

Goed patiëntschap

Meer verantwoordelijkheid voor de patiënt



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg



RVZ raad in gezondheidszorg

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg is een onafhankelijk adviesorgaan voor de regering en voor het parlement. Hij zet zich in voor de volksgezondheid en voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Daarover brengt hij strategische adviezen uit. Die schrijft hij vanuit het perspectief van de burger. Durf, visie en realiteitszin kenmerken zijn adviezen.

Samenstelling van de Raad

Voorzitter

Prof. drs. M.H. Meijerink

Algemeen secretaris

Drs. P. Vos

Leden

Mw. A. van Blerck-Woerdman

Mr. H. Bosma

Mw. prof. dr. D.D.M. Braat, vice-voorzitter

Prof. dr. W.N.J. Groot

Mw. J.M.G. Lanphen, huisarts

Prof. dr. J.P. Mackenbach

Mr. A.A. Westerlaken

Prof. dr. D.L. Willems

Goed patiëntschap

Meer verantwoordelijkheid voor de patiënt

Signalementen RVZ

Den Haag, 2007

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

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

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Fotografie: Eric de Vries
Druk: WPT, Rijswijk
Uitgave: 2008
ISBN-13: 978-90-5732-185-6

*U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net)
of telefonisch via de RVZ (070 340 50 60) onder vermelding van
publicatienummer Sig 07/02.*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Inhoudsopgave

	Samenvatting	7
1	Inleiding	10
1.1	Aanleiding	10
1.2	Probleemstelling en urgentie	12
1.3	Aanpak en functie signalement	12
2	De rol van de patiënt en diens verantwoordelijkheden	15
2.1	Inleiding	15
2.2	Algemene omgangsvormen in acht nemen	15
2.3	Zakelijke verplichtingen nakomen	17
2.4	Meewerken aan de behandelrelatie en het behandelresultaat	20
2.5	Conclusies	26
3	Goed patiëntschap: van ondersteunen tot afdwingen	27
3.1	Inleiding	27
3.2	Toetsingskader voor aanvullende maatregelen	27
3.3	Toetsing van mogelijke maatregelen	28
4	Naar meer verantwoordelijkheid voor de patiënt	36
4.1	Aanzet tot discussie	36
4.2	Richtinggevende uitspraken	37
4.3	Hoe verder?	38
	Bijlagen	
1	Adviesvoorbereiding	41
2	Hindernissen wegnemen	43
3	Lijst van afkortingen	51
4	Literatuur	53
	Overzicht publicaties RVZ	57

Samenvatting

De laatste decennia is er terecht veel aandacht voor de rechten van patiënten. Over de keerzijde daarvan, verantwoordelijkheden en verplichtingen van patiënten, wordt nauwelijks gesproken. Maar tijden veranderen. De kosten van de gezondheidszorg stijgen snel. Kosten, die door alle burgers gezamenlijk moeten worden opgebracht. Burgers verwachten dan ook van elkaar een prudent en doelmatig gebruik van de gezondheidszorg. Daarnaast vragen zorginhoudelijke ontwikkelingen om een actieve inbreng van patiënten. En ook wijzigingen in het zorgstelsel leggen meer verantwoordelijkheden bij de patiënt.

Kortom, nieuwe tijden vragen om ‘goed patiëntschap’. Maar wat is dat precies en hoe moet dat in de praktijk gestalte krijgen? En vooral ook: wat mag een patiënt worden aangerekend en wat niet, en welke consequenties mag dat hebben zonder de kwetsbaarheid van patiënten en de toegankelijkheid van de zorg uit het oog te verliezen? De Raad acht de tijd rijp het debat hierover te voeren en geeft met dit signalement daartoe een aanzet.

Goed patiëntschap omvat volgens de Raad drie categorieën verplichtingen:

- In acht nemen van algemeen geldende omgangsvormen. Patiënten moeten zorgverleners met respect tegemoet treden, dat wil zeggen zich niet agressief gedragen, geen onredelijke eisen stellen en op tijd op afspraken verschijnen.
- Zakelijke verplichtingen nakomen. Patiënten moeten zich verzekeren tegen ziektekosten, de premie en eventuele eigen bijdragen op tijd betalen.
- Meewerken aan de behandeling. Van patiënten mag worden verwacht dat zij de zorgverlener zo goed mogelijk informeren, meedenken en meebeslissen over de behandeling, instructies en adviezen opvolgen en leefregels in acht nemen.

Het naleven van deze verplichtingen is (nog) niet vanzelfsprekend. De vraag is dan ook of er behoefte is aan nieuw beleid om patiënten te stimuleren tot het nemen van meer verantwoordelijkheid. Wat de eerste twee categorieën verplichtingen betreft kunnen en worden al verschillende maatregelen genomen om de naleving te bevorderen en deze zijn nauwelijks overstreden. Zo werken zorginstellingen met gele en rode kaarten om agressieve of claimende patiënten tot de orde te roepen, is het ‘no show’ tarief ingevoerd voor patiënten die zonder valide reden niet op afspraken verschijnen en worden boetes opgelegd aan mensen die hun verzekeringsplicht schenden of de premie niet betalen. Dat ligt anders voor de derde categorie. De mogelijkheden om het meewerken aan de behandeling te bevorderen zijn beperkt, terwijl juist hier de meeste winst is te behalen, zowel in termen van gezondheid als doelmatigheid.

De Raad heeft een aantal (aanvullende) maatregelen om goed patiëntschap te bevorderen getoetst aan het volgende toetsingskader:

- Treft de maatregel doel, dat wil zeggen: leidt de maatregel tot het gewenste gedrag?
- Is de maatregel te rechtvaardigen, met andere woorden: zijn er geen of verwaarloosbare negatieve effecten, waaronder schade aan de behandelrelatie, inbreuk op het zelfbeschikkingsrecht van patiënten, afbreuk aan de toegankelijkheid van de zorg of de onderlinge solidariteit?

De geselecteerde maatregelen zijn representatief voor een scala aan mogelijke maatregelen, dat loopt van stimuleren tot afdwingen. Met aan de ene kant van het spectrum het belonen van goed gedrag en aan de andere kant het opleggen van financiële sancties bij het niet nakomen van verplichtingen.

Op grond van deze toetsing komt de Raad tot de volgende richtinggevende uitspraken:

De weg waarlangs goed patiëntschap kan worden gestimuleerd loopt langs het bevorderen van (kosten)bewustzijn van burgers/patiënten en de inzet van directe prikkels voor gezond gedrag. Zorgverleners moeten patiënten meer aanspreken op onverantwoord gedrag en ook grenzen stellen als dat nodig is. Zij moeten bestaande mogelijkheden beter benutten, zoals het neerwaarts bijstellen van behandeldoelen in situaties waarin patiënten zich structureel niet houden aan behandelafspraken. Zorgverleners moet zich daarin ook gesteund weten. De ontwikkeling van non compliance protocollen kan daarbij behulpzaam zijn.

Maatregelen als financiële sancties in de zorgverzekering moeten van de hand worden gewezen. Hoewel dit type maatregelen de druk op de solidariteit verminderen (de vervuiler betaalt) leiden ze waarschijnlijk niet tot gedragsverandering. Als de overheid deze weg inslaat zal hij op fikse weerstand moeten rekenen, niet alleen van patiënten, maar ook van zorgverleners en -verzekeraars. Indien de overheid uit is op gedragsverandering, is meer te verwachten van financiële prikkels in de vorm van accijnzen op ongezonde producten (alcohol, sigaretten, fastfood).

De Raad acht het noodzakelijk om discussie te voeren in de samenleving over meer eigen verantwoordelijkheid voor patiënten. Zowel om patiënten (meer) bewust te maken van hun verantwoordelijkheden als om zorgverleners te motiveren hun service, klantgerichtheid en vaardigheden te verbeteren. Maar vooral om de grenzen aan de (afdwingbaarheid van) eigen verantwoordelijkheid voor patiënten vast te stellen, alsmede de grenzen aan de dienstverlening door zorgverleners.

De Raad neemt hiertoe het initiatief. In een vervolgtraject dat in februari 2008 van start gaat, organiseert hij een debattencyclus met patiënten, zorgverleners en andere betrokkenen. De uitkomsten daarvan geeft hij weer in een aparte publicatie.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

De afgelopen decennia is de positie van de patiënt veel sterker geworden. Omdat de relatie tussen arts en patiënt van oudsher gekenmerkt wordt door een kennis- en informatieasymmetrie stond aanvankelijk bescherming van de patiënt voorop. En later, onder invloed van de emancipatiebeweging, een meer gelijkwaardige positie van de patiënt. Patiëntenrechten hebben zo een plaats gekregen in verschillende wettelijke regelingen. Daarbinnen neemt de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) een prominente plaats in.

De belangstelling voor de rechtspositie van de patiënt is nog altijd niet verslapt. Integendeel, regelmatig wordt aandacht gevraagd voor de rechten van de patiënt en wordt uitbreiding daarvan bepleit (zie RVZ, De patiënt beter aan zet met een Zorgconsumentenwet?, 2007).

De neerslag van patiëntenrechten in wet- en regelgeving en in de praktijk weerspiegelt de wijze waarop we in onze maatschappij lange tijd tegen ziekte en ziek-zijn hebben aangekeken en wellicht nog steeds kijken. De Amerikaanse socioloog Talcott Parsons stelde al in 1952 dat ziek-zijn niet alleen een bepaalde conditie is waarin men verkeert, maar ook een sociale rol. Hij introduceerde het begrip 'sick role' en onderscheidde een aantal daarmee gepaard gaande rechten, die nog altijd actueel zijn.

Rechten

- de patiënt wordt (tijdelijk) ontzien en hoeft niet te voldoen aan verwachtingen en verantwoordelijkheden die voortvloeien uit andere sociale rollen, zoals werk;
- hoe ernstiger de ziekte, des te omvangrijker de verantwoordelijkheden waarvan de patiënt wordt ontslagen. Zo wordt een buikgriep beschouwd als een geldig excuus een keer niet op een afspraak te verschijnen en hoeft iemand die herstelt van een hartoperatie lange tijd niet op het werk te verschijnen zonder dat dit directe consequenties heeft;
- de patiënt wordt niet verantwoordelijk gesteld voor het feit dat hij ziek is;
- de patiënt heeft recht op (ver)zorg(ing).

Parsons onderscheidde ook een aantal plichten.

Plichten

- de patiënt wordt geacht de eigen toestand als onwenselijk te beschouwen;
- de patiënt dient zich, waar mogelijk, in te spannen om 'beter' te worden, dat wil zeggen van zijn ziekte te herstellen;
- de patiënt wordt geacht competente hulp te zoeken van een gekwalificeerde professional en mee te werken aan het proces van herstel.

In tegenstelling tot de rechten hebben de plichten niet hun weerslag gekregen in wet- en regelgeving. De patiënt wordt er in de praktijk ook niet of nauwelijks op aangesproken. Recente ontwikkelingen wijzen op een groeiende aandacht voor verantwoordelijkheden en plichten van de patiënt.

Maatschappelijke ontwikkelingen

De stijgende belangstelling voor eigen verantwoordelijkheid van de patiënt maakt deel uit van een bredere maatschappelijke trend. *De overheid* legt er meer nadruk op dat burgers verantwoordelijkheid nemen. Dit komt voort uit het besef dat de verzorgingsstaat zoals we die kennen langzaam maar zeker zijn grenzen heeft bereikt. Een ander type verzorgingsstaat is nodig, waarin de burger niet in eerste instantie de staat aanspreekt op verworven rechten bij armoede, ziekte en gebrek, maar primair probeert zelf te voorzien in zijn behoeften. De burger wordt geacht zich rekenschap te geven van eigen keuzes én van de consequenties die die keuzes hebben voor zichzelf en anderen.

Dat geldt ook voor keuzes ten aanzien van gedrag, gezondheid en zorg. De kosten van de gezondheidszorg zijn hoog en stijgen bovendien. Twee jaar geleden benadrukte het kabinet dat een 'actieve opstelling van (chronisch) zieken in de omgang met de eigen aandoening' belangrijk is. (Begroting voor 2006, Tweede Kamer 2005-2006, 30 300 XVI, p. 8.). Dat is eerst en vooral in het belang van de patiënt zelf. Het kan de eigen gezondheid en het persoonlijke welbevinden verbeteren (zie de brochure *De patiënt aan zet*, NPCF, 2006). Daarnaast helpt zo'n opstelling om ondoelmatig gebruik van de gezondheidszorg tegen te gaan.

Ook in de *publieke opinie* zijn verschuivingen waar te nemen. Zo laat een recente opiniepeiling in Groot-Brittannië zien dat vier op de tien mensen het redelijk vindt om mensen die door risicogedrag (roken en overgewicht) gezondheidsproblemen krijgen een sanctie op te leggen. De RVZ heeft in zijn signalement *Houdbare solidariteit* (2005) gesteld dat steeds grotere druk op de risicosolidariteit ontstaat, naarmate meer bekend wordt over het causale verband tussen gedrag en gezondheid. Dat wil zeggen dat mensen met een laag ziekterisico steeds minder bereid zijn om bij te dragen aan de kosten van mensen met een hoger risico.

Zorginhoudelijke ontwikkelingen

Zorginhoudelijke ontwikkelingen stellen bovendien andere eisen aan *patiënten*. Zo is er een groeiend inzicht in de relatie tussen gedrag en ziekte(kosten). Bepaalde leefstijlen gaan meer dan andere gepaard met gezondheidsrisico's. Daarnaast neemt het aantal mensen met een chronische ziekte toe. Vooral bij patiënten met een chronische ziekte is de eigen inzet en inspanning vaak essentieel voor een goed behandelresultaat. Verder groeien de mogelijkheden van behandeling en bewaking via telecommunicatie en zelfzorgapparatuur. De effectiviteit van medische interventies in het algemeen en van deze technologieën in het bijzonder is in toenemende mate afhankelijk van de inzet van de patiënt. Deze wetenschappelijke inzichten, epidemiologische veranderingen en technologische ontwikkelingen leggen dus meer verantwoordelijkheden bij de patiënt.

Veranderingen in het zorgstelsel

Tot slot is de rolverdeling tussen zorgverleners, zorgverzekeraars en zorgvragers met de invoering van de Zorgverzekeringswet op 1 januari 2006 veranderd. Iedere Nederlander is verplicht zich te verzekeren tegen ziektekosten. Patiënten hebben meer keuzevrijheid en kunnen zowel hun verzekeraar als de zorgpolis zelf kiezen. *Zorgverzekeraars en zorgaanbieders* onderhandelen met elkaar over prijs, inhoud en organisatie van de zorg. Verzekeraars hoeven niet met iedere zorgaanbieder een contract te sluiten, maar kunnen met de best presterende in zee gaan. Prestatiegerichte bekostigingssystemen en opvraagbare informatie over behandelprestaties dwingen zorgverleners meer resultaatgericht te gaan werken (zie CEG, 2006). Maar voor een optimaal behandelresultaat is de zorgaanbieder mede afhankelijk van de patiënt. Ook via deze weg zal de patiënt meer dan voorheen worden aangespoord verantwoord om te gaan met de aangeboden zorg.

1.2 Probleemstelling en urgentie

Maatschappelijke veranderingen, zorginhoudelijke ontwikkelingen en wijzigingen in het zorgstelsel leggen meer verantwoordelijkheden bij de patiënt. Hoe dat in praktijk gestalte moet krijgen, is vaak nog onduidelijk.

Kunnen we het ons permitteren deze ontwikkelingen langzaam uit te laten kristalliseren en zien waar dat toe leidt of moeten ze krachtig worden opgepakt? Is urgentie geboden?

Een tweetal ontwikkelingen is zorgelijk en pleit voor urgentie:

1. De gezondheidszorg heeft problemen met het werven en behouden van voldoende gekwalificeerd en gemotiveerd personeel. De aantrekkelijkheid van het beroep neemt af. Hoewel daarvoor verschillende oorzaken zijn aan te wijzen, werken agressief en claimend gedrag van

patiënten en een vrijblijvende manier van omgaan met adviezen en instructies, demotivatatie van de zorgprofessionals in de hand.

2. Een voor eenieder - ongeacht inkomen, leeftijd of gezondheids-toestand - toegankelijke gezondheidszorg is alleen bereikbaar als de kosten daarvan collectief en in solidariteit worden opgebracht. De kosten van de gezondheidszorg zijn hoog en stijgen sterk. Volgens cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) zijn de uitgaven aan gezondheidszorg tussen 1998 en 2005 gestegen van ruim 23 naar ruim 39 miljard euro (<http://statline.cbs.nl>). Een belangrijke taak van de overheid is ervoor te zorgen dat (relatief) schaarse collectieve middelen doelmatig worden besteed. Maar dat is niet alleen de verantwoordelijkheid van de overheid. Wil een collectief systeem betaalbaar en dus in stand kunnen blijven, dan moet iedereen daaraan zijn steentje bijdragen, ook patiënten. Van patiënten mag worden verwacht dat zij verantwoord omgaan met gezondheid en met gezondheidszorg. Solidariteit vereist wederkerigheid.

Goede gezondheidszorg vergt dus ook 'goede' patiënten. Hiermee is de noodzaak van een paradigmawisseling gegeven: van een vrijblijvende en afwachtende houding van patiënten ('ziekte legitimeert') naar een constructieve en coöperatieve opstelling ('goed patiëntschap').

1.3 Aanpak en functie signalement

Bij de voorbereiding van het signalement werd duidelijk dat deze nieuwe rol van de patiënt niet vanzelf tot stand komt. Daarvoor is een cultuur-omslag nodig, die begint met bewustwording en zelfreflectie en daarna gevolgd wordt door handelen.

Een eerste stap in dit proces is met elkaar in discussie te gaan. De vragen waar we voor staan zijn: Hoe bereik je goed patiëntschap? Hoeveel eigen verantwoordelijkheid is haalbaar? Maar vooral: wat mag concreet van een patiënt worden verwacht, wat mag hem worden aangerekend en wat niet, en welke consequenties mag dat hebben zonder de kwetsbaarheid van patiënten en de toegankelijkheid van de zorg uit het oog te verliezen?

Met dit signalement wil de Raad uitnodigen tot die discussie. Het biedt handreikingen voor zo'n debat. Achtereenvolgens komen aan de orde:

- Wat is goed patiëntschap? Welk gedrag verwachten we concreet van patiënten?
- Hoe is het gesteld met de naleving? Wat kan of wordt thans ondernomen om naleving te bevorderen en is dat voldoende?
- Welke aanvullende maatregelen zijn denkbaar en hoe moeten deze worden beoordeeld? Daartoe reikt de Raad een toetsingskader aan.
- En tenslotte geeft de Raad op basis van dit toetsingskader een aantal richtinggevende uitspraken, als opmaat voor de discussie.

Opmerkingen vooraf

Het nemen van verantwoordelijkheid door patiënten wordt soms bemoeilijkt door factoren waar de patiënt zelf weinig of geen vat op heeft. Zorgverleners en instellingen spelen een belangrijke rol in het mogelijk maken van eigen verantwoordelijkheid (zie RVZ, Vertrouwen in de arts, 2007). Verbetering kan te behalen zijn op het gebied van service, ondersteuning en klantvriendelijkheid naar patiënten toe. De bijlage 'hindernissen wegnemen' bespreekt hoe de weg naar eigen verantwoordelijkheid kan worden vrijgemaakt van obstakels.

Het gaat in dit signalement om de patiënt en zijn zorgverlener. Wanneer in het volgende wordt gesproken over zorg- of hulpverleners, moet niet alleen worden gedacht aan artsen, maar ook aan verpleegkundigen, fysiotherapeuten, apothekers, paramedici en doktersassistentes.

De rol van de gezonde burger in het voorkomen van gezondheidsschade is een belangrijk thema, maar komt hier uitsluitend waar relevant aan bod. Dit signalement richt zich met nadruk op goed patiëntschap. Een compleet overzicht van verantwoordelijkheden in alle fasen is te vinden in de achtergrondstudie *En ik ben maar een kuip vol dromen*, van Van Wijmen bij het RVZ-advies 'Van patiënt tot klant' (2003).

2 De rol van de patiënt en diens verantwoordelijkheden

2.1 Inleiding

We verwachten van patiënten een nieuwe rol, met meer verantwoordelijkheden en verplichtingen; we verwachten dus 'goed patiëntschap'. Maar wat is dat precies?

Goed patiëntschap gaat om handelen, om gedragingen. Het uit zich op drie niveaus:

- de patiënt is om te beginnen gewoon burger en moet dus algemeen geldende omgangsvormen in acht nemen;
- maar hij is ook verzekerde en dat betekent dat hij zakelijke verplichtingen moet nakomen;
- en hij is natuurlijk vooral zieke en dus moet hij meewerken aan de behandeling en het behandelresultaat.

In de volgende paragrafen worden deze gedragingen uitgewerkt.

We gaan achtereenvolgens na wat de norm is, hoe de naleving is, welke mogelijkheden er zijn om naleving te bevorderen en besluiten per paragraaf met het antwoord op de vraag of dit voldoende is.

2.2 Algemene omgangsvormen in acht nemen

Net als van gewone burgers mag van patiënten worden verwacht dat zij zich aan een aantal algemeen geldende omgangsvormen houden. De volgende kunnen worden onderscheiden: geen schade toebrengen aan de hulpverlener en afspraken nakomen.

Geen schade toebrengen aan de hulpverlener(-srelatie)

Non-agressie

Van patiënten mag worden verwacht dat zij zich niet agressief opstellen. Agressie is niet acceptabel. Het schaadt de hulpverlener en mede-patiënten. Uiteraard mag niet uit het oog worden verloren dat dergelijk gedrag soms samenhangt met de kwetsbare en afhankelijke positie van de patiënt of een uiting is van de ziekte waaraan de patiënt lijdt (zie bijlage 'hinderenissen wegnemen').

Agressie door patiënten is een omvangrijk probleem. Niet omdat agressie in de zorg veelvuldig voorkomt, maar door de impact van agressie op hulpverleners, andere patiënten en bezoekers. En op het imago van de zorgsector. Uit onderzoek in 2003 bleek dat vijfenzeventig procent van de huisartsen wel eens met agressie te maken heeft. Twintig tot dertig procent antwoordt in het afgelopen jaar serieus te zijn bedreigd.

Ook in ziekenhuizen komt agressie voor. Onderzoek van het project Veiligezorg, gericht op het voorkomen van agressie in ziekenhuizen, meldt de volgende cijfers voor 2006 (www.veiligezorg.nl). De deelnemende instellingen registreerden in totaal 2.284 incidenten. In veertig procent van de incidenten was geweld aan de orde, schade/diefstal maakte 29,5 procent van het aantal incidenten uit. Bij 15,6 procent van de incidenten was sprake van ordeverstoring en bij 14,9 procent van een gevaarlijke situatie.

Veruit de meeste veroorzakers van incidenten zijn patiënten. Ook gaat het soms om bezoekers en begeleiders van patiënten en soms waren medewerkers van het ziekenhuis zelf veroorzaker van het incident. Ruim zeventig procent van de slachtoffers zijn medewerkers van het ziekenhuis waaronder medisch-specialisten, arts-assistenten, verpleegkundigen, studenten, stagiaires en overig ziekenhuispersoneel.

Voor de aanpak van agressie door patiënten wordt in toenemende mate gebruik gemaakt van waarschuwingen. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) heeft een modelregeling ontworpen die ziekenhuizen kunnen toepassen. Patiënten die zich misdragen kunnen een waarschuwing ('gele kaart') krijgen, met als uiterste middel een tijdelijke ontzegging van de toegang ('rode kaart'), behalve in geval van spoedeisende of acute psychiatrische hulp. Ook het succesvolle project Veiligezorg hanteert een dergelijke lik-op-stuk methode. Het VieCurie Medisch Centrum in Limburg dat met deze methode werkt, deelde in 2004 veertien waarschuwingen en drie ontzeggingen uit (www.veiligezorg.nl).

Een verdergaande sanctie bij agressief gedrag is het opzeggen van de behandelrelatie. "De hulpverlener kan, behoudens gewichtige redenen, de behandelingsovereenkomst niet opzeggen", stelt artikel 460 van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). De arts heeft dus een zorgplicht die slechts onder zeer uitzonderlijke omstandigheden kan komen te vervallen. Agressie door de patiënt kan zo'n omstandigheid zijn, zo is uit jurisprudentie gebleken. Zo besliste de rechter in 2002 dat het Westeinde ziekenhuis in Den Haag een nierpatiënt niet meer hoefde te behandelen. De patiënt misdroeg zich tijdens zijn dialysebehandelingen. Hij bedreigde verpleegkundigen, gedroeg zich agressief en terroriseerde medepatiënten (www.gezondheidsplein.nl).

In geval van agressie, diefstal of het anderszins aanrichten van schade gelden voor patiënten net als voor gewone burgers verbodsbepalingen uit het Wetboek van Strafrecht. Het strafrecht is in de gezondheidszorg echter ultimum remedium en wordt pas ingezet als het gaat om ernstige vormen van agressie, waarbij sprake is van geweld of dreiging met geweld.

Als de agressie onder invloed van een psychische stoornis wordt gepleegd kan tenslotte een beroep worden gedaan op bepalingen uit de Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ). Wanneer de betrokkene een gevaar is voor zichzelf of voor zijn omgeving kan worden overgegaan tot gedwongen opname en behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis.

Niet-claimen

Minder ingrijpend dan agressie, maar ook schadelijk voor de (relatie met de) hulpverlener, is 'claimend gedrag'. Ook hiervoor geldt dat het niet acceptabel is. Er is sprake van claimend gedrag wanneer patiënten per se een bepaald onderzoek, behandeling of geneesmiddel willen en geen genoegen nemen met redelijke tegenargumenten van de zorgverlener. Ook wanneer patiënten onredelijk veel tijd van de zorgverlener in beslag nemen is dat een vorm van claimen. Het getuigt van gebrek aan respect voor de professionele integriteit van de zorgverlener. En het leidt tot een onrechtvaardige verdeling van de nog altijd schaarse mensen en middelen in de gezondheidszorg

Ook claimend gedrag houdt soms verband met de kwetsbare positie van de patiënt en/of het ziektebeeld. De beschikbaarheid van medische informatie via kanalen zoals internet, kan soms leiden tot (irreële) angst over de aard van de aandoening. Dat kan gepaard gaan met verwarring of overspannen verwachtingen bij patiënten over de benodigde behandeling en onderzoek. Het is niet altijd eenvoudig voor patiënten om te bepalen waar zij redelijkerwijs wel en geen aanspraak op kunnen maken.

Uit de literatuur blijkt dat met name huisartsen, medisch specialisten en zorgverleners in de thuiszorg vaak geconfronteerd worden met claimend gedrag. Volgens onderzoek vormen onredelijke eisen van patiënten één van de drie belangrijkste oorzaken van burn-out onder huisartsen (Schaufeli, et al., 2001; Van der Jagt, 2003).

Als zodanig is claimend gedrag niet te verbieden. De zorgverlener hoeft echter niet toe te geven aan eisen van patiënten om per se een bepaald onderzoek, behandeling of geneesmiddel te krijgen. De hulpverlener is op grond van de WGBO gehouden aan de voor hem geldende professionele standaard; niet minder, maar zeker ook niet meer.

Afspraken nakomen

Een andere norm die zowel geldt voor burgers in het normale maatschappelijke verkeer als voor patiënten, is dat je op (tijd op) afspraken verschijnt. Soms kan een patiënt een afspraak niet nakomen als gevolg van het gezondheidsprobleem waarmee de patiënt kampt. Ook kan het andere oorzaken hebben. Zo kunnen afspraken eenzijdig zijn opgelegd. Patiënten hebben niet altijd invloed op datum of tijdstip van de afspraak. Regelmatig moeten patiënten lang wachten, soms tot uren na de af-

gesproken tijd. Maar in veel gevallen worden afspraken niet nagekomen als gevolg van nalatigheid.

Het niet nakomen van afspraken is een substantieel probleem. Van de 250.000 patiënten die in 2002 een poliklinische afspraak hadden verscheen veertien procent niet op de afspraak. Inefficiënt gebruik van schaarse middelen is het gevolg. En wanneer het structureel gebeurt, kan het ook de behandelrelatie schaden.

Patiënten die als gevolg van nalatigheid hun afspraak niet nakomen, kunnen rekenen op sancties. Sinds begin 2004 bestaat het zogenoemde 'no show tarief'. Zorgverleners kunnen aan patiënten die niet op een afspraak verschijnen een wegblijftarief van veertig euro in rekening brengen. De maatregel blijkt te werken: het percentage niet verschijnen is gedaald met veertig procent (van veertien procent in 2002 naar acht procent in 2004).

Voldoende mogelijkheden om naleving te bevorderen?

Patiënten moeten net als gewone burgers algemeen geldende omgangsvormen in acht nemen. Het huidige juridische kader en bestaande maatregelen zijn in beginsel afdoende om agressief gedrag van patiënten aan te pakken en patiënten aan te sporen hun afspraken na te komen. Het succes van invoering van het 'no show' tarief is daarvan een voorbeeld.

Om claimend gedrag tegen te gaan kan de zorgverlener zich beroepen op de professionele standaard. Een probleem is dat niet al het medisch handelen in standaarden is gevat. Hier ligt een duidelijke taak voor de zorgverleners. Het opstellen van protocollen en standaarden dient niet alleen als richtsnoer voor het professionele handelen, maar ook om reële verwachtingen te scheppen bij patiënten.

Er lijkt vooralsnog geen behoefte te bestaan aan andere (strengere) maatregelen of herziening van wettelijke bepalingen.

2.3 Zakelijke verplichtingen nakomen

In het algemeen geldt de norm dat de afnemer van diensten als tegenprestatie voor die diensten betaalt. Dat geldt in beginsel ook voor patiënten. Patiënten worden geacht te betalen voor de zorg die zij hebben gekregen. De WGBO vermeldt de betalingsplicht ook expliciet (art. 7:461 BW).

Door het verzekeringsstelsel heeft de betalingsplicht in de gezondheidszorg een bijzonder karakter: betaling geschiedt doorgaans niet rechtstreeks aan degene die de dienst verricht (de zorgverlener), maar aan de zorgverzekeraar in de vorm van premie. De zorgverzekeraar betaalt de zorgverlener voor de geleverde dienst(en).

Iedere Nederlandse ingezetene is op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) verplicht een zorgverzekering te sluiten met een verzekeraar naar eigen keuze. De premie bestaat uit een inkomensafhankelijk deel, dat door de belastingdienst wordt geïnd en uit een nominaal deel, dat door de verzekerde aan de zorgverzekeraar wordt betaald. Voor sommige behandelingen moet de verzekerde een eigen bijdrage betalen aan de zorgverzekeraar.

Een verzekering betekent ook een bijdrage aan een voor iedereen toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg. Wie zich niet verzekert, omdat hij de maandelijkse premie niet wil betalen, vertoont 'free rider' gedrag en ondergraaft daarmee de solidariteit van het zorgstelsel. De kosten in de zorg worden immers door alle premiebetalende verzekerden opgebracht.

Velen onttrekken zich aan de verzekeringsplicht. Volgens het CBS waren in juli 2006 ongeveer 182.000 mensen niet verzekerd tegen ziektekosten. In mei 2007 is dat aantal gestegen tot 241.000 (www.cbs.nl). Daarnaast zijn er mensen die wel verzekerd zijn, maar hun premie niet betalen. Het ministerie van VWS maakte eind 2006 melding van ongeveer 240.000 wanbetalers. In mei 2007 is het aantal onverzekerden plus het aantal verzekerden dat meer dan zes maanden geen premie heeft betaald (wanbetalers) geschat op ruim 420.000 mensen. Dat komt neer op zo'n 2,5 procent van de Nederlandse ingezetenen die verzekeringsplichtig zijn.

Betaling gaat ook mis of loopt vertraging op als patiënten bij het bezoek aan de zorgverlener hun verzekeringsgegevens niet bij zich hebben. Ook komt voor dat mensen die niet verzekerd zijn een verzekeringspasje van een ander overleggen (fraude). Dit doet zich vooral voor bij bezoeken aan de huisartsenposten en de spoedeisende hulp. Gevolg is dat de zorgverlener de kosten niet bij de zorgverzekeraar kan declareren of dat de zorgverzekeraar ten onrechte betaalt. In de meeste algemene ziekenhuizen ligt het percentage slechte debiteuren rond de één a twee procent. De hoogte van de post dubieuze debiteuren werd in 2006 in overleg tussen ziekenhuizen en de ziektekostenverzekeraars vastgesteld op circa 37 miljoen euro (Tweede Kamer, 2006–2007). Omdat dit slechts een deel van gezondheidszorg betreft zullen de totale kosten van niet inbare vorderingen beduidend hoger liggen.

Als een burger nalaat een zorgverzekeringsovereenkomst te sluiten dan kan hem een boete worden opgelegd (art. 96 ZVW). De boete bedraagt 130 procent van de premie voor de zorgverzekeringspolis die men sluit, te berekenen over de periode dat iemand niet verzekerd is geweest, met een maximum van vijf jaar. Eventuele kosten die betrokkene heeft gemaakt in die periode blijven voor eigen rekening.

Als een verzekerde zijn nominale premie niet betaalt, dan heeft de zorgverzekeraar het recht de verzekering te beëindigen (royement wegens wanbetaling). De wanbetaler kan zich dan bij een andere zorgverzekeraar aanmelden. Zorgverzekeraars hebben op grond van de Zorgverzekeringswet een acceptatieplicht. Om te voorkomen dat wanbetalers door royement onverzekerd worden of dat zij zich bij de ene na de andere verzekeraar verzekeren telkens met achterlating van een premieschuld, zijn hierover afspraken gemaakt tussen Zorgverzekeraars Nederland en de minister van VWS.

Eén van die afspraken houdt in dat wanbetalers hun recht verliezen om over te stappen naar een andere verzekeraar, als ze blijven weigeren hun premie te betalen. Verzekerden mogen pas veranderen van verzekeraar als alle rekeningen zijn betaald. Tijdens het eerste halfjaar van wanbetaling geldt het normale incassotraject. Als dat niets oplevert, wordt de wanbetaler onder een ‘verzwaard incassoregime’ van zijn verzekeraar geplaatst. Met deze aanpak blijven verzekerden bij premieachterstand volledig verzekerd en moeten zorgverzekeraars er alles aan doen om de betalingsachterstand van wanbetalers weg te werken. Dit betekent dat de wanbetaler op de hielen wordt gezeten door hem bijvoorbeeld vaker te bellen met het verzoek de premie te betalen, sneller een deurwaarder op hem af te sturen en extra incassokosten in rekening te brengen. Daarnaast bereidt de minister van VWS een wetswijziging voor om eerder beslag te kunnen leggen op het inkomen en de bezittingen van wanbetalers.

Fraude met verzekeringspasjes wordt sinds 1 januari 2006 tegengegaan door invoering van de identificatieplicht in de zorg. Wie na een ongeval of met spoed in een ziekenhuis wordt behandeld en geen legitimatiebewijs bij zich heeft, wordt uiteraard wel behandeld. In andere gevallen kan behandeling worden geweigerd. Daarnaast kan fraude met verzekeringspasjes leiden tot strafrechtelijke vervolging.

Voldoende mogelijkheden om naleving te bevorderen?

In beginsel zijn de maatregelen die thans kunnen worden ingezet of die in voorbereiding zijn toereikend. De opsporing van onverzekerden is nog wel een probleem, vooral zolang mensen geen beroep doen op zorg.

2.4 Meewerken aan de behandelrelatie en het behandelresultaat

De WGBO omschrijft summier wat van de patiënt wordt verwacht in de omgang met de zorgverlener: “De patiënt geeft de hulpverlener naar beste weten de inlichtingen en de medewerking die deze redelijkerwijs voor het uitvoeren van de overeenkomst behoeft” (Artikel 7: 452 BW). Deze wettelijke formulering laat veel ruimte, en kan verder worden uit-

gewerkt (zie Van der Wal, 2005). Hieronder wordt een aantal aspecten nader omschreven.

Informeren hulpverlener

Goede wederzijdse informatieoverdracht tussen arts en patiënt is essentieel voor het slagen van de behandeling. De WGBO omschrijft de eis van ‘informed consent’. Om te kunnen meebeslissen en toestemming te kunnen geven voor behandeling, moet de patiënt zo volledig mogelijk worden geïnformeerd over de diagnose, behandelmogelijkheden en eventuele complicaties. De behandelaar moet zich ervan vergewissen dat de patiënt de verstrekte informatie ook heeft begrepen.

De patiënt moet de zorgverlener van zijn kant zo compleet mogelijke informatie verstrekken. Hier kan een verband worden gelegd met patiëntveiligheid. Patiëntveiligheid is in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van zorgverleners en instellingen, maar de patiënt kan hier ook zelf aan bijdragen door eerlijke en volledige informatie te verstrekken over symptomen, ziektegeschiedenis, medicatiegebruik en voorgaande behandelingen.

Ook behoort een patiënt de arts te informeren over gedrag dat een behandelresultaat in de weg zou kunnen staan. Een IVF-behandeling bijvoorbeeld heeft aanzienlijk minder kans van slagen als een vrouw rookt (Van Dijk, 2007). Ten slotte moeten patiënten aangeven wanneer zij iets niet begrijpen en duidelijk maken waar zij vragen over hebben (Hurley, in: Cuyler & Newhouse, 2000).

Hoewel er soms begrijpelijke redenen zijn waarom patiënten informatie achterhouden (zie bijlage ‘hindernissen wegnemen’), houden patiënten soms ook met opzet informatie achter. Zij verzwijgen bijvoorbeeld eerdere IVF-behandelingen in de hoop een extra behandeling vergoed te kunnen krijgen. In een dergelijk geval wordt de behandelaar niet alleen relevante informatie onthouden, maar er is dan ook sprake van verzekeringsfraude.

Meedenken en meebeslissen

De kans op een goed behandelresultaat wordt verhoogd wanneer patiënten zelf meedenken en meebeslissen over hun behandeling of zorg. Eveneens van belang is het dat patiënten bij het uitstippelen van een behandeltraject hun eigen wensen kenbaar maken. Hulpverlener en patiënt komen dan tot een gezamenlijke besluitvorming (*shared decision making*). Dit geldt vooral voor chronisch zieken. Zij kunnen gaandeweg een steeds gelijkwaardiger partner worden in de behandelrelatie. Soms weet een chronische patiënt na jarenlange ervaring zelfs meer over de aandoening en behandelmogelijkheden dan de arts zelf. Zeker van chronische patiënten mag dan ook worden verwacht dat zij meedenken en meebeslissen over hun behandeling. Een dergelijke actieve opstelling is echter lang niet altijd de praktijk.

In het RVZ advies *De rollen verdeeld* (2000) wordt aangegeven welke competenties nodig zijn om te kunnen kiezen, beslissen en handelen: zelf verhaal kunnen doen, opkomen voor eigen rechten en deze desnoods opeisen en in staat zijn zich te verplaatsen in de situatie van iemand anders. Mensen verschillen echter sterk in de mate waarin zij over dergelijke competenties beschikken (De Vries et al, 2002). Patiënten variëren van mondige regisseurs tot stille volgers. Ook zijn genoemde handelingsvoorwaarden afhankelijk van sociale, economische en culturele hulpbronnen. Zaken die voor het overgrote deel buiten de beïnvloedingssfeer van de zorg liggen (zie ook bijlage 'hindernissen wegnemen').

Uit recent internationaal onderzoek (Coulter & Magee, 2003) blijkt dat 31 procent van de personen ouder dan 55 jaar en 25 procent van de mensen jonger dan 35 jaar de arts graag ziet als primaire beslisser. Een kleine meerderheid van alle respondenten wil echter het liefst een *shared-decision*-model (51 procent van het totaal).

Onderzoek in de huisartsenpraktijk laat zien dat gezamenlijke besluitvorming (shared decision making) in zestig procent van de consulten wordt uitgevoerd. Vooral hoogopgeleiden en mensen met psychosociale klachten stellen zich actief op bij de besluitvorming in de spreekkamer. Echter, in tachtig procent van de gevallen neemt de huisarts toch de uiteindelijke beslissing. Ander onderzoek toont dat patiënten zich vooral terughoudend opstellen bij besluitvorming over de behandeling (Harrington et al., 2004). Ze hebben vaak ook geen ervaring. Veel behandelingen worden bij hen immers slechts eenmalig uitgevoerd (Hurley, 2000; In: Cuyler & Newhouse).

Adviezen en instructie opvolgen

Therapietrouw

Een andere verwachting die je van patiënten mag hebben is dat zij hun behandeling naar beste weten en kunnen volgen en zich houden aan gemaakte afspraken. Dus: terapietrouw.

Er is veel onderzoek gedaan naar de oorzaken van gebrekkige terapietrouw (overzicht in NIVEL, 2004). Soms ook dragen factoren in de gezondheidszorg zelf bij aan voortijdig afbreken van behandeling (zie bijlage 'hindernissen wegnemen').

Slechte terapietrouw komt veelvuldig voor. In de Verenigde Staten blijkt echter dat slechts 51 procent van de patiënten met hoge bloeddruk zich houdt aan hen voorgeschreven behandeling. Ook bij andere chronische aandoeningen blijkt de terapietrouw rond de vijftig procent te liggen (Sabate, 2003).

Gegevens over terapietrouw in Nederland tonen dat vijftig tot zeventig procent van de chronische patiënten het gebruik van medicatie voor-

tijdig afbreekt (Herings, et al, 2002, in: NIVEL, 2004). Gebruikers van cholesterolverlagers en middelen tegen hoge bloeddruk zijn het meest therapietrouw, gebruikers van antidepressiva en inhalatiecorticosteroiden het minst. In de eerste groep breekt dertig tot veertig procent de behandeling af binnen de eerste 60 dagen van de behandeling; in de tweede groep neemt minder dan de helft zijn medicatie de voorgeschreven zes tot negen maanden.

Door dergelijk ondoelmatig gebruik van medicijnen blijven feitelijke effecten ver achter bij de optimaal haalbare effecten. Bovendien worden er vermijdbare kosten gemaakt (Schöffski, 2002 in: NIVEL, 2004). Het voortijdig afbreken van een behandeling kost de samenleving naar schatting 166 tot 302 miljoen euro per jaar.

Opvolgen van leefregels

Langdurig therapie volgen kan grote gevolgen hebben voor het dagelijkse leven van patiënten. Het kan zelfcontrole betekenen, zoals bij diabetes. Bijna altijd betekent het ook: leefregels volgen, oefeningen doen, afvallen, gezonder eten en stoppen met roken. Dat vraagt motivatie, zelfdiscipline en steun van de omgeving. Sommige mensen lukt dat goed. Maar vaak lukt het patiënten niet om de ingrijpende leefstijladviezen op te volgen. Soms is dat onvermogen. Maar ook kunnen mensen hun prioriteit leggen bij andere zaken dan het voorkomen van (verdere) gezondheidsschade. Welbevinden en medische gezondheid kunnen op gespannen voet met elkaar staan. Het citaat in onderstaand kader maakt dat duidelijk.

Deelnemende patiënten Hartslag Limburg

Meneer 1, 69 lang van 103 kilo.

Er is pas één dieet dat geholpen heeft en dat was op het Groene Kruis. Toen was ik gegaan naar 72 kilo, maar dat is niet te doen. Ik kon dat niet volhouden, ik werd er gestrest van, hypernervuus. Toen waren de kinderen nog in huis, die konden geen goed meer bij me doen, ik was echt gestrest. Van de honger zeg ik maar. Dan weeg je af, gestrest zijn, niet meer happy of normaal eten. Dan zeg ik: laat mij maar gewoon doen.

Bron: Worstelen met gezond leven, Horstman en Houtepen, 2005.

De WGBO geeft aan wat van een patiënt wordt verwacht ten aanzien van de behandelrelatie en het resultaat. Het gaat hier om niet-afdwingbare, morele verplichtingen (Van Wijmen in RVZ, 2005 en Legemaate, 2006). Wanneer patiënten zich niet houden aan de omschreven verantwoordelijkheden, bestaat op dit moment dan ook maar zeer beperkt ruimte voor maatregelen.

Zorgverleners kunnen patiënten waarschuwen en confronteren met de negatieve gevolgen van bijvoorbeeld slechte therapietrouw of het niet opvolgen van leefregels. Sommige zorgverleners doen dat ook, maar anderen zijn terughoudend om het gedrag van patiënten aan te kaarten.

Zij willen niet moraliseren en vrezen het mogelijk averechtse effect van de opgeheven vinger. Ook realiseren zij zich dat mensen welbevinden soms boven gezondheid stellen.

Soms worden patiënten door zorgverzekeraars aangezet tot het nemen van verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid door gewenst gedrag aan te moedigen. Enkele verzekeraars bieden bijvoorbeeld korting op fitness-programma's en geven vergoeding voor cursussen gewichtscontrole/afvallen of stoppen met roken/drinken. Deze stimulerende maatregelen worden steeds meer toegepast.

Een verdergaande maatregel bestaat uit het neerwaarts aanpassen van de inspanning van de zorgverlener. Indien een patiënt met diabetes bijvoorbeeld structureel niet in staat blijkt te zijn afspraken bij de oogarts, de pedicure en de huisarts na te komen, kan de zorgverlener voorstellen de patiënt minder vaak te controleren. In de praktijk gebeurt dit waarschijnlijk regelmatig. Op grond van de WGBO is de arts in beginsel gehouden zorg te verlenen conform de professionele standaard. Daarvan kan worden afgeweken als arts en patiënt daartoe gezamenlijk besluiten. Het bijstellen van het behandelplan is op dit moment dan ook alleen mogelijk met instemming van de patiënt zelf.

Een uiterste sanctie is het opzeggen van de behandelrelatie. Eerder kwam al naar voren dat de WGBO dit 'behoudens gewichtige redenen' niet toestaat. Er werd een voorbeeld genoemd waarbij de behandelrelatie werd opgezegd omdat een patiënt zich agressief gedroeg en een gevaar voor anderen vormde. Denkbaar is dat ook het niet meewerken aan de behandelrelatie en/of het behandelresultaat een voldoende zwaarwegend motief is om de behandelovereenkomst op te zeggen. De zorgverlener kan tot de conclusie komen de behandelovereenkomst niet langer voort te zetten als de patiënt zo weinig medewerking verleent dat elke therapeutische bemoeienis zinloos is (zie ook Legemaate, 2006, p. 15). Overigens geldt dat - als dit al voorkomt - beëindiging van de behandelingsovereenkomst met instemming van de patiënt gebeurt. Als de patiënt dit echter niet wil is het nog maar de vraag of de rechter de beëindiging rechtmatig acht. Er moet dan tenminste sprake zijn van een aperte weigering van de patiënt om mee te werken.

Daarnaast kleven aan de WGBO meer praktische haken en ogen voor het beëindigen van de behandelovereenkomst. Zeker wanneer het aanbod schaars is en de zorg noodzakelijk is, kan de zorgverlener die een behandelovereenkomst wil opzeggen gehouden zijn voor de patiënt een vervangend aanbod te zoeken. Bijvoorbeeld in het geval van de dialysepatiënt, die medepatiënten en personeel bedreigde. Het aantal dialyseplaatsen is beperkt; de patiënt kan zonder dialyse-behandeling niet (over)leven. De zorgverlener kan dan gehouden zijn voor de patiënt overplaatsing naar een ander dialysecentrum te regelen.

Een laatste beperking betreft de zorgverzekering. De zorgverlener heeft zich doorgaans contractueel verbonden aan de zorgverzekeraar om zorg te verlenen conform de voor hem geldende professionele standaard aan diens verzekerden met een naturapolis. De zorgverlener die een behandelingsovereenkomst opzegt, pleegt in wezen contractbreuk. Bij een restitutiepolis is dat anders. Bij een dergelijke polis koopt de patiënt immers zelf zorg in en is de arts dus niet gebonden aan een contract met de zorgverzekeraar. In het huidige zorgstelsel is het merendeel van de zorgpolissen een naturapolis.

Kortom, wanneer een patiënt niet meewerkt aan de behandelrelatie en het behandelresultaat stuit het opzeggen van de behandelrelatie op vele obstakels. Voor zover bekend grijpen hulpverleners in de praktijk dan ook zelden tot nooit naar deze maatregel.

Voldoende mogelijkheden om naleving te bevorderen?

Uit het voorgaande blijkt dat het huidige wettelijke kader beperkt ruimte biedt voor maatregelen. De WGBO beschermt de patiënt in hoge mate.

Dat lijkt niet een groot probleem voor zover het gaat over de plicht de hulpverlener te informeren. Hoewel harde cijfers hierover ontbreken, is het niet waarschijnlijk dat verzuim van deze plicht veel onnodige kosten veroorzaakt. Een goede zorgverlener verstaat de kunst van het afnemen van een anamnese, waarmee relevante informatie boven tafel komt. Het bewust achterhouden van informatie teneinde behandeling vergoed te krijgen komt vroeg of laat aan het licht in de administratie van de zorgverzekeraar.

Wat betreft het meedenken en meebeslissen over de behandeling ligt dit anders. Zelf meedenken en meebeslissen heeft vooral gunstig effect op het welbevinden van de patiënt en dus op de kwaliteit van leven. Daarnaast is het doorgaans zo dat een patiënt die actief participeert in de behandeling zich aan die behandeling committeert. En dat bevordert de therapietrouw. Hier ligt ook een taak voor de hulpverlener, die patiënten moet uitnodigen mee te denken en mee te beslissen. Het opstellen van zorgplannen, zoals gebruikelijk in onder meer de psychiatrie en revalidatie, kan daarbij behulpzaam zijn.

Het nagenoeg volledig ontbreken van maatregelen om het niet meewerken aan de behandeling aan te pakken vormt een groot probleem. De kosten daarvan zijn hoog en deze zullen toenemen. Naar verwachting ontwikkelt een toenemend deel van de bevolking in de toekomst aan gedrag gerelateerde ziekten als vaataandoeningen, diabetes, vetzucht en obesitas. Juist voor deze patiënten zijn meewerken aan de behandelrelatie en het opvolgen van behandeladviezen van groot belang voor een goed behandelresultaat. Hier is dan ook de grootste 'winst' te behalen.

2.5 Conclusies

De naleving van de verschillende verplichtingen dient niet alleen het individuele belang van de patiënt, maar ook een collectief belang: een betaalbare en voor een ieder toegankelijke gezondheidszorg. Dat geldt - zie onderstaand schema - in het bijzonder voor het voldoen aan de zakelijke verplichtingen en het meewerken aan de behandeling en het behandelresultaat.

Tabel 2.1 Goed patiëntschap

Verplichting/Gedraging	Individueel belang patiënt	Collectief belang
Algemene omgangsvormen in acht nemen		
Geen schade toebrengen aan hulpverlener(-srelatie) (geen agressie, niet claimen)	?	+
Afspraken nakomen	?	+
Voldoen aan zakelijke verplichtingen		
Betalen	+	++
Verzekeren	+	++
Meewerken aan behandelrelatie en –resultaat		
Informereren hulpverlener	++	+
Meedenken & meebeslissen	++	+
Adviezen en instructies opvolgen	++	++

Bron: RVZ, 2007.

Patiëntenplichten en verantwoordelijkheden worden nog onvoldoende nageleefd. Dat leidt tot sub-optimale zorguitkomsten voor de patiënt. Maar indirect schaadt het ook anderen. De middelen worden immers niet optimaal ingezet. Er gaat geld verloren. Geld dat aan zorg voor andere patiënten had kunnen worden besteed.

De huidige maatregelen om naleving te bevorderen zijn in beginsel toereikend als het gaat om de algemene omgangsvormen en de zakelijke verplichtingen. Hoewel ze nog niet tot het gewenste effect leiden, lijkt de oplossing te liggen in een stringenter toepassing van deze maatregelen. Wat betreft het meewerken aan de behandeling ontbreken die maatregelen nagenoeg. Dit is bijzonder, omdat juist het niet meewerken aan de behandeling veel onnodige kosten met zich meebrengt en de solidariteit dus het meeste onder druk zet.

De vraag is dan ook welke mogelijkheden denkbaar zijn om verantwoordelijkheid van patiënten te stimuleren, vooral het meewerken aan de behandeling en het behandelresultaat. Daarover meer in het volgende hoofdstuk.

3 Goed patiëntschap: van ondersteunen tot afdwingen

3.1 Inleiding

Er bestaan al wettelijke bepalingen en regels die patiënten ertoe aanzetten zich aan verantwoordelijkheden en plichten te houden. Ook vanuit de zorg worden daartoe al maatregelen getroffen. Dat is echter niet voldoende. Bestaande maatregelen moeten stringenter worden toegepast; nieuwe mogelijkheden moeten worden beproefd. Welke mogelijkheden zijn denkbaar om verantwoordelijkheid van patiënten te stimuleren? Of kan het verder gaan: kan goed patiëntschap worden afgedwongen?

In dit hoofdstuk wordt een selectie aan mogelijkheden aangedragen. Het merendeel daarvan is gericht op het bevorderen van het meewerken aan de behandeling.

De mogelijkheden variëren in zwaarte van overreding tot drang, met dwang als uiterste middel. De vraag die zich daarbij voordoet is of deze maatregelen te rechtvaardigen zijn. De Raad reikt daartoe in de volgende paragraaf eerst een toetsingskader aan.

Deze vraag is niet zozeer aan de orde voor zover het gaat om stimulerende maatregelen die louter positieve prikkels bevatten, zoals het belonen van 'goed gedrag'. Dat ligt anders naarmate meer overreding, drang of zelfs dwang in het geding zijn. De geselecteerde maatregelen bevinden zich daarom overwegend aan deze 'zwaardere' kant van het spectrum.

3.2 Toetsingskader voor aanvullende maatregelen

Centraal in de discussie over meer verantwoordelijkheid voor patiënten staat de vraag of een ingreep of maatregel om goed patiëntschap te stimuleren of zelfs af te dwingen is te rechtvaardigen. Om dat vast te kunnen stellen moeten de volgende vragen worden beantwoord:

Tabel 3.1

Toetsingskader mogelijke maatregelen	
1.	Heeft de maatregel positief effect? Dat wil zeggen: beweegt mensen er toe hun verantwoordelijkheid te nemen en hun gedrag te veranderen.
2.	Heeft de maatregel één of meerdere van de volgende negatieve effecten: <ul style="list-style-type: none">a) Schade aan de patiënt, diens gezondheid of anderen. Daarvan is sprake als de maatregel een te hoge drempel opwerpt en zo de toegankelijkheid van de zorg vermindert, te zeer inbreuk maakt op de privacy van de patiënt, of de onderlinge solidariteit aantast;b) Aantasting van het recht op zelfbeschikking van de patiënt;c) Verstoring van de arts-patiënt relatie. Dat is het geval wanneer de patiënt niet langer eerlijk en kwetsbaar kan zijn of wanneer de professionele autonomie in het gedrang komt.
Een maatregel is gerechtvaardigd indien deze (naar verwachting) positief effect heeft en geen of weinig negatieve effecten.	

Bron: RVZ, 2007.

Bovenstaande afwegingen samen vormen een toetsingskader dat kan worden ingezet om te bepalen in hoeverre maatregelen om te bewerkstelligen dat patiënten meer eigen verantwoordelijkheid nemen te rechtvaardigen zijn. In de komende paragraaf wordt het ingezet bij bespreking van een aantal mogelijke maatregelen. Het toetsingskader kan daarnaast dienst doen om verdere discussie over goed patiëntschap in goede banen te leiden.

3.3 Toetsing van mogelijke maatregelen

Wat kan worden gedaan om patiënten (meer) tot goed patiëntschap aan te zetten? Bij de voorbereiding van het signalement is de Raad op de volgende mogelijkheden gestuit.

Mogelijkheid 1

Een zorgverlener mag een patiënt naar huis terugsturen indien deze zijn medicatie en/of zijn verzekeringspapieren niet bij zich heeft (toegespitst op de huisartsenpost en de Spoedeisende Hulp, SEH).

Deze gegevens kunnen van belang zijn voor (het resultaat van) de behandeling zelf en de betaling daarvan. Het moeten achterhalen van deze gegevens brengt extra tijd en dus ook kosten met zich mee.

Overwegingen vanuit het toetsingskader

De maatregel kan ertoe leiden dat patiënten die papieren en/of medicijnen op een afspraak vergeten, de volgende keer wel meenemen. De zorgverlener hoeft dan geen moeite meer te doen informatie nadien te achterhalen. Dat bespaart tijd en kosten, die vervolgens ten goede kunnen komen aan zorg voor anderen. Dit pleit voor zo'n maatregel.

Een mogelijk alternatief, namelijk ervoor zorg te dragen dat de betreffende informatie door de huisartsenpost of SEH wordt verzorgd, bijvoorbeeld door middel van een computersysteem (EPD), is wellicht effectiever en klantvriendelijker. Dergelijke systemen zijn echter niet per definitie actueel. Bovendien zijn aan een dergelijk systeem kosten verbonden. Als deze kosten relatief laag zijn, ligt het voor de hand voor deze aanpak te kiezen. Maar naarmate die kosten hoger zijn, mag van een patiënt worden verwacht dat hij de kleine moeite neemt de benodigde informatie mee te nemen. Patiënten dienen dan uiteraard wel van deze verplichting op de hoogte te worden gesteld.

Er zijn geen aanwijzingen dat deze maatregel onevenredige negatieve effecten heeft. De toegankelijkheid van de zorg wordt niet verminderd. De patiënt wordt immers niet geweigerd, maar wordt verzocht de benodigde papieren en/of medicijnen thuis op te halen. Alleen in geval van spoedeisende hulp is het terugsturen van de patiënt niet te rechtvaardigen. Het is begrijpelijk en acceptabel als iemand in nood vergeet verzekeringspapieren mee te nemen. Doorslaggevend in dit geval is dat de gezondheid van de patiënt verder gevaar kan lopen als hij niet meteen geholpen wordt.

Er is geen reden te veronderstellen dat er gevolgen zijn voor het recht op zelfbeschikking. Wel is het mogelijk dat de patiënt niet accepteert dat hij terug naar huis wordt teruggestuurd, waardoor de arts-patiëntrelatie wordt verstoord. Daar staat tegenover dat de patiënt weinig respect toont voor de zorgverlener door een eenvoudige regel als het meenemen van papieren en medicijnen te negeren.

Mogelijkheid 2

Zorgverleners kunnen het behandelplan neerwaarts bijstellen indien een patiënt zich niet aan de behandelafspraken houdt.

De beperkte ruimte die er nu bestaat om het behandelplan neerwaarts bij te stellen *zonder instemming* van de patiënt zelf, zou kunnen worden verruimd als iemand zich structureel niet aan behandelafspraken houdt. Daarvoor zouden bijvoorbeeld zogenaamde ‘non compliance protocollen’ kunnen worden opgesteld die deel gaan uitmaken van de verzekeringspolis. Met een dergelijk protocol kan worden vermeden dat zorgverleners contractbreuk plegen met zorgverzekeraars wanneer zij de behandeling niet langer volgens normaal protocol aanbieden.

Als de patiënt behandelafspraken structureel niet nakomt, is de vraag allereerst of de patiënt dat niet wil of niet kan. Als hij dat werkelijk niet kan, bijvoorbeeld omdat er sprake is van hardnekkige verslaving, mag dat niet leiden tot sancties. De patiënt zou dan worden gestraft voor iets waar hij zelf geen vat op heeft. Maar als de patiënt wel verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid zou kunnen nemen, maar dat desondanks structureel niet doet? Mag de zorgverlener dan eenzijdig de behandelinspanningen bijstellen?

Overwegingen vanuit het toetsingkader

Een patiënt die structureel behandeladviezen negeert of medicijnen niet slikt, maakt kosten die anders hadden kunnen worden besteed. Bijvoorbeeld aan zorg voor andere patiënten. Er wordt, met andere woorden, zorg verspild. Met aanpassing van het behandelplan zou dat kunnen worden voorkomen. Hetzelfde geldt voor de dreiging van burn-out bij zorgverleners waarvan adviezen structureel worden genegeerd.

Heeft de maatregel onevenredige negatieve effecten? Het neerwaarts bijstellen van het behandelplan lijkt de gezondheid van de patiënt niet ten goede te komen. Hij krijgt immers niet de zorg aangeboden die in zijn geval optimaal zou zijn. Daar staat tegenover dat de bijgestelde doelen in deze situatie realistischer en voor de patiënt mogelijk wel haalbaar zijn. Een bijgesteld plan kan in deze situatie de therapietrouw dus ook juist verhogen. Wanneer het echter gaat om een levensbedreigende situatie of acute nood, moet een patiënt altijd onverkort worden geholpen.

Het recht op zelfbeschikking kan onder druk komen te staan. Een belangrijke reden voor de patiënt om gedrag niet te veranderen kan zijn dat hij een heel andere opvatting van gezondheid heeft. Gezondheid kan worden opgevat in medische zin. Voor de patiënt echter kan gezond zijn de betekenis hebben van welbevinden. Een voorbeeld hiervan zagen we in een eerder citaat. De man ervaart het ‘gezonde’ dieet dat hij kreeg opgelegd als een aantasting van zijn kwaliteit van leven. Wanneer een patiënt het recht op dergelijke afwegingen wordt ontnomen, betekent dat een forse inbreuk op zijn autonomie. Daar staat tegenover dat de patiënt de behandelrelatie te allen tijde kan beëindigen; hij heeft dus altijd een keuze.

Als een arts de behandelovereenkomst wil aanpassen zonder instemming van de patiënt, is de kans dat de vertrouwensrelatie wordt aangetast groot. Maar tegelijkertijd is de vertrouwensrelatie al in hoge mate uitgehold doordat een patiënt adviezen en instructies structureel aan zijn laars lapt. Het is denkbaar dat daarmee een voor de arts dusdanig onwerkbaar situatie ontstaat dat eenzijdig aanpassen van de behandelrelatie tot de mogelijkheden zou moeten behoren. Patiënten dienen hiervan dan uiteraard wel op de hoogte gesteld te worden.

Mogelijkheid 3

Zorgverleners mogen de behandelrelatie opzeggen als patiënten zich niet houden aan de algemene fatsoensnormen.

De WGBO biedt slechts in uiterste situaties mogelijkheid tot het opzeggen van de behandelrelatie. Verruiming van die mogelijkheid kan worden overwogen. Ook hier kan worden gedacht aan het opstellen van non-compliance of opzeg-protocollen.

Overwegingen vanuit het toetsingkader

Als de behandelovereenkomst wordt beëindigd omdat de patiënt algemeen geldende omgangsvormen niet in acht neemt wordt daarmee een krachtig signaal afgegeven van waar de grenzen van 'het toelaatbare' liggen. Dat werkt disciplinerend en kan zorgverspilling en (dreigende) burn out van zorgverleners voorkomen.

De maatregel kan gezondheidsschade voor de betreffende patiënt opleveren. Maar als het gedrag van een (toerekeningsvatbare) patiënt direct en reëel gevaar vormt voor de zorgverlener en/of andere patiënten, dan is de schade aan derden overduidelijk en weegt die op tegen mogelijke gezondheidsschade voor de patiënt zelf. De zorgplicht kan echter nooit geheel komen te vervallen. Als de patiënt in acute nood verkeert of zich in een levensbedreigende situatie bevindt moet altijd zorg worden verleend.

Het recht op zelfbeschikking wordt niet aangetast door de maatregel. Dat recht vindt zijn grens daar waar uitoefening ervan schade toebrengt aan anderen.

Het beëindigen van de behandelrelatie verstoort niet alleen de arts-patiëntrelatie, maar maakt daar zelfs een einde aan. Daar staat tegenover dat als gevolg van het onheuse gedrag van de patiënt überhaupt al geen sprake (meer) is van enige vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt.

Mogelijkheid 4

Zorgverleners mogen de behandelrelatie opzeggen als patiënten behandelafspraken niet nakomen.

Een patiënt die structureel behandeladviezen negeert of medicijnen niet slikt, maakt kosten die hadden kunnen worden voorkomen. De zorg had anders kunnen worden besteed. Door de behandelovereenkomst te beëindigen wordt aan verdere zorgverspilling een einde gemaakt. Hetzelfde geldt voor de dreiging van burn-out bij zorgverleners waarvan adviezen structureel worden genegeerd.

Het beëindigen van de behandelovereenkomst heeft echter forse negatieve effecten. Het zal de gezondheid van de patiënt zeker niet ten goede komen en zelfs meer schade toebrengen. De dreiging met beëindiging van de behandelovereenkomst houdt het risico in dat de patiënt informatie die van belang is voor de behandeling gaat achterhouden. Ook bestaat de kans dat de patiënt dreiging met het beëindigen van de overeenkomst ervaart als een aantasting van zijn autonomie, omdat deze de patiënt geen andere keuze laat dan behandeladviezen op te volgen. Wellicht zal de patiënt dat niet accepteren en daarom helemaal van verdere zorg (door een andere zorgverlener) afzien. Daarmee wordt niet alleen de toegankelijkheid van de zorg ondermijnd, maar ook kan het leiden tot gezondheidsschade voor de patiënt.

Als een arts de behandelovereenkomst wil beëindigen zonder instemming van de patiënt, wordt daarmee ook de vertrouwensrelatie abrupt afgebroken. Maar tegelijkertijd is de vertrouwensrelatie al in hoge mate uitgehouden doordat een patiënt adviezen en instructies structureel niet nakomt. Daarmee kan voor de arts een onwerkbaar situatie ontstaan. Maar dat betekent niet zonder meer dat hij als professioneel handelend beroepsbeoefenaar 'de handdoek in de ring mag gooien'.

Mogelijkheid 5

Om het kostenbewustzijn te verhogen is het zinvol dat zorgverzekeraars patiënten inzicht geven in de voor hen gemaakte kosten.

De zorgverzekeraar zou een jaarlijks overzicht kunnen sturen aan zijn verzekerden van de voor hem gemaakte kosten. Wanneer de patiënt zich niet of slecht aan gemaakte behandelafspraken heeft gehouden wordt deze geconfronteerd met de financiële middelen die verloren zijn gegaan. Er wordt een moreel appel op hem gedaan. Dit is dus een indirecte manier om goed patiëntschap te stimuleren. In de praktijk ontvangen sommige verzekerden al een dergelijk overzicht in het kader van de no claim regeling.

Overwegingen vanuit het toetsingkader

De maatregel bewerkstelligt mogelijk dat patiënten zorgvuldiger en meer verantwoord met zorg omgaan als zij weten hoe hoog de kosten daarvan zijn. Dat kan de samenleving als geheel ten goede komen. Het kan immers leiden tot minder zorgverspilling ofwel meer doelmatige besteding van de schaarse middelen in de zorg.

Patiënten met kosten confronteren heeft geen rechtstreeks negatief effect op de gezondheid van de patiënt. Wel bestaat het risico dat patiënten die zich wel aan afspraken en instructies houden, zich schuldig voelen over hoge zorgkosten. Zeker voor patiënten die zich volledig houden aan behandelafspraken, maar bij wie geen verbetering of zelfs verslechtering van hun gezondheidstoestand optreedt, kan confrontatie met gemaakte kosten een extra klap in het gezicht zijn. In het uiterste geval kan het zelfs averechts werken en zouden dergelijke patiënten kunnen afzien van verdere behandeling om de samenleving niet verder tot last te zijn. Uit de maatregel vloeien geen consequenties voort voor het recht op zelfbeschikking van de patiënt en voor de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt.

Mogelijkheid 6

Zorgverzekeraars belonen patiënten die hun leefstijl verbeteren.

Overwegingen vanuit het toetsingkader

Een rechtvaardiging voor een beloningstelsel kan liggen in het argument dat de maatregel preventief werkt. Mensen worden op die manier gestimu-

leerd iets te doen dat in hun eigen belang is, namelijk verantwoordelijkheid nemen voor de eigen gezondheid.

Een beloningssysteem kan een averechts effect hebben voor de patiënt zelf. Zal de patiënt eerlijk blijven of gaat hij strategisch gedrag vertonen om de beloning te krijgen en zaken verzwijgen? Achterhouden van relevante informatie kan het behandelresultaat negatief beïnvloeden en leiden tot gezondheidsschade. Ook kan het negatieve gevolgen hebben voor de arts-patiëntrelatie. De kans hierop is waarschijnlijk klein zolang het gaat om bescheiden beloningen.

Een andere overweging is of belonen ongewenste effecten heeft op de onderlinge solidariteit. Dat kan als de positieve effecten van belonen beperkt zijn. Dan is denkbaar dat mensen die toch al minder kans op complicaties hebben doordat zij hun gedrag aan hebben kunnen passen, daar nog eens extra van profiteren door de beloning. Zij onttrekken dan middelen aan het systeem waardoor andere mensen niet goed geholpen kunnen worden. Omdat niet vaststaat dat gedrag mensen altijd aan te rekenen is, kan dit tornen aan de onderlinge solidariteit.

Mogelijkheid 7

De mogelijkheden voor premiedifferentiatie moeten worden verruimd.

De volgende mogelijkheden tot premiedifferentiatie kunnen worden overwogen voor patiënten die behandeladviezen niet opvolgen:

- een verplicht hoger eigen risico;
- een (hogere) eigen bijdrage;
- een hogere premie.

Een hogere eigen bijdrage op medicijnen kan worden gevraagd aan bijvoorbeeld een patiënt met diabetes mellitus die zijn eetgewoonten niet aanpast of niet afvalt. Deze patiënt moet daardoor meer medicijnen gebruiken en maakt dus meer kosten dan nodig. Een ander voorbeeld is dat van een patiënt die weigert zelfcontroles te doen, waardoor hij regelmatig opgenomen moet worden in het ziekenhuis en zo vermijdbare kosten veroorzaakt. Mogelijk zou een dergelijke patiënt een hogere eigen bijdrage moeten betalen voor zijn opname of zou hij een hogere premie moeten betalen. Uiteraard is het praktisch gezien moeilijk vast te stellen of een patiënt behandeladviezen opvolgt. Maar stel dat dit probleem zou kunnen worden opgelost, welke argumenten rechtvaardigen een dergelijke maatregel dan?

Of financiële sancties bijdragen aan goed patiëntschap is discutabel. Geeft een dergelijke sanctie iemand een steuntje in de rug om bijvoorbeeld af te vallen of meer te bewegen of wordt iemand gestraft voor gedrag dat hij niet kan veranderen? Verslavingen blijken bij sommige mensen een simpele gewoonte te zijn, waar ze met goede hulp vanaf kunnen komen. Bij andere mensen is de verslaving 'hardwired' geworden en

hebben zich zenuwbanen gevormd. Zo iemand kan zijn gedrag nauwelijks meer veranderen en wordt door deze maatregel ook nog gestraft.

Wat betekent een hogere premie of eigen risico voor de toegankelijkheid van de zorg? Als de bedragen te hoog worden wordt de zorg minder toegankelijk voor de financieel minder bedeelden. Dat kan er toe leiden dat mensen afzien van zorg, terwijl ze die wel nodig hebben. Gezondheidschade is dan het gevolg.

Verzekerden worden er door middel van hogere premies toe aangezet hun leefstijl aan te passen. Maar drang gaat over in dwang als mensen zich de hogere premie simpelweg niet kunnen permitteren. Aantasting van het recht op zelfbeschikking kan het gevolg zijn.

En wat als mogelijk screening of controle worden uitgeoefend op de leefstijl van mensen wanneer zij een polis willen afsluiten? Hoever mag dat gaan? Er dreigt dan al gauw een inbreuk op de privacy van verzekerden.

Ook loopt de vertrouwensbasis van de arts-patiënt relatie mogelijk gevaar. Mogelijk zullen patiënten risicovol gedrag proberen te verbergen voor de arts uit vrees voor financiële consequenties. Dergelijke informatie kan van belang zijn bij het bepalen van de juiste behandeling.

En stel dat een zorgverlener inderdaad ontdekt dat een patiënt met een voor de gezondheid riskante leefstijl onjuist is verzekerd en de hogere premie of het verplichte eigen risico niet betaalt? De zorgverlener kan mogelijk klem komen te zitten tussen het beroepsgeheim en contractuele verplichtingen naar de zorgverzekeraar. Zowel de arts-patiënt relatie als de privacy van patiënten kan schade oplopen wanneer dergelijke dilemma's een rol gaan spelen in de spreekkamer.

Mogelijkheid 8

De overheid zou een (extra) belasting op ongezonde voedselproducten kunnen invoeren (vettax).

Een 'vettax' kan invloed hebben op het keuzegedrag van mensen, vergelijkbaar met de accijnsverhogingen op tabak en alcohol. Het kan betekenen dat zij duurdere, ongezonde voedselproducten gaan mijden en alternatieve, gezonde(re) producten gaan kopen. Daarmee kan de ontwikkeling of voortgang van aan overgewicht gerelateerde ziekten worden teruggedrongen. Het beroep op de gezondheidszorg neemt daarmee af.

Een extra belasting op ongezonde producten heeft geen negatieve effecten. Het schaadt de gezondheid niet; integendeel. De gezondheid kan er alleen maar op vooruitgaan. Behandelingen slaan ook beter aan.

De maatregel tast het zelfbeschikkingsrecht niet aan: mensen kunnen nog

altijd producten van eigen keuze aanschaffen; zij worden alleen ontmoedigd om ongezonde producten te kiezen.

De arts-patiëntrelatie tenslotte wordt op geen enkele wijze beïnvloed door deze maatregel.

4 Naar meer verantwoordelijkheid voor de patiënt

4.1 Aanzet tot discussie

Uit dit signalement blijkt dat het noodzakelijk is om discussie te voeren in de samenleving over meer eigen verantwoordelijkheid voor patiënten. Dit ten eerste om patiënten bewust te maken van hun verantwoordelijkheden. Ten tweede om zorgverleners te motiveren hun service, klantgerichtheid en vaardigheden te verbeteren. Maar vooral om de grenzen aan de (afdwingbaarheid van) eigen verantwoordelijkheid voor patiënten vast te stellen.

De vraag is of er behoefte is aan meer mogelijkheden om patiënten te stimuleren tot het nemen van verantwoordelijkheid.

Wat betreft algemene omgangsvormen zijn de ontwikkelingen in volle gang. Er worden al vele, vaak ook strenge maatregelen getroffen. Het huidige wettelijke en beleidsmatige kader lijkt dan ook te voldoen om patiënten aan te zetten tot een betere naleving van deze verantwoordelijkheden. Verbetering is op dit vlak met name te verwachten van verdere maatschappelijke acceptatie dat veronachtzaming van algemene omgangsvormen door patiënten niet acceptabel is. Daarbij is het van belang dat zorgverleners zich gelegitimeerd en gesteund voelen wanneer zij daarvoor maatregelen treffen.

Wat de zakelijke verplichtingen betreft zijn ferme maatregelen mogelijk. Wanbetalers die van de ene naar de andere zorgverzekeraar overstappen met achterlating van een premieschuld worden momenteel aangepakt. Inzet daarbij is een stringenter aanpak met behulp van een verzwaaard incassoregime. Verbetering is te behalen door sterker in te zetten op de opsporing van onverzekerden.

Ten aanzien van de verantwoordelijkheden die gelden in het kader van de behandelrelatie, tenslotte, geldt dat de huidige mogelijkheden tot het nemen van maatregelen beperkt zijn. De behoefte aan nieuwe of aanvullende maatregelen doet zich vooral hier voor.

De Raad heeft daartoe verschillende mogelijkheden aangedragen. De vraag die daarbij centraal staat is of deze mogelijke maatregelen te rechtvaardigen zijn. Er is een toetsingskader gepresenteerd, dat behulpzaam kan zijn bij het beantwoorden van die vraag.

4.2 Richtinggevende uitspraken

De Raad heeft een aantal mogelijke maatregelen getoetst aan het toetsingskader. Dat leidt tot de volgende bevindingen:

Tabel 4.1

	Mogelijke maatregel	Uitkomst toetsing
1	Patiënt terugsturen om verzekeringsgegevens en medicatie op te halen	gerechtvaardigd behoudens bij acute zorg
2	Neerwaarts bijstellen behandelplan bij niet nakomen behandelafspraken	gerechtvaardigd
3	Behandelrelatie opzeggen bij schending fatsoensnormen	gerechtvaardigd
4	Behandelrelatie opzeggen bij niet nakomen behandelafspraken	?
5	Jaarlijks overzicht gemaakte kosten	gerechtvaardigd
6	Financieel belonen goed gedrag	gerechtvaardigd
7	Hogere premie, eigen bijdrage, eigen risico bij niet nakomen behandelafspraken	?
8	Vettax	gerechtvaardigd

Bron: RVZ, 2007.

Op grond van deze bevindingen komt de Raad tot de volgende richtinggevende uitspraken:

Als het aan de Raad ligt moet de oplossing niet gezocht worden in het uitbreiden van juridische maatregelen, maar in het beter benutten van de huidige mogelijkheden, het aanspreken van patiënten op gedrag, maatschappelijke acceptatie en legitimering van het stellen van grenzen door zorgverleners en zorginstellingen, en het stimuleren van goed patiëntschap door positieve prikkels.

Hoewel er bezwaren bestaan tegen het verminderen van de inspanning van de zorgverlener wanneer een patiënt zich structureel niet aan behandelafspraken houdt, moet dit niet op voorhand worden afgewezen. Voorwaarde is wel dat dit nimmer mag leiden tot (totale) uitsluiting van zorg.

Maatregelen als financiële sancties in de zorgverzekering moeten van de hand worden gewezen en hebben waarschijnlijk meer negatieve dan positieve effecten. De onvermijdelijke inbreuk in de privé-sfeer die hiermee gepaard gaat is onwenselijk, in de zorg nog meer dan in andere delen van de samenleving. Hoewel dit type maatregelen de druk op de solidariteit verminderen (de vervuiler betaalt) leidt het waarschijnlijk niet tot gedragsverandering. Indien de overheid uit is op gedragsverandering, is meer te verwachten van directe financiële prikkels in de vorm van (extra) accijns op ongezonde producten (alcohol, sigaretten, fastfood).

Het goed functioneren van de gezondheidszorg is afhankelijk van goede instituten, goede zorgverleners én van goede patiënten. De weg waarlangs goed patiëntschap kan worden gestimuleerd loopt langs de inzet van directe prikkels voor gezond gedrag. Maar vooral moet worden ingezet op het versterken van het imago van de professional. Die moet de patiënt weer kunnen en durven aanspreken op diens verantwoordelijkheden, en dat vervolgens ook doen als dat nodig is (zie ook RVZ, Vertrouwen in de arts, 2007).

4.3. Hoe verder?

Discussie over de uitkomsten van de toetsing is nodig. Zoals ook uit verschillende bijeenkomsten met patiënten(organisaties), zorgaanbieders en zorgverzekeraars is gebleken, kan de weging verschillend uitpakken, afhankelijk van het gewicht dat de toetsers toekent aan de verschillende wegingsfactoren (zie bijlage 3).

De Raad nodigt daarom graag uit tot discussie en neemt het initiatief daartoe. Op 12 februari 2008, de dag waarop dit signalement verschijnt, gaat de RVZ in een aansluitend project met als werktitel 'Autonomie van de spreekkamer' op verzoek van de minister van VWS uitvoerig in debat met patiënten(organisaties), zorgverleners en andere betrokkenen.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg



Rien Meijerink,
voorzitter



Pieter Vos,
algemeen secretaris

Bijlagen

Bijlage 1

Adviesvoorbereiding

Adviesvoorbereiding vanuit de Raad

mw. prof. dr. I.D. de Beaufort tot 1 januari 2007
mw. J.M.G. Lanphen, huisarts vanaf 1 januari 2007
dhr. prof. dr. D.L. Willems

Adviesvoorbereiding door de ambtelijke projectgroep

mw. drs. M.G. Wats, arts MBA, projectleider tot 1 juni 2007
mw. mr. M.W. de Lint, projectleider vanaf 1 juni 2007
dhr. drs. J. van Hasselt
mw. dr. W.G.M. van der Kraan
mw. I.A. de Prieëlle, projectsecretaresse
mw. drs. M.J. Meulmeester, gedetacheerd

Bilaterale gesprekken

De Raad adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een signalement of advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners hebben zich niet aan het signalement gecommitteerd. Van hun inbreng is dankbaar gebruik gemaakt bij het opstellen van het signalement.

Debat

Tijdens het adviestraject is een tweetal debatten georganiseerd, één met zorgverleners, verzekeraars en patiënten, en één met (andere) experts. Aan deze bijeenkomsten namen deel:

RVZ-raadsleden

Mw. J.M.G. Lanphen, huisarts, lid RVZ en voorzitter
Mw. prof. dr. D.D.M. Braat, lid RVZ
Dhr. prof. dr. D.L. Willems, lid RVZ

Deelnemers debat met de zorgverleners, verzekeraars en patiënten, 4 juli 2007

Dhr. J. Broeren	VGZ-IZA-TRIAS
Dhr. J.J.W.H. Crasborn, arts	AGIS
Dhr. R.S. Gebel, huisarts	Huisartsenpraktijk Prelude
Dhr. J.J. Gillissen	Diabetesvereniging Nederland
Mw. P.J.M. van Gorp-Cloin	Nederlandse CVA-vereniging “Samen Verder”
Mw. P. Kortenhoeven	Reumapatiëntenbond
Dhr. H.R. Korsten	Flevoziekenhuis
Mw. drs. F.H. Stegehuis	Menzis
Dhr. F. Vogelzang	NPCF
Dhr. drs. P.J. van der Wees	KNGF

Dhr. dr. T. Wiersma
Dhr. E. van Wijck

Nederlands Huisartsen Genootschap
KNMG

Deelnemers debat met de experts, 9 juli 2007

Dhr. prof. mr. J.B.J.M. ten Berge	Universiteit van Utrecht
Dhr. drs. C.J. M. Breed	Raad voor het openbaar bestuur
Dhr. dr. G.J.M. van den Brink	Universiteit van Tilburg
Dhr. drs. P.A. Lankhorst	Raad voor het openbaar bestuur
Dhr. dr. mr. J. Legemaate	KNMG
Mw. A.L.E.C. van der Stoel	Raad voor het openbaar bestuur
Dhr. drs. C.J.N. Versteden	Raad voor het openbaar bestuur

De bevindingen van deze bijeenkomsten zijn verwerkt in de publicatie
Goed patiëntschap.

Bijlage 2

Hindernissen wegnemen

Verantwoordelijkheid mogelijk maken

Dit signalement richt zich op de vraag wat verwacht mag worden van de patiënten en wat kan worden gedaan om patiënten ertoe aan te zetten zich te houden aan de in hoofdstuk 2 onderscheiden verantwoordelijkheden. De mogelijkheid tot het nemen van verantwoordelijkheid door patiënten, kan soms echter worden bemoeilijkt door factoren waar de patiënt zelf weinig of geen vat op heeft. Deze bijlage bespreekt een aantal hindernissen die 'goed patiëntschap' in de weg kunnen staan en geeft daarbij aan hoe die kunnen worden weggenomen.

Goed patiëntschap vraagt inspanning van patiënten, maar ook zorgverleners, zorgorganisaties en patiëntenverenigingen kunnen daaraan bijdragen. Zij spelen om verschillende redenen een belangrijke rol bij het faciliteren van 'goed patiëntschap':

- Ten eerste is er tot nu toe nog maar betrekkelijk weinig maatschappelijke discussie gevoerd over de plichten en verantwoordelijkheden van patiënten. Er is daarom nog veel onduidelijkheid over wat die verantwoordelijkheden behelzen. Waar deze wel afgebakend zijn, zijn patiënten zich daar niet altijd van bewust. Net als dat bij emancipatie gebeurd is, vergt dit een proces van bewustwording. Patiëntenorganisaties, maar ook professionals en zorgorganisaties moeten een bijdrage aan deze ontwikkeling leveren.
- Een tweede reden is dat, zoals gezegd, een deel van de hindernissen door de professionals en de zorgorganisaties zelf wordt veroorzaakt. Zij zullen hun klantgerichtheid, service en vaardigheden dienen te verbeteren.
- Ten derde. Als een patiënt hoort dat hij een chronische ziekte heeft, is hij zich nog niet bewust van het belang van eigen verantwoordelijkheid voor de behandeling. Zorgverleners en zorgorganisaties zullen mensen dan moeten helpen om de sturing over hun eigen leven terug te krijgen en verantwoordelijkheid te nemen voor de veranderde situatie.

De komende paragrafen bespreken enkele obstakels die kunnen verhinderen dat patiënten verantwoordelijkheid nemen. Tevens wordt daarbij aangegeven hoe deze kunnen worden weggenomen.

Algemene fatsoensnormen

Welke oplossingen zijn mogelijk voor de problemen ten aanzien van patiënten die algemene fatsoensnormen niet in acht nemen?

Aanpak van agressie

Agressie door een patiënt is niet acceptabel. Agressie kan in sommige gevallen echter deel uitmaken van het ziektebeeld. Dat is patiënten niet aan te rekenen. Soms ook kan agressie bij patiënten ontstaan door bijvoorbeeld angst of paniek. Dit speelt bijvoorbeeld vooral bij lange wachttijden op de Spoedeisende hulp (SEH). Een goed voorbeeld van de aanpak van dit probleem is de inzet van een triageverpleegkundige, die de hulpvraag van patiënten vrijwel direct na binnenkomst beoordeelt. Hij kan mensen geruststellen en vertellen hoe lang ze nog moeten wachten.

Soms kunnen ook factoren binnen het systeem van de gezondheidszorg leiden tot agressie door patiënten, bijvoorbeeld wanneer zij zich onheus of onvriendelijk bejegend voelen. Ook aan de kant van professionals kan er immers iets misgaan in de omgang met patiënten. Een belangrijke interventie bij het voorkomen van agressie is dan ook het trainen van personeel in de omgang met agressie. Ook de inzet van bewakingspersoneel blijkt effectief. In het Medisch Centrum Haaglanden is daarmee de agressie van meerdere malen per dag gereduceerd tot een enkele keer per dag.

Het kan eveneens gaan om onvolkomendheden in de organisatie: het niet punctueel verlopen van afspraken, lange wachttijden en gebrekkige informatieverstrekking kan irritatie of agressie oproepen. Het probleem van agressie in spreekkamers en instellingen zou nader onderzocht moeten worden. Een multidisciplinaire benadering is daarvoor noodzakelijk (Morisson et al., 1998). Morrison et al. signaleren dat agressie richting de hulpverlener vaak veroorzaakt wordt door frustraties over de service van de instelling. Deze oorzaken worden makkelijk vergeten bij de aanpak van agressie.

Ten slotte is er in de maatschappij al geruime tijd sprake van verruwing. Ook dit kan doorwerken in de relatie tussen patiënt en zorgverlener. Zorgverleners en zorgorganisaties reageren op deze tendens naar meer agressie door vaker aangifte te doen. Maar zij zijn nog steeds erg terughoudend (20 procent van de artsen die geconfronteerd worden met agressie doen aangifte bij het ziekenhuis, slechts 8 procent bij de politie).

Als de organisatie aangifte doet dienen, patiënten daar van op de hoogte te worden gebracht, het is dan één van de huisregels van het ziekenhuis of de huisartsenpost. Dat werkt net als in winkels als een preventieve waarschuwing.

Managen van verwachtingen

Eén van de redenen voor claimend gedrag is, dat patiënten niet weten wat zij van de zorgverlener kunnen verwachten. De grote hoeveelheid informatie die via nieuwe en oude media voor patiënten beschikbaar

is, vergroot deze verwarring. Goede websites en patiëntenfolders (per aandoening) zorgen voor reële verwachtingen bij patiënten en geven zorgverleners een steun in de rug bij het omgaan met claimend gedrag.

Vergroten van klantvriendelijkheid

Zorgverleners en zorginstellingen dienen te streven naar een zo laag-drempelig en klantvriendelijk mogelijke benadering van patiënten, bijvoorbeeld waar het gaat om het maken van afspraken. Er is veel te winnen bij goede informatievoorziening en vriendelijke bejegening. De inzet van ICT is bij veel van deze verbeteringen onontbeerlijk. Hoewel dit in de praktijk niet altijd gemakkelijk uitvoerbaar is, bestaan er geslaagde voorbeelden:

- De gespecialiseerde poliklinieken waarbij patiënten in één dag of dagdeel onderzoeken voor de diagnose en een eventuele behandeling of controle worden gecombineerd (COPD-poli) worden door veel patiënten als klantvriendelijk en efficiënt ervaren. Op de polikliniek reumatologie van het Bronovo Ziekenhuis in Den Haag is een dergelijke aanpak gerealiseerd.
- In het Flevoziekenhuis in Almere is een mogelijkheid gecreëerd voor patiënten om zelf afspraken in te plannen. Het ziekenhuis en zijn klanten zijn enthousiast over deze faciliteit. Het aantal afgezegde afspraken is hierdoor sterk gereduceerd.

Ook e-mail contact tussen zorgverlener en patiënt zou de klantvriendelijkheid kunnen verhogen. Het kan geruststelling bieden en informatie-uitwisseling verbeteren. Het oogziekenhuis heeft hier al geruime tijd ervaring mee. Per maand bezoeken 2500 patiënten de website van het oogziekenhuis en worden 45 vragen gesteld. De Alysis Zorggroep biedt de mogelijkheid aan patiënten om per e-mail uitslagen toegestuurd te krijgen. Tot slot biedt het HagaZiekenhuis de patiënten de mogelijkheid om op website van het ziekenhuis na een consult de gegeven informatie, die specifiek gericht is op de persoonlijke situatie van de patiënt, nog eens na te lezen.

Meewerken aan de behandelrelatie en het behandelresultaat

Om goed te kunnen meewerken aan de behandelrelatie zijn competenties nodig (zie ook het RVZ rapport *De rollen verdeeld*, 2000).

Patiënten moeten in staat zijn zelf hun verhaal kunnen doen, op te komen voor hun rechten en deze desnoods opeisen. Ook is het van belang in staat te zijn zich te verplaatsen in de situatie van iemand anders. Maar deze handelingsvoorwaarden zijn niet alleen afhankelijk van de persoon. Ook sociale, economische en culturele hulpbronnen kunnen van invloed zijn. Zaken die voor het overgrote deel buiten de beïnvloedingsfeer van de zorg liggen.

Heel in het algemeen geldt bijvoorbeeld voor ouderen, mannen en personen met een lagere opleiding, dat zij vaker een passieve houding aannemen in de behandelrelatie. Dat geldt met name bij ernstige medische

problematiek en bij complexe beslissingen (Van Dulmen & Bensing, 2002). De aangestipte competenties kunnen ook ontbreken vanwege de aandoening waarvoor hulp nodig is. Van mensen die door hun stoornis of hun situatie (tijdelijk) geen structuur in hun leven kunnen aanbrengen, kan niet verwacht worden dat zij hun behandeling planmatig benaderen.

De schok van een ernstige diagnose, kan eveneens een verstorende factor zijn. Een gevoel van verslagenheid of zelfs wanhoop kan actief meebeslissen en meedenken in de weg staan.

Tot slot heeft niet elke patiënt behoefte aan meedenken en meebeslissen over de behandeling. Hoewel patiënten hiertoe steeds vaker worden aangespoord, zullen er groepen blijven, die daar niet op zitten te wachten.

Er zijn dus diverse oorzaken aan te duiden die goede medewerking aan de behandelrelatie en het behandelresultaat belemmeren. Zorgverleners en zorginstellingen kunnen daar op verschillende manieren iets aan doen. Deze paragraaf bespreekt een aantal mogelijkheden. Zo kan bijvoorbeeld de inzet van gespecialiseerde verpleegkundigen zinvol zijn. De RVZ is hier in zijn advies *Taakherschikking in de gezondheidszorg* (2003) uitgebreid op in gegaan. Ook een studie van het ministerie van VWS laat positieve effecten zien van inzet van ‘nurse practitioners’ op de kwaliteit van informatievoorziening, de organisatorische kwaliteit (wachttijden en meer tijd per patiënt) en kwaliteit van zorg (meer maatwerk en integrale zorg) (VWS, 2003).

Communicatie verbeteren

Uit onderzoek blijkt dat de informatie overdracht van hulpverlener aan patiënt soms te wensen overlaat. Patiënten bevinden zich vaak in een kwetsbare positie, waardoor door de behandelaar aangedragen informatie niet altijd volledig tot de patiënt doordringt. Uit onderzoek komt naar voren dat slechts 20 procent van de informatie in een consult door patiënten wordt opgenomen. Dat verschaft de patiënt een wankel basis om mee te beslissen over de behandeling.

Daarbij komt dat het stellen van vragen door patiënten aan zorgverleners maar een klein deel uitmaakt van de totale communicatie in de spreekkamer. Soms creëren zorgverleners te weinig ruimte voor patiënten om hun vragen te stellen (Helmchen, 1998).

Niet elke patiënt kan zich een voorstelling maken van de informatie die relevant is voor een diagnose of behandeling (Nauta, 2000) complete verwijzing? Schaamte of angst, bijvoorbeeld voor een gevreesde diagnose, kunnen daarbij een rol spelen. Vooral wanneer het ernstige aandoeningen betreft, kan de ‘sick role’ een bedreiging vormen voor het voortbestaan van andere sociale rollen. Gevolgen kunnen ingrijpend zijn voor relaties,

de positie op de arbeidsmarkt of voor bijvoorbeeld het afsluiten van een levensverzekering of hypotheek. Dergelijke vooruitzichten kunnen mensen terughoudend maken bij het verstrekken van informatie.

Om bovengenoemde problemen te voorkomen, is goede communicatie onontbeerlijk. Heldere communicatie komt zowel de relatie als het behandelresultaat ten goede. Dat kan niet genoeg benadrukt worden. De RVZ heeft hier in eerdere adviezen al veel over gezegd. Hieronder volgen enkele elementen.

Niemand kan meebeslissen en meedenken zonder dat hij goed geïnformeerd is en de tijd heeft om na te denken over de beslissing. De patiënt moet daarom voldoende informatie ontvangen. Patiënten moeten nadrukkelijk uitgenodigd worden om te overleggen met de zorgverlener (Harrington et al., 2004). Dit vergt vooral training van de zorgverlener. Simpele oplossingen als voorlichting voorafgaand aan het consult of vragenlijsten die patiënten vooraf invullen, kunnen hierbij goede diensten bewijzen.

Ook tijdens het consult speelt de zorgverlener een belangrijke rol. Hij weet immers welke informatie hij nodig heeft. De zorgverlener moet een veilige situatie creëren. Hij moet doorvragen, het belang van openheid benadrukken en aangeven dat (ver)oordelen niet aan de orde is.

Er zijn inmiddels meer dan tachtig modellen voor zogenoemd ‘shared decision making’. Het gebruik van deze modellen blijkt vooral de kennis bij patiënten over hun aandoening en behandeling sterk te vergroten. In de praktijk laten patiënten die beslissing toch nog vaak over aan hun arts, hoewel het merendeel zegt gezamenlijk besluitvorming te willen.

Er blijven mensen die, ondanks hulp en meer tijd, niet willen mee-beslissen of dat niet kunnen. De zorgverlener kan dan op verzoek van de patiënt beslissen. De patiënt moet weten dat deze beslissing hem niet ontslaat van de verantwoordelijkheid om geïnformeerd te blijven over de beslissingen die worden genomen en van zijn inzet bij de behandeling.

Therapietrouw verbeteren

Wat kan er gedaan worden om de therapietrouw te verbeteren? Behulpzaam daarbij is onderzoek waaruit naar voren komt wat therapietrouw bevordert en verhindert (NIVEL, 2004). Onderzoek (Svensson, S. et al., 2000) complete verwijzing? Laat bijvoorbeeld zien dat de belangrijkste redenen voor therapietrouw bij gebruikers van antihypertensiva zijn:

- 1 Vertrouwen in de arts.
- 2 Angst voor complicaties.
- 3 Behoefte om de ziekte onder controle te krijgen.

De belangrijkste redenen voor therapieontrouw bleken in deze studie:

- 1 Bijwerkingen.
- 2 Algemene afkeer van medicatiegebruik.
- 3 Geen klachten van de hypertensie.

De WHO stelt dat patiënten meer therapietrouw vertonen indien zorgverleners aandacht besteden aan het medicatiegebruik en de wensen en voorkeuren van patiënten. Ook is het belangrijk dat de patiënt de noodzaak inziet van het medicijngebruik en inzicht heeft in de schadelijke gevolgen van therapieontrouw.

Ook voorlichting aan patiënten helpt mogelijk de therapietrouw te verhogen. Een voorbeeld is bijvoorbeeld de brochure *De patiënt aan zet!* (NPCF, 2006), waarin wordt uitgelegd hoe patiënten het beste kunnen halen uit hun behandeling.

Effectief bij het verhogen van therapietrouw blijkt ten slotte praktische ondersteuning in de vorm van zelfmanagementprogramma's, doseringsboxen en het versimpelen van complexe behandelingschema's. Ook sms-berichten ter herinnering, feedback over het medicatiegebruik en educatieprogramma's werpen vruchten af.

Ondersteunen bij zelfzorg

De mogelijkheden van zelfzorg en bewaking op afstand zullen in de komende jaren meer verantwoordelijkheid leggen bij de patiënt. Monitoring van patiënten op afstand is een mogelijkheid om zo min mogelijk inbreuk te maken op hun zelfstandigheid. Een voorbeeld is het 'healthbuddy'-project in Heerlen. Een healthbuddy is een elektronisch systeem waarmee de patiënt thuis zijn of haar gezondheidstoestand kan bewaken. Het apparaat vereist dat de patiënt regelmatig contact opneemt met de zorgverlening.

Een ander voorbeeld van een manier om de patiënt meer eigenaar te laten van zijn gezondheidsprobleem is het 'risicopaspoort' dat door het Vaatcentrum van het UMC wordt verstrekt aan patiënten met hart- en vaatproblemen. In dit paspoort staan de risicofactoren voor hartfalen van een patiënt en het behandeladvies.

Bij zelfzorg kan vereenvoudiging van instrumenten de kans vergroten dat zij gebruikt worden. Bloedsuikermeters worden steeds eenvoudiger te bedienen.

Ondersteunen bij opvolgen van leefregels

Het opvolgen van leefregels, aanpassen van leefstijl en langdurig omgaan met een aandoening is voor veel patiënten een lastige opgave. Diverse mogelijkheden blijken succesvol om mensen te hierbij te ondersteunen.

In Nederland kennen wij inmiddels de zogenoemde grip-cursussen voor chronische patiënten. Deze programma's bieden uitgebreide ondersteuning en zijn zeer effectief en doelmatig. Dergelijke grip-cursussen worden echter (nog) niet vergoed door de zorgverzekeraar. Daar zou verandering in moeten komen. Onderzoek laat namelijk zien dat patiënten die hun eigen gezondheid kunnen managen, zich beter voelen, gezonder zijn en minder zorg gebruiken.

Een andere optie zou het zorgplan kunnen zijn. Het huidige zorgplan dat vooral door de zorgverlener wordt gebruikt kan voor patiënten met een aandoening die veel controles en leefregels met zich meebrengt als een soort overeenkomst tussen de patiënt en zijn zorgverlener worden gebruikt. Dat geeft zowel duidelijkheid over wat de patiënt van zijn zorgverlener kan verwachten als over wat de patiënt zelf moet doen. De afspraken zijn duidelijk en kunnen in overleg bijgesteld worden indien zaken onhaalbaar blijken.

Bij het grote preventieproject Hartslag Limburg zijn gezondheidsvoorlichters (GVO-ers) ingezet om mensen te ondersteunen bij het veranderen van hun gedrag. Vooral de inzet van deze voorlichters bij de begeleiding van mensen die een hartinfarct hebben gehad heeft geleid tot een significante reductie van bloeddruk en gewicht.

Een ander succesvol voorbeeld zijn de sporttrainingen onder begeleiding van een cardioloog en een sportdeskundige. Dit kan patiënten helpen hun zelfvertrouwen en de sturing over hun eigen leven terug te vinden.

Ook de mogelijkheden van het internet kunnen worden ingezet om patiënten te helpen omgaan met hun (chronische) aandoening. Zo ontwikkelt de NCPF momenteel (augustus 2007) een interactieve website voor kinderen met diabetes. De website moet ervoor zorgen dat kinderen met diabetes meer regie over hun leven krijgen. De website zal onder meer bestaan uit een game die het kind leert omgaan met zijn ziekte. Met behulp van het spel kan hij ook zijn dagelijkse conditie monitoren. Hierbij krijgt hij de hulp van een driedimensionale 'avatar' die hem als een buddy begeleidt. En omdat diabetes het hele gezin treft, is er ook informatie voor de ouders van het kind. Het systeem maakt deel uit van de reguliere communicatie tussen de behandelaar en het kind.

Waarschuwen

Ten slotte kunnen ook waarschuwingen helpen therapietrouw te bevorderen en gedrag te veranderen. Zorgverleners moeten patiënten wijzen op de risico's van hun gedrag voor hun gezondheid. Sommige artsen zijn daar heel duidelijk over, andere zorgverleners hebben daar echter moeite mee.

Deelnemende arts Hartslag Limburg

“Ik veroordeel patiënten niet, ik zeg alleen, je hebt een keer een hartinfarct gehad, kijk nou toch of je daar iets aan kan doen..... Ik probeer er een positieve slag uit te slaan.... Ik laat COPD-patiënten ook curven zien en zeg “als je nou stopt dan ga je zo verder en word je 75 zonder problemen. Ga je door met roken dan hang je volgens de statistiek bij vijftenzestig jaar aan de zuurstof”.

“Andere artsen zijn terughoudender. Zij zijn bang voor de averechtse effecten van moraliseren. Welzijn kan voor verschillende mensen iets anders betekenen. “Je voelt je gezond of niet en dat kan beïnvloed worden door een heleboel factoren..... We hebben ooit geleerd dat gezondheid is dat je fysiek, emotioneel en geestelijk en wat was het nog meer, sociaal, in evenwicht bent. Ik denk dat het daar een beetje op neer komt, een soort evenwicht dat kan voor mij anders liggen dan voor meneer a, b, of c”.

Bron: Worstelen met gezond leven, Horstman en Houtepen (2005)

Gedragscode voor patiënten

Om verantwoordelijkheid te kunnen nemen, is bewustwording van verantwoordelijkheden een eerste en cruciale stap. Om patiënten op de hoogte te stellen van wat er van ze verwacht wordt is daarom een gedragscode nodig. De code maakt duidelijk om welke verantwoordelijkheden het gaat en waarom die verantwoordelijkheden belangrijk zijn. Patiëntenorganisaties zijn hier al mee bezig.

De Schotse regering bracht in 2003 een consultatiedocument uit waarin een aantal plichten zijn gedefinieerd. De VS kent een ‘Bill of Rights and Responsibilities’. Dit document vervult echter meer een rol als een set ‘huisregels’ voor de ziekenhuizen en niet zo zeer een algemeen geaccepteerde gedragscode. Verder is er nauwelijks beleidsmatige aandacht voor patiëntenplichten al wordt in documenten van de WHO en de EU wel gesteld dat patiëntenrechten gekoppeld zijn aan plichten, maar die laatste worden niet geëxpliciteerd. Dat betekent ook dat er nog maar weinig bekend is over de effecten van gedragscodes. Nederland hoort dus tot de voorhoede.

Conclusie

Er zijn vele mogelijkheden om patiënten te ondersteunen bij het nemen van meer eigen verantwoordelijkheid. Niet alleen bewustwording bij patiënten, ook verbetering van de vaardigheden en service van de zorgverleners en de instellingen kunnen hindernissen wegnemen. Ook biedt nieuwe technologie mogelijkheden om patiënten beter te ondersteunen in het invullen van hun eigen rol bij de behandeling. Toch zullen niet alle patiënten bereid of in staat zijn hun verantwoordelijkheden te nemen. In hoeverre maatregelen in dergelijke gevallen mogelijk, gewenst en gerechtvaardigd zijn is onderwerp van hoofdstuk 4 van dit signalement.

Bijlage 3

Lijst van afkortingen

BOPZ	Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen
BW	Burgerlijk Wetboek
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CEG	Centrum voor Ethiek en Gezondheid
epd	elektronisch patiëntendossier
EU	Europese Unie
ivf	in-vitrofertilisatie
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NPCF	Nederlands Patiënten Consumenten Federatie
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SEH	Spoedeisende hulp
VS	Verenigde Staten
VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WGBO	Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst
WHO	World Health Organization
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage 4

Literatuur

Brink-Muinen, A. van den, et al. De betrokkenheid van patiënten bij het besluitvormingsproces. In: Brink-Muinen, A. van den, et al. Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Utrecht: NIVEL, 2004.

Brink-Muinen, A. van den en A.M. van Dulmen. Factoren gerelateerd aan farmacotherapietrouw van chronisch zieken. Utrecht: NIVEL, 2004.

Centrum voor Ethiek en Gezondheid. Signalering ethiek en gezondheid. Zoetermeer: CEG, 2003.

Centrum voor Ethiek en Gezondheid. Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten van en morele vragen bij prestatie-indicatoren. Zoetermeer: CEG, 2006.

Coulter, A. en H. Magee. The European Patient of the Future. Maidenhead: Open University Press, 2003.

Dijk, G. van. Roken of IVE, maar niet allebei. Medisch Contact, 62, 2007, no.18.

Dulmen, van A.M. and J.M. Bensing. Health promoting effects of the physician-patient encounter. Psychology, Health & Medicine, 7, no. 3, p. 289 – 300.

Hoeve, Y. ten, et al. Effecten van Nurse Practitioners op de organisatie en effectiviteit van zorg: Den Haag: VWS, 2003.

Friele, R.D., A. Albada en E. Sluijs. Patiënten over hun rechten in de gezondheidszorg. Een overzichtsstudie. Utrecht: NIVEL, 2007.

Harrington, J., L.M. Noble en S.P. Newman. Improving patients' communication with doctors: a systematic review of intervention studies. In: Patient education and Counseling, 2004, no. 52, p. 7-16.

Harris, J. Scientific research is a oral duty. Journal of Medical Ethics 2005, 31, p. 242-248.

Health care rights and responsibilities, a review of European Charter of patients' rights, Irish Patients' Association, April 2005. <http://www.dcu.ie/nursing/downloads/responsibilities.pdf>

Helmchen, H. Mutual patiënt-psychiatriest communication and the therapeutic contract. In: Comprehensive psychiatry, 1998, no. 1, pag. 5-10.

Horstman, K. en R. Houtepen. Worstelen met gezond leven, ethiek in de preventie van hart-en vaatziekten. Het Spinhuis, 2005.

Hurley, J. An overview of the normative economics of the health sector. In: Culyer en Newhouse: Handbook of Health Economics, 1A, 2000.

Jagt, E.J. van der. Eisend gedrag en agressie van zorgvragers. H.2 Rapport Signalering Ethiek en Gezondheid. Zoetermeer: CEG, 2003.

Kennedy, J. De dienende dokter. NRC Handelsblad 13 januari 2007.

Legemaate, J. Patiëntveiligheid en patiëntenrechten. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2006.

Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie. De patiënt aan zet. Utrecht: NPCF, 2006.

Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie. Uw rechten als patiënt. Utrecht: NPCF, 2007.

Morrison, J.L., J.D. Lantos en W. Levinson. Agression and violence directed toward physicians. In: JGIM, 1998, no. 13, p. 556-561.

Parsons, T. The Social System. London: Tavistock, 1952.

De patiënt denkt mee. Special Medisch Contact, april 2007.

Patient rights and responsibilities, a draft for consultation, Scottish executive, 2003.

Patients' rights in Europe: a citizens' report. Summary of meeting organised by Active citizenship net work and the European parliament Brussels, mart 2005.

Principles of patients' Rights and Responsibilities, National Health Council, education program putting patients first.
www.nationalhealthcouncil.org/initiatives/putting_patients.htm

Raad voor de volksgezondheid en Zorg. De rollen verdeelt. Zoetermeer: RVZ, 2000.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Naar een meer vraaggerichte zorg. Zoetermeer: RVZ, 1998.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg, Zoetermeer: RVZ, 2005.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Van patiënt tot klant. Zoetermeer: RVZ, 2003.

Sabate, E. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. World Health Organization, 2003.

Schaufeli, et al. Behandelstrategieën bij burn-out. Houten: Bohn Stafleu Van Loghem, 2000.

Tweede Kamer der Staten- Generaal. Brief van de minister van VWS d.d. 18 december 2006. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2006–2007, No. 29 689- 126.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Vaststelling begroting voor 2006. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2005-2006, No. 30 300 XVI, p.8

Wal, G. van der. Quality of care, patient safety, and the role of the patient. In: Gevers, J.K.M, et al. Health law, human rights and the bio-medicine convention. Leiden/Boston, Martinus Nijhoff, 2005, p. 81-91.

Wijmen, F.C.B. van. Goed patiëntschap als spiegelbeeld van verantwoorde zorg. Deventer: Kluwer, 1996.

www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/persberichten/archief/2007/2007-034-pb.htm

www.dcu.ie/nursing/downloads/responsibilities.pdf

[www.gezondheidsplein.nl/gp/gp.php?type=nieuwtje&id=461&titel=Ziek
enhuis_mag_agressieve_pati%EBnt_weren](http://www.gezondheidsplein.nl/gp/gp.php?type=nieuwtje&id=461&titel=Ziek%20enhuis_mag_agressieve_pati%EBnt_weren)

www.menzis.nl/web/show/id=89442/contentid=8702

www.minvws.nl/dossiers/zorgverzekering/

www.therapietrouw.nl

www.scotland.gov.uk/consultations/health/prrc-00.asp

www.veiligezorg.nl

www.veiligezorg.nl/09_nieuws/070608_persbericht.html

www.zorgdomein.nl

Overzicht publicaties RVZ

De adviezen zijn te bestellen en/of te downloaden op de website van de RVZ (www.rvz.net). Tevens kunt u de adviezen per mail aanvragen bij de RVZ (mail@rvz.net).

De publicaties van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid zijn te bestellen bij het CEG per mail info@ceg.nl

Adviezen en achtergrondstudies

- 08/02 Leven met een chronische aandoening (Acht portretten behorend bij het RVZ-advies Beter zonder AWBZ?)
- 08/01 Beter zonder AWBZ?
- 07/05 Werkprogramma 2008
- 06/08 Arbeidsmarkt en zorgvraag
- 06/07 Zicht op zinnige en duurzame zorg (achtergrondstudie bij het advies Zinnige en duurzame zorg)
- 06/06 Zinnige en duurzame zorg
- 06/04 Strategisch vastgoedbeheer in de zorgsector: economische en juridische aspecten (achtergrondstudie bij het advies Management van vastgoed in de zorgsector)
- 06/03 Dossier management van vastgoed in de zorgsector (achtergrondstudie bij het advies Management van vastgoed in de zorgsector)
- 06/02 Management van vastgoed in de zorgsector
- 06/01 Briefadvies Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg
- 05/15 Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief
- 05/14 De AWBZ internationaal bekeken: langdurige zorg in het buitenland (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)
- 05/13 Informele zorg: het aandeel van mantelzorgers en vrijwilligers in de langdurige zorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)
- 05/12 Achtergronden voor internationale vergelijkingen van langdurige zorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)
- 05/11 Blijvende zorg: economische aspecten van langdurige ouderenzorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)
- 05/07 Medische diagnose: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid)
- 05/06 Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid
- 05/05 Weten wat we doen: verspreiding van innovaties in de zorg (achtergrondstudie bij het advies Van weten naar doen)

05/04	Van weten naar doen
05/03	Briefadvies Standaardisering Elektronisch Patiënten Dossier
05/02	De WMO in internationaal perspectief (achtergrondstudie bij briefadvies WMO)
05/01	Briefadvies Wet Maatschappelijke Ondersteuning
04/09	De GHORdiaanse knoop doorgehakt (gezamenlijk advies met de Raad voor het openbaar bestuur)
04/08	Gepaste zorg
04/07	Met het oog op gepaste zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)
04/06	De invloed van de consument op het gebruik van zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)
04/04	De Staat van het Stelsel: achtergrondstudies
04/03	Verantwoordingsprocessen in de zorg op basis van de balanced scorecard (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)
04/02	Indicatoren in een zelfsturend systeem, prestatie-informatie voor systeem, toezicht, beleid en kwaliteit (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)
04/01E	The state of the system (Engelse vertaling van het advies De Staat van het stelsel)
04/01	De Staat van het Stelsel
03/15	Acute zorg (achtergrondstudie)
03/14	Acute zorg
03/13	Gemeente en zorg (achtergrondstudie)
03/12	Gemeente en zorg
03/10	Kiezen in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)
03/09	Marktconcentraties in de ziekenhuissector (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)
03/08	Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg
03/07	Internetgebruiker en kiezen van zorg (resultatenonderzoek bij het advies Van patiënt tot klant)
03/06	Zorgaanbod en cliëntenperspectief (achtergrondstudie bij het advies Van patiënt tot klant)
03/05	Van patiënt tot klant
03/04	Marktwerking in de medisch specialistische zorg: achtergrondstudies
03/03	Anticiperen op marktwerking (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)
03/02	Health Care Market Reforms & Academic Hospitals in international perspective (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)
03/01	Marktwerking in de medisch specialistische zorg

02/19	Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)
02/18	Juridische aspecten van taakherschikking (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)
02/17	Taakherschikking in de gezondheidszorg
02/15	Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies (achtergrondstudies en debatverslagen bij het advies Gezondheid en gedrag)
02/14	Gezondheid en gedrag
02/13	De biofarmaceutische industrie ontwikkelingen en gevolgen voor de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Bio-wetenschap en beleid)
02/12	Achtergrondstudie Biowetenschap en beleid
02/11	Biowetenschap en beleid
02/10	Want ik wil nog lang leven (achtergrondstudie bij Samenleven in de samenleving)
02/09	Samenleven in de samenleving (incl. achtergrondstudies NIZW, Bureau HHM op CD-ROM)
02/07	Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg (resultaten onderzoek bij E-health in zicht)
02/06	Inzicht in e-health (achtergrondstudie bij E-health in zicht)
02/05	E-health in zicht
02/04	Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)
02/03	Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)
02/02	'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)
02/01	Winst en gezondheidszorg
01/11	Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)
01/10	Volksgezondheid en zorg
01/09	Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)
01/08	Verzekerbaarheid van nieuwe gezondheidsrisico's (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)
01/07	Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren
01/05	Technologische innovatie in zorgsector (verkennde studie)
01/04E	Healthy without care
00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)
00/03	De rollen verdeeld

Bijzondere publicaties

- 07/07 Adviseren aan de overheid van de toekomst (verslag van de invitational conference, 22 mei 2007)
- Sig 07/01A Publieksversie signalement Uitstel van ouderschap: medisch of maatschappelijk probleem?
- 06/05 De AWBZ voldoet niet meer. Verslag van vier debatten met de zorgsector over het advies van de RVZ over de AWBZ
- 06/01E Tenable Solidarity in the Dutch Health Care System
- 05/13E Informal care: The contribution of carers and volunteers to long-term care
- 05/16 Adviseren aan de andere overheid (verslag van de invitational conference, 16 juni 2005)
- 05/10 Uw stem in de WMO (brochure bij het briefadvies Wet Maatschappelijke Ondersteuning (05/01) en het advies Gemeente en zorg (03/12))
- 05/09 Internetgebruiker en veranderingen in de zorg
- 05/08E The Dutch health care market: towards healthy competition (Engelse vertaling samenvattingen van de adviezen Winst en gezondheidszorg, Marktwerking in de medisch specialistische zorg en Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)
- 04/11 RVZ: sanus sine cure (rapport bij evaluatieverslag 2000-2004)
- 04/10 De RVZ in beweging (Evaluatierapport RVZ 2000-2004)
- 04/05 Tot de klant gericht (conclusies van de invitational conference Van patiënt tot klant)
- 03/11E The preferences of healthcare customers in Europe
- 03/11 De wensen van zorgcliënten in Europa
- 02/16 Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen
- 01M/02 Meer tijd en aandacht voor patiënten? Hoe een nieuwe taakverdeling kan helpen
- 01M/01E E-health in the United States
- 01M/01 E-health in de Verenigde Staten
- 01M/03 Publieksversie Verzekerd van zorg
- 01M/02 De RVZ over het zorgstelsel
- 01M/01 Management van beleidsadvisering
- 00/05 Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)

Signalementen met achtergrondstudies

- Sig 07/02 Goed patiëntschap
- Sig 07/01 Uitstel van ouderschap: medisch of maatschappelijk probleem?
- Sig 05/04 Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: essays en maatschappelijk debat (behoort bij briefadvies Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg (06/01) en bij Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: signalement (Sig 05/02).
- Sig 05/03 Risicosolidariteit en zorgkosten (achtergrondstudie bij Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg)

- Sig 05/02E Tenable Solidarity in the Dutch Health Care System
- Sig 05/02 Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: signalement
- Sig 05/01 Het preventieconcert: internationale vergelijking van
publieke gezondheid
- Sig 03/01 Exploderende zorguitgaven

Publicaties Centrum Ethiek en Gezondheid

- Signalering Ethiek en Gezondheid 2003
- Drang en informele dwang in de zorg (2003)
- Signalering Ethiek en Gezondheid 2004
- Signalering Ethiek en Gezondheid 2005
- Bundel achtergrondstudies Economisering van zorg en beroepsethiek
(2004)
- Mantelzorg...onbetaalbaar? Verslag van het debat gehouden in Utrecht,
26 februari 2004
- De vertwijfeling van de mantelmeeuw (2004)
- Achtergrondstudie Ethiek in de zorgopleidingen en zorginstellingen
(2005)
- Signalement Vertrouwen in verantwoorde zorg? (2006)
- Testen van bloeddonors op variant Creutzfeldt-Jakob? (2006)
- Over keuzevrijheid en kiesplicht (2006)
- Overwegingen bij het beëindigen van het leven van pasgeborenen. (2007)
- Formalisering van informele zorg (2007)
- Financiële stimulering van orgaandonatie (2007)

Publicaties Commissie Bestrijding Vrouwelijke Genitale Verminking

- De commissie is een ad hoc adviescommissie ingesteld door de minister van
VWS, ondersteund door het secretariaat van de RVZ.*
- VG 05/04 Vrouwelijke genitale verminking nader bekeken (achter-
grondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)
- VG 05/03 Bestrijding vrouwelijke genitale verminking: achtergrond-
studie (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke
genitale verminking)
- VG 05/02 Genitale verminking in juridisch perspectief (achtergrond-
studie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)
- VG 05/01 Bestrijding vrouwelijke genitale verminking

Werkprogramma's en jaarverslagen

- 07/05 Werkprogramma 2008
- 00/02 Werkprogramma RVZ 2001 – 2002
- 04/12 Jaarverslag 2002-2003 RVZ
- 02/08 Jaarverslag 2001 RVZ
- 01/06 Jaarverslag 2000 RVZ
- 00/01 Jaarverslag 1999 RVZ

