

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:
Rijnstraat 50
2515 XP DEN HAAG
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
156933-111281-PG

Bijlagen
1

Uw brief
3 oktober 2013

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Datum 5 december 2013
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van de Kamerleden Van der Staaij (SGP), Keijzer (CDA), Dik-Faber (CU) en Krol (50PLUS) over de publicatie 'Over(-)behandelen. Ethiek van de zorg voor kwetsbare ouderen' (2013Z18764).

Hoogachtend,
de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers

Antwoorden op kamervragen van de Kamerleden Van der Staij (SGP), Keijzer (CDA), Dik-Faber (CU) en Krol (50PLUS) over de publicatie 'Over(-)behandelen. Ethiek van de zorg voor kwetsbare ouderen' .
(2013Z18764)

1

Heeft u kennisgenomen van de publicatie 'Over(-)behandelen. Ethiek van de zorg voor kwetsbare ouderen'? 1)

1

Ja.

2

Bent u het eens met de door de auteurs gehanteerde benadering van overbehandelen, namelijk dat dit niet alleen slechte zorg is, maar dat deze het lijden van de patiënt vergroot (pagina 64-66)?

2

Overbehandeling dient bestreden te worden, zeker als dat het lijden van de patiënt vergroot. Behandelingen dienen, wanneer ze niet gericht zijn op curatie, gericht te zijn op het vergroten of handhaven van de kwaliteit van leven.

3

Wat gaat u doen om overbehandeling én onderbehandeling van kwetsbare ouderen terug te dringen?

7

Bent u bereid te stimuleren dat goede, zoals de in aanbeveling 4 (pagina 148) genoemde, besluitvormingsmethodieken in de zorg worden gebruikt? Zo ja, op welke manier?

8

Bent u bereid te bevorderen dat er in de bestaande richtlijnen meer aandacht komt voor de behandeling van kwetsbare ouderen (aanbeveling 6, pagina 149)?

3, 7 en 8

Goede zorg betekent zorg die zo goed mogelijk is afgestemd op de behoeften, waarden en de mogelijkheden van de patiënt om de zorg in te passen in zijn dagelijks leven. Daarvoor zijn goede communicatie en besluitvormingstechnieken cruciaal. Dit geldt voor zowel cure als care. Onderzoek naar shared decision making laat zien dat patiënten – als zij met de juiste informatie worden ondersteund – in overleg met hun behandelaar doorgaans verstandige behandelkeuzes maken. Patiënten, zorgverleners en verzekeraars weten ieder op hun eigen terrein het beste wat goede zorg is en zij moeten dan ook primair verantwoordelijk zijn om met toepassing van professionele standaarden en in onderling overleg inhoud te geven aan goede zorg.

Ik zou het toejuichen als er in richtlijnen meer gebruik gemaakt kan worden van kennis omtrent kwetsbare ouderen. Ik teken daar bij aan die kennis nog zeker aanvulling behoeft, zoals ook de Gezondheidsraad in 2008 beschreef in zijn advies "Ouderdom komt met gebreken - Geneeskunde en zorg bij ouderen met

multimorbiditeit". Daarom is het goed dat vanuit verschillende universitaire groepen hieraan, mede in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg verder wordt gewerkt. Het is aan de verschillende beroepsgroepen om die kennis, waar toepasbaar, te integreren in hun richtlijnen.

Om dit verder te stimuleren is in het wetsvoorstel Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz), dat op dit moment ter behandeling in de Eerste Kamer ligt, de verplichting opgenomen dat de zorgaanbieder de cliënt van informatie moet voorzien om hem in staat te stellen een verantwoorde keuze te maken. De wettelijke eis voor goede zorg uit de Wkkgz impliceert tevens dat deze zorg wordt afgestemd op de reële behoefte van de patiënt wat betekent dat de zorgaanbieder deze ook echt zal moeten betrekken bij de besluitvorming. Daarnaast loopt momenteel het ZonMw-verbeterprogramma palliatieve zorg, dat een cultuuromslag bevordert, gericht op een geleidelijke overgang van de fase waarin het accent op genezing ligt naar de fase waarin het accent op behoud van kwaliteit van leven ligt. Zo wordt in het ZonMw-verbeterprogramma palliatieve zorg het gebruik van het instrument 'Besluitvorming in de palliatieve fase' gestimuleerd. Doelstelling is om de zorg goed af te stemmen met de patiënt en naasten en tussen zorgverleners onderling, met oog voor fysieke, psychosociale en spirituele aspecten in de zorgverlening.

Ook zal ik voor dit thema in de eerstvolgende aandachtspuntenbrief van het Kwaliteitsinstituut expliciet aandacht vragen. Dit past ook in de beleidsvisie van (meer) aandacht voor kwaliteit van leven in plaats van voornamelijk de nadruk op kwaliteit van zorg. De noties achter de genoemde besluitvormingstechnieken, namelijk dat er sprake moet zijn van shared decision making, en de brede aandacht voor de hele mens en niet alleen de ziekte, steun ik van harte.

4

Wat is uw oordeel over het voorgestelde, in deugden ingebedde ethische afwegingskader om te bepalen of iets goede zorg is? Bent u bereid om het gebruik van dit afwegingskader te bevorderen (hoofdstuk 6 en aanbeveling 1, pagina 147)?

4

In iedere professionele standaard moet rekening gehouden worden met ethische afwegingen die een rol kunnen spelen. Ik acht het een goede zaak als deze ethische afwegingen zo expliciet mogelijk in de professionele standaarden van veldpartijen worden vastgelegd. Dat geldt evenzeer voor de besluitvorming in de laatste levensfase.

Goede zorg betekent zorg die zo goed mogelijk is afgestemd op de behoeften, waarden en de mogelijkheden van de patiënt om de zorg in te passen in zijn dagelijks leven. Wat goede zorg is, volgt uit de Kwaliteitswet zorginstellingen en de thans bij de Eerste Kamer aanhangige Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). De Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wkkgz geven echter een globale wettelijke norm die door professionele standaarden verder moet worden ingevuld. Deze professionele standaarden worden door veldpartijen vastgesteld.

Het is dus primair aan de veldpartijen om de medisch-ethische principes van onder andere autonomie, niet-schaden, weldoen en rechtvaardigheid meer expliciet op te nemen in hun professionele standaarden. Ook bij het

kwaliteitsinstituut is het uitgangspunt dat de direct betrokkenen (patiënten, zorgverleners en verzekeraars) het beste weten wat goede zorg is en daarover afspraken moeten maken in de vorm van een kwaliteitsstandaard. Pas wanneer deze partijen er om wat voor reden dan ook niet uitkomen dan kan het kwaliteitsinstituut verdere ontwikkeling en onderhoud van professionele standaarden aanjagen.

5

Bent u bereid te bevorderen dat de klinisch geriater of de specialist ouderengeneeskunde de hoofdbehandelaar van een kwetsbare oudere in de tweede lijn is (aanbeveling 2, pagina 148)? Zo ja, op welke manier gaat u daar invulling aan geven?

5

Ik ben van mening dat het op voorhand aanwijzen van één beroepsgroep als hoofdbehandelaar geen oplossing is voor de in het rapport genoemde problemen. Daarnaast ben ik van mening dat er binnen een groep behandelaars iemand in staat moet zijn of worden gesteld om een integraal beeld te vormen van de kwetsbare oudere. Zodoende kan het behandelbeleid daar op worden afgestemd en daarmee overbehandeling voorkomen. Van toewijzing aan een beperkt aantal beroepsgroepen kan onbedoeld het signaal uitgaan dat andere beroepsgroepen geen integraal zorgaanbod hoeven te leveren, wat tegengesteld is aan wat ik wil bereiken. Zorginstellingen kunnen hierover ook intern afspraken maken. Zoals ik in mijn antwoord op eerdere vragen al heb aangegeven, moet aandacht voor kwaliteit van leven centraal staan bij alle behandelbeslissingen, ongeacht welke zorgverlener direct betrokken was bij deze beslissing.

6

Kunt u zich vinden in de aanbeveling om in het behandel- en zorgproces rustmomenten te creëren waarin vragen over behandelen in de laatste levensfase expliciet aan de orde komen (aanbeveling 3, pagina 148)? Hoe verhoudt zich de door de auteurs voorgestelde vergoeding met het 'intensief consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties'?

6

Ik deel de aanbeveling. Wanneer de arts meer tijd zou nemen om de patiënt (en familie) te begeleiden, zouden mogelijk onnodig belastende (en dure) behandelingen kunnen worden voorkomen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft daarom in de afgelopen periode onderzocht welke mogelijkheden er reeds zijn in de bekostiging voor een goed, inhoudelijk gesprek tussen een arts en een patiënt, en welke stappen nog wenselijk zijn.

De NZa concludeert dat in de huidige bekostiging mogelijkheden zijn voor wetenschappelijke verenigingen om honorariumtarieven anders te verdelen over DBC's. Wetenschappelijke verenigingen hebben bijvoorbeeld de keuze om conservatieve producten hoger te waarderen. De overgang naar integrale tarieven per 1 januari 2015 biedt daar nog meer ruimte voor. In de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars kan dan bijvoorbeeld worden afgesproken om het tarief voor behandelen gelijk te stellen aan het tarief voor niet behandelen (intensief begeleiden).

De NZa heeft, in overleg met veldpartijen, geconcludeerd dat het, aanvullend op de huidige mogelijkheden in de bekostiging, wenselijk is deze zorg ook in kaart te brengen / transparant te maken. Dat maakt het ook voor aanbieders en verzekeraars gemakkelijker aparte afspraken te maken over de contractering van deze zorg. Er zal daarom een zorgactiviteit worden aangemaakt voor een zogenaamd 'intensief consult bij naderend levenseinde'. Deze activiteiten kunnen zorgaanbieders per 1 januari 2014 registreren.

9

Bent u bereid om een actieve rol van de huisarts in de zorg voor kwetsbare ouderen te bevorderen (aanbeveling 7, pagina 150)? Zo ja, hoe geeft u daar invulling aan?

9

Huisartsen hebben naar mijn mening vanzelfsprekend een actieve rol bij de zorg voor kwetsbare ouderen. Ik vind dat tot een van de basistaken van de huisarts behoren en ik zie dat de samenwerking met en de inzet van bijvoorbeeld de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn nog verder kan worden verbeterd. Een goed voorbeeld daarvan vind ik het initiatief in Velp, waarbij een specialist ouderengeneeskunde een eigen praktijk heeft opgezet in de eerste lijn. Bij dit initiatief verwijst de huisarts kwetsbare ouderen en ouderen met complexe problematiek naar de praktijk ouderengeneeskunde, waarbij de huisarts de verwijzingsvraag en de gewenste inzet van de praktijk ouderengeneeskunde aangeeft. Dit om betere zorg te kunnen bieden aan kwetsbare ouderen zodat de patiënt langer thuis in zijn eigen omgeving zorg kan krijgen en hiermee zowel verwijzingen naar een medisch specialist kunnen worden beperkt als ook medicijngeïnduceerde verwardheid en depressie beter kan worden aangepakt. Ik heb uw Kamer daarover geïnformeerd in mijn brief van 23 april 2013 over de proeftuinen en pilots betere zorg met minder kosten. Ik volg dit initiatief met grote belangstelling. Daarnaast hebben partijen in het recent afgesloten akkoord eerste lijn 2014 tot en met 2017 met elkaar besproken dat voor de komende jaren de verwachting is dat de multidisciplinaire zorg zal groeien onder meer door de opstart van nieuwe zorgprogramma's zoals zorg voor kwetsbare ouderen. Daarbij kan ook gebruik worden gemaakt van de resultaten van het Nationaal Programma Ouderenzorg waarin de huisarts een belangrijke rol heeft.

10

Bent u bereid om cliënt- en patiënt gedreven initiatieven te ondersteunen om deze problematiek bespreekbaar te maken (aanbeveling 9, pagina 150)? Zo ja, op welke manier?

11

Bent u bereid om met de belangrijkste stakeholders uit het veld de problematiek van de overbehandeling van kwetsbare ouderen te agenderen en gezamenlijk stappen af te spreken om het terug te dringen (aanbeveling 10 en 11, pagina 151)?

10 en 11

Het lijkt mij, conform de aanbeveling van de auteurs, belangrijk dat in eerste instantie de verschillende initiatieven rond de laatste levensfase in kaart worden

gebracht en dat wordt onderzocht hoe kwetsbare ouderen en hun familie kunnen worden ondersteund bij het spreken over het naderende levenseinde. Uiteraard volg ik actief de ontwikkelingen rondom dit thema, zoals onder meer het project 'passende zorg in de laatste levensfase' van de KNMG. Ik ben gelukkig met het feit dat de artsenberoepsorganisatie dit onderwerp zo daadkrachtig heeft opgepakt. Mijn inziens is het namelijk een discussie die ook zeker binnen de beroepsgroep moet worden gevoerd. De stuurgroep van dit project betreft verschillende van de in de publicatie genoemde onderwerpen en actoren. Ik wacht dan ook met interesse de uitkomsten van dit traject af voordat ik zelf eventuele vervolgstappen neem. Om aan te geven dat ik dit traject van groot belang acht, zal ik hier ook een financiële bijdrage aan leveren.

Daarnaast heeft ZonMw een begin gemaakt met het project 'Moet alles wat kan?' Hiervoor is een signalement opgesteld waarin veel van de in het voorliggende rapport genoemde onderwerpen worden besproken. Een van de vervolgstappen is de debatreeks die ZonMw heeft georganiseerd over dit thema. Dergelijke initiatieven juich ik toe, omdat ik het van belang acht dat het maatschappelijk debat over de grenzen aan de zorg wordt gevoerd. Hierbij dient het mijns inziens niet alleen te gaan over de zorg in de laatste levensfase, maar over de zorg in alle levensfasen. Bij iedere behandelbeslissing van een arts en een patiënt gezamenlijk zou de kwaliteit van leven voorop moeten staan om zodoende over- en onderbehandeling te voorkomen. Zelf breng ik waar mogelijk dit onderwerp zoveel mogelijk onder de aandacht van professionals en organisaties waar ik mee spreek. Ik zie daarbij dat het onderwerp nu meer bespreekbaar is dan enkele jaren geleden, maar dat er nog veel winst is te behalen.

12

Hoe kijkt u aan tegen de stelling van de auteurs dat er een grens aan de kosten van behandelingen gesteld moeten worden (aanbeveling 12, pagina 151)? Hoe kijkt u in dit verband aan tegen de genoemde methoden?

13

Bent u bereid onderzoek op dit belangrijke gebied te stimuleren en te financieren (aanbeveling 13 en 14)?

12 en 13

Over de kosten per behandeling is veel gezegd en geschreven en het zal de komende jaren het debat over overbehandeling en de kosten van zorg blijven beïnvloeden. Gezien het belang van dit onderwerp kan ik de aanbeveling voor een brede maatschappelijke dialoog dan ook van harte ondersteunen. Gepast gebruik van zorg, alleen zorg voorschrijven en gebruik als het zinnig en zuinig is, is de uitdaging voor de komende periode. De praktijkvariatie in Nederland is erg groot, te groot. Hier valt veel te winnen. De inzet die ik vraag van de veldpartijen is hierop gericht. Zorgbreed in alle levensfasen. Dit zal de kwaliteit van leven en de duurzame betaalbaarheid van de zorg ten goede komen. Artsen en patiënten hebben dit deze zomer zelf actief bij mij aangegeven. Ik steun deze lijn volop en zal de komende tijd gebruiken om hier aan meer handen en voeten te geven. Dit traject moeten we wat mij betreft eerst doorlopen, voordat we aan vragen en grenzen aan kosten per behandeling toekomen.

14

Bent u bereid deze vragen te beantwoorden voor de behandeling van de begroting van uw ministerie?

14

Vanwege de noodzakelijke afstemming over de beantwoording is dit helaas niet gelukt. Op 21 oktober heb ik uw Kamer daarvan al met een uitstelbrief op de hoogte gesteld.

1) T.A. Boer, M.J. Verkerk en D.J. Bakker. *Over(-)behandelen. Ethiek voor de zorg voor kwetsbare ouderen.* Reed Business Education, Amsterdam, 2013