

De patiënt van de toekomst is een professional

Ad Bergsma,¹ Marit van de Dijk¹

Het stimuleren van zelfmanagement is een belangrijk aandachtspunt in het opleidingsprofiel Bachelor of Nursing 2020 (BN2020), dat het beroep van verpleegkundigen toekomstbestendig wil maken. Meer zelfmanagement kan de zorg goedkoper maken en de kwaliteit van leven op peil houden. Of bestaat het gevaar dat patiënten overbelast worden?

INTRODUCTIE

De gezondheidszorg moet 'de competitie van de markt met de solidariteit van de overheid' combineren, aldus minister Edith Schippers.¹ Ze had ook de vergelijking kunnen maken met budgetluchtvaartmaatschappijen. De kern blijft in tact, op 'franje' is bezuinigd. Gespecialiseerde medische handelingen blijven mogelijk dankzij toegenomen efficiëntie en besparingen op de thuiszorg en cosmetische operaties.

Deze ontwikkeling laat zich bijvoorbeeld illustreren aan de hand van ziekenhuisopnames. In de jaren zeventig ging je pas naar huis als je beter was. Tegenwoordig ga je met ontslag als je geen gespecialiseerde ziekenhuiszorg meer nodig hebt. In 1978 lag iemand nog gemiddeld 14,1 dagen in het ziekenhuis, en in 2010 was dat nog maar 5,3 dagen.² Dit getal is extra indrukwekkend als je je realiseert dat de patiëntengroep in de tussentijd ouder is geworden en complexere aandoeningen heeft. Veel operaties waarvoor je vroeger een week in het ziekenhuis lag, handelt de zorg tegenwoordig poliklinisch af.

Bezuinigingen op de ligduur zijn afgedwongen door minder ligdagen te vergoeden en zijn mede mogelijk gemaakt door meer van patiënten te vragen. Als je vroeger nuchter moest zijn voor de operatie, werd je al een dag van tevoren in

het ziekenhuis opgenomen. Tegenwoordig zegt de arts of verpleegkundige dat vasten ook thuis kan. Na de operatie vergemakkelijken verpleegkundigen de overgang naar de thuissituatie, door patiënten bijvoorbeeld basisvaardigheden voor wondzorg aan te leren.

De concentratie op de kernfuncties in de gezondheidszorg komt vanuit het besef dat de zorg niet aan alle wensen van patiënten tegemoet kan komen. De definitie van gezondheid van de Wereldgezondheidsorganisatie³ als volmaakt emotioneel, fysiek en sociaal welbevinden is vervangen door het vermogen het beste van het leven te maken ondanks chronische ziekte en andere beperkingen. Goed leven moeten mensen zelf doen.⁴

De veranderingen vragen mogelijk soms teveel van patiënten. Oudere Nederlanders zijn bijvoorbeeld tevreden over de gezondheidszorg, maar niet meer als zij onlangs in het ziekenhuis hebben gelegen.⁵ De kwaliteit van leven gaat belangrijk achteruit bij ouderen die formele zorg ontvangen.⁶ Rekenden zij op *business class* in plaats van *economy*? En zo ja, hoe moeten we dat dan interpreteren? Wie gelooft dat de verwachtingen te hoog zijn, kan luisteren naar specialisten die klagen over patiënten die perfectie van het leven eisen. Wie denkt dat de zorg patiënten overvraagt, kan verwijzen naar de psycholoog Trudy Dehue⁷ met haar betoog dat de moderne maatschappij extreme eisen stelt aan eigen initiatief en zelfredzaamheid.

WAT KAN DE IDEALE PATIËNT?

De eisen die gezondheidszorg stelt aan patiënten kunnen in kaart gebracht worden met het CanMEDS-framework.⁸ Dit competentiemodel is ontwikkeld om de kennis, houding en vaardigheden van medisch specialisten in kaart te brengen.

Forum biedt onder meer plaats aan ingezonden commentaren en reacties, korte praktijkbijdragen, congresverslagen en boekbesprekingen. Aanwijzingen inzake lengte, opmaak en wijze van inzending (per e-mail) zijn verkrijgbaar bij het redactiesecretariaat. De redactie behoudt zich het recht voor om te redigeren en/of te bekorten.

Forum

De rollen worden ook gebruikt in de opleiding tot verpleegkundig specialist en in het BN2020 opleidingsprofiel voor de verpleegkundigen.⁹ Het model gebruikt een zevental rollen: 1) Zorgverlener, 2) Communicator, 3) Samenwerker, 4) Onderzoeker (Reflectieve professional), 5) Gezondheidsbevorderaar, 6) Organisator en 7) Professional / kwaliteitsbevorderaar (noot a). Hieronder hebben we deze rollen beschreven voor patiënten. De eerste kernrol is omgedoopt tot zorgconsument.

Zorgconsument

Consumeren is soms een passief proces. Als de patiënt is aangereden, laat zij zich in de ambulance leggen. Hiervoor zijn geen bijzondere vaardigheden vereist, behalve het tonen van een zekere welwillendheid ten opzichte van de hulpverleners. In minder acute situaties fungeert de patiënt als de ogen, oren en handen van de zorg. Mensen maken zelf de inschatting voor welke klachten ze hulp inroepen. Te vroeg alarm slaan jaagt de zorg op kosten, maar het is zaak er op tijd bij zijn als klachten serieus zijn. Dat is best complex, zoals bij het vroegtijdig onderkennen van de symptomen van hartproblemen. Een hoogleraar die dit tot zijn studiegebied had gemaakt, viel dood naast zijn paard neer, omdat hij de symptomen bij zichzelf niet had onderkend.¹⁰ Het 'consumeren' van zorg is zeker bij chronische ziekten een actief pro-

¹ Lectoraat Verpleegkunde, Academie Gezondheidszorg, Saxion, Deventer

ces, zoals bij patiënten die dagelijks hun bloedsuiker- of INR-waarde bepalen en daar hun medicatie op aanpassen.

Communicator

De rol van communicator is voor patiënten gemakkelijker als de arts of verpleegkundige uitstekende gespreksvaardigheden heeft. In de praktijk kan de communicatie verstoord worden door haast en vakjargon. De verpleegkundig specialist zegt dat de dosis van de bloedverdunners omlaag kan en dat die van de bloeddrukverlagers stabiel kan blijven, maar de patiënt weet alleen dat hij witte en een roze pillen gebruikt. De patiënt moet dan assertief genoeg zijn om ervoor te zorgen dat de boodschap wordt vertaald in woorden en beelden die hij begrijpt. Maar zelfs als de professional alles voorbeeldig toelicht en alles is begrepen, kan de communicatie mislopen omdat op het doosje van de apotheker opeens metoprololsuccinaat staat in plaats van Seloken. Gebrek aan vak-kennis maakt de communicatie met professionals complex voor de gemiddelde patiënt.

Ander voorbeeld is: je bent geopeerd in verband met prostaatkanker waardoor er problemen ontstaan in het seksueel functioneren. Je weet geen oplossing en de professionals die je begeleiden hebben last van handelingsverlegenheid. Zij verzwijgen alles wat met intimiteit te maken heeft.^{11,12} Hoe breek je daar als patiënt door heen? Lef, sociale vaardigheden en goede gesprekstechnieken vergroten de kans dat een patiënt een goede behandeling krijgt. En juist zorgconsumenten die niet uitblinken in deze eigenschappen, zullen de handreiking van de professional het hardst nodig hebben.

Samenwerker

Samenwerken is altijd een uitdaging en dat geldt zeker als de patiënt afhankelijk is van medici. Artsen groeien op in een heldencultuur van onafhankelijke 'lone healers'.¹³ Dat leidt in de zorg die zij leveren soms tot problemen. De ene specialist schrijft een middel voor dat de alertheid verlaagt en de ander doet hetzelfde voor een andere ziekte. Het gevolg is dat de oudere patiënt haar heup breekt als zij 's nachts versuft naar de wc gaat. Hoogleraar ouderengeneeskunde Rudi Westendorp stelde in een interview

met de Volkskrant dat Nederland geen koploper meer is wat betreft levensverwachting en inmiddels zelfs achterblijft bij het Europese gemiddelde, vanwege dit soort afstemmingsproblemen.¹⁴ Een patiënt die alert en slim genoeg is om kritisch mee te denken en bijvoorbeeld de bijsluiters goed leest, verkleint de kans op dit soort complicaties. En zeker bij meer complexe ziektebeelden is het handig als een patiënt kan samenwerken met verschillende soorten professionals en mantelzorgers.

Onderzoeker

De rol van onderzoeker verwijst naar het vermogen nieuwe kennis te ontwikkelen en toe te passen. De professional richt zich op de zorg aan die het grootste rendement heeft voor de volksgezondheid. Voor de patiënt speelt de individuele afweging. Is de kans van één op de 800 om teelbalkanker te voorkomen met een HPV-vaccinatie groot genoeg om een prik te halen? Hoe weeg je de boodschap van de officiële gezondheidsvoorlichters af tegen de alarmerende berichten op internet? Dat de afweging vanuit de grote getallen en vanuit het individu wezenlijk anders is, blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat veel dokters voor zichzelf afzien van preventieve screening voor darm- en borstkanker, hoewel ze die op grond van de normen van de eigen beroepsgroep aanbevelen aan patiënten.

De ideale patiënt onderzoekt wat de achtergrond is van medisch advies. Cholesterolverlagende medicatie wordt 's avonds voorgeschreven, omdat het lichaam met name 's nachts cholesterol aanmaakt. Neemt de patiënt de medicatie 's morgens in, dan is de cholesterolverlager 's nachts alweer uit het lichaam en ineffectief. Soms gaat dit mis, omdat patiënten hun tabletten het liefst op één tijdstip innemen, zonder dat ze beseffen wat de gevolgen zijn.

Gezondheidsbevorderaar

Patiënten motiveren zich gezond te gedragen is een hele kunst, maar die valt in het niet bij de vaardigheden die patiënten moeten hebben om ongezonde gewoontes af te zweren. Ze moeten korte termijn frustraties voor lief nemen om verre doelen te verwezenlijken.¹⁵ Het broertje van gezond gedrag is therapietrouw. Bij elke chronische ziekte krijgt de patiënt een nieuwe gebruiksaanwijzing

voor zichzelf. Wie bijvoorbeeld vier verschillende ziektes heeft – en dat is geen zeldzaamheid in onze vergrijzende samenleving – kan volgens de verschillende protocollen op zestien momenten op een dag medicijnen moeten innemen. Dat is geen sinecure. Vaak zal een evenwicht gevonden moeten tussen optimale therapietrouw en leefbaarheid.

Organisator

De concentratie op kerntaken in de gezondheidszorg leidt soms tot 'zoek-het-zelf-maar-uit-management'. Kinderen zorgen voor hun behoeftige ouders als ze nog te goed zijn voor het verpleeghuis. Het doet denken aan vroeger, toen mensen voor hun oude dag wilden zorgen door voldoende kinderen groot te brengen. Nu moeten beginnende ouderen alvast investeren in een goed netwerk, voor het geval ze later zelf hulp nodig hebben. Een ander idee is om tijdig van het platteland te verhuizen naar een plek waar je beter gesteund bent indien zorg nodig zal zijn.

De weg vinden op de markt van zorg en welzijn vraagt organisatorisch talent. In de Volkskrant beschreef Margriet Oostveen onlangs een mooie casus van een mevrouw van 100 jaar met een zorgindicatie tot haar overlijden in een oud bekostigingssysteem, die geen zorg meer kon krijgen in het nieuwe systeem, omdat haar oude indicatie niet was verloren. De kinderen van deze mevrouw hadden veel doorzettingsvermogen en organisatorische vaardigheden nodig om dit probleem uiteindelijk op te lossen.

Professional/kwaliteitsbevorderaar

Deze overstijgende, bespiegelende rol vraagt veel wijsheid en ethisch besef van beroepsbeoefenaren. Wanneer is het bijvoorbeeld geoorloofd af te wijken van de geldende protocollen?¹⁶ Patiënten maken vaak soortgelijke keuzes, maar in emotioneel zeer turbulente omstandigheden. Als het eigen leven op het spel staat, is het uiterst moeilijk keuzes over behandelingen te plaatsen in de context van de eigen kwaliteit van leven. Een longarts vertelde bijvoorbeeld onlangs tegen Jacobine Geel op tv dat rokers die getroffen worden door longkanker te maken krijgen met een enorm schuldgevoel. Omwille van hun naasten die ze niet in de steek willen laten, klampen ze zich vast aan uitzichtloze behandelingen, die

de kwaliteit van leven schaden. De rol van kwaliteitsbevorderaar van het eigen leven, vergt vaak het uiterste van mensen.

LEVENSKUNST OP HBO-NIVEAU

De ideale patiënt beschikt over indrukwekkend arsenaal aan competenties. Toen bij Saxion een groepje studenten Hbo-Verpleegkunde de opdracht kreeg aan de hand van de CanMeds-rollen te brainstormen over wat een ideale patiënt allemaal zou moeten kunnen, trok een studente de conclusie dat patiënten zouden moeten functioneren op Hbo-niveau. Als we deze gedachte letterlijk nemen, zouden hogescholen een opleiding tot patiënt moeten starten en zouden voortaan alleen gediplomeerden toegang moeten krijgen tot de zorg. Steun voor dit idee komt van het feit dat lager opgeleiden in ons land maar liefst zes jaar minder oud worden dan hoger opgeleiden. Het verschil in het aantal levensjaren zonder chronische ziekten is nog groter.¹⁷ Het probleem is dat niemand de (opleiding tot) professionele patiënt wil betalen.

Zelfmanagement vraagt daarom in de praktijk veel begeleiding van patiënten.¹⁸ Verpleegkundigen vertellen bijvoorbeeld dat zij vaak moeten kiezen tussen mensen autonomie geven en optimale uitkomsten voor de gezondheid.¹⁹ Verpleegkundigen vervullen daarbij verschillende rollen die uiteenlopen van klinisch behandelaar, coach, kostenbewaker tot instructeur.²⁰ Het is op papier gemakkelijk zelfmanagement een grotere rol toe te bedelen binnen de gezondheidszorg, maar de uitvoering is complex en zal mensen mogelijk overvragen.²¹

Het opleiden van verpleegkundigen die beter in staat zijn zelfmanagement te bevorderen zoals straks in het kader van het opleidingsprofiel BN2020 gebeurt, zal vaker tot gewenste uitkomsten leiden bij leergierige en actieve patiënten. Het lijkt zaak om ook voor anderen een passende benadering te ontwikkelen. De vraag is of de oplossing binnen het medische domein het meest geëigend is. Een bruikbaar uitgangspunt lijkt het idee om, nog voordat we patiënt worden, in

het reguliere onderwijs meer aandacht te besteden aan levenskunst, grote levensvragen,²² burgerschap²³ of geluk.²⁴ Burgers die zich op school hebben voorbereid op hun mogelijke rol als zorgconsument, zijn in staat tot de zelfzorg die kwaliteit van leven verhoogt en de gezondheidszorg kosten bespaart. Verpleegkundigen kunnen mensen wel een zet in de goede richting geven, maar niet iedereen een nieuwe, meer constructieve levenshouding aanleren. Of zoals Dohmen in zijn boek over levenskunst²³ Nietzsche citeert: 'Niemand kan de brug voor je bouwen waarover jij de rivier van het leven moet overschrijden.' Uiteindelijk draait de rol van patiënt erom wie we als mens willen zijn, hoe we dat kunnen bereiken en wat we daar eventueel voor moeten opgeven. Verpleegkundigen kunnen niet afdwingen dat patiënten over deze kracht beschikken, maar kunnen de levenskracht van patiënten wel ruimte bieden en versterken.

NOOT

- a Voorop staan de namen van de CanMeds rollen, zoals die binnen Saxion worden gebruikt.

ABSTRACT

The patient of the future is a professional
Stimulating self-management is a key point in the curriculum profile Bachelor of Nursing 2020 (BN2020) that aims to future-proof the profession of nurses. Improving self-management skills of patients may save costs and maintain quality of care. At the downside is the risk that patients will be overburdened. Self-managing patients need knowledge, skills and attitudes. These competencies can be mapped using the CanMEDS-framework (RCPSC, 2005), originally developed for medical experts and now used for BN2020. The CanMeds roles illustrate that the ideal patient should have an impressive array of competencies. Do we need to school people before they fall ill? Keywords: self-management, patient, CanMEDS

LITERATUUR

1. Bakker B. Edith Schippers: 'Er is helemaal geen marktwerking in de zorg. HP/De Tijd, 1 september 2015. Zie: www.hpdetijd.nl/2015-09-01/edith-schippers-er-is-helemaal-geen-marktwerking-in-de-zorg
2. RIVM, Ministerie van VWS. Nationaal Kompas Volksgezondheid: Wat zijn de trends in zorggebruik? Bilthoven: RIVM; 2014. Zie: www.nationaalkompas.nl/zorg/trends-in-zorggebruik
3. WHO. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. New York: WHO; 1946. Zie: www.who.int/about/definition/en/print.html
4. Huber M, Knottnerus JA, Green L et al. How should we define health? Br Med J 2011;343:d4163.
5. Deeg DJ, Groenou MIB van. Zorggebruik door ouderen na opname in het ziekenhuis: ontwikkelingen in 1992-2002. Tijdschr Gezondheidswet 2007;85:174-82.
6. Boumans J, Deeg DJH. Veranderingen in de kwaliteit van leven van thuiswonende ouderen: speelt de vorm van zorg een rol? Tijdschr Gerontol Geriatrie 2011; 42:170-83.
7. Dehue T. De depressie-epidemie. Amsterdam: Augustus, 2008.
8. RCPSC. The CanMeds 2005 Competency Framework. Ottawa: RCPSC, 2005. Zie: www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds/framework
9. Stuurgroep Bachelor of Nursing 2020. Bachelor Nursing 2020: Een toekomstbestendig opleidingsprofiel. In: Lambregts J, Grotendorst A, Merwijk C van (red). Utrecht: Stuurgroep Bachelor of Nursing, 2015.
10. Bergsma A. Wat bezielt de psycholoog. Amsterdam: Nieuwezijds, 2001.
11. Vocht HM de. Shades of grey... in a colourful way! Over nut en noodzaak van grijsdenken binnen praktijkgericht onderzoek en opleiden. (Lectorale rede) Deventer: Saxion; 2013.
12. Vocht HM de, Ouden MEM den, Keurhorst et al. Prostaatcancer verstoort intimiteit en seksualiteit: Maak het bespreekbaar! Deventer: Saxion, 2015.
13. Mintz LJ, Stoller JK. A Systematic Review of Physician Leadership and Emotional Intelligence. J Graduate Med Educ 2014; 6:21-31.
14. Bergsma A. Nederland wordt erg lang-

- zaam ouder. Volkskrant, 14 november 2009.
15. *Ridder D de*. Verre doelen, onmiddellijke frustraties; zelf-regulatieprocessen in gezondheidsgedrag (Oratie) Utrecht: Universiteit Utrecht, 2003.
 16. *Loon E van*. Reflexive standardization and standardized reflexivity: Development and use of healthcare practices (Proefschrift) Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2015.
 17. RIVM, Ministerie van VWS. Nationaal Kompas Volksgezondheid: Levensverwachting: Zijn er verschillen in sociaal-economische status? Bilthoven: RIVM; 2014. Zie: www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-daly-s/levensverwachting/verschillen-socialeconomisch
 18. *Dwarswaard J, Bakker EJ, Staa A, Boeije HR*. Self-management support from the perspective of patients with a chronic condition: a thematic synthesis of qualitative studies. *Health Expectations* 2015. (Epub ahead of print)
 19. *Dwarswaard J, Bovenkamp H van de*. Self-management support: A qualitative study of ethical dilemmas experienced by nurses. *Patient Educ Couns* 2015;98:1131-6.
 20. *Hooft SM van, Dwarswaard J, Jedeloo S, Bal R, Staa A van*. Four perspectives on self-management support by nurses for people with chronic conditions: A Q-methodological study. *Int J Nursing Studies* 2015;52:157-66.
 21. *Bergsma A, Dijk M van de*. Zelfmanagement: Kansen of risico's. *TvZ* 2015;4: 40-1.
 22. *Dohmen J*. Het leven als kunstwerk. Amsterdam: Ambo, 2011.
 23. Platform Onderwijs 2032. *Onderwijs2032: Een voorstel, Schets van het toekomstige onderwijs*. (Voorlopig advies) Den Haag: Platform Onderwijs 2032, 2015. Zie: <http://onsonderwijs2032.nl/advies>
 24. *Boerefijn, J, Bergsma, A*. Gelukkig voor de klas. Houten: Lannoo, 2014.

CORRESPONDENTIEADRES
Marit van de Dijk, Saxion University of Applied Sciences,
tel. 06 - 304 52 665,
e-mail: m.vandedijk@saxion.nl

Verminderde inzetbaarheid van oudere werknemers in de bouw

Ton van Oostrum¹

'OUDE BOUWVAKKER KOST KAPITALEN'. Cobouw, dagblad voor de bouwsector, kopte dit op 2 december. Het baseerde zich op onderzoek van het Economisch Instituut voor de Bouw (EIB), gefinancierd door Pensioenuitvoerder APG.¹ In dit artikel staat de vraag centraal of oudere bouwvakkers inderdaad extreem duur zijn, en wat andere sectoren kunnen leren van dit onderzoek.

KOSTEN VERVIERVOLDIGD VAN 2010 OP 2030

De onderzoekers berekenden de kosten van ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en productieverlies van 55-plus werkenden in de bouw: zo'n 250 miljoen euro in 2010. Dat kan 800 miljoen worden in 2020 en 1 miljard in 2030. Dat zijn kosten over alle werkenden, waaronder ook zzp-ers en uitvoerders, technisch en administratief personeel (UTA). Het over-

grote deel betreft bouwvakkers in loondienst.

De sector hanteert drie toekomstscenario's over de aard en omvang van productie en werkgelegenheid. Steeds is de groep 55-plus bouwvakkers substantieel groot. Dit door aflopen van vervroegde uittredingsregelingen en de stijgende pensioenleeftijd.

WERKVERMOGEN BOUWVAKKERS

Het bij ouderen hogere ziekteverzuim en hun grotere kans op arbeidsongeschiktheid impliceren kosten. Verder hebben ouderen minder werkvermogen. Het EIB komt tot de cijfers in tabel 1.

Bouwvakkers worden zwaar fysieke belast. De bouw heeft sinds 2005 gegevens over het werkvermogen, gemeten met de Werkvermogenindex onder werknemers, een gevalideerde vragenlijst die de kans op arbeidsongeschiktheid voorspelt. De score varieert tussen 7 en 49. Recente cijfers geef ik in tabel 2.

Een vergelijking met andere sectoren pakt niet ongunstig uit. De gemiddelde score voor bouwvakkers is ronduit goed. Ze boeken bovendien in bijna alle leeftijdscategorieën een licht gunstiger cijfer dan andere werknemers met lichamelijk inspannende taken! Alleen bouwvakkers van 55-plus scoorden in 2014 hetzelfde als hun leeftijdgenoten elders. (zie figuur 1). De score van bouwvakkers, werkzaam op de bouwplaats, is licht ongunstiger dan die van UTA-personeel, zoals werk-

Tabel 1 Mindere inzetbaarheid 55-plus bouwvakkers als % van bruto loonkosten

	in kalenderjaar 2010	bij pensioenleeftijd 67
Ziekteverzuim	2,9	5,3
Arbidsongeschiktheid	5,0	13,8
Productiviteitsverlies	2,8	5,0
Totaal	10,7	24,1
Idem €	5.400	12.400

Gebaseerd op EIB-tabellen 2.4 en 3.2. In 2010 was de gemiddelde leeftijd van uittreding 61,6 jaar. EIB heeft lineair geëxtrapoleerd voor de pensioenleeftijd van 67. Bij arbeidsongeschiktheid rekende het met vier respectievelijk zes jaar uitkeringsduur.¹

¹ *Zelfstandig expert op het terrein van arbowetgeving en arbodienstverlening, Den Haag*