 - Patiënt wordt aantoonbaar beter betrokken in de besluitvorming rond behandeling.
 - 14% minder kosten (binnen twee jaar).
 - Betere klinische uitkomsten (gemeten via *Patient Reported Outcome Measures*).
- In Nederland vormen de Bergman Clinics - en dan vooral de orthopedische kliniek in Naarden - een mooi voorbeeld van zeer gespecialiseerde, niet-complexe electieve zorg. Er wordt nauw samengewerkt met twee universiteiten, waardoor continue kennisuitwisseling plaatsvindt. Deze universiteitsziekenhuizen, en ook veel andere ziekenhuizen uit de omgeving, verwijzen patiënten met een vraag naar laagcomplexe orthopedische ingrepen naar de Bergman Clinics. Door het hoge volume dat zo ontstaat, kan deze gespecialiseerde electieve kliniek haar zorg(logistiek) optimaliseren. Dit leidt inmiddels tot
 - Aantoonbaar hogere patiënttevredenheid dan in andere ziekenhuizen (boven de 9).
 - En 20% lagere kosten dan gemiddeld.

Sommigen nemen deze ontwikkeling met argusogen waar: hoe zit het met de toegankelijkheid en de menselijke maat van de zorg? Ontstaat er straks op deze manier een beperkt aantal gigantische ‘specialistische zorgfabrieken’, waarnaar we straks uren moeten reizen en we ons een nummer voelen? Natuurlijk zijn toegankelijkheid en een acceptabele schaalgrootte belangrijk, toch past hier enige nuance. Minder ziekenhuizen is niet synoniem aan fusies en schaalvergroting. Het gaat om een beweging die uit twee delen bestaat: (1) generalistische, laagcomplexe zorg moet gespreid worden over het land en blijft beschikbaar in de buurt, (2) specialisatie en concentratie van specialistische, hoogcomplexe zorg in een beperkt aantal ziekenhuizen. Hiermee gaat weliswaar het volume van een specialisme omhoog,

maar het kan nog steeds kleinschalig opgezet worden en aanvoelen. Verschuiving van zorg van tweede naar eerste lijn betekent afbouw van bedden in ziekenhuizen en daarmee afbouw van personeel. Zo komt er geld vrij voor de versterking van de eerste lijn. Het slechtste dat er kan gebeuren, is dat er wel zorg wordt gesubstitueerd naar de eerste lijn, maar dat de ‘middelen niet meeverhuizen’. Helaas hebben de vele innovaties van de afgelopen jaren niet geleid tot een afname van het aantal bedden. Sterker nog: de meeste ziekenhuizen hebben nog steeds groeiambities, die zij uiten door nieuwbouwplannen en groeicijfers in jaarplannen. Vormen van creatieve destructie, waarbij succesvolle toepassingen van nieuwe technieken de oude vernietigen¹²⁶, zijn nodig om daadwerkelijk door te pakken en te kiezen voor een sterkere eerste lijn.

4. Zorg voor chronisch zieken

Nederland telt meer dan 4,5 miljoen chronisch zieken.¹²⁷ De meest voorkomende chronische aandoeningen zijn hart- en vaatziekten, aandoeningen aan de luchtwegen, aandoeningen aan het bewegingsapparaat en diabetes Type II. Twee op de vijf chronisch zieken lijden aan meerdere chronische aandoeningen tegelijkertijd; een derde ervaart naast of vanwege de chronische aandoening matige tot ernstige fysieke beperkingen.¹²⁸ Het behoeft geen toelichting dat een goede organisatie van de chronische zorg sterk kan bijdragen aan de kwaliteit van leven voor deze grote groep patiënten.

Wij zijn van mening dat de zorg voor chronisch zieken zo dicht mogelijk bij de patiënt moet worden georganiseerd. Het ligt voor de hand om deze, zoals dat op meerdere plaatsen in ons land al het geval is, in de eerste lijn te organiseren, dat wil zeggen bij de huisarts en een gespecialiseerd verpleegkundige. In de praktijk gaat dit vaak gepaard met een toename van kennis en kunde van deze ziekten, waardoor de verwijzingen naar de tweede lijn tot een minimum beperkt kunnen worden. We spreken dan vaak over een anderhalvelijnsvoorziening (zie vorige paragraaf).¹²⁹ Het behoeft geen betoog dat het organiseren van de chronische zorg in de eerste of anderhalve lijn extra geld vraagt. Dit geld moet worden vrijgemaakt uit de budgetten van de tweede lijn, onder meer via de eerdergenoemde afbouw van bedden en arbeidsplaatsen aldaar.¹³⁰ De toepassing van e-health is nodig om de informele zorg (zelfzorg) en formele zorg maximaal te laten samenwerken.

5. Geestelijke gezondheidszorg

Ongeveer drie miljoen mensen in Nederland hebben jaarlijks psychische klachten. In het regeerakkoord en het Bestuurlijk Akkoord (van overheid, aanbieders, verzekeraars en cliëntenorganisaties over de toekomst van de GGZ 2012) is afgesproken om de zorg zoveel mogelijk dicht bij huis te organiseren. Dat is een

goede ontwikkeling, niet alleen vanwege de stijgende zorgkosten, maar ook omdat ambulante behandelen beter is voor de kwaliteit van leven van de patiënt en zijn omgeving. Belangrijk is dat de zorg rondom de patiënten en hun familie wordt geboden. Geen muren meer tussen verslaving en psychiatrie, tussen jeugd- en volwassenenzorg, tussen somatiek en GGZ, tussen zorg en maatschappelijke steunsystemen.

Er is de laatste jaren helaas stevig gekort op preventiebudgetten, waardoor sommigen te lang blijven rondlopen met psychische klachten. Daardoor verergeren de klachten en vergt het herstel langere tijd (en dus meer kosten). Aandacht voor preventieve zorg, nog vóór de eerste lijn, kan veel leed voorkomen. Aan de andere kant worden mensen met ‘levensproblemen of depressie’ soms te snel doorverwezen naar de gespecialiseerde GGZ, of ze blijven er te lang. Wij pleiten ook hier voor meer nadruk op eerstelijnszorg.

In 2014 wordt het GGZ-werk in de eerste lijn verdeeld in GGZ-huisartsenzorg en Generalistische Basis GGZ. Bij GGZ-huisartsenzorg ligt de nadruk op goede diagnostiek: eerst vaststellen wat er aan de hand is en pas als zorg nodig blijkt, doorverwijzen naar de juiste zorgverlener (stepped care). Dat vraagt om samenwerking tussen GGZ-aanbieders binnen de huidige eerste en tweede lijn, samenwerking met algemeen maatschappelijk werk en gemeenten. Maar ook om het meer, en beter, toepassen van e-mental health-mogelijkheden (bijvoorbeeld teleconsultatie). De versterking van de functie POH-GGZ helpt de huisarts, door kort en doelmatig te interveniëren. Hiermee kan de zorg langer in de eerste lijn blijven en wordt de patiënt dichter bij huis geholpen.

De Generalistische Basis GGZ is bedoeld voor aanvullende diagnostiek en behandeling voor lichte tot matig ernstige, niet-complexe problemen. Is meer specialistische behandeling noodzakelijk, dan verwijst de huisarts de patiënt door naar de tweede lijn, de gespecialiseerde GGZ.¹³¹

Beddenafbouw is terecht één van de kernpunten uit het genoemde bestuurlijk akkoord. Tot 2020 wordt ernaar gestreefd om een totale afbouw te realiseren van eenderde van het aantal bedden. Andere Europese landen laten zien dat dit kan. Waar wij in 2009 per 100.000 inwoners 139 bedden hadden, waren dit er in Engeland 61 en in Frankrijk 91.

Kortom, zorg voor mensen in geestelijke nood moet er zijn. De behandeling moet worden uitgevoerd door de hulpverlener met de juiste deskundigheid, dat is niet noodzakelijkerwijs een medisch specialist.

6. Integrale ouderenzorg

Gegeven de dubbele vergrijzing is de zorg voor ouderen een belangrijk aandachtspunt, vooral van kwetsbare ouderen. Kwetsbaarheid is “een syndroom dat een groep van problemen en verlies aan mogelijkheden in diverse domei-

nen bevat (lichamelijk, cognitief, sensorisch, voeding), en een individu vatbaar maakt voor omgevingsfactoren.”¹³² Ons uitgangspunt is: thuiswonende ouderen zoveel mogelijk in de eerste of anderhalve lijn houden. En bij verwijzing naar het ziekenhuis: de geriater of de specialist ouderengeneeskunde als hoofdbehandelaar.

Tot op heden vindt de zorg voor deze doelgroep te versnipperd plaats:

- In de *huisartsenpraktijk* is soms speciale aandacht voor kwetsbare ouderen, maar dit is er sterk van afhankelijk of men hiervan een speerpunt heeft gemaakt.
- *Thuiszorginstellingen*, die vaak bij deze doelgroep over de vloer komen, hebben weliswaar een signaleringsfunctie ten aanzien van bijvoorbeeld snelle achteruitgang in functioneren en zelfredzaamheid, maar aan een echte integrale aanpak ontbreekt het veelal.
- Het komt vaak voor dat kwetsbare ouderen vanwege een incident acuut moeten worden opgenomen in een *ziekenhuis*, waar zij een hoog risico lopen op snelle achteruitgang. Zo hebben 65-plussers die een heup breken, 40% tot 60% meer kans op een delirium (een acute verwardheid) dan jongere patiënten. Inmiddels zijn veel ziekenhuizen gelukkig alert op kwetsbare ouderen en de zorgproblemen die hen bij opname kunnen overkomen, maar nog altijd komen gevallen van ondervoeding, uitdroging, delirium, etc. voor.
- Ten slotte komt het vaak voor dat eenmaal ontslagen patiënten binnen afzienbare tijd weer worden opgenomen, terwijl zo'n nieuwe opname eigenlijk niet gepast is. Denk bijvoorbeeld aan oudere, chronische longpatiënten die episodes van extreme benauwdheid doormaken. Familie en naasten weten vaak niet hoe te handelen en kiezen er (vaak in de avonden, weekenden of vakantieperiodes) voor om de patiënt acuut te laten opnemen.

In de ideale situatie wordt de zorg voor ouderen niet versnipperd, maar integraal verzorgd, zodat het een vloeiend continuüm vormt. Ongeacht de verblijfplaats van de oudere en de zorg die men daar (thuis, polikliniek, kliniek, woonvorm, verpleeghuis) ontvangt.

- Idealiter betekent dit een systematische screening op en preventie van kwetsbaarheid in de huisartsenpraktijk, zoals dat op sommige plaatsen in Nederland al plaatsvindt.¹³³
- Veel ziekenhuizen screenen al standaard bij (acute) opname van ouderen op kwetsbaarheid. Dit zou breed ingevoerd kunnen worden.
- Daarnaast zou vanaf het begin van de opname veel nadruk moeten liggen op vroegtijdige ontslagplanning.¹³⁴ Patiënten die medisch uitbehandeld zijn, zouden vaker tijdelijk in (thuis)zorghotels of -pensions kunnen worden opgenomen.

- Goede *end of life care* is van belang aan het einde van het leven.
 - Dit betreft goede palliatieve zorg bij terminale patiënten. Hier geldt dat nog nadrukkelijker geïnvesteerd moet worden in goede palliatieve zorg thuis of dicht bij huis. Substitutie van ziekenhuiszorg op dit gebied, ten gunste van intensieve thuiszorg, werkt kwaliteitsverhogend en zou de Nederlandse staat 65 miljoen euro per jaar kunnen besparen, zo wees eerder onderzoek uit.¹³⁵
 - Anderzijds betekent dit het vroegtijdig (al voor de terminale fase) bespreken en plannen van zorg- en andere doelen van ouderen. Het eerder besproken concept van *Advance Care Planning* is hierbij behulpzaam.

Met de decentralisatiebeweging die is ingezet (zorgtaken van AWBZ naar gemeenten), is nu het moment aangebroken om te werken aan een ouderenzorg-nieuwe-stijl. Uitdaging wordt het continuüm van zorg zodanig vorm te geven dat er (a) geen hiaten ontstaan en (b) geen onnodige zorg wordt geleverd. De ketenpartners - gemeenten, verzekeraars en zorgaanbieders - zullen dit momentum moeten aangrijpen, op weg naar een toekomstbestendige ouderenzorg.

7. Conclusie

In het vorige hoofdstuk constateerden we een toenemende focus op zelfzorg, in dit hoofdstuk zien we een verschuiving naar de eerstelijnszorg, op allerlei terreinen. Die verschuiving valt vanuit kwaliteits- en kostenooipunt toe te juichen. Huisartsenzorg en zorg door wijkverpleegkundigen zijn dicht bij de burger, meer gericht op de hele mens en bovendien veel goedkoper dan ziekenhuiszorg. Bovendien zijn er steeds meer chronisch zieken die een generalistische benadering nodig hebben en dat kan bij uitstek in de eerste lijn plaatsvinden. Actief overheidsbeleid dat inzet op de eerste lijn is nodig, ook gezien het verschijnsel *hospital centrism*, de welhaast natuurlijke beweging naar meer ziekenhuiszorg en specialisatie.¹³⁶ Investeren in (ondersteuning van) vooral huisartsenzorg en wijkverpleegkundigen kunnen voorkomen dat mensen te snel worden doorverwezen naar de tweede lijn. Om die investeringen financieel mogelijk te maken, is het nodig dat er een capaciteitsreductie van de tweede lijn plaatsvindt, bijvoorbeeld door afbouw van het aantal bedden in ziekenhuizen.

Streven naar gepaste zorg

1. Inleiding

Een belangrijke omslag die we moeten maken, betreft het ‘overbehandelen’. Er wordt veel zorg verleend die niet bewezen effectief is. Artsen, met name specialisten, worden onder meer door financiële prikkels verleid tot (door)behandelen, terwijl dat niet altijd goed is voor de patiënt, soms zelfs uitgesproken slecht. Het voegt dan leed toe en komt niet ten goede aan de kwaliteit van leven.

Dit kost ook veel geld, dat dus uitgespaard kan worden voor patiënten die het wel nodig hebben. We zullen, kortom, meer moeten streven naar het bieden van gepaste zorg. Dat kan door andere financiële prikkels in te voeren, in te zetten op betere spiegelinformatie en te kijken naar het basispakket.

2. Keuzes in het basispakket

Elke keuze om het basispakket aan te passen, treft bepaalde bevolkingsgroepen en heeft invloed op hun gezondheid en hun portemonnee. Ook vanuit ethisch oogpunt gezien is het lastig om keuzen te maken. Welke methodiek gebruik je daarvoor? De zogenaamde ‘trechter van Dunning’ is volgens ons nog steeds een van de beste methodieken.¹³⁷ Daarin staan vier criteria centraal. Elk criterium geldt als een zeef, vandaar de metafoor van de trechter (figuur 10.1).

De vier criteria op een rij:

1. ‘Noodzakelijkheid’ heeft betrekking op de vraag of de desbetreffende zorg nodig is. Wat is de ziektelast? Is de zorg noodzakelijk voor deelname aan de samenleving? Voorbeelden: vruchtbaarheidsbehandelingen en spataderoperaties komen waarschijnlijk niet door deze zeef.
2. ‘Werkzame zorg’ stelt de vraag naar de effectiviteit van de behandeling. Is de zorg werkzaam? Is de effectiviteit wetenschappelijk bewezen? Nu is slechts ca. 40% van alle behandelingen *evidence based*. Voorbeeld: amandelen knippen bij kinderen gebeurt nog veel, maar is niet effectief.
3. ‘Doelmatige zorg’ richt zich op de vraag of de geleverde zorg vanuit economisch oogpunt verantwoord is. Hoeveel levert de behandeling op in relatie tot de te maken kosten?
4. ‘Voor eigen rekening en verantwoording’ heeft betrekking op de vraag of de burger het zelf moet betalen.



Figuur 10.1 De trechter van Dunning.¹³⁸

Het College voor Zorgverzekeringen (CvZ) gebruikt bij zijn adviezen een variatie op de trechter van Dunning. Zijn criteria zijn: (1) noodzakelijkheid, (2) effectiviteit, (3) kosteneffectiviteit en (4) uitvoerbaarheid. Die criteria zijn goed bruikbaar. 'Noodzakelijkheid', 'effectiviteit' en 'uitvoerbaarheid' zijn meestal wel redelijk te bepalen als er voldoende wetenschappelijk onderzoek is verricht. Maar bij criterium 3 ('doelmatigheid' of 'kosteneffectiviteit') ligt het lastiger. Vaak wordt daarbij gesproken over QALY's, een gevoelig thema waar we wat langer bij stilstaan.

3. Doelmatigheid: QALY's

De afkorting QALY staat voor *Quality Adjusted Life Years*. Het betreft een maat die aangeeft wat de kosten zijn van een extra levensjaar afgezet tegen een bepaalde behandeling die een cliënt krijgt. In 2006 stelde de RVZ het rapport *Zicht op zinnige en duurzame zorg* op. In dit rapport werd het begrip QALY beschreven. De methode werd als rekenmiddel gepresenteerd om generiek te kunnen bepalen welke behandelingen wel of niet vanuit het basispakket vergoed zouden mogen worden. Wanneer je grenzen wilt stellen aan de stijgende zorgkosten is het

toepassen van QALY's een mogelijk rekenmiddel. Een QALY drukt een 'gewonnen' levensjaar na medisch ingrijpen uit in euro's.

Bij deze methode worden wel eens vragen gesteld omdat het tegen de borst stuit om de waarde van een mensenleven in euro's uit te drukken. Dat is begrijpelijk. Maar er valt ook vanuit een ander perspectief tegenaan te kijken. Op het moment dat geld schaars is - en dat is het geval - dan komt de vraag naar voren hoe we dat schaarse geld verdelen. Dit wordt wel de ethiek van de 'verdelende rechtvaardigheid' genoemd. In een solidair stelsel gaan we er vanuit dat als meneer X een bepaalde behandeling krijgt, mevrouw Y in principe ook deze behandeling zou moeten krijgen. Het principe van de rechtvaardigheid - in gelijke gevallen op dezelfde manier de zorg vergoeden - is een belangrijke pijler van onze gezondheidszorg. Sommige behandelingen zijn echter zo duur dat automatisch de vraag naar een maximum naar voren komt. Immers, als we alle dure behandelingen zonder enige restrictie gaan vergoeden, dan 'ontploft' ons solidaire systeem. Het mooie van de benadering van de QALY is dat deze niet 'discrimineert' naar sekse, leeftijd of sociale klasse, maar dat ze de vraag stelt: wat kost de behandeling en hoeveel gezondheidswinst levert dit voor meneer X of mevrouw Y op? Juist omdat we goed kijken naar de meerwaarde voor een individuele persoon is dit een nuttige maat. Ter verduidelijking twee voorbeelden.

Voorbeeld 1. Een vrouw van 82 jaar heeft bijzonder veel last van haar heup. De orthooped stelt een nieuwe heup voor. Bij nader onderzoek blijkt dat deze mevrouw nog zeer fit is, de operatie gemakkelijk kan doorstaan en menselijkerwijs nog vele jaren met deze heup kan leven. In zo'n geval is het goed om een nieuwe heup te geven.

Voorbeeld 2. Een meneer van 75 jaar heeft eveneens veel last van zijn heup. Hij heeft echter dementie en zijn lichamelijke toestand is slecht. Het lichaam kan de operatie niet goed aan en eigenlijk is de dementie al zo ver voortgeschreden dat revalidatie niet meer mogelijk is. In een dergelijke situatie is een nieuwe heup niet aan te bevelen maar een symptomatische aanpak.

Hieruit wordt duidelijk dat het toepassen van een dergelijke benadering altijd maatwerk vraagt. Maar in dit soort maatwerk zit wel vaak een bepaald patroon. Het lichaam van volwassenen kan meer aan dan het lichaam van kwetsbare ouderen. Ook zijn er bij sommige behandelingen verschillen in de manier waarop de verschillende seksen daarop reageren. Wetenschappelijk onderzoek kan ons zo een richting wijzen voor welke groepen patiënten een bepaalde behandeling wel aan te bevelen is en voor welke niet. Dit soort gegevens kunnen door de politiek - dus buiten de spreekkamer - in richtlijnen worden opgenomen als advies aan de dokter om een bepaalde curatieve behandeling wel aan de ene maar niet aan de andere patiënt te geven.

Naast de RVZ heeft ook het CVZ hierover rapporten gepubliceerd. Die laten zien dat op ethisch zeer verantwoorde wijze afwegingen gemaakt kunnen worden op

basis van kosten in relatie tot de gezondheidsopbrengst (het CVZ spreekt over de 'kosteneffectiviteit').

We benadrukken dat wanneer financiële middelen schaars zijn, de overheid groepen is om zorg te dragen voor een rechtvaardige verdeling van zorggelden. In een situatie waarin steeds meer mogelijk is en sommige behandelingen ongelooflijk duur zijn en maar weinig gezondheidsopbrengst hebben, zal de overheid - op het terrein van de cure - grenzen moeten stellen aan (het toelaten van) dure behandelingen.

'Moet alles wat kan?'

Uit het eerdergenoemde rapport *Moet alles wat kan?* komt naar voren dat patiënten in hun laatste levensjaar vaak te lang worden behandeld, ook al zijn die medische ingrepen niet meer in hun belang. Veruit de meeste zorgkosten worden gemaakt in het laatste levensjaar. Er zouden richtlijnen moeten komen die niet alleen gericht zijn op 'doen', maar ook op 'stoppen'. De besluitvorming in de spreekkamer is nu vaak onduidelijk.¹³⁹ Ook chirurg en hoogleraar Kwaliteit van zorg Job Kievit pleit er voor dat artsen moeten durven stoppen met een behandeling als de lasten niet meer opwegen tegen de opbrengst. Zolang je behandelt als arts is er hoop bij de patiënt. Dokters moeten eerlijker voorlichten over de slagingskansen van een behandeling en vaker nee verkopen. Over de financiële kant zegt hij: "We hebben nu eenmaal een beperkt budget voor de zorg. (...) Als iemand toch doodgaat, is een ton besteden aan een behandeling die alleen maar schaaft een verloren ton."¹⁴⁰ Dat geld had ten goede kunnen komen aan een andere patiënt.¹⁴¹

'Over(-)behandelen. Ethiek van de zorg voor kwetsbare ouderen'¹⁴²

Boer, Verkerk en Bakker hebben een studie gedaan naar de ethiek van de zorg voor kwetsbare ouderen. De aanleiding voor deze studie waren de verschillende signalen vanuit de medische discipline dat kwetsbare ouderen in de laatste levensfase te lang doorbehandeld zouden worden. Zij hebben in goede samenwerking met de zorgsector een groot aantal casussen verzameld over goede zorg en zorg met overbehandeling. Zij komen tot de conclusie dat overbehandeling in veel gevallen leidt tot het vergroten en/of verlengen van het lijden van de kwetsbare ouderen. Met andere woorden:

overbehandelen is slechte zorg. Daarnaast leidt overbehandelen tot extra kosten. De auteurs ontwikkelen een ethisch kader om van tevoren te bepalen of er sprake is van overbehandeling of niet. Ook geven ze aan hoe je met de verschillende dilemma's moet omgaan. Hun eindconclusie: het voorkomen van overbehandeling leidt tot betere zorg en tot lagere kosten.

4. Andere prikkels zijn nodig

Behalve keuzes in het pakket - welke zorg vergoeden we collectief en welke niet - moeten ook verkeerde *prikkels* in het bekostigingssysteem van de zorg worden aangepakt. Steeds duidelijker wordt immers dat de overbehandeling niet alleen wordt veroorzaakt door de omvang van het verzekerde pakket, maar ook door de zorgaanbieders zelf.

Cruciaal bij bekostiging is het centraal stellen van kwaliteit. Een gouden regel is: je krijgt wat je betaalt. Betaal je voor verrichtingen, dan krijg je veel verrichtingen (wat meer kost).¹⁴³ Betaal je kwaliteit, dan krijg je kwaliteit. En als je kwaliteit betaalt, dan loont innovatie.

Het CPB heeft al een aantal relevante studies verricht naar de samenhang tussen zorgaanbod en –consumptie¹⁴⁴, maar ook bijvoorbeeld tussen de aard van het dienstverband (vrije vestiging of loondienst) en de zorgconsumptie.¹⁴⁵ Een belangrijke conclusie is dat er een (licht) positief verband is aangetoond tussen de *dichtheid* van medisch specialisten in een regio (aantal specialisten per 100.000 inwoners) en het aantal behandelingen per specialist dat feitelijk wordt uitgevoerd. Bovendien toont het CPB aan dat deze aanbod-geïnduceerde vraag sterker geldt voor vrijgevestigde specialisten dan voor medisch specialisten in loondienst.

In de basis zijn er drie manieren van bekostigen:

- *Fee for service*: de behandelaar wordt per verrichting betaald. Voorbeelden: de tandartsenzorg, het consulttarief van de huisarts.
- *Productbekostiging*: er wordt betaald voor een 'mandje' van verrichtingen. Zo doende worden professionals aangemoedigd binnen dat mandje geen onnodige dingen te doen. Voorbeelden: de dbc's in de ziekenhuizen, GGZ, forensische zorg.
- *Populatiebekostiging*: een aantal instellingen krijgt met huisartsen een bepaald budget voor de regio waarin ze werken. Dit budget is afhankelijk van de

populatie van de regio, waarbij rekening wordt gehouden met kenmerken van die populatie (risicoverevening naar aanleiding van aantal ouderen, chronisch zieken etc.) en wordt bijvoorbeeld jaarlijks alleen verhoogd met de prijsindex. In zo'n type systeem lonen preventie, ketenzorg en innovatie. De grootste uitdaging van dit soort systemen is hoe de gelden verdeeld worden tussen de zorgaanbieders en hoe de pijn van preventie, ketenzorg en innovatie verdeeld wordt. Algemeen wordt aangenomen dat je regio's moet hebben van 500.000 of meer burgers om zo'n systeem te kunnen runnen.¹⁴⁶

Het kabinet Rutte II heeft voorgesteld deze bekostigingswijze in te voeren voor bijvoorbeeld de huisartsenzorg en de verpleegkundige zorg (die overgeheveld wordt vanuit de AWBZ). Ook veel gemeenten overwegen momenteel om populatiebekostiging of wijkbudgetten in te voeren voor de zorg die op basis van de Wmo onder hun verantwoordelijkheid valt. De voordelen lonken:

- Er komt een prikkel om geen onnodige zorg meer aan te bieden.
- Waar mogelijk zullen aanbieders cliënten en patiënten aansporen eerst gebruik te maken van informele zorg.
- De administratieve lastendruk voor aanbieders neemt fors af doordat er geen ingewikkeld declaratieverkeer meer hoeft plaats te vinden.
- De verantwoordelijkheid voor de verdeling van schaarste ligt bij de aanbieders.

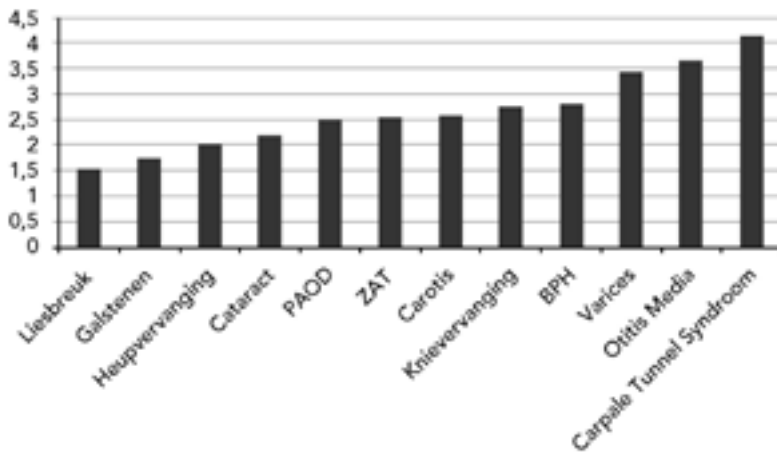
Deze voordelen worden echter alleen behaald indien een aantal maatregelen wordt getroffen, zodat *randvoorwaarden* ontstaan:

- Toedeling van een populatie- of wijkbudget moet geschieden op basis van een prestatie-afhankelijke component. Uitkomsten van zorg moeten hierbij centraal staan, zoals de mate van welbevinden van thuiswonende ouderen, maar ook de mate waarin onnodige zorgkosten worden vermeden (heropnames, doorverwijzingen).
- Om het voorgaande punt te realiseren, moet er transparantie van kwaliteit en kosten van aanbieders ontstaan.
- Het declaratieverkeer moet actief afgebouwd en vereenvoudigd worden;
- Er moet op regionaal niveau inzicht ontstaan in (praktijkvariatie van) zorgconsumptie in de verschillende bekostigingsregimes (Wmo, Zvw, AWBZ) om zo ongewenste afwentelingseffecten te voorkomen. Immers: populatiebekostiging in Zvw-verband zou aanbieders kunnen aanzetten tot onnodig afwentelen van zorg naar Wmo of AWBZ-zorg;
- Burgers die gebruik willen maken van andere zorg dan voor hen gecontracteerd of collectief aangeboden, dienen bij uitzondering in aanmerking te kunnen komen voor andere, door hen geprefereerde zorg. Anders kan populatiebekostiging ten koste gaan van de keuzevrijheid.

Dit laatste is vooral voor identiteitsgebonden zorg een belangrijk issue. Dergelijke aanbieders opereren vaak landelijk en zullen voor zorginkopers niet snel een preferente aanbieder worden. Maatregelen moeten worden getroffen om burgers met een wens tot dat type zorg tegemoet te komen.

5. Goede spiegelinformatie, minder praktijkvariatie

De laatste twee jaar wordt voor steeds meer aandoeningen en (bijbehorende) behandelingen duidelijk dat er behoorlijke variatie bestaat in het aantal ingrepen per 100.000 inwoners. Het verschil tussen regio's met het 5% laagste aantal behandelingen en regio's met het 95% hoogste aantal behandelingen loopt soms op tot een factor 5, 7 of zelfs 20! Dit betekent concreet dat een patiënt met exact dezelfde klachten en verdere kenmerken een 5, 7 of 20 keer zo grote kans heeft om geopereerd te worden in regio x ten opzichte van regio y.¹⁴⁷



Figuur 10.2. Factor praktijkvariatie voor diverse aandoeningen. NB: Voor hernia's (HNP) bedroeg de factor 20.¹⁴⁸

Tot op zekere hoogte zal er altijd praktijkvariatie blijven, al is het alleen al doordat dokters mensen zijn en hun eigen inschattingen maken. Anderzijds is (ook op basis van internationaal onderzoek) duidelijk dat een groot deel van de praktijkvariatie ongewenst is. Een aantal aanzetten om dit terug te dringen moet ook in Nederland worden gedaan:

- Beroepsverenigingen van artsen en specialisten moeten een actieve rol spelen in het terugdringen van overbehandeling en overdiagnostiek.

- Randvoorwaarde is transparantie en het beschikbaar komen van goede spiegelinformatie. Dit gebeurt inmiddels voor een reeks van ingrepen door Zorgverzekeraars Nederland (ZN), maar de agenda hiervoor moet verder worden uitgebreid. Wellicht moet er een *Atlas of Variation* komen, zoals dat in de VS en in het VK bestaat.¹⁴⁹
- De zorgverzekeraars kunnen via selectieve inkoop bijdragen aan kostenreductie en vermindering van praktijkvariatie.
- De overheid heeft een rol in het terugdringen van overbehandeling omdat de patiëntveiligheid in het geding is. Het Kwaliteitsinstituut (onderdeel van CVZ) dient hier doorzettingsmacht te betonen als professionals en zorgverzekeraars daar niet voldoende haast mee maken.

6. Conclusie

De strijd tegen overbehandeling en onnodige zorg is geen eenvoudige. Er is een fundamentele aanpak vereist.¹⁵⁰ Het is nodig dat zowel sociale instituties als bureaucratie praktijken veranderen. Voor het eerste zijn managers en professionals verantwoordelijk, voor het tweede het ministerie, de inspectie en de zorgverzekeraars. Een belangrijke reden voor overbehandeling is dat in onze cultuur aftakeling en sterven niet meer als een 'natuurlijk fenomeen' wordt gezien maar steeds meer in medische termen wordt gedefinieerd.¹⁵¹ Tegen het technicistisch geloof in maakbaarheid dat achter het 'alsmaar doorgaan' kan zitten, vragen wij 'respect' voor het sterven. Wij pleiten voor openheid over de kansen van medisch ingrijpen in de communicatie tussen arts en patiënt. Goed geïnformeerde patiënten blijken vaak een minder belastende ingreep te kiezen. Daarom zouden ook adviesgesprekken over behandelopties vergoed moet worden. Artsen moeten worden betaald voor de tijd dat ze aan patiënten uitleggen dat behandelen niet per se het beste is. Zo kunnen ze ook de eventuele vraag achter de zorgvraag traceren. Artsen moeten we dus niet belonen naarmate ze meer patiënten behandelen, maar juist als ze dat minder en beter doen. Daartoe is ook andere financiering (populatiebepoortering) nodig. De huidige systeempraktijken zorgen er voor dat doorbehandelen financieel loont. Goede zorg heeft echter te maken met kwaliteit, niet met kwantiteit. Toename van kwaliteit zal de kosten vervolgens doen dalen (er zijn dan minder complicaties, minder heropnames etc.). Het zou ook goed zijn als specialisten in loondienst komen en er over en weer betere spiegelinformatie komt. Tot slot zou de politiek het debat over kosteneffectiviteit van bepaalde behandelingen moeten durven voeren. QALY's kunnen als het gaat om doelmatigheid van curatieve behandelingen van nut zijn en door de politiek in richtlijnen worden verankerd.

Hoofdstuk 11

Naar een kern-AWBZ

1. Inleiding

Een heet hangijzer in de politiek vandaag de dag vormt de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De kosten van de AWBZ zijn de afgelopen jaren zo hard gestegen dat er iets moet gebeuren, willen we deze regeling in de toekomst nog collectief kunnen betalen. Volgens sommigen betekent verkleining van de AWBZ meteen de ontmanteling van de verzorgingsstaat en een ontoelaatbare verschraving van de zorg in Nederland. Er is in de loop van de jaren echter teveel onder de paraplu van de AWBZ gekomen. Nu wordt het tijd de regeling tot 'normale' proporties terug te brengen. Maatschappelijke verantwoordelijkheden moeten weer in de juiste verhouding komen te staan tot de verantwoordelijkheid van de overheid. In dit hoofdstuk gaan we eerst in op het ontstaan van de AWBZ, vervolgens op recente ontwikkelingen en daarna op wat ons nu te doen staat.

2. Een groter wordende AWBZ

Iedereen die in Nederland woont of werkt is - via de AWBZ - automatisch verzekerd voor langdurige zorg. Daaronder vallen de zorg voor ouderen, gehandicapten en chronisch psychiatrische patiënten. Iedereen betaalt premie voor de AWBZ, maar die premie is niet kostendekkend. Een groot deel van de kosten wordt betaald door het rijk. De afgelopen tien jaar zijn de uitgaven aan de AWBZ met 38% gestegen, van 18 miljard in 2002 tot ruim 28 miljard in 2014. Dat de politiek zich druk maakt over de stijgende kosten van de AWBZ is dus niet verwonderlijk.

Al vanaf de beginperiode van de wet is er discussie over haar omvang. De oorspronkelijke wet, de Algemene Wet Zware Geneeskundige Risico's, omvatte behalve langdurige ziekenhuiszorg (langer dan een jaar), verzorging, verpleging en behandeling in verpleeginrichtingen ook medisch-specialistische zorg en kortdurende ziekenhuisopname.

Door politieke druk sneuvelen die laatste twee functies in de oorspronkelijke wet. Zo werd de AWBZ niet alleen medisch van aard, maar strekte ze zich uit tot op de terreinen welzijn en maatschappelijk werk. In de loop der jaren is de AWBZ steeds verder uitgebreid, zowel op het welzijnsvlak als op het medische vlak. De wet omvat ruime aanspraken.¹⁵²

De taken van de overheid voor de langdurige zorg zijn uitgedijd en ook

ingewikkelder geworden. Zo valt een deel van de langdurige zorg binnen de AWBZ, een deel binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) en een deel binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De zorg dient binnen elk domein op een andere manier gedeclareerd te worden.¹⁵³ Dit levert veel onnodige en tijd-rovende administratieve rompslomp op.

De huidige AWBZ verdient een kritische blik. Niet alleen vanwege financieel-economische en organisatorische overwegingen, maar ook om sociale en morele redenen. Met het vergroten van de omvang van de verzorgingsstaat werd de solidariteit tussen mensen anoniemer. Burgers werden afhankelijk gemaakt van het systeem, van de overheid. Dit bevorderde ook - niet onbegrijpelijk - een calculerende houding bij burgers en instellingen. Waarom zou je een rollator zelf betalen als die door de overheid wordt vergoed?¹⁵⁴ Te midden van de groei van de AWBZ wees de huidige ChristenUnie-senator Roel Kuiper al in 2005 op een ernstig manco van dit systeem: “[H]oewel de verzorgingsstaat bedoeld was om vorm te geven aan solidariteit, verzwakte hij de stimulans tot solidariteit in de samenleving zelf. Het was de overheid die een verplichting had jegens de burger, niet de burger die een verplichting had jegens burgers.”¹⁵⁵ Het is in onze ogen wenselijk als verhoudingen terug in balans gebracht worden. De overheid heeft teveel taken naar zich toetrokken, ten koste van de verantwoordelijkheden van burgers en sociale verbanden.

3. Het verkleinen en versimpelen

Telkens wanneer in het verleden de uitgavenontwikkeling en de doelmatigheid van de AWBZ ter discussie stond, werd een oplossing gezocht in uitbreiding van lichte vormen van zorg. De gedachte hierachter was dat dure intramurale zorg zou kunnen worden uitgesteld.¹⁵⁶ Maar de mogelijkheid om een beroep op de wet te doen voor vormen van lichte zorg werd vergroot.¹⁵⁷ Men verwachtte dat intramurale zorg daardoor relatief zou afnemen. Dit is echter slechts voor een deel gebeurd. Het klopt dat het aantal intramurale cliënten slechts licht is gestegen en in sommige gevallen zelfs gedaald, maar de groei van het aantal *extramurale* cliënten (inclusief PGB's) is veel harder gegaan dan de intramurale zorg is afgenomen - ook als je demografische trends meeneemt. Er is dus afgelopen jaren een toename van lichtere extramurale vormen van zorg zichtbaar.¹⁵⁸

Zorg en niet-zorg

In 2008 bracht de SER een fundamenteel rapport uit over de houdbaarheid van de AWBZ. In dit advies werd de aard en omvang van de AWBZ ter discussie gesteld. Sinds dit advies zijn er echter slechts enkele fundamentele wijzigingen in gang gezet, waaronder het overhevelen van de huishoudelijke hulp naar de Wmo en de voorbereiding voor de overheveling van de functiebegeleiding naar de Wmo. De

overheveling van taken van AWBZ naar Wmo zou in 2013 ingaan, maar door de val van het kabinet Rutte I is de overheveling van de functie 'begeleiding' uitgesteld. En zo gaat het met meer beoogde veranderingen. Zo kent de discussie over het scheiden van wonen en zorg een lange geschiedenis: er wordt sinds 2001 over gepraat, maar in 2012 werden er pas voor het eerst stappen gezet (in het Lenteakkoord).¹⁵⁹ Inmiddels is er een tweede SER-advies verschenen over de houdbaarheid van de langdurige zorg waarin concrete ideeën staan voor het verkleinen van de AWBZ. Volgens de SER dient er beter onderscheid gemaakt te worden tussen 'zorg' en 'niet-zorg'. Daarnaast moet er per AWBZ-doelgroep gekeken worden in hoeverre die wel of niet zelf verantwoordelijkheid kan dragen voor zorg.¹⁶⁰ Met het maken van een onderscheid tussen 'zorg' en 'niet-zorg' grijpt men in wezen terug op de begindiscussie over de AWBZ. Toen is de keuze gemaakt dat 'niet-zorg', ofwel maatschappelijke zorg, juist de richting moest zijn van de AWBZ. Destijds was er vooral draagvlak voor een niet-medische afbakening van de wet. Nu gebeurt dus het omgekeerde en wil men alleen 'zorg' in de AWBZ laten.¹⁶¹

De ontwikkelingen die plaatsvinden omtrent het scheiden van wonen en zorg passen ook binnen dit denkkader. De huur binnen intramurale zorg valt voor veel cliënten onder de AWBZ. Het bekostigen van 'huur' is echter 'niet-zorg'. Zo wordt er stapje voor stapje voor gezorgd dat cliënten voortaan zelf hun wooncomponent betalen en uit de AWBZ alleen nog de zorg bekostigd krijgen.

Wat blijft er over?

Wij stemmen in met deze ontwikkeling, maar de vraag is wel wat er overblijft van de AWBZ. Komt alle zorg op den duur automatisch terecht bij ofwel de Wmo ofwel de Zvw? Een systeem met alleen een Wmo en een Zvw klinkt aantrekkelijk, het is immers veel overzichtelijker en simpeler. Er zijn echter belangrijke praktische en zorginhoudelijke bezwaren om gemeenten of zorgverzekeraars de verantwoordelijkheid te geven voor mensen met een zware vorm van langdurige zorg. Gemeenten zullen tegen uitvoeringsproblemen aanlopen en zeker voor kleine gemeenten is het onmogelijk om alle kennis over een zeldzame handicap in huis te halen. En wanneer zorgverzekeraars de AWBZ volledig zouden uitvoeren, is risicoselectie, ondanks dat ze een zorgplicht hebben, niet uit te sluiten. Zij verdienen immers aan gezonde mensen. In onze ogen blijft er een groep waarvoor de zorg *onverzekerbbaar* is en waarvoor gemeenten niet kunnen zorgen. Dit betekent dat er een romp-AWBZ – of beter: kern-AWBZ - *moet* overblijven en dat hiervoor een algemene volksverzekering intact moet blijven. De AWBZ wordt dan bedoeld voor zware, onverzekerbare risico's.

Wmo

Het kabinet Rutte II neemt de adviezen van de SER voor een groot gedeelte over en wil toewerken naar een kern-AWBZ, waarbij veel functies van AWBZ naar

Wmo en Zvw worden overgeheveld. De nadruk komt meer te liggen op solidariteit tussen mensen, op onderlinge verantwoordelijkheid en samenredzaamheid. In de troonrede (2013) werd veelzeggend gesproken over een ‘participatiesamenleving’. Als de beoogde hervormingen doorgang vinden, zal de verhouding tussen formele rechten en informele zorg veranderen. De Wmo gaat veel meer uit van wat burgers wel kunnen en minder van een indicatie en rechten die daaruit vloeien. De Wmo is gericht op het breed compenseren en het faciliteren van de eigen kracht van mensen wanneer zij niet kunnen meedoen in de samenleving. Wat ons betreft verdient de Wmo een positief onthaal, maar moeten we ons goed bewust zijn van de risico’s. Niet alle taken kunnen in het licht van ‘eigen kracht’ en ‘burgerparticipatie’ worden opgelost. Er blijven geschoolde professionals nodig die mensen hulp bieden, ook als het gaat om welzijnstaken. Niet iedereen is immers in staat om dat zelf te organiseren.¹⁶² De overheid mag daarom niet buitenspel komen te staan. Dat gebeurt ook niet. De rol van de rijksoverheid wordt bij een kleinere AWBZ weliswaar kleiner, maar de taken voor gemeenten nemen toe. De vraag is wel: hoe gaat deze decentraliseringsbeweging in de nabije toekomst uitpakken? Vooralsnog weet niemand hier het antwoord op.¹⁶³ Duidelijk is wel dat wanneer de overheid meer welzijnstaken bij de samenleving laat, zij meer ruimte heeft om verantwoordelijkheid te nemen voor de ‘echt’ kwetsbare mensen, voor diegenen die ‘levenslang’ en ‘levensbreed’ medische zorg nodig hebben.

4. Kijk naar doelgroepen

Om te bepalen op welke wijze de AWBZ kan worden verkleind, moet er gekeken worden naar de manier waarop de wet is vormgegeven. Binnen de AWBZ is zorg opgeknipt in kleine ‘hokjes’.¹⁶⁴ Sinds april 2003 wordt de grond waarop iemand wel of geen aanspraak heeft op de AWBZ in de thuissituatie *functiegericht* omschreven. Er wordt onderscheid gemaakt tussen de volgende functies: persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling en verblijf (verblijf, kortdurend verblijf en voortgezet verblijf op psychiatrische grondslag). Om in aanmerking te komen voor één of meerdere functies moet iemand voldoen aan een zogeheten grondslag. Er zijn zes grondslagen (*doelgroepen*): somatisch, psychogeriatrisch, psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.¹⁶⁵

In de context van het verkleinen van de AWBZ wordt wel gesuggereerd dat het goed zou zijn om naar de verschillende functies te kijken. In de hervormingen van de langdurige zorg wordt dit voor een deel ook gedaan. Voor de functie ‘begeleiding’ valt dit te begrijpen. Er zijn immers op gemeentelijk niveau ontzettend veel domeinen te verbinden aan deze functie. Maar als het gaat om de functies ‘verpleging’ en ‘verzorging’ is het niet logisch. In de plannen voor het hervormen

van de langdurige zorg van het kabinet Rutte II wordt ‘verpleging’ overgeheveld naar de Zvw en ‘verzorging’ voor een deel naar de Wmo. Zo wordt echter een extra schot gecreëerd. Verpleging en verzorging zijn niet logisch uit elkaar te halen. De functies liggen dicht tegen elkaar aan, er zit overlap tussen beide en het is lang niet altijd duidelijk wat precies verzorging is en wat verpleging.¹⁶⁶ In theorie zullen cliënten die veel gebruikmaken van zorg op één dag nog meer medewerkers over de vloer krijgen. De één verzorgt de medicijnen, de ander is verantwoordelijk voor een maaltijd en weer iemand anders wast de haren van een cliënt. Het moet juist simpeler. Bovendien is het al jaren een wens van professionals en van cliënten: functies moeten ontschot, dus binnen één domein, uitgevoerd kunnen worden. Beter zou het daarom zijn als verpleging en verzorging samen genomen en ondergebracht worden binnen de Zvw. Het verdient aanbeveling om te kijken naar doelgroepen in plaats van functies.

5. Een kern-AWBZ: ‘levenslang’ en ‘levensbreed’

Een goede manier om te bepalen wat wel of niet binnen de AWBZ past, is het gebruiken van de begrippen ‘levenslang’ en ‘levensbreed’. Afgaand op deze criteria kan zorg voor ouderen en kortdurende zorg ondergebracht worden binnen de Zvw. Ouderdom komt met gebreken en is van een specifieke duur. Ook zijn de gevolgen voorspelbaar, maar zeker niet voor iedereen gelijk. Er zullen mensen zijn die een zeer zwaar beroep op de ouderenzorg doen en er zullen mensen zijn die dit niet gaan doen, daarmee past ouderenzorg goed binnen de Zvw. Ook omdat veel ouderen te maken hebben met verschillende aandoeningen (comorbiditeit). Wat betreft de geestelijke gezondheidzorg steunen wij de route die is ingezet, namelijk het onderbrengen hiervan onder de Zvw.

De kern-AWBZ kan worden bestemd voor gehandicapten met een zware verstandelijke, lichamelijke en zintuiglijke beperking. Voor deze groep wordt de medische component via de AWBZ bekostigd en de welzijnscomponent vanuit de Wmo. Binnen deze groep vallen alleen die indicaties waarop ook de kwalificatie ‘levensbreed’ van toepassing is. Hierdoor vallen cliënten met een lichte aandoening buiten de kern-AWBZ. Zij zouden dan onder de Zvw en de Wmo vallen.

Zo wordt het systeem versimpeld. Iedereen die zorg nodig heeft, heeft maar met maximaal twee verschillende zorgdomeinen te maken. Om te bepalen of het gaat om lichte of zware zorg kan er onder meer gekeken worden naar de mate waarin iemand wel of niet zelfstandig kan wonen. Voor een kleine groep zou het nog simpeler kunnen. Voor de cliënten binnen de intramurale gehandicaptenzorg zou zowel welzijn als zorg binnen één domein kunnen worden uitgevoerd. Deze zou volledig gefinancierd moeten worden via een landelijke kern-AWBZ-voorziening (zowel de welzijns- als de zorgcomponent).

6. Conclusie

De afgelopen decennia is de AWBZ behoorlijk uit haar jasje gegroeid. Er moet gezocht worden naar een betere verhouding tussen overheid, markt en samenleving. De overheid heeft teveel hooi op haar vork genomen door niet alleen een vangnet te bieden voor de meest kwetsbaren, maar ook taken van burgers over te nemen. De beweging naar een kern-AWBZ verdient steun, omdat de verantwoordelijkheden van burgers, sociale verbanden en overheid weer meer in balans komen. Een kern-AWBZ betekent dat er zorg blijft voor diegenen die 'levensbreed' en 'levenslang' zorg nodig hebben. Daarnaast moet de uitvoering voor de langdurige zorg voor zorgverleners en cliënten worden versimpeld. Hiervoor moet naar doelgroepen - niet naar functies - worden gekeken. Wanneer doelgroepen vallen onder de kwalificatie 'levensbreed' en 'levenslang' valt de zorg onder de AWBZ.

Noten

- 1 In deze publicatie gebruiken we de termen 'patiënt' en 'cliënt' door elkaar.
- 2 Esping-Andersen, G. (1990), *Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge: Polity Press.
- 3 In Nederland is er naast de nominale premie die de verzekerde betaalt een inkomensafhankelijke premie die via de werkgever wordt bijgedragen.
- 4 Verkerk, M. en Dijk, G. van (2012), 'Alternatieve businessmodellen in de zorg', in: Bakker, D.J., Post, D., Polder, J.J., Verkerk, M.J. (red.), *Een vitale toekomst. Onze gezondheidszorg in 2040*, Amsterdam: Reed Business (211-219), 212-213.
- 5 Post, D. (2012), 'De spelers en hun scheidsrechter', in: *Een vitale toekomst (193-199)*, 193 e.v.
- 6 Post, D., a.w., 193.
- 7 Voor de invoering van de Zvw kende Nederland ook al liberale elementen: de Ziekenfondswet was alleen bedoeld voor mensen die minder dan een modaal inkomen verdienden; wie meer verdiende, moest zich particulier verzekeren.
- 8 Zie verder over marktwerking in de zorg paragraaf 5.5.
- 9 Heijst, A. van (2002) *Liefdewerk. Een herwaardering van de caritas bij de Arme Zusters van het Goddelijk Kind, sinds 1852*, Hilversum: Verloren, 292.
- 10 (2012) *Loslaten in vertrouwen. Naar een nieuwe verhouding tussen overheid, markt én samenleving*, 11.
- 11 Uitvoerder: Wetenschappelijk Instituut ChristenUnie (2011), *Dienstbaarheid, vrijheid, duurzaamheid* Amsterdam: Buijten en Schipperheijn; Kuiper, R. (2011), *Dienstbare politiek* Amsterdam: Buijten en Schipperheijn, 29-40; idem (2009), *Moreel kapitaal. De verbindingskracht van de samenleving* Amsterdam: Buijten en Schipperheijn, 113-133.
- 12 Uitgebreid hierover: Wolterstorff, N. (2008), *Justice. Rights and wrongs* Princeton: Princeton University Press.
- 13 (2012) *Goede zorg. Christelijk geïnspireerde ethiek van geval tot geval* Amsterdam: Buijten en Schipperheijn, 84-85.
- 14 Buijs (2009), 'Christelijk-sociaal - een archeologie, een her-innering', in: Becker, M. (red.), *Christelijk Sociaal Denken, Traditie actualiteit kritiek* Damon, 70. Zie ook zijn oratie (2012) *Publieke liefde*: http://www.wijsbegeerte.vu.nl/Images/publieke-liefde-oratie-Buijs_tcm58-274257.pdf
- 15 a.w., 72. Uitvoerder over de ontwikkeling van christelijke ziekenzorg: Stockman, R. (2008), *Pro Deo. De geschiedenis van de christelijke ziekenzorg en het eerdergenoemde Liefdewerk* van Annelies van Heijst.
- 16 *COB Burgerperspectieven* (2012/4), 19.
- 17 Kuyper, A. (1880), *Souvereiniteit in eigen kring. Rede ter inwijding van de Vrije Universiteit* Amsterdam: J.H. Kruyt.
- 18 Econoom Arjo Klamer bekritiseert daarom de term 'mantelzorg': dat is juist 'kernzorg': "Je doet het werk zelf. Samen los je het op. Heb je een chronische ziekte of een handicap, dan is het belangrijk dat er professionals zijn die je kunnen behandelen. Maar dat noem ik geen zorg. Dat is ziektebehandeling. De zorg in ziekenhuizen hebben we ten onrechte gezondheidszorg genoemd. Gezondheidszorg is dat je goed eet, op tijd naar bed gaat, dat je gewoon gezond leeft en voor jezelf zorgt." (*Sophie* 2011/5, 31).
- 19 Post, D. (2012), *Een vitale toekomst*, 197-198; Post, D. (2009), *De derde weg. Een analyse en toekomstvisie vanuit vijftig jaar ervaring in de zorgsector*, Amsterdam: Reed Business.
- 20 In de woorden van Roel Kuiper: "Christelijke politiek begint bij ieders verantwoordelijkheid voor zichzelf, voor anderen, voor de samenleving als geheel. Daarna, als in een tweede ring, komt de overheid die een publieke orde handhaaft, mensen beschermt, een vangnet biedt, voorwaarden schept." (2011) *Dienstbare politiek*, Amsterdam: Buijten en Schipperheijn, 13.
- 21 Zie over het thema volumegroei ook NZa (2012), *Van Fabels naar feiten. Stand van de zorgmarkten*: http://www.nza.nl/104107/426385/Stand_van_de_zorgmarkten_2012.pdf
- 22 Polder, J.J., Lugt, F. v.d. (2012), 'Volksgezondheid', in: *Een vitale toekomst*, 21.
- 23 Een andere trend is dat niet-westerse immigranten een relatief groot beroep op de zorg doen, dat wil zeggen op de cure sector. Dat is uit gewoonte, maar ook omdat allochtonen doorgaans een minder goede gezondheid hebben. Niet op care doorgaans, want ze wonen langer bij familie dan in verpleeg- en verzorgingshuizen (Schnabel, P. (2012), 'Maatschappelijke ontwikkelingen in en om de gezondheidszorg', in: *Een vitale toekomst*, 52).
- 24 Polder, J.J., Lugt, F. v.d., a.w., 24.
- 25 De grote verschuiving in de demografie komt ook scherp naar voren als we deze cijfers procentueel weergeven. In 2010 bevindt 13% van de Nederlandse burgers zich in de leeftijdsklasse van 65-79 jaar en

krap 4% in de leeftijdsklasse 80 jaar en ouder. Maar in 2040 zijn deze percentages ruim 16% en 7%. De meeste zorg vindt plaats in de laatste drie levensjaren. Met het stijgen van de levensverwachting verschuift dit dus. Tegelijk betekent dit dat mensen zich ook langer kunnen blijven inzetten voor de samenleving.

26 CBS, *Bevolkingsprognose*.

27 Polder, J.J., Lugt, F. v.d., a.w., 18.

28 Knoops, K. en Brakel, M. v.d. (2010/1), *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*.

29 Duin, C. van, Stoeldraijer, L., (2011/2), 'Huishoudensprognose 2011-2060: meer en kleinere huishoudens', in: CBS, *Bevolkingstrends*, 59-67.

30 Schnabel, a.w., 48.

31 Baart, A. (met Carbo, C.) (2013), *De zorgval*. Amsterdam: Thoeis, 69.

32 Een belangrijke oorzaak hiervan was het vrijgeven van de budgetbeperking onder Paars II, met als doel de wachtlijsten weg te werken.

33 In het rapport *Het belang van wederkerigheid... solidariteit gaat niet vanzelf* (2013) zoekt de Raad voor de Volksgezondheid (RVZ) naar een betere balans tussen rechten en plichten voor alle betrokkenen in het zorgstelsel. Die is nodig nu onder Nederlanders het vertrouwen afneemt dat een financiële bijdrage vandaag ook zekerheid biedt voor te ontvangen zorg in de toekomst. Belangrijk voor het zorgstelsel blijkt het vertrouwen dat mensen hebben in de solidariteit van anderen. Manieren om de solidariteit te verbeteren, zijn te werken aan het voorkomen van oneigenlijk gebruik en het bevorderen van gezondheid. (http://www.rvz.net/uploads/docs/Advies_Het_belang_van_wederkerigheid.pdf)

34 RVZ (Doorten, I.) (2012), 'Publiek belang in de gezondheidszorg', in: Raad voor het Openbaar Bestuur, *Cahier Loslaten in vertrouwen. Beschouwingen van adviesraden over een nieuwe verhouding tussen overheid, markt én samenleving*, 97 (93-110).

35 Dit punt van kostenbeheersing heeft uiteraard meer kanten en is niet louter een zaak van de individuele burger, zie hoofdstuk 10.

36 Verkerk, M. en Dijk, G. van, a.w., 218.

37 Zie bijvoorbeeld 'Advance directives in dementia: issues of validity and effectiveness' van Boer, M.E. de, Hertogh, C.M.P.M., Dröes, R.-M., Jonker, C. and Eefstinga, J.A. (2009/09), *International Psychogeriatrics*, 22(2):201-8.

38 Seymour (2010) <http://www.biomedcentral.com/1472-684X/9/4>

39 Brinkman, A., e.a. (2012) <http://www.onderzoeksfurumpalliatievezorg.eu/Portals/8/presentaties/2012-Brinkman.pdf>; Detering, K.M. (2010), 'The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial', in: *BMJ* 2010;340:c1345.

40 Onder andere door het Lindeboom Instituut in samenwerking met de Radboud Universiteit Nijmegen: Tanke, M., Smit, S. de, Groenewoud A.S. & Boddaert, M. (2012), 'Palliatieve zorg op de juiste plek. Een maatschappelijke businesscase', *Nederlands-Vlaams tijdschrift voor de Palliatieve Zorg*, 12(1):12-22.

41 Keirse, M. (2010), *Het Levens einde Teruggeven aan Mensen*. http://mailsystem.palliatief.be/accounts/15/attachments/Brochures/vzp-brochure_professionelen.pdf

42 Andries Baart wijst op de eenzijdigheid van het huidige beleid waarin vooral mogelijkheden en zelfredzaamheid van patiënten worden benadrukt en kwetsbaarheid geen recht wordt gedaan, *De zorgval*, 17 e.v.. Zie ook hoofdstuk 8 van deze publicatie.

43 *Denkwijzer* (2009/3), 13. Hoogland spreekt van een dubbele emancipatie van de burger: enerzijds is de patiënt mondiger geworden (en meent hij recht te hebben op zorg, in plaats van afhankelijk te moeten zijn van de medemens) en anderzijds is er de emancipatie van zijn zorgplicht (a.w., 10). De verhouding tussen informele zorg en formele zorg is mede daardoor in Nederland uit balans geraakt.

44 'Participeren met de zweep erover' in: *NRC Handelsblad* 25-09-2013.

45 Hoogland, a.w., 13. Evelien Tonkens en Jan Willem Duyvendak wijzen erop dat mensen graag voor hun naasten willen zorgen en ook sociale samenhang wel willen bevorderen, maar daartoe niet gedwongen willen worden door de overheid. En als actieve burgers willen ze ook zeggenschap. 'Wie wil zich nu laten douchen door de buurman?', in: *NRC Handelsblad* 11/12-05-2013.

46 Boer, A. de, Klerk, M. de (2012), 'De toekomst van de mantelzorg', in: *Een vitale toekomst*, 177. Tegelijk is er nog heel wat potentieel voor meer informele zorg, in ieder geval als het gaat om tijd: "Meer dienstbaarheid aan de samenleving is best mogelijk: we besteden 20 uur per week aan media, is er niet tijd over voor mantelzorg en vrijwilligerswerk?" (Polder, J.J. en Slobbe, L. (2012), 'Gezondheidszorg', in: *Een vitale toekomst*, 36).

47 <http://nos.nl/artikel/541851-verplichte-zorg-voor-ouder-familieid.html>.

48 RVZ (2012), a.w., 93 e.v.

49 Natuurlijk voor zover het een 'verzekerde prestatie' betreft, dat wil zeggen: het moet gaan om zorg die 'in het pakket zit'.

- 50 Een goed voorbeeld daarvan is de selectieve inkoop die CZ Zorgverzekeringen in 2012 toepaste in de borstkankerzorg en inmiddels ook in de GGZ.
- 51 De overheid regelt extern toezicht via de Inspectie GZ.
- 52 A.w., 294.
- 53 A.w., 294.
- 54 A.w., 295.
- 55 A.w., 12, 14.
- 56 Baart wijst op het probleem van zelfreferentialiteit: dat is het “volledig in beslag genomen worden door je eigen logica, redelijkheid, tempo, ruimte, doelen, taal en wat dies meer zij.” (a.w., 78) Als de professional echt de relatie aangaat met de patiënt en zijn professionele schild omlaag weet te doen, kan dit betekenen dat ook regels en protocollen even opzij worden gezet omdat die op dat moment goede zorg belemmeren. Baart spreekt van compassie in de zorg, ofwel “het vermogen je te laten onderbreken in je plannen en je werk, onbevangen om je heen te kijken en aandacht te geven aan wie of wat vanwege zijn kwetsbaarheid op dat moment aandacht behoeft - ook als die aandacht tegen de regels is, ook als je het vreselijk druk hebt en niet onderbroken kunt worden of als je in formele zin niet gehouden bent om op het appel in te gaan.” (53)
- 57 a.w. (2012), 99.
- 58 Jager, M. (2012), *Nederland participatiedland? De ambitie van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de praktijk in buurten, mantelzorgrelaties en kerken*, Uitvoering over de AWBZ hoofdstuk 11.
- 59 Rob, a.w., 10.
- 60 Rob, a.w., 10.
- 61 Verkerk, M. en Dijk, G. van, a.w.
- 62 Thaler, R.H. & Sunstein, C.R. (2008), *Nudge: Improving decisions about health, wealth and happiness*. New heaven, NJ: Yale University Press.
- 63 Bovendien zijn er te veel prestatie-indicatoren die niet zeggen wat ze pretenderen. Een van de prestatie-indicatoren in het verpleeghuis is bijvoorbeeld de hoeveelheid mensen met decubitus (een doorligwond). Veel relevanter is echter: hoeveel mensen worden van hun decubitus afgeholpen? Ze kunnen immers met decubitus van thuis of uit het ziekenhuis komen.
- 64 In onze optiek passen winstuitkeringen van zorgaanbieders aan aandeelhouders niet bij het karakter van de zorg. Om die reden komen er geen zorginstellingen met een aandelenvennootschap als rechtsper-soonsvorm.
- 65 Verkerk, M. en Dijk, G. van, a.w., 213.
- 66 Verkerk, M. en Dijk, G. van, a.w., 212.
- 67 Verkerk, M. en Dijk, G. van, a.w.
- 68 www.zorgcooperatie.nl.
- 69 (2012) ‘Gezondheid, ziekte, ethiek en zingeving: oefenen voor 2040’, in: *Een vitale toekomst*, 57.
- 70 A.w., 57-58.
- 71 Dit is momenteel al niet vanzelfsprekend.
- 72 Zie ook Boer, Th., Verkerk, M., Bakker, D.J. (2013), *Over(-)behandelen. Ethiek van de zorg voor kwetsbare ouderen*, Amsterdam: Reed Business..
- 73 ‘Toekomst van de zorg: nee verkopen en leven toevoegen aan jaren’, in: *Reformatorisch Dagblad* 17-12-2012.
- 74 A.w. 58.
- 75 Post, D. (2009) a.w., 95 e.v., Heijst, A. van, a.w., Baart, A., a.w.
- 76 Post, D. (2009) a.w., 216.
- 77 A.w., 59-60
- 78 A.w., 65-66.
- 79 Boer, A. de en Klerk, M. de, a.w., 174.
- 80 Willems, D., a.w., 60.
- 81 Spreeuwenberg, C. (2012), ‘Eigen verantwoordelijkheid en zelfmanagement’, in: *Een vitale toekomst*, 166.
- 82 “Als mensen ziek en afhankelijk worden, vallen ze meestal eerder terug op vertrouwen in hun hulpver-lener dan op een houding als mondige en kritische consument”, aldus Delnoij (Delnoij, D. (2012), ‘Zorgvra-ger van de toekomst’, in: *Een vitale toekomst*, 69).
- 83 Delnoij, D., a.w., 70.
- 84 Zie ook Boer, Th. e.a. (2013), a.w., met name hoofdstuk 7 en 8.
- 85 Post: “Soms dienen we ons te realiseren dat het goede voor de mens wel eens kan zijn dat we juist onze behandeling staken en de mens de tijd geven om rustig te sterven. (...) Zoeken naar het goede voor de mens is een totaal ander gebeuren dan in technologische zin de levensadem erin te houden door almaar meer interventies te plegen.” (2009), 109-110. Dat is wel lastig, aldus Post. “Onze maatschappij laat de dood niet toe, heeft niet het gevoel dat hij bij het leven hoort. Wij zijn niet in staat, zo lijkt het, om de zin van het

levenseinde goed op ons te laten inwerken. Dat wil dus zeggen dat vanuit de maatschappij er een grote druk is op de geneeskunde om alles te doen om die dood te bestrijden[.]” (a.w., 140)

86 Haaft, G. ten, Zon Mw (2013). Zie ook hoofdstuk 10.

87 Boer, Th. en Mul, F. (2012), a.w., 95.

88 Krabbe, P., Postma, M., Buskens, E. (2012), ‘Keuzen in de zorg’, in: *Een vitale toekomst*, 189-190.

89 Voor de ethische vragen met betrekking tot de zorg rond het levenseinde verwijzen we naar Boer, Th. e.a. (2013), a.w.

90 Post, D. (2009), a.w., 119-120.

91 RIVM (2010), *Van gezond naar beter. Volksgezondheid Toekomst Verkenning*.

92 RVZ (2010), *Leefstijl in de zorgverzekering*.

93 RIVM (2009), *Kosteneffectiviteit van preventie*, 42.

94 In voor Zorg, *Betekenis van preventie bij ouderen*: <http://www.invoorzorg.nl/ivzweb/Overzichten-In-Voor-Zorg!/map-informatie/Betekenis-van-preventie-bij-ouderen.html>

95 ChristenUnie (2011), *Notitie Samengezond*.

96 Bisognano, M. and Kenney, Ch. (2013), *Pursuing the triple aim*, 239.

97 Bisognano, M. and Kenney, Ch., a.w.

98 Mackenbach, J. (red.) (2011), *Successen van preventie 1970-2010*. Rotterdam: Erasmus Publishing.

99 Stivoro, *Trendpublicatie percentage rokers, percentage rokers in de Nederlandse bevolking 1958-2012*.

100 Mackenbach, J., a.w.

101 <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/roken/wat-zijn-de-mogelijke-gezondheidsgevolgen-van-roken>.

102 RIVM (2010), a.w.

103 http://www.convenantgezondgewicht.nl/actueel/uit_de_media/aanpak_gezonde_wijk_overvecht_sucesvol

104 Men spreekt in dit verband wel van *nudging*: het subtiel en vriendelijk een duwtje in de goede richting geven. Berg, M. van den, Schoemaker, C., Oers, H. van, (2012) ‘Preventie’, in: *Een vitale toekomst*, 80.

105 PricewaterhouseCoopers (2010), *Prevention Pays for Everyone’ Return on investment in a healthier lifestyle*.

106 PricewaterhouseCoopers, a.w.

107 A.w., 21.

108 A.w., 22.

109 A.w., 38-39.

110 A.w., 45. Baart wijst op het voorbeeld van Henri Nouwen, die veel leerde van een gehandicapte man met wie hij en anderen samenwoonde. “Wonderlijk genoeg is het juist Adam, met zijn bijzondere sensitiviteit, zijn eigen dagritme en met zijn weinig geremde hartelijkheden, die Nouwen door een van de lastigste periodes van zijn leven heen trekt. De rollen zijn ineens radicaal omgekeerd en wederkerigheid tussen de kwetsbare en minder kwetsbare mens krijgt tot geluk van beiden de overhand.” (44)

111 <http://www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl/projecten/goedgekeurde-projecten/>

112 Spreeuwenberg, C., a.w., 167-169.

113 Gevers, S., a.w., 159.

114 Delnoij, D., a.w., 66.

115 Zie hoofdstuk 5.2

116 68, 120 (noot 100).

117 Westert, G.P. *Minder zorg, meer kwaliteit. Naar minder onnodige zorg en ongepaste praktijkvariatie in de ziekenhuiszorg* (www.rijksoverheid.nl/geraadpleegd juni 2013).

118 Meurs J. van, Verkerk, M., Bakker, D-J., De Lange, M., Wortmann, H. (2012), ‘De organisatie van e-health: zorg, organisatie en bedrijfsvoering’, in: *Een vitale toekomst*, 111-118.

119 Deze is ontwikkeld door het Nederlands Huisartsengenootschap.

120 Dat is ontwikkeld is door het Netherlands Institute for Prevention and Early Diagnosis (NIPED) (www.preventiekompas.nl). Dit is een combinatie van een internetvragenlijst die thuis ingevuld wordt, enkele metingen die de burger zelf doet (gewicht, hartslag, bloeddruk, buikomvang) en enkele metingen in het formele circuit (urine, bloed, feces). We zien hier dus een hybride structuur van informele en formele zorg.

121 Bakker, D. de, Groenewegen, P., Schadé, B. (2012), ‘De toekomst van de eerste lijn’, in: *Een vitale toekomst*, 129.

122 Gunning-Schepers, L. (2012), ‘Het ziekenhuis ook in 2025’, in: *Een Vitale Toekomst*; KPMG Plexus (2013), *Wie doet het met wie in de zorg? Het jaarlijkse overzicht van bestuurlijke samenwerking in de gezondheidszorg*.

123 Bakker, D. de, Groenewegen, P., Schadé, B., a.w., 121.

124 <http://www.kpmg.com/NL/nl/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/PDF/Healthcare/>

Wie-doet-het-met-wie-in-de-zorg-2013.pdf

- 125 http://www.rightcare.nhs.uk/downloads/Right_Care_Casebook_oldham_IPH_april2012.pdf
- 126 Zie hiervoor: Christensen, C.M. (2009), *The Innovator's prescription. A disruptive solution for health care*.
- 127 <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/hoeveel-mensen-hebben-een-of-meer-chronische-ziekten/>
- 128 <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-ontwikkelingen-in-zorg-chronisch-zieken.pdf>
- 129 Anderhalvelijnsvoorzieningen beschreven wij hierboven als generalistische centra waar laagcomplex zorg wordt verleend door diverse disciplines, veelal onder regie van een huisarts.
- 130 We wijzen er op dat als één partij de regie heeft over de zorg voor chronische patiënten dat er dan veel beter aan outcome measurement en outcome management gedaan kan worden. Dat wil zeggen, de resultaten van de medische zorg kunnen gemeten worden in termen van de gezondheid van de patiënt en kunnen bijdragen aan een verdere verbetering van de zorg. We wijzen er op dat in deze sector de kosten alleen zullen verlagen als we sturen op de kwaliteit van de zorg (gemeten in outcomes).
- 131 Per instelling kan in de eigen verantwoordelijkheidstoedeling worden voorzien (bijvoorbeeld in de vorm van een professioneel statuut) en vastgesteld worden wanneer specifieke expertise van een specialist moet worden ingeroepen. Hiermee is de kwaliteit en de veiligheid van de zorg uitstekend geborgd, en hoeft er geen sprake te zijn van ondoelmatige zorg of onnodige kostenstijgingen.
- 132 SCP (2012), *Een beroep op de burger. Minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid?*, Den Haag, 40.
- 133 Zie bijvoorbeeld de eerder genoemde GOUD-projecten. <http://www.goudlimburg.nl/pool/11/documents/Samenvatting%20Projectplan%20GOUD%202010-2011.pdf>
- 134 Literatuur toont aan dat dat betere resultaten en lagere kosten oplevert:
- Counsell, S.R., Holder, C.M., Liebenauer, L.L., Palmer, R.M., Fortinsky, R.H., Kresevic, D.M., Quinn, L.M., Allen, K.R., Covinsky, K.E., Landefeld, C.S. (2000/12), 'Effects of a multicomponent intervention on functional outcomes and process of care in hospitalized older patients: a randomized controlled trial of Acute Care for Elders (ACE) in a community hospital', in: *Journal of the American Geriatrics Society*, 1572-1581.
- 135 Tanke, M., Smit, S. de, Groenewoud, A.S. & Boddaert, M. (2012), a.w.
- 136 Bakker, D. de, Groenewegen, P., Schadé, B., a.w. 129.
- 137 Commissie Keuzen in de Zorg (1991), *Keuzen en delen*, Rijswijk: ministerie van VVC.
- 138 Krabbe, P., Postma, M., Buskens, E. (2012), 'Keuzen in de zorg', in: *Een vitale toekomst*, 183.
- 139 'Arts én patiënt kunnen behandeling eerder staken', in *NRC Handelsblad* 17/18-04-2013.
- 140 'Liever die mooie reis dan een chemokuur', in *NRC Handelsblad* 17/18-04-2013.
- 141 Uit studies blijkt dat 70% van de medisch specialisten "zelf vindt dat ze soms te lang doorgaan met belastende behandelingen die eigenlijk zinloos zijn. Ook patiënten, vooral ouderen, vinden dat." ('Lange kankertherapie is soms zinloos', in *NRC Handelsblad* 17/18-04-2013.
- 142 Boer, Th., e.a. (2013), a.w.
- 143 Betaling per verrichting en korting op de prijs van de verrichting leidt overigens tot nog meer verrichtingen, om zo de korting op de prijs te compenseren.
- 144 <http://www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/cpb-boek-7-toekomst-voor-de-zorg.pdf>
- 145 <http://www.cpb.nl/en/publication/effect-physician-fees-and-density-differences-regional-variation-hospital-treatments>
- 146 In het buitenland zijn enkele goede voorbeelden bekend waar met populatiebekostiging wordt gewerkt. (<http://www.gesundes-kinzigital.de/>).
- 147 <http://www.vektis.nl/downloads/onderzoeksrapport%20praktijkvariatie.pdf> (2011).
- 148 <http://www.vektis.nl/downloads/onderzoeksrapport%20praktijkvariatie.pdf> (2011).
- 149 <http://www.dartmouthatlas.org/>; <http://www.rightcare.nhs.uk/index.php/atlas/atlas-of-variation-2011/>
- 150 Boer, Th., e.a. (2013), a.w., 83.
- 151 Boer, Th. e.a. (2013), a.w.
- 152 SER (2008), *Langdurige zorg verzekerd: over de toekomst van de AWBZ*.
- 153 In voor zorg! <http://www.invoorzorg.nl/ivzweb/Overzichten-In-Voor-Zorg!/Achterliggende-paginas/Zorgstelsel.html>
- 154 Gezondheidseconoom Johan Polder schrijft over de calculerende burger: "Dat is de burger die in het nemen van allerlei beslissingen steeds *rekening houdt met* [onze cursivering] de mogelijkheden, faciliteiten en subsidies die de overheid voor tal van activiteiten beschikbaar stelt. De burger doet niet primair in geval van nood een beroep op de voorzieningen van de verzorgingsstaat, maar brengt deze voorzieningen reeds van de aanvang af in rekening bij zijn eigen besluitvorming." (Polder, J.J., e.a. (1996), *Professie of profijt (Lindenboom reeks)*. Amsterdam: Buijten en Schipperheijn, 133). Recent wijst de socioloog Kees Schuyt op het onderscheid tussen noden en wensen: tijdens het ontstaan van de naoorlogse verzorgingsstaat ging het

puur om het vanuit de overheid lenigen van noden, en wel op een sobere wijze (2013) (*Noden en wensen. De verzorgingsstaat gezien als een historisch fenomeen*, <http://repub.eur.nl/res/pub/40475/>).

155 'Op weg naar nieuwe solidariteit', in: Kuiper, R. en Visser, C. (red.) (2005), *Over de schutting*, 10 (8-16).

156 De Brede heroverwegingen werden in opdracht van het kabinet Balkenende IV geschreven. Elk ministerie kreeg de opdracht om op verschillende manieren binnen de portefeuille te bezuinigen en ten minste één van de voorstellen moest 20% besparing opleveren (2010) (*Rapport Brede heroverwegingen, Langdurige zorg*).

157 (2010) *Rapport Brede heroverwegingen, Langdurige zorg*, 33.

158 Trienekes et al. (2012), 'Analyse stijging zorguitgaven', *Economische Statistische Berichten*, 4643.

159 Het scheiden van wonen en zorg houdt in dat mensen in hun instelling apart voor hun zorg en apart voor hun huur/woning moeten betalen.

160 SER (2012), *Naar een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg*.

161 Er is wel een belangrijk verschil met destijds, want sinds 2007 kennen we de Wmo.

162 Tonkens, E. e.a. (2013), a.w., Datema, J. (2005), 'De Wet maatschappelijke ondersteuning' in: *Over de schutting*, 51-53 (45-56); Jager, M. (2012), a.w.

163 In een nog te verschijnen WI-publicatie zal deze decentralisatiebeweging centraal staan.

164 Deze hokjes zijn erg gedetailleerd omschreven, we zetten hier alleen de hoofdlijnen uiteen.

165 Binnen de intramurale zorg wordt er gewerkt met zogenaamde zorgzwaartepakketten. Er zijn 53 zorgzwaartepakketten (ZZP's) verdeeld over drie soorten: verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg.

166 www.nationaalkompas.nl

Personalia

Dr. A.S. (Stef) Groenewoud is als gezondheidswetenschapper en ethicus (i.o.) verbonden aan IQhealthcare, RadboudUMC Nijmegen.

Mr. drs. G.J. (Geert Jan) Spijker is adjunct-directeur van de mr. G. Groen van Prinstererstichting, het wetenschappelijk instituut van de ChristenUnie.

Dr. M.J. (Maarten) Verkerk is bijzonder hoogleraar Christelijke Wijsbegeerte aan de TU Eindhoven en de Universiteit Maastricht en lid van de Raad van Bestuur van VitaValley, een innovatienetwerk in de zorg. Hij was coauteur van onder andere *Een vitale toekomst. Onze gezondheidszorg in 2040* (2012).

A. (Anna) de Wit- in 't Veld MSc. is beleidsmedewerker bij de Tweede Kamerfractie van de ChristenUnie.

Krijgt een negentigjarige man met leverkanker straks zijn chemokuur nog vergoed? Wordt het in de toekomst van ons verwacht dat we zorgen voor bejaarde burens? Is marktwerking het antwoord op de stijgende zorgkosten? Wat moeten we vinden van de groeiende macht van zorgverzekeraars? Hoe houden artsen en verpleegkundigen voldoende tijd en aandacht voor hun patiënten?

Maatschappelijke ontwikkelingen stellen de gezondheidszorg voor moeilijke keuzes. *Zorg met een hart* gaat gevoelige kwesties niet uit de weg. Wat is goede zorg? Wat is goed leven? Wat is goed sterven? Deze morele vragen verdienen een eerlijk antwoord.

De auteurs pleiten voor meer verantwoordelijkheid en meer zeggenschap van de burger. Ze bekritisieren het geloof in de vrije markt alsook te hoge verwachtingen van de medische sector. Acceptatie van de aardse gebrokenheid en het sterven horen erbij. In dit boek schetsen de auteurs vanuit een christelijke levensvisie een alternatief dat inzet op kwaliteit en kostenbeheersing.

ZORG MET EEN HART

Dit is het eerste deel in Christelijk-sociaal 2030. In deze serie onderzoekt het Wetenschappelijk Instituut van de ChristenUnie de nieuwe verhoudingen tussen samenleving, markt en overheid. Zo wordt het christelijk-sociale denken, dat steeds een alternatief is geweest voor liberaal individualisme en sociaal-democratisch collectivisme, vruchtbaar gemaakt voor de 21e eeuw.

