



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

Vertrouwen in de spreekkamer

Publiekversie

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 gezondheid. Daarover brengt hij strategische beleidsadviezen uit. Die schrijft hij vanuit het perspectief van de burger. Durf, visie en realiteitszin kenmerken zijn adviezen.

Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Voorzitter

Prof. drs. M.H. Meijerink

Leden

Mw. mr. A.M. van Blerck-Woerdman

Mr. H. Bosma

Mw. prof. dr. D.D.M. Braat

Prof. dr. W.N.J. Groot

Mw. J.M.G. Lanphen, huisarts (tot 1 januari 2008)

Prof. dr. J.P. Mackenbach

Mr. A.A. Westerlaken (tot 1 januari 2008)

Prof. dr. D.L. Willems

Algemeen secretaris

Drs. P. Vos



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

Vertrouwen in de spreekkamer

Bewerking van het advies Vertrouwen in de arts en het signalement Goed patiëntschap.

Den Haag, februari 2008

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: Roos Wouters

Druk: Quantas, Rijswijk

Uitgave: 2008

ISBN: 978-90-5732-1931

*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 08/01A*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Inleiding

De afgelopen jaren is de relatie tussen arts en patiënt sterk veranderd. De paternalistische geneesheer van weleer is niet meer. Maatschappelijke veranderingen, zorginhoudelijke ontwikkelingen en veranderingen in het zorgstelsel leggen steeds meer rechten én verantwoordelijkheden bij de patiënt en de arts vervult steeds vaker ook een meer ondersteunende en coachende rol richting de patiënt. Daarnaast zorgen deze ontwikkelingen er voor dat de arts rekening moet gaan houden met (zakelijke) belangen van zorginstellingen, verzekeraars en de maatschappij als geheel. Deze nieuwe verantwoordelijkheden en verplichtingen kunnen gevolgen hebben voor het handelen van de patiënt en de behandelaar en de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt. Om op een concrete en constructieve wijze invulling te geven aan de rollen en verantwoordelijkheden van artsen en patiënten is volgens de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) een breed maatschappelijk debat vereist.

Hoe moeten de verantwoordelijkheden van de behandelaar en de patiënt worden ingevuld om een effectieve en doelmatige behandelrelatie te bewerkstelligen?

In de spreekkamer komen de behandelaar en de patiënt samen en moeten ze in samenspraak uitvoering geven aan hun verantwoordelijkheden. Het signalement ‘Goed patiëntschap’ en het advies ‘Vertrouwen in de arts’, die hieronder worden besproken, laten zien dat de behandelrelatie en de spreekkamer, waar deze behandelrelatie zich afspeelt, een vertrouwelijke sfeer ademden. De ‘buitenwereld’ werd op een afstand gehouden. Dit verandert echter steeds meer. Financiële en maatschappelijke aspecten spelen een steeds grotere rol in de spreekkamer, enerzijds ingebracht via de behandelaar en anderzijds via de patiënt. De vraag is in hoeverre het voor publieke belangen noodzakelijk is dat de spreekkamer transparant wordt.

De RVZ wil de aanzet geven tot een maatschappelijk debat over de invulling van de rollen en verantwoordelijkheden van artsen en patiënten.

Vertrouwen in de Arts

Inleiding

Sinds de invoering van het nieuwe zorgstelsel zijn zakelijke belangen van zorginstellingen, verzekeraars en zorgverleners een steeds grotere rol gaan spelen in de gezondheidszorg. De introductie van gereguleerde marktwerking dwingt alle betrokkenen tot een scherpe afweging van kosten en baten. Ook artsen moeten steeds meer rekening houden met zakelijke belangen, zonder dat de individuele patiëntenzorg daar onder mag leiden. Maar is dat wel mogelijk?

Zijn de professionele verantwoordelijkheden van de arts binnen het nieuwe zorgstelsel wel in evenwicht te brengen met de maatschappelijke behoefte aan zinnige en zuinige zorg?

Om antwoord op deze vraag te geven bracht de RVZ in mei 2007 het advies *Vertrouwen in de arts* uit. Hierin komt naar voren dat het vertrouwen van de patiënt in zijn arts vooral is gebaseerd op zijn vakspecifieke kennis en kunde, zijn integriteit (het belang van de patiënt voorop te stellen) en zijn autonomie. Autonomie betekent hier dat de arts in de spreekkamer vrij en onafhankelijk het medische beleid bepaalt. Wil het vertrouwen van de patiënt in zijn arts bewaard blijven, dan moeten primair artsen, maar ook andere zorgprofessionals, zorgverzekeraars en overheid, maatregelen nemen om die professionele autonomie te behouden, zeker in het nieuwe zorgstelsel.

Ondanks het feit dat alle betrokkenen het belang van de vakinhoudelijke autonomie van de arts onderkennen, wordt die autonomie toch steeds verder ingeperkt en kan het vertrouwen in de arts op het spel komen te staan. In het volgende hoofdstuk wordt in kaart gebracht wat er volgens de RVZ nodig is om het vertrouwen in de arts te behouden.

De patiënt moet de arts kunnen vertrouwen

De patiënt moet erop kunnen vertrouwen, dat de dokter zijn kennis, vaardigheden en oordeelsvermogen inzet voor de bescherming en het herstel van de gezondheid van zijn patiënten. Dit is vooral belangrijk omdat de patiënt in zijn relatie met de arts kwetsbaar is. Die kwetsbaarheid wordt veroorzaakt door zijn ziekte, zijn afhankelijkheid van de kennis en kunde van de arts en door wat er op het spel staat: zijn gezondheid. De situatie waarin de patiënt zich bevindt maakt dat hij zich aan een dokter moet overgeven, zelfs als hij die

niet kent. Vertrouwen speelt daarom een cruciale rol in het functioneren van de arts. Medische professionaliteit wordt daarom ook wel gedefinieerd als het geheel van waarden, gedragingen en relaties waarop het vertrouwen in dokters is gebaseerd.

Maar kan de patiënt de arts nog wel vertrouwen?

Artsen moeten, méér dan in het verleden, belangen van individuele patiënten afwegen tegen andere belangen. Zij krijgen te maken met financiële, organisatorische en maatschappelijke belangen van instellingen en verzekeraars en met de afspraken die deze met elkaar maken. De financiële belangen zijn door de stelselwijziging toegenomen. Verzekeraars hebben financiële belangen bij de zorgverlening en ook ziekenhuizen en individuele artsen kunnen meer dan vroeger financieel belang krijgen bij bepaalde behandelingen of bij het voorschrijven van bepaalde geneesmiddelen. Zo kunnen huisartsen door de zorgverzekeraars financieel worden beloond wanneer zij geneesmiddelen 'rationeel voorschrijven'. De arts ontvangt dan een financiële vergoeding als hij het goedkoopste middel voorschrijft. De vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt kan hierdoor op het spel komen te staan.

De arts is van goede wil

Uit een enquête onder artsen blijkt dat bij een meerderheid van de ondervraagden de patiënt nog steeds op de eerste plaats staat. Deze meerderheid omschrijft geneeskunde als een beroep waarin de arts zijn kennis, vaardigheden en beoordelingsvermogen gebruikt voor de bescherming en het herstel van de gezondheid van zijn patiënten. Op basis van de medische situatie van de patiënt, wil de arts een onafhankelijke beslissing over de behandeling kunnen nemen. Deze beslissing mag niet worden beïnvloed door financiële belangen van de verzekeraar, het management of het ziekenhuis. Om de patiënt tegen de invloed van de verzekeraar en het ziekenhuismanagement te kunnen beschermen acht de arts professionele autonomie in de spreekkamer noodzakelijk.

Maar hoe autonoom is de arts nog?

In de Westerse wereld proberen regeringen en verzekeringsmaatschappijen de kosten van de gezondheidszorg onder controle te krijgen door zich te concentreren op noodzakelijke, effectieve en doelmatig georganiseerde zorg. Hierdoor krijgen artsen te maken met een toenemend gebruik van richtlijnen, protocollen, beoordelingen en toezicht, wat zij vaak ervaren als een uitholling van hun professionele autonomie. Al zijn deze beperkingen

meestal gerechtvaardigd, toch vertrouwt de patiënt zijn gezondheid uiteindelijk aan de arts toe en niet aan de ziekenhuisdirecteur, de zorgverzekeraar of de beleidsambtenaar. De patiënt vertrouwt op de professionele autonomie van de arts.

Er is op dit moment nog geen bewijs dat verzekeraars, overheid of instellingen de professionele autonomie van artsen ontoelaatbaar beperken. Wel zijn er aanwijzingen dat zij steeds meer randvoorwaarden stellen aan de behandelingsvrijheid van de arts en de autonomie in de spreekkamer inkaderen. De invloed van het bestuur en management van ziekenhuizen groeit bijvoorbeeld doordat zij voorwaarden stellen aan het gebruik van medische middelen en medicijnen. Dure genees- en hulpmiddelen worden minder toegepast, omdat twintig procent daarvan door het ziekenhuis zelf betaald moet worden. Het management kan de arts dwingen over te gaan tot een goedkopere behandeling, terwijl de arts juist de duurdere behandeling had voorgeschreven. Ook externe instanties, zoals de zorgverzekeraars stellen steeds meer randvoorwaarden aan de behandelrelatie. Deze zijn vaak door doelmatigheid ingegeven. Zo moet de patiënt de zorgverzekeraar voor sommige behandelingen vooraf om toestemming vragen. De verzekeraar kan, tegen het oordeel van de arts in, besluiten om geen toestemming voor de behandeling te geven of uitsluitend toestemming te verlenen voor een andere - goedkopere - behandeling. Naar verwachting zal de invloed van zorgverzekeraars op de behandelingsvrijheid van de arts alleen maar toenemen.

Hoewel er formeel gezien voldoende (rechts)mogelijkheden zijn om te toetsen of er inbreuk op de behandelingsvrijheid van artsen wordt gemaakt, hangt het voornamelijk af van de alertheid en assertiviteit van artsen en patiënten of die toetsing ook daadwerkelijk plaatsvindt. Dit houdt een risico in, zeker omdat de ervaringen met het nieuwe stelsel nog pril zijn en het te verwachten is dat de voortschrijdende concurrentie op premies en prijzen de verzekeraars en instellingen ertoe aanzet de grenzen van het toelaatbare op te zoeken. Het nieuwe stelsel schept dus naast kansen voor meer kwaliteit en doelmatigheid ook een reëel risico dat de integriteit en de vakinhoudelijke autonomie op het spel komen te staan.

Wat is er nodig om integriteit en vakinhoudelijke autonomie te beschermen?

Instellingen, zorgverzekeraars en overheid moeten de vakinhoudelijke autonomie zoveel mogelijk waarborgen om het vertrouwen van de patiënt in de arts te behouden, maar de arts moet het vertrouwen ook verdienen. Ook al erkennen instellingsdirecties en zorgverzekeraars het belang van vakinhoudelijke

autonomie en lijken ze die in de spreekkamer te willen respecteren, in een krachtenveld van economische belangen kan niet uitsluitend op de goede bedoelingen en de integriteit van de arts worden vertrouwd.

Het handelen van de arts moet daarom beveiligd en gewaarborgd worden tegen onaanvaardbare druk en verleidelijke prikkels. Dit allereerst door de beroepsgroep zelf. Zij kan het nodige doen aan het vertrouwen in artsen: zoals een integriteitscode opstellen, belangenbehartiging scheiden van kwaliteitsbevordering, kwaliteit zichtbaar maken, niet goed functionerende artsen tijdig corrigeren en beter samenwerken met andere professionals.

Een integriteitscode zou duidelijk kunnen maken hoe artsen om moeten gaan met financiële prikkels en met bijzondere beloningen van bijvoorbeeld verzekeraars en farmaceutische bedrijven. In deze code zou ook duidelijk moeten staan wat onder integriteit en vakinhoudelijke autonomie moet worden verstaan. De beroepsgroep moet ook zorgen voor een goede naleving van haar eigen richtlijnen en standaarden. Over taken en verantwoordelijkheden moeten schriftelijke afspraken worden gemaakt, die voor patiënten zijn in te zien en te controleren. Patiënten, verzekeraars en ziekenhuizen willen zicht krijgen in de kwaliteit van artsen. Functioneringsgesprekken zouden dan ook niet vrijblijvend moeten zijn, maar consequenties krijgen, zowel in positieve als negatieve zin. Verder zouden artsen organisatorisch een scheiding moeten maken tussen de behartiging van de inhoud van het vak en de behartiging van de belangen van de beroepsgroep.

Anderen moeten het vertrouwen in de arts waarborgen

Het is niet alleen een verantwoordelijkheid van de beroepsgroep zelf om het vertrouwen in de arts te waarborgen. De overheid en de andere partijen - verzekeraars, instellingen en patiëntenorganisaties - kunnen ook het nodige doen. Zij kunnen bijvoorbeeld mee werken aan het opstellen van richtlijnen en standaarden en ervoor zorgen dat alles wat conform richtlijnen en standaarden wordt gedaan, ook door de verzekeraar wordt vergoed. In het bijzonder geldt dit voor dure genees- en hulpmiddelen. De RVZ is voorstander van strikte afspraken over hun toepassing, maar ook - in tegenstelling tot de bestaande regeling - van een kostendekkende vergoeding. Daardoor kan worden voorkomen dat het geneesmiddelenbeleid per ziekenhuis verschilt. Ook zou er een meldpunt bij de Inspectie Gezondheidszorg ingesteld kunnen worden, waarbij artsen anoniem beperkingen van hun vakinhoudelijke autonomie kunnen melden.

Met al deze maatregelen wordt de kwaliteit van de individuele beroepsuitoefening niet meer vrijblijvend beoordeeld. Het toegenomen risico dat het medisch handwerk in feite wordt aangestuurd door anderen dan de professionals die ervoor zijn opgeleid en gekwalificeerd, wordt misschien niet tot nul gereduceerd, maar wordt op deze manier wel beheersbaar gehouden en beperkt. Het vertrouwen van de patiënt in de arts kan zo worden behouden.

- **Vakinhoudelijke autonomie komt door de stelselwijziging onder druk te staan, terwijl vooral daar het vertrouwen van de patiënt in de arts op gebaseerd is.**
- **Vertrouwen is van groot belang maar niet vanzelfsprekend, het moet worden verdiend**
- **Artsen en andere zorgprofessionals zullen maatregelen moeten nemen om het vertrouwen in hun beroep te behouden. Bijvoorbeeld door de ontwikkeling van richtlijnen en standaarden en toe te zien op de naleving ervan. Door toezicht te houden op de kwaliteit van de individuele beroepsuitoefening en zo nodig maatregelen te nemen. Prestatiegegevens beschikbaar stellen en samenwerking te bevorderen.**
- **Overheid en andere partijen - verzekeraars, instellingen en patiëntenorganisaties moeten het vertrouwen in de arts beschermen en respecteren.**

Goed patiëntschap

Inleiding

Maatschappelijke veranderingen, zorginhoudelijke ontwikkelingen en wijzigingen in het zorgstelsel hebben niet alleen effect op het handelen van de arts maar ook op dat van de patiënt. Wordt de vakinhoudelijke autonomie van de arts steeds verder ingeperkt, de patiënt krijgt steeds meer verantwoordelijkheden.

Dat is lang anders geweest. De afgelopen jaren zijn vooral de patiëntenrechten verankerd in wettelijke regelingen. Dit weerspiegelt de wijze waarop er lange tijd tegen ziekte en ziek-zijn is aangekeken: De patiënt heeft recht op verzorging en wordt niet verantwoordelijk gesteld voor zijn ziekte of gezondheid. Wel moet hij zich, waar mogelijk, inspannen om 'beter' te worden door mee te werken aan het proces van herstel. In tegenstelling tot de rechten van de patiënt zijn de plichten niet omgezet in wet- en regelgeving. De patiënt wordt er in de praktijk ook niet of nauwelijks op aangesproken.

Tijden veranderen. De kosten van de gezondheidszorg stijgen snel. Wil een collectief systeem betaalbaar en dus in stand kunnen blijven, dan moet iedereen daar zijn steentje aan bijdragen, ook patiënten. Van patiënten mag worden verwacht dat zij verantwoord omgaan met gezondheid en met de gezondheidszorg. Bovendien is de moderne patiënt in toenemende mate niet langer enkel een leek die zich gewillig schikt naar de behandelbesluiten van de arts. De huidige patiënt is mondig en wil zelf ook meebeslissen. Ook zorginhoudelijke ontwikkelingen, zoals tele-geneeskunde, eisen een meer actieve inbreng van de patiënt. Daarmee worden de patiënten mede verantwoordelijk voor een goede relatie en een zo goed mogelijk behandelresultaat. Kortom, nieuwe tijden vragen om 'goed patiëntschap'. Maar wat is dat precies en hoe moet dat in de praktijk gestalte krijgen?

Wat is goed patiëntschap; wat mag een patiënt worden aangerekend en wat niet? Welke consequenties mag dat hebben zonder de kwetsbaarheid van patiënten en de toegankelijkheid van de zorg uit het oog te verliezen?

Omdat de RVZ de tijd rijp vindt om het debat hierover te voeren is in 2008 het signalement Goed patiëntschap uitgebracht. In het volgende hoofdstuk volgt een weergave van de belangrijkste aspecten uit dit signalement.

Op naar meer verantwoordelijkheid voor de patiënt

De laatste decennia is er terecht veel aandacht besteed aan de rechten van patiënten. Over de keerzijde daarvan, verantwoordelijkheden en verplichtingen van patiënten, wordt nauwelijks gesproken. Zorginhoudelijke ontwikkelingen vragen om een actieve inbreng van patiënten en ook wijzigingen in het zorgstelsel leggen meer verantwoordelijkheden bij de patiënt. Door de stijgende kosten van de gezondheidszorg groeit het belang doelmatig en efficiënt gebruik te maken van de gezondheidszorg. Van patiënten mag worden verwacht dat ze zich houden aan algemeen geldende omgangsvormen, dat ze als verzekerden hun zakelijke verplichtingen nakomen en dat ze meewerken aan de behandeling. 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.

Moeten de bestaande regels strenger worden toegepast of is er behoefte aan nieuwe maatregelen om de patiënt te stimuleren, dan wel te dwingen zijn verantwoordelijkheid te nemen? Deze vragen zijn aan de orde gesteld in het signalement 'Goed patiëntschap' en daarbij is een onderscheid gemaakt naar drie vormen van verantwoordelijkheden:

Algemeen geldende omgangsvormen

De patiënt moet, net als andere burgers, algemeen geldende omgangsvormen in acht nemen. Hij dient zorgverleners met respect te behandelen, dat wil zeggen zich niet agressief gedragen, geen onredelijke eisen stellen en op tijd op afspraken verschijnen.

Zakelijke verplichtingen

Patiënten moeten hun zakelijke verplichtingen na komen. In Nederland is iedereen verplicht zich te verzekeren tegen ziektekosten, en de bijbehorende premie en eventuele eigen bijdragen op tijd te betalen.

Meewerken aan behandeling

Er mag van patiënten worden verwacht dat zij actief meewerken aan de behandeling, dat wil zeggen de hulpverlener zo goed mogelijk informeren, meedenken en meebeslissen over de behandeling, instructies en adviezen opvolgen en leefregels in acht nemen.

Is er behoefte aan nieuwe maatregelen?

Wat de eerste twee categorieën verplichtingen betreft lijkt er nauwelijks behoefte aan nieuwe maatregelen te bestaan. Er kunnen en worden al verschillende maatregelen genomen om de naleving ervan te bevorderen en deze zijn ook nauwelijks omstreden. Zo werken zorginstellingen met gele en rode kaarten om agressieve of claimende patiënten tot de orde te roepen. Ook is het 'no show' tarief ingevoerd voor patiënten die zonder geldige reden niet op afspraken verschijnen en worden er 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 RVZ heeft een aantal mogelijke maatregelen om hier verandering in te brengen tegen het licht gehouden met behulp van 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?

Mogelijke nieuwe maatregelen

De RVZ zoekt niet naar nieuwe juridische maatregelen voor het mee werken aan de behandelrelatie, maar verwacht meer van het beter benutten van de huidige mogelijkheden en het aanspreken van patiënten op hun gedrag. Zo zou de maatschappelijke acceptatie van het stellen van grenzen door zorgverleners en zorginstellingen bevorderd kunnen worden en goed patiëntschap door positieve prikkels gestimuleerd kunnen worden.

Terug sturen van patiënt

Tot zulke mogelijke maatregelen hoort, behalve wanneer acute zorgverlening nodig is, het terugsturen van patiënten die hun medicatie en/of hun verzekeringsbewijs niet bij zich hebben wanneer zij de Spoedeisende hulp of de huisartsenpost bezoeken. Zekerheid over actueel medicatiegebruik is namelijk noodzakelijk voor een goede behandeling. Daarnaast hoeft de zorgverlener dan geen moeite te doen om deze informatie te achterhalen en de patiënt weet waar hij de volgende keer aan toe is.

Neerwaarts bijstellen behandeldoel of opzeggen van behandelrelatie

Als de patiënt verantwoordelijkheid zou kunnen nemen voor de eigen gezondheid maar behandelafspraken niet nakomt, dan zou het eenzijdig aanpassen van de behandelafspraken tot de mogelijkheden moeten behoren. Hierbij moet bijvoorbeeld gedacht worden aan het bijstellen van de frequentie van de controle van een patiënt met hoge bloeddruk die stelselmatig zijn medicijnen niet inneemt. Verder zou het mogelijk moeten zijn om de behandelrelatie op te zeggen wanneer de patiënt zich niet houdt aan de algemene fatsoensnormen en ernstig wangedrag vertoont.

Confrontatie gemaakte kosten

Een andere mogelijke nieuwe maatregel is dat de zorgverzekeraars patiënten jaarlijks een overzicht geven van de voor hen gemaakte kosten. Dat verhoogt het kostenbewustzijn van patiënten. Wanneer patiënten zich niet of slecht aan behandelafspraken hebben gehouden vindt zo bovendien een confrontatie met de gemaakte kosten plaats.

Financiële sancties in de zorgverzekering

Financiële sancties, zoals een verplicht hoger eigen risico, een (hogere) eigen bijdrage of een hogere premie bij het niet opvolgen van behandeladviezen of leefregels, hebben waarschijnlijk meer negatieve dan positieve effecten en moeten daarom worden afgewezen. De kans is namelijk aanwezig dat patiënten uit angst voor de sanctie zwijgen of zelfs liegen over het werkelijke leefgedrag.

Slecht gedrag belasten

Als 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). Zo kan de ontwikkeling of voortgang van aan het gebruik van deze producten gerelateerde ziekten worden teruggedrongen. Het beroep op de gezondheidszorg neemt daarmee af.

Tijd voor discussie

Hoeveel eigen verantwoordelijkheid is haalbaar en wat mag een patiënt aangerekend worden? Om antwoord te geven op dit soort gevoelige vragen is het volgens de RVZ noodzakelijk om in de samenleving discussie te voeren over meer eigen verantwoordelijkheid voor patiënten. Hoe kijken burgers, patiënten, zorgverleners, beleidsmakers en professionals er tegenaan. Een maatschappelijke discussie maakt patiënten (meer) bewust van hun verantwoordelijkheden en motiveert zorgverleners hun service, klantgerichtheid en vaardigheden te

verbeteren. Het is de bedoeling met een debat ook de grenzen aan de eigen verantwoordelijkheid voor patiënten én de grenzen aan de dienstverlening door zorgverleners te verduidelijken.

- **De patiënt heeft niet alleen rechten, ook verantwoordelijkheden en plichten:**
 - **Het in acht nemen van algemeen geldende omgangsvormen**
 - **Voldoen aan de zakelijke verplichtingen**
 - **Meewerken aan de behandeling**
- **Als een patiënt geen verantwoordelijkheid neemt, wat voor consequenties mag dat hebben?**
- **Hoeveel eigen verantwoordelijkheid is haalbaar en wat mag een patiënt aangerekend worden en wat niet?**
- **Is het zinvol en wenselijk om beloningen of sancties in te stellen?**

Een maatschappelijk debat

Het goed functioneren van de gezondheidszorg is afhankelijk van een goede afstemming tussen instituten, zorgverleners, en patiënten. Al deze verschillende actoren hebben echter verschillende rollen, belangen en behoeftes. Mede onder invloed van allerlei bredere maatschappelijke veranderingen en zorginhoudelijke ontwikkelingen is de traditionele rolverdeling tussen arts en patiënt in een nieuw daglicht komen te staan. Er zijn vragen ontstaan over bijvoorbeeld de rechten en de plichten in de spreekkamer. Vooral sinds de invoering van het nieuwe zorgstelsel zijn de verhoudingen gaan verschuiven. Hierdoor moeten de verschillende partijen zich oriënteren op nieuwe taken en verantwoordelijkheden zonder dat de kwaliteit van de zorg daaronder mag lijden.

In Goed Patiëntschap valt te lezen dat door zorginhoudelijke veranderingen en maatschappelijke ontwikkelingen, zoals kostenstijging en afnemende solidariteit, meer verantwoordelijkheden bij de patiënt worden neergelegd. En in Vertrouwen in de arts wordt beschreven hoe deze ontwikkelingen er voor zorgen dat de arts rekening moet gaan houden met andere (zakelijke) belangen.

De nieuwe verantwoordelijkheden en verplichtingen kunnen gevolgen hebben voor de handelingsvrijheid van patiënt en arts en de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt. Voor een goede en gezonde relatie tussen arts en patiënt moet het voor beide helder zijn wat de rechten en plichten zijn. Op dit moment is dat nog niet het geval. Vooral over de verantwoordelijkheden van de patiënt bestaat nog onduidelijkheid. Tegelijkertijd moet het voor patiënten ook duidelijk zijn wat zij van hun arts kunnen en mogen verwachten.

De RVZ acht het daarom van belang om een maatschappelijke discussie te initiëren

In een traject dat in februari 2008 van start gaat, organiseert de RVZ een debatreeks met patiënten, zorgverleners en andere betrokkenen. Het debat beginnen op het niveau van individuele artsen en zorgvragers. Vervolgens zullen de uitkomsten van die discussies dienen als input voor discussies op het regionale en landelijke niveau. De politieke discussie vormt het sluitstuk, waarbij de resultaten van het maatschappelijke debat zullen worden voorgelegd aan beleidsmakers en politici.

De RVZ speelt hierbij de rol van gespreksleider. Kijk voor het programma op www.rvz.net.

- Voor een goede en gezonde relatie tussen arts en patiënt moet het voor beide helder zijn wat de rechten en plichten zijn.
- Op dit moment is dat nog niet het geval en daarom acht de Raad een discussie noodzakelijk.
- De centrale vraag is: Hoe moeten de verantwoordelijkheden van de behandelaar en de patiënt worden ingevuld om een effectieve en doelmatige behandelrelatie te bewerkstelligen?





Raad voor de Volksgezondheid & Zorg



