



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

Werkprogramma RVZ en CEG 2012

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
Tel 070 - 340 50 60
Fax 070 - 340 75 75
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Datum
22 augustus 2011
Kenmerk
021-279

Het concept werkprogramma van de RVZ voor 2012 bevat vier onderwerpen, die in dit document nader toegelicht worden:

1. Wat is goede zorg?
2. Voor wat hoort wat: solidariteit vraagt om return on investment en goed patiëntschap.
3. De bomen en het bos: de patiënt, zijn vraag en het landschap.
4. Geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg: twee culturen of een werkelijkheid?

Het concept werkprogramma van het CEG bevat twee onderwerpen:

1. Betutteling of zorgen voor?
2. Zelfmanagement patiënten en de professionele autonomie van de arts

1. Wat is goede zorg

Wat te doen als patiënt en dokter het niet eens zijn over de behandeling? En hoe zouden zij het eens kunnen worden? Kunnen de wensen van de patiënt een grotere rol spelen in de besluitvorming over de zorg? Kortom: wat is de definitie van 'goede zorg', wiens definitie is het en hoe realiseren wij die? Met andere woorden: onder welke voorwaarden ontstaat 'goede zorg'?

In de ideale situatie krijgt de cliënt zorg die het resultaat is van vier soorten overwegingen:

- Individuele: de in de spreekkamer door de cliënt geuite wensen (de zorgvraag);
- Juridische: de functioneel omschreven wettelijke zorgaanspraken (het recht);
- Professionele: de professionele standaard en evidence based medicine (het zorgberoep);
- Financiële: de zorgaanspraak (het basispakket), de DBC of het ZZP, inclusief de gestelde indicatie (de middelen).

De afweging van deze vier overwegingen zou een zorg-leefplan, een behandelplan of een zorgovereenkomst moeten zijn; uitkomsten van overleg die het zorgproces sturen op basis van consensus. Shared decision making is de methode die zorgvrager en zorgverlener zouden kunnen gebruiken om zover te komen.

De praktijk is anders. De zorg die de cliënt ontvangt is over het algemeen het resultaat van een afweging van professionele en financiële overwegingen binnen het ruim omschreven kader van de zorgaanspraken. De zorgverlening is dus aanbodgestuurd; de wensen, maar ook de mogelijkheden, van de cliënt spelen een ondergeschikte rol in de keten van besluitvorming (indicatie, behandeling, zorg).

Dit is een probleem. In de eerste plaats, omdat in de komende jaren het pakket wettelijke zorgaanspraken mogelijk kleiner zal worden. De individuele verantwoordelijkheid wordt dan dus groter. En dat vereist de inbreng van de cliënt in het zorgplan. In de tweede plaats, omdat daardoor, maar ook door andere oorzaken, zoals een tekort aan zorgarbeid, door gezondheid 2.0 en e health, zelfmanagement steeds belangrijker zal en moet worden. En dat maakt shared decision making pure noodzaak. In de derde plaats, omdat 'sturen op gezondheid' de bestaande sturing op proces en product(ie) moet vervangen. De actieve instemming van de cliënt met de doelstelling van de zorg en met het definiëren van gezondheid is dan onontbeerlijk. En in de vierde plaats, omdat het zorgresultaat, de effectiviteit, door technologisering veel meer dan vroeger afhankelijk is van de inspanningen van de cliënt. Dan zal het zorgplan dus ook 'van hem' moeten zijn.

Zo zijn er nogal wat zakelijke redenen om, veel systematischer dan nu, shared decision making een stevige plaats te geven in de zorg. In de opleidingen, in de bekostiging en de financiering, in het juridisch-ethisch kader en in de kwaliteitsnormering. In essentie gaat het dan om de manier waarop men de 'zorgvraag', 'het recht', 'het beroep' en 'de middelen' in balans brengt in de zorgrelatie, op de werkvloer, in de spreekkamer. En anders dan nu zou de zorgvraag in dit proces van afweging van belangen een conditio sine qua non moeten zijn. Deze afweging omvat ook het doen van keuzes en het stellen van grenzen. Met als vraag: op basis waarvan doen wij dat?

Uitkomst van dit proces van afweging moet consensus over het zorgdoel zijn. En dat moet in het teken staan van de zorgvraag van het individu. Een vraag die

gezondheid omvat, maar ook participatie en kwaliteit van leven. Aan dit ingewikkelde proces van shared decision making zal men eisen moeten verbinden. Aan het proces, maar ook aan de compliance van beide partijen aan de uitkomst. Compliance dus niet alleen van de zorgverlener, ook van de zorgvrager. Het is immers ook zijn zorgplan.

De RVZ wil met dit advies een bijdrage leveren aan de instrumentering van shared decision making en aan de landing daarvan in de praktijk van de zorg. En dit dan in het licht van de grote thema's rond deze besluitvorming: eigen verantwoordelijkheid, zelfmanagement, sturen op gezondheid, effectiviteit. De Raad richt zich met zijn advies op zowel overheid en politiek als op de zorgsector. De Wet geneeskundige behandelovereenkomst (Wgbo) zal in het advies een rol spelen. Relevante wetgeving in voorbereiding: Beginselenwet zorginstellingen; Cliëntenrechten zorg; Kwaliteitsinstituut; Zorg en dwang.

Het advies Wat is goede zorg? verschijnt in het najaar van 2012. Relevante publieke samenwerkingspartners van de RVZ zijn het CVZ, de IGZ en het Kwaliteitsinstituut i.o. En uiteraard zal de Raad samen optrekken met de patiëntenverenigingen en de beroepsorganisaties.

2. Voor wat hoort wat: solidariteit vraagt om return on investment en goed patiëntschap

Solidariteit in de zorg vraagt om blijk van effectieve en kwalitatief goede zorg en om patiënten die zich houden aan gemaakte afspraken: return on investment en goed patiëntschap. Dus: systeempowerformance enerzijds, individueel gedrag anderzijds. Met welk instrumentarium kan de overheid deze (risico)solidariteit een nieuwe vorm geven, die de houdbaarheid van het zorgstelsel waarborgt? En impliceert dat niet ook clausulering en grenzen stellen? Keuzes doen?

Minister Donner heeft in een toespraak van 24 maart 2011 de strategische adviesorganen gevraagd te adviseren over het thema toekomst van de verdeling van collectieve middelen. Voor de RVZ is dan van belang om na te gaan wat de gevolgen zijn van de grote veranderingen in de zorgsector op de solidariteit en hoe dit inwerkt op de vormgeving van ons zorgstelsel. Het CPB en de SER ontvingen gerelateerde adviesaanvragen over de betaalbaarheid van de zorg.

Belangrijk voor solidariteit is dat de publieke middelen goed en vooral zichtbaar goed worden besteed. Dit heeft twee aspecten: return on investment en goed patiëntschap.

Return on investment

Onderzoek naar de bereidheid van burgers in West-Europese landen tot blijvende solidariteit wijst op een kritischer houding. Kritischer over de systemen van sociale verzekering en over risicosolidariteit. De verklaring moeten wij waarschijnlijk niet zoeken in het feit dat men niet meer solidair is met mensen die zorg nodig hebben. Het wordt veroorzaakt, doordat niet zichtbaar is voor het publiek hoe de overheid de collectieve middelen besteedt. Gebeurt dit effectief en efficiënt? Het RVZ advies Sturen op gezondheidsdoelen (2011) gaat hierover. Iedereen weet dat er veel geld in de zorg omgaat, maar er is te weinig transparantie over de resultaten. Hoe worden premie-middelen besteedt, vraagt de burger zich af. En wat zou in dit verband een andere ordening van de zorg kunnen opleveren?

Goed patiëntschap

Gelijkheid en solidariteit in de zorg zijn zo'n zestig jaar geleden verankerd in de Ziekenfondswet en de AWBZ en later in de ZVW. Voor andere sectoren - onderwijs en sociale zekerheid - is dat ook in die tijd gebeurd. In die sectoren is men echter afgestapt van de ongeclausuleerdheid van de dienstverlening en de voorzieningen. Er wordt een tegenprestatie van de ontvangende partij verwacht, zoals in de sollicitatieplicht, de leerplicht en de studiefinanciering. In de zorg ontbreken dergelijke clausuleringen. Therapietrouw is een goed voorbeeld van clausulering van het recht op zorg en van de positieve effecten ervan. Tegenover rechten, staan plichten. Dus een logica bestaande uit risicosolidariteit, clausulering van gelijkberechtigtheid, plichten, sancties.

De Raad stelt zich in dit advies de vraag: hoe kunnen wij aan (risico)solidariteit en gelijkheid nieuwe vorm en inhoud geven? Vorm en inhoud die passen bij de grote verschuivingen in de samenleving. Hoe geef je, in dit verband, aan return on investment en aan goed patiëntschap nieuwe betekenis? Nieuw vergeleken met de betekenissen van vandaag: DALY's, QALY's, Wgbo et cetera? Dit alles staat voor de RVZ in het teken van relatief afnemende middelen. Hoe borg je solidariteit en gelijkheid bij krimpende middelen? Dat moet toch betekenen het stellen van grenzen en het doen van keuzes? Hoe doe je dat?

Met dit advies wil de RVZ een bijdrage leveren aan de borging van de in de samenleving aanwezige solidariteit door van overheid en veldpartijen te vragen transparant te zijn over de besteding van publieke middelen, maar ook de voorwaarden te scheppen voor goed patiëntschap. Een bijdrage dus aan de houdbaarheid van ons zorgstelsel. Onderdelen van het wetgevingsprogramma van VWS zijn relevant: Beginselenwet zorginstellingen; Cliëntenrechten zorg; Kwaliteitsinstituut.

De Raad zal zijn advies publiceren in het najaar van 2012. Tijdens de adviesvoorbereiding zal de RVZ samenwerking zoeken met andere adviesraden, zoals de SER, en met het CPB.

3. De bomen en het bos, de patiënt, zijn vraag en het landschap

Past de inrichting van ons zorglandschap bij de vragen van de burger? En zijn dat 'zorgvragen'? Of vraagt die burger iets anders? Iets waarop de zorgsector geen antwoord heeft? Is een ander navigatiesysteem richting antwoord mogelijk? En wie navigeert: consument of producent?

Welke vragen stelt de burger aan de zorgsector? Wat zoekt hij? Uit analyses blijkt dat er twee soorten zorgvragen zijn. Er zijn enkelvoudige, hoewel soms complexe en acute, vragen naar zorg en gezondheid. En er is een, zo lijkt het, groeiend aantal diffuse vragen. Achteraf blijken dit vaak geen medische vragen te zijn. Het zijn, sterk samenhangend met de geografische herkomst, vragen op verschillende terreinen: wonen, werk, opvoeding, gezondheid. De vragen zijn vaak sterk met elkaar vervlochten geraakt, oorzaak en gevolg zijn moeilijk te traceren. De diffuse vragen komen op verschillende terreinen terecht – de sociale zekerheid, justitie, onderwijs – maar de zorgsector is door allerlei oorzaken wel een dominante 'vind- en zoekplaats' geworden voor multiproblematiek en voor diffuse vragen. Eerste lijn, geestelijke gezondheidszorg en spoedeisende hulp zijn voorbeelden. Voor veel mensen is deze sector eerste aanspreekpunt en laatste uitweg tegelijk. Medicalisering van maatschappelijk problemen als ultimum remedium voor hulpvragers en hulpverleners ligt dan op de loer. Bijverschijnsel is dat de vraagsituatie nogal eens zeer gecompliceerd en geëscaleerd is door te laat ingrijpen.

Deze vragen komen nogal eens bij het verkeerde adres terecht. De vragers krijgen in de zorgsector niet het juiste antwoord. Bovendien treffen zij aan de poort van dat systeem niet altijd de juiste competenties aan voor de diffuse vragen. Toch, of misschien wel juist daardoor, verdwijnt en verdwaalt een deel van deze vragen in het zorglandschap. Het zorgaanbod in dit landschap past niet op vragen die zich op het grensvlak van het sociale, het psychische en het medische bevinden. Het verkokerd landschap heeft geen frontoffice voor deze vragen.

Meestal gaat het in zo'n frontoffice om drie functies:

- Het actief op zoek gaan naar een serieuze, maar latente vraag in de samenleving.
- Een eerste opvang en probleemverheldering, soms met een spoedkarakter, met een integrale blik.
- Door- en toegeleiding; bewaking van continuïteit van dienstverlening, monitoring en case management.

Deze functies en de daarbij behorende competenties (preventieve blik, ervaring, triage, gezag, netwerk) moeten in de praktijk buurt- of wijkgebonden zijn. De inrichting van het zorglandschap en de navigatie van de zorgvraag bieden deze functies niet. Echelonnering van zorgaanbod, een piepsysteem (wachten op de vraag), medicalisering en verkokering (Wpg, Wmo, AWBZ, Zvw) staan in de weg.

Is het mogelijk de hulp- en dienstverlening anders in te richten? Dat is de vraag die de RVZ met dit advies wil beantwoorden. Er zijn goede voorbeelden: consultatiebureaus voor kinderen of voor ouderen, Centra voor Jeugd en Gezin, Wmo-loketten, gezondheidscentra, een inlooptime, in andere landen nurse-run clinics. Bovendien is het internet steeds vaker een goede vraagbaak voor burgers met problemen, dus misschien kan die mogelijkheid beter worden benut. Wat kunnen wij van deze voorbeelden leren? En hoe kunnen wij een en ander combineren met de plannen van de bewindslieden van VWS met 'zorg nabij'?

De RVZ wil met zijn advies bijdragen aan versnelling van de innovatie op dit gebied: proberen initiatiefnemers handreikingen te doen. De Raad zal de empirie op het grensvlak van zorg en welzijn in kaart brengen en op basis daarvan met voorstellen komen voor zowel politiek Den Haag als de zorg- en dienstverlening op het lokaal vlak. De voorstellen zullen een intersectoraal karakter hebben.

Het advies zal medio 2012 verschijnen. De RVZ zal samenwerken met andere adviesraden en met Vilans , Trimbosinstituut en het SCP.

4. Geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg: twee culturen, een werkelijkheid?

Het kabinet wil dat de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (WvGGZ) en de Wet forensische zorg (WFZ) eind 2012 van kracht zijn. Wat zijn de gevolgen voor patiënten, medewerkers en samenleving? Wat kunnen overheid en veldpartijen doen om continuïteit, kwaliteit en veiligheid gelijktijdig te verbeteren? Gaat het lukken de doelen van de zorg en die van justitie te verenigen op de momenten dat dit nodig is? Is preventie een optie en wie is daarvoor verantwoordelijk?

De WvGGZ en de WFZ zijn ontworpen om de instrumenten van gedwongen geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg beter te kunnen benutten en om de kwaliteit ervan te verhogen. De Ministers van VWS en Veiligheid en Justitie vragen de RVZ om een advies over de implementatie van beide wetten. Dit doen zij, omdat de huidige samenhang tussen geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg niet optimaal is. Dit kan problemen veroorzaken, terwijl succesvolle inwerkingtreding van deze twee wetten nu juist vraagt om meer samenwerking van beide sectoren.

In het verleden hadden justitiële instellingen en instellingen voor geestelijke gezondheidszorg weinig raakvlakken. Op dit moment vindt steeds vaker zorg en behandeling plaats in zowel het publiek recht als het strafrecht, zowel tijdens detentie als in de vorm van een voorwaardelijke straf. Nu is het de vraag of de geestelijke gezondheidszorg in staat is om strafrechtelijk veroordeelden te behandelen. Aan deze vraag ligt echter een andere vraag ten grondslag: hebben strafrechtelijk veroordeelde psychiatrische patiënten andere kenmerken dan patiënten van de reguliere geestelijke gezondheidszorg (GGZ)? En vereist dat een andere behandeling, behandelaar en behandelomgeving? Wanneer er specifieke kenmerken bestaan, dan biedt dit mogelijk aangrijpingspunten voor preventie van zwaardere zorgvormen en van crimineel gedrag. Samenwerking tussen politie, justitie en GGZ is hiervoor noodzakelijk.

De RVZ zal over dit thema een advies uitbrengen waarin de twee wetten een gegeven zijn. Zij vormen het beleidskader voor het advies.

De RVZ zal in zijn advies kijken naar de context van de forensische zorg en de geestelijke gezondheidszorg (overheidsbeleid, sociaal-culturele ontwikkelingen, openbaar bestuur). Belangrijk thema in het advies zal ook zijn de continuïteit van zorg over de schotten heen (maatschappelijke ondersteuning - openbare GGZ - reguliere GGZ - gedwongen GGZ - forensische GGZ). Is het mogelijk escalatie en ontsporing te voorkomen? Gaat zorg vooraf aan straf? Hoe intersectoraal moeten praktijk en beleid zijn? De Raad zal verder moeten nagaan wat mogelijke gevolgen zijn van de invoering van de twee wetten. Een vergelijking met andere EU landen biedt aangrijpingspunten voor de Nederlandse situatie.

De Raad zal samenwerken met kennisinstellingen op het terrein van VWS en dat van Veiligheid en Justitie. Hij zal intersectoraal en interdepartementaal informatie inwinnen, bijvoorbeeld door gebruik te maken van het advies Straf en zorg: een paar apart (2007) van de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling. Achtergrondstudies zullen vanwege het specifieke expertiseniveau mede extern uitgezet worden. De RVZ houdt rekening met andere wetgeving in voorbereiding, zoals de wet Zorg en dwang.

Eind 2011 wil de Raad beschikken over een externe achtergrondstudie/preadvies.
Op basis daarvan kan de Raad begin 2012 een advies publiceren.

CEG werkprogramma 2012

1. Betutteling of zorgen voor?

De overheid heeft de taak om gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen te nemen (zoals staat beschreven in Wet publieke gezondheidszorg). Veel van dergelijke maatregelen raken echter aan de privésfeer van burgers. Leefstijladviezen over stoppen met roken, gezond eten, voldoende bewegen en matig zijn met het gebruik van alcohol roepen regelmatig bezwaren op over betutteling of paternalisme. De mate waarin overheidsbemoeienis met de leefstijlkeuzes van burgers gerechtvaardigd is, is onderwerp van verhit maatschappelijke debat. Het is de vraag of bezwaren tegen overheidsbemoeienis met leefstijl altijd terecht zijn. Enerzijds willen burgers gebruik maken van goede zorgvoorzieningen. Anderzijds willen zij niet beperkt worden in hun keuzevrijheid, en worden overheidsmaatregelen op het gebied van gezonde leefstijl al snel bestempeld als 'betutteling'. Het spanningsveld tussen collectieve goederen en verantwoordelijkheden versus individuele rechten en plichten roept diverse vragen op.

2. Zelfmanagement patiënten en de professionele autonomie van de arts

Er is een toenemende nadruk op de patiënt als manager van de eigen gezondheid. Van burgers wordt verwacht dat zij meer verantwoordelijkheid dienen te nemen voor hun eigen gezondheid en leefstijl, en dat zij -in geval van ziekte- hun eigen zorg dienen te organiseren en te regisseren. Deze visie pleit voor een mondige patiënt, die zich zo lang mogelijk thuis redt (RVZ, 2010). De ontwikkeling dat patiënten meer inspraak zouden moeten hebben bij de behandeling van hun klachten, vereist niet alleen capaciteiten die wellicht niet alle patiënten bezitten, maar zal ook spanningen opleveren tussen de wensen van de patiënt en van de arts. De verhouding tussen arts en patiënt wordt gelijkwaardiger en tegelijkertijd meer gespannen, aangezien de opvatting van mondige en beter geïnformeerde patiënten kan botsen met de professionele opvattingen van de arts. Dit vraagt om het opnieuw doordenken van de verantwoordelijkheidsverhouding tussen arts en patiënt.