



Ongelofelijk maar waar: in ons land krijgen ouderen niet meer vanzelfsprekend de medische zorg die zij nodig hebben

Posted on 13 november 2025 by Gastauteur

Door Loes van Kempen en Henk Struikmans**

De start van kabinet Rutte IV, die bijna gelijk viel met het einde van de coronacrisis, markeerde het wankel begin van een nieuw tijdperk: sinds jaren was er in het kabinet weer een minister van Volksgezondheid met een medische achtergrond en veel bestuurlijke ervaring in de zorg. Helaas zouden juist de ouderen, die met afstand het heftigst onder de ziekte hadden geleden, voorlopig nog niet van de narigheid af zijn.

De nieuwe minister, Ernst Kuipers, [gaf meteen te kennen](#) de hoge kosten van de gezondheidszorg te willen bestrijden door het tegengaan van overbodige zorg. Daarnaast was hij vooral een voorstander van concentratie van de zorg, in de

eerste plaats om het hoofd te kunnen bieden aan het personeelstekort, maar ook vanwege de stijgende zorgvraag, de vergrijzing en tevens de voortgaande medische vernieuwing, die de grenzen van de betaalbaarheid had bereikt.

Om naast het bestrijden van kosten ook goede zorg te waarborgen was het volgens de minister van wezenlijk belang om de juiste afspraken te maken.

Passende zorg

Onder zijn leiding werd daarom het 'Integraal Zorgakkoord' (IZA)³ opgesteld, dat in september 2022 door 13 partijen in de zorg werd ondertekend: zorgverzekeraars, ziekenhuizen, huisartsen, medisch specialisten, gemeenten, diverse verpleegkundige- en ouderenorganisaties, zoals de Patiëntenfederatie Nederland en Actiz. Ook het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) ondertekende het IZA.

In dat IZA was besloten tot het toepassen van zogenaamde *passende zorg*, die toegankelijk, waardegedreven en bewezen effectief moest zijn én tot stand komen in samenspraak met de patiënt. *Passende zorg* (een van oorsprong zorginhoudelijk begrip) werd de rode draad in het IZA.

[Volgens minister Ernst Kuipers](#) was het ook uitermate belangrijk om meer aandacht te besteden aan de kwaliteit van leven van ouderen. Volgens hem betekenden de laatste vijf jaren die de levensverwachting inmiddels was gestegen, voor ouderen vooral een leven met chronische aandoeningen. 'De kwaliteit van die extra jaren is heel gering, zo niet nul,' zei hij. 'Het is daarom belangrijk om bij kwetsbare ouderen, voor intensive care (IC) of voorafgaand aan een operatie (OK), bijvoorbeeld voor een gebroken heup, altijd een gesprek aan te gaan of dit eigenlijk wel de beste zorg is voor die bewuste oudere. De beste zorg is namelijk afhankelijk van de patiënt. In het IZA is dit door ons onder andere gevat in de term "*passende zorg*". Een dergelijk gesprek voeren is niet eenvoudig, maar moet wel gebeuren om te voorkomen dat steeds meer mensen een sterk verminderde kwaliteit van leven krijgen', aldus de minister.

Dappere Dokters

Men zou verwachten dat de denkbeelden in het IZA, dat was opgesteld zo kort na

de coronacrisis, sterk beïnvloed waren door de dramatische gebeurtenissen er direct aan voorafgaand. In het verleden hadden echter wel degelijk eerder acties plaatsgevonden, die eveneens verband hielden met de financiële situatie in de gezondheidszorg en de wijze waarop men die dacht te kunnen oplossen.

Een groep die eerder al sommige van de in het IZA toegepaste denkwijzen introduceerde was 'Dappere Dokters', een huisartsengroep in Amsterdam. Deze werd in 2012 opgericht door een Amsterdamse huisarts, samen met een directielid van het AMC en een demissionaire minister van Volksgezondheid (inmiddels directielid van een verzekeringsmaatschappij). Zij pleitten eveneens voor bezuiniging en hoopten dat te bereiken door het tegengaan van 'overbehandeling' en 'overdiagnostiek', in het bijzonder bij ouderen. Zij bestempelden dit als 'niet-passende zorg'.

Over het gedachtegoed van 'Dappere Dokters' verschenen destijds publicaties in *de Volkskrant* ('Dappere dokter durft een patiënt ook te laten sterven', 23 juni 2012) en in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* ('Een dappere dokter durft een patiënt een behandeling te weigeren', 2013, blz. 2024). Deze ideeën lijken bij het opstellen van het IZA van aanzienlijke invloed te zijn geweest.

Kwetsbare ouderen

GroenLinks presenteerde in 2019 haar visie op de zorg voor ouderen. Daarin werd gepleit voor het verplicht screenen van ouderen op kwetsbaarheid bij binnenkomst op de spoedeisende hulp (SEH), om overbehandeling te voorkomen. De KNMG waarschuwde echter naar aanleiding hiervan, dat de discussie over passende zorg *niet* over kosten zou moeten gaan.

Toenmalig KNMG-voorzitter René Héman stelde dat de discussie over passende zorg zich altijd tussen patiënten en zorgverleners dient af te spelen en niet in de politiek. 'Gelijke toegang en kwaliteit van de zorg dienen altijd voorop te staan.'

Een redactioneel artikel in de *NRC* in juni 2023 toonde zich ongeduldig over het uitblijven van actie na ondertekening van het IZA in 2022. De *NRC* prees de verzekeraars die er alles aan deden om de kosten te beperken en prees ook minister Kuipers vanwege de concentratie van de kindhartchirurgie in slechts twee centra. De krant riep de artsen humeurig op tot het maken van harde keuzes: 'Alleen artsen kunnen omvang en aantal van de ingrepen beperken, want alle

zorgverleners volgen hun richtlijnen. Elke ingreep die de patiënt niet perse beter gaat maken, belastend is en veel geld zal kosten, is er één te veel.'

Passende zorg is geen zorg

Aan 'gewone' burgers, vaak niet vertegenwoordigd in een patiëntenfederatie, werd weinig over de standpunten van het IZA bekend gemaakt. Een opmerkelijke nalatigheid. De ervaring leert immers dat het je als oudere burger, sinds de ondertekening van het IZA, kan gebeuren dat je aanspraak op diagnostiek en therapie wordt bestempeld als te duur en zinloos, ofwel: geen 'passende zorg'.

Zeker wanneer je ouder bent dan 75 jaar of bijvoorbeeld kanker of een ernstige hartkwaal hebt (gehad), is het mogelijk dat men in de spreekkamer of op een spoedeisende eerste hulp (SEH) een gedreven confrontatie met je aangaat om duidelijk te maken dat 'afzien van behandeling' echt de voorkeur moet hebben. 'Wel behandelen' zou in jouw geval namelijk neerkomen op 'niet-passende zorg'.

'Passend' wordt in zo'n geval dan eenvoudig: géén zorg of uitsluitend verlichtende (palliatieve) zorg. De levensjaren die je meende tegood te hebben, gaan vervolgens gewoon van de baan. Je sterfbed komt in zicht, en dat terwijl een 'laatste wil middel' nog steeds geen optie is en euthanasie via de D66-voltooidlevenwet II (7-11-2023) recent weer afgewezen is door de KNMG.

Een bizarre gang van zaken

Volgens de KNMG zou uitvoering van de betreffende D66-wet namelijk gevoelens van *overbodigheid* en *onveiligheid* bij ouderen kunnen versterken. We dienen ons te realiseren dat de resterende levensverwachting van een 75-jarige in Nederland gemiddeld 12,62 jaar is (Statline). Bovendien zou de grens van 75 jaar, die in het wetsvoorstel wordt aangehouden, een vorm van leeftijdsdiscriminatie betekenen, die ook zou kunnen leiden tot stigmatisering van de oudere mens. Onacceptabel, vindt de KNMG.

Werkelijk? Deze verklaring van de KNMG is bedoeld als een poging ouderen ergens tegen te beschermen, tegen discriminatie bijvoorbeeld. De KNMG heeft zeker hart voor ouderen en kwetsbaren. Maar hoe valt dan te verklaren dat de in het IZA afgesproken 'passende zorg' artsen aanzet tot kostenbesparing in de spreekkamer of op de SEH, door bezielde pogingen te ondernemen om ouderen te laten afzien

van curatieve (helende) therapie, die de bewuste arts als overbehandeling beschouwt (en dus als 'niet-passend'). Ouderen, bij wie voorheen 'herstel als doel' nooit ter discussie stond.

Stigmatisering, onveiligheid, overbodigheid

Beseft men werkelijk niet dat juist dit feit, veel meer dan een D66-wetsvoorstel 'Voltooid leven', zal resulteren in stigmatisering en vooral in een angstig gevoel van *onveiligheid* en *overbodigheid* bij ouderen; en uiteindelijk in een niet te onderschatten verlies van het vertrouwen in artsen? Dat kan toch niet de bedoeling zijn? Moeten patiënten (en artsen) daar niet tegen beschermd worden? De KNMG waarschuwde GroenLinks in 2018 immers dat gelijke toegang en kwaliteit van de zorg altijd voorop dienen te staan?

Kennelijk realiseert de KNMG zich dat momenteel totaal niet, want inmiddels lijkt de neiging om bij kwetsbare patiënten en ouderen 'dapper' af te zien van 'niet-passende' therapie, zich te ontwikkelen tot een 'legitieme' behandelwijze.

'Passende zorg', een van oorsprong zorginhoudelijk begrip, de rode draad in het IZA, gaat uiteindelijk in de eerste plaats over het besparen van geld op de directe patiëntenzorg.

Hoe kon het zover komen?

Zijn de artsenfederaties misleid? Worden artsen in feite gebruikt als 'instrument' om kostenbesparing in de gezondheidszorg te bewerkstelligen? In het IZA gaat het nu wel over het waarborgen van goede zorg, maar eveneens over het bestrijden van kosten, hetgeen uiteindelijk het primaire doel van het zorgakkoord blijkt te zijn.

Inmiddels ziet het er naar uit dat artsen, in hun ijver om ook zelf verantwoordelijkheid te dragen voor de kosten van passende en betaalbare zorg, (oude) patiënten bijna ongemerkt te overrulen bij het nemen van behandelbeslissingen.

Een ander probleem is dat overheid en verzekeraars kennelijk hopen dat de handtekening van artsen onder het zorgakkoord hen zal motiveren om 'omvang en aantal' van de ingrepen te beperken, bijvoorbeeld via aanpassing van de behandelingsrichtlijnen, zoals min of meer gesuggereerd werd aan het slot van het

redactioneel artikel in de *NRC*.

Zijn de zorgkosten wel zo hoog?

Is de financiële situatie van de zorg werkelijk zo slecht?

Voorspeld wordt dat de zorgkosten in Nederland sterk zullen stijgen. Van 2015 tot 2040 wordt een verdubbeling verwacht. Het aandeel van de uitgaven voor ouderen (65+) zou zelfs nog verder stijgen van ca. 44% in 2015 tot 59% in 2040. Een stijging die echter ook beoordeeld moet worden in relatie tot bijvoorbeeld het jaarlijkse bnp (bruto nationaal product), dat eveneens zal stijgen.

En vanwaar het voornemen om juist te besparen op de directe patiëntenzorg? Een duidelijke analyse van de factoren die vooral hebben bijgedragen aan de kostenstijging ontbreekt. Welke kosten zijn het hoogst en welke stijgen het hardst? Gaat het bijvoorbeeld om de ziekenhuiszorg, de huisartsenzorg, de introductie van kostbare nieuwe behandelmethoden, de bijna ongelimiteerde aanschaf van kostbare apparatuur (voor het onderhoud waarvan vaak hoogopgeleid personeel noodzakelijk is)? Of betreft het de stijgende farmaceutische kosten, of de schokkende verspilling van zorggeld door administratieve lasten ten gevolge van de zinloze bureaucratie in de zorg, die geleid heeft tot een eigen industrie met kostbare ICT-systemen en dure werknemers?

Wordt er wel verantwoord omgegaan met de beschikbare financiële middelen? Bestaat er een solide onderbouwing van de overtuiging dat de kosten in de zorg te sterk zullen stijgen en dat het doorvoeren van het IZA (door patiënten de volgens het IZA 'niet-passende zorg' te onthouden) in voldoende mate zal leiden tot beheersing van de zorguitgaven? En dat dit vervolgens niet zal leiden tot verlies van de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg?

Onbehagen

Ondertussen is duidelijk dat het automatisch toepassen van werkelijk goede zorg voor patiënten op leeftijd (75+) niet meer vanzelfsprekend is. Ook patiënten die ongeneeslijk ziek zijn wordt de juiste zorg vaak onthouden. Zoals eerder vermeld, wordt goede zorg voor hen regelmatig als te duur en dus 'niet-passend' gekwalificeerd en doorgaans dan ook niet uitgevoerd.

Omdat gezamenlijke besluitvorming met de patiënt ook een van de in het IZA vastgelegde afspraken is, zou een patiënt in feite wel degelijk mee horen te beslissen over het wel of niet plaatsvinden van een behandeling, tenzij die medisch gezien onuitvoerbaar is. In de praktijk blijkt het echter voor de meeste patiënten nauwelijks haalbaar te zijn om tegen de visie en argumenten van een arts in te gaan.

Botsingen

Het probleem is wellicht dat artsen (die een artseneed hebben afgelegd en zijn onderworpen aan een tuchtwet) in september 2022 een akkoord hebben getekend dat hen is voorgelegd door ambtenaren en verzekeraars. Hadden zijzelf wel voldoende zicht op de gevolgen daarvan? Wat onder andere ontbreekt is de waarborg, dat zij naast hun deelname aan het IZA ook kunnen blijven voldoen aan de eisen en morele waarden van hun beroep als arts en daarmee niet in botsing komen. Een gevaar is blijkbaar dat bij het toepassen van de zogenaamde 'passende zorg', het financieel profijt veelal voorop staat en niet het welzijn van de patiënt.

In de praktijk vinden dergelijke 'botsingen' regelmatig plaats. Toch bestaat in de maatschappij vooralsnog de neiging om de gevolgen van het 'afzien van passende zorg', bijvoorbeeld bij oude patiënten, te bagatelliseren. Men kan het zich niet voorstellen en bestempelt het liever als ongeloofwaardig. Artsen en andere zorgverleners hebben nu eenmaal veel krediet bij vrijwel iedereen.

Het blijft echter een nachtmerrie voor ieder oud, maar fit en levenslustig mens om een heup te breken, een bloedvergiftiging te ontwikkelen, een herseninfarct of een darmtumor te krijgen, kortom een kwaal waarvoor meestal wel degelijk een voor veel betrokkenen niet al te zware behandeling bestaat, die momenteel echter regelmatig als 'niet-passend' wordt bestempeld en daarom frequent slechts palliatief (met verzachtende middelen) zal worden behandeld. Een schrikbeeld dat bij ouderen in toenemende mate angst voor onveiligheid en overbodigheid veroorzaakt. Zeg maar een gebrek aan enige bestaanszekerheid, die ook ouderen wel degelijk horen te hebben.

Uiteindelijk zal het aantal botsingen zodanig zijn opgelopen dat de publieke opinie omslaat.

Artsen hebben ook familie

Een verbazingwekkend en nieuw fenomeen bij artsen is 'een toegenomen angst voor de tuchtwet'. Die wordt in medische vakbladen gesignaleerd en zou een groeiend probleem zijn. Een raadsel, vooral omdat het aantal tuchtklachten niet duidelijk lijkt toe te nemen.

Zou dat misschien kunnen berusten op 'onbehagen', een 'niet- pluis'gevoel vanwege de wijzigingen in de behandelstrategie voor patienten als gevolg van de uitvoering van 'passende' en 'niet-passende zorg', de rode draad in het IZA? Doen artsen naar beste weten hun plicht maar voelen zij wellicht toch onbehagen, zonder goed te beseffen waarom?

Tenslotte zijn artsen gewone mensen, die ook een familie hebben, ouders, grootouders en andere al dan niet kwetsbare familieleden.

Mevrouw dr. M.L. van Kempen-Harteveld is gepensioneerd radiotherapeut-oncoloog en schrijver ('Tijd om te gaan', pseudoniem: Pia van Egmond; Uitgeverij In de Knipscheer, sept. 2022)

Prof. dr. H. Struikmans is gepensioneerd radiotherapeut-oncoloog en **voormalig** hoofd van de afdeling radiotherapie van het HMC in Den Haag en emeritus-hoogleraar LUMC in Leiden.

Wynia's Week verschijnt 156 keer per jaar en wordt **volledig mogelijk gemaakt** door de donateurs. Doet u mee, ook straks in het nieuwe jaar? [**Doneren kan zo.**](#) **Hartelijk dank!** Donateurs kunnen ook reageren op recente artikelen, video's en podcasts en ter publicatie in Wynia's Week aanbieden. Stuur uw publicabele reacties aan reacties@wyniasweek.nl. Vergeet niet uw naam en woonplaats te vermelden (en, alleen voor de redactie: telefoonnummer en adres). Niet korter dan 50 woorden, niet langer dan 150 woorden. Welkom!