



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

# Geven en nemen in de sprekkamer

Rapportage debatten over veranderende  
verhoudingen



# 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

### **Leden**

Mw. mr. A. van Blerck-Woerdman

Mr. H. Bosma

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

Mw. E.R. Carter, MBA

Prof. dr. W.N.J. Groot

Prof. dr. J.P. Mackenbach

Mw. drs. M. Sint

Prof. dr. D.L. Willems

### **Algemeen secretaris**

Drs. P. Vos

# **Geven en nemen in de sprekkamer**

**Rapportage debatten over veranderende verhoudingen**

Uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Den Haag, 2009

## **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](mailto:mail@rvz.net)  
URL [www.rvz.net](http://www.rvz.net)

### **Colofon**

Ontwerp: 2D3D, Den Haag/vormgeving & dtp ministerie van VROM  
Fotografie: Eveline Renaud  
Louis Zaal (coverfoto)  
Druk: Koninklijke Broese & Peereboom  
Uitgave: 2009  
ISBN: 978-90-5732-203-7

*U kunt deze publicatie bestellen via onze website ([www.rvz.net](http://www.rvz.net))  
of telefonisch via de RVZ (070 340 50 60) onder vermelding van  
publicatienummer 09/06.*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

# Inhoudsopgave

	<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>9</b>
1.1	Aanleiding	9
1.2	Doel- en vraagstelling	9
1.3	Een maatschappelijk debat	10
1.4	Opbouw rapportage	11
<b>2</b>	<b>Gelijkwaardige zorgrelatie</b>	<b>13</b>
2.1	Introductie	13
2.2	Zorgrelatie	13
2.3	Positie van de patiënt	14
2.4	Multidisciplinaire samenwerking	14
2.5	Conclusie	15
<b>3</b>	<b>Beïnvloedende context</b>	<b>17</b>
3.1	Introductie	17
3.2	Organisatorische context	17
3.3	Financiële overwegingen bij behandelbeslissingen	18
3.4	Effectiviteit van de behandeling	19
3.5	Conclusie	20
<b>4</b>	<b>Heldere verantwoordelijkheden</b>	<b>23</b>
4.1	Introductie	23
4.2	Verantwoordelijke hulpverlener	23
4.3	Verantwoordelijke patiënt	25
4.4	Communicatie	26
4.5	Conclusie	29
<b>5</b>	<b>Conclusie</b>	<b>31</b>
5.1	Introductie	31
5.2	Goede zorgrelatie	31
5.3	Verantwoordelijkheidsverdeling	32
5.4	Visie RVZ	33
5.5	Aanbevelingen	36
	<b>Noten</b>	<b>39</b>

<b>Bijlagen</b>		
1	Relevant deel van het RVZ-werkprogramma voor het jaar 2008, vastgesteld door de minister van VWS	43
2	Verantwoording van de adviesprocedure	45
3	Hoe kijken patiënten zelf aan tegen hun plichten en verantwoordelijkheden ten opzichte van de hulpverlener?	55
4	Autonomie van de spreekkamer	63
5	Lijst van afkortingen	92
6	Literatuurlijst	93
	<b>Overzicht publicaties RVZ</b>	<b>96</b>

# Geven en nemen in de spreekkamer

## Rapportage debatten over veranderende verhoudingen

### Samenvatting

Over de veranderende verhoudingen in de spreekkamer heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg een reeks debatten georganiseerd. De veranderende context waarin de zorgverlening plaatsvindt, waaronder de introductie van het nieuwe zorgstelsel, betekent dat partijen zich nieuwe rollen en verantwoordelijkheden moeten eigen maken. In de spreekkamer vraagt dit om een heroriëntatie op de rolverdeling tussen zorgverlener en patiënt. In eerdere publicaties heeft de RVZ gekeken naar de afzonderlijke rollen van de zorgverlener, in het bijzonder die van de arts, en van de patiënt. Deze afzonderlijke rollen moeten op elkaar worden afgestemd om te komen tot effectieve zorgverlening. Hier ging het in de debatten over.

In de praktijk is echter nog geen sprake van een gelijkwaardige relatie. Patiënten voelen zich niet altijd gesteund om hun mening te uiten, maar aan de andere kant pakken ook niet alle patiënten die rol op. Zorgverleners voelen zich soms juist gedwongen om hun professionaliteit sterk te benadrukken.

De zorgrelatie is in veel gevallen niet meer een bilaterale relatie, maar betreft verschillende zorgverleners. De aanwezigheid van met name gespecialiseerde verpleegkundigen kan de zorgrelatie verbeteren en de aandacht voor sociale aspecten van de zorg borgen. Tegelijkertijd maakt het afstemming en communicatie belangrijker. Niet alleen tussen de verschillende zorgverleners, maar ook met de patiënt.

De omgeving beïnvloedt de zorgrelatie steeds meer. Zo kan de organisatorische setting goede communicatie en gelijkwaardigheid tussen zorgverlener en patiënt bevorderen, maar tegelijkertijd legt efficiëntere bedrijfsvoering beperkingen op. Naast efficiëntie speelt effectiviteit van de behandeling een steeds belangrijkere rol. Daar komt bij dat de patiënt steeds meer bijdraagt aan de uiteindelijke effectiviteit van een behandeling. Dit komt enerzijds door een toename aan chronische ziekten en anderzijds door een groter inzicht in de invloed van leefstijl aanpassingen op het uiteindelijke behandelresultaat. Om de therapietrouw van de

patiënt te bevorderen is een goede afweging tussen klinische behandelresultaten en de sociaalpsychologische aspecten van de behandeling van belang. Daarnaast moet de patiënt goed geïnformeerd worden over zijn eigen bijdrage aan het behandelresultaat.

Uit het debat komt naar voren dat de zorgverleners nog steeds ‘in the lead’ zijn en dat dit ook als wenselijk wordt gezien, alleen wel met een andere invulling. De patiënt kan naar zijn vermogen de regie van zijn behandeling oppakken. Daartoe moet de zorgverlener de patiënt in staat stellen. Communicatie speelt daarbij een sleutelrol. Onderdeel van een goede communicatie is ook verwachtingsmanagement. Door elkaars verwachtingen te expliciteren kunnen ze beter op elkaar worden afgestemd.

De RVZ heeft in ‘Vertrouwen in de arts’ (2007) de rol van de zorgverlener, in het bijzonder van de arts, verkend. Veel van de aanbevelingen uit dit advies zijn door de uitkomsten van het debat onderschreven, maar een aantal is ook verder aangescherpt. Zo is de aanbeveling tot betere multidisciplinaire samenwerking meer toegespitst op de taakverdeling tussen arts en gespecialiseerde verpleegkundigen. In het advies werd tevens aangegeven dat beroepsorganisaties, verzekeraars, zorginstellingen en patiëntenorganisaties samen moesten werken bij het opstellen van richtlijnen en standaarden. Uit het debat kwam naar voren dat daarbij aandacht moest worden besteed aan communicatie en sociaalpsychologische aspecten van de behandeling. De aanbevelingen voor nascholing moeten worden aangescherpt. Het gaat hierbij om goede communicatie en intervisie. Verder is vrijblijvendheid in nascholing en beoordeling niet langer wenselijk.

In het signalement ‘Goed patiëntschap’ (2008) concludeert de RVZ dat patiënten moeten worden gestimuleerd om een actieve betrokkenheid en eigen verantwoordelijkheid te hebben richting hun behandeling. Om dit te stimuleren moeten niet zozeer juridische en financiële instrumenten worden ingezet, maar moeten huidige maatregelen beter worden benut en moeten patiënten door middel van goede communicatie worden aangesproken op hun gedrag en verantwoordelijkheid. Tijdens het debat zijn deze bevindingen onderschreven, maar er moet dan wel sprake zijn van open communicatie, wederzijdse inspanningen en gezamenlijke besluiten tussen zorgverlener en patiënt.

Uiteindelijk komt de Raad tot de volgende aanbevelingen:

- Het bewaken en concretiseren van zorginhoudelijke autonomie van de zorgverlener
- In richtlijnen en nascholing aandacht voor communicatie en het gebruik van zorgplannen
- Initiatieven voor coaching en scholing van patiënten actief ondersteunen



- Effectief gebruik van tijd stimuleren door een duidelijke taakverdeling tussen arts en (gespecialiseerde) verpleegkundigen en het stimuleren van een zelfstandige positie van de verpleegkundige in de zorgverlening.

Het laatste woord over de verhoudingen tussen zorgverlener en patiënt is met dit debat nog niet gezegd. Veldpartijen horen het debat voort te zetten.



# 1 Inleiding

*“Als het gesprek stil valt, begin ik zelf maar te praten”<sup>1</sup>*

## 1.1 Aanleiding

Op verzoek van de Minister heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg een debattenreeks georganiseerd over de veranderende verhoudingen in de spreekkamer. De context waarin zorgverlening plaatsvindt verandert. Gezondheidszorgspecifieke ontwikkelingen, zoals medische technologie en de toename van chronisch zieken zorgen er voor dat de relatie tussen zorgaanbieders en patiënten verandert. Daarnaast beïnvloeden ook bredere maatschappelijke ontwikkelingen, zoals op het gebied van opleiding en emancipatie, de spreekkamer (Legemaate, 2008; Noordergraaf, 2002). Het nieuwe zorgstelsel is een uitkomst van deze ontwikkelingen. Partijen moeten zich daarbij nieuwe taken en verantwoordelijkheden eigen maken. Ook in de spreekkamer vraagt dit om een heroriëntatie op de rolverdeling tussen zorgverlener en patiënt (Crul, 2007). In het advies ‘Vertrouwen in de arts’ (2007) bespreekt de RVZ de ‘nieuwe’ rol van de zorgverlener in het nieuwe zorgstelsel en in het bijzonder die van de arts. Het signalement ‘Goed patiëntschap’ (RVZ, 2008) verkent de verantwoordelijkheden waarop de patiënt kan worden aangesproken. Uiteindelijk moeten deze nieuwe rollen in de spreekkamer echter weer op elkaar worden afgestemd om te kunnen leiden tot een effectieve en doelmatige zorgrelatie. Dit is het onderwerp van debat.

## 1.2 Doel- en vraagstelling

Een goede relatie tussen de zorgverlener en zijn patiënt vraagt om helderheid over wederzijdse verantwoordelijkheden (Evans, 2007; Maassen, 2007). Op dit moment is dat nog niet het geval. Vooral over de verantwoordelijkheden van de patiënt bestaat nog onduidelijkheid. Patiënten moet echter op hun beurt weten wat ze van hun behandelaar kunnen en mogen verwachten. In hoeverre zijn hun individuele belangen leidend bij behandelbeslissingen en in hoeverre worden deze afgewogen tegen de belangen van de professional, de instelling en/of de samenleving?

Om antwoorden op deze vragen te vinden is het van belang een brede discussie aan te wakkeren tussen patiënten en zorgverleners, maar ook met betrokken derden, zoals zorgorganisaties en verzekeraars. Door met partijen in gesprek te gaan worden ervaringen en (voor)oordelen inzichtelijk. Dit vormt de basis voor wederzijds begrip en een constructief debat over hoe, op een effectieve manier, invulling kan worden gegeven aan nieuwe verantwoordelijkheden.

Dit leidt tot de volgende vraagstelling die centraal stond in de debattenreeks:

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

Om antwoord te geven op deze vraag zijn de uitkomsten van het debat ook geconfronteerd met eerdere aanbevelingen van de RVZ, zoals geformuleerd in het advies 'Vertrouwen in de arts' en het signalement 'Goed patiëntschap'.

### **1.3 Een maatschappelijk debat**

De RVZ heeft in de opzet van het debat naar voren laten komen dat de bovenbeschreven ontwikkelingen vooral vragen om een verandering in de dagelijkse praktijk van de zorgverlening. Er is gekozen voor een bottom-up benadering.

#### **Opzet debat**

De bottom-up benadering houdt in dat is gestart met kleinschalige bijeenkomsten op lokaal niveau. Vervolgens zijn op regionaal niveau bijeenkomsten georganiseerd, waarvan twee bij districten van de KNMG. De debattenreeks is afgesloten met een landelijke slotconferentie. Voor de debattenreeks is samengewerkt met de KNMG en de NPCF.

#### **Lokale bijeenkomsten**

De bijeenkomsten op lokaal niveau zijn georganiseerd door de Casemanagement Groep. Voorafgaand aan de bijeenkomsten hebben gesprekken plaatsgevonden met individuele patiënten en zorgverleners. De vier bijeenkomsten hebben plaatsgevonden bij verschillende zorgaanbieders:

- Huisartsenzorg in Dordrecht
- Medisch Centrum Leeuwarden
- VisionClinics
- PsyQ

Door voor deze settings te kiezen, is sprake van regionale spreiding, variatie in vormen van zorg en variatie in financieringsstromen. Tijdens de bijeenkomsten werden naast patiënten en artsen, andere betrokken zorgverleners uitgenodigd, zoals verpleegkundigen, en ook het management van de zorgorganisaties.

#### **Regionale bijeenkomsten**

De Casemanagement Groep heeft zijn opdracht voor de RVZ afgesloten met een bijeenkomst op regionaal niveau. Deze bijeenkomst werd georganiseerd rondom 'Het Groene Hart Ziekenhuis' in Gouda. Hierbij waren naast de partijen zoals benoemd bij de lokale bijeenkomsten, de verzekeraars aanwezig.

Daarnaast zijn in samenwerking met de KNMG en de NPCF twee bijeenkomsten georganiseerd bij districten van de KNMG. Dit waren de dis-

tricten Almelo en Rotterdam. Bij de bijeenkomst in Rotterdam stond ‘de aandachtspuntenlijsten’ centraal. Een instrument dat de NPCF samen met het NIVEL heeft ontwikkeld om de communicatie tussen arts en patiënt te faciliteren. Het NIVEL was ook betrokken bij deze bijeenkomst.

#### **Landelijke bijeenkomsten**

De debattenreeks is gestart en afgesloten met een landelijke bijeenkomst. Tijdens de startconferentie is het signalement ‘Goed patiëntschap’ gepresenteerd en is in workshops gediscussieerd over kernthema’s rondom de spreekkamer, zoals communicatie, medische professionaliteit en regie van de patiënt. Tijdens de slotbijeenkomst zijn de uitkomsten van de debattenreeks samen met de deelnemers verder aangescherpt.

#### **Aanvullende activiteiten**

Naast de discussiebijeenkomsten zijn extra activiteiten ondernomen om van een bredere groep zorgverleners en patiënten de opvattingen te inventariseren. Zo zijn er enquêtevragen toegevoegd aan een jaarlijkse monitor van het consumentenpanel van het NIVEL<sup>2</sup>. Deze resultaten geven een beeld van de mening van de gemiddelde Nederlandse burger over de verantwoordelijkheden van patiënten en zorgverleners.

Er zijn ook expertgesprekken gevoerd met mensen die expertise hebben over relevante aspecten van de zorgrelatie door onderzoeksactiviteiten of directe betrokkenheid.<sup>3</sup>

#### **Afbakening**

De behandeling van de patiënt door de zorgverlener vormt de focus van het debat. In het advies ‘Vertrouwen in de arts’ is er voor gekozen om de ‘zorgverlener’ af te bakenen tot alleen de artsen. Deze afbakening is overgenomen. De toenemende multidisciplinaire samenwerking en de invloed hiervan op de zorgrelatie is wel meegenomen als belangrijk kenmerk van de huidige zorg en potentiële oplossingsrichting.

Tot slot heeft het debat zich vooral geconcentreerd op de ambulante zorg, omdat dit het grootste deel van de gezondheidszorg betreft.

### **1.4 Opbouw rapportage**

In hoofdstuk twee zullen de kenmerken van de zorgrelatie, zoals die tijdens het debat aan de orde zijn gekomen, worden besproken. In hoofdstuk drie worden factoren besproken die invloed uitoefenen op de zorgrelatie. In hoofdstuk vier zal worden gekeken naar de implicaties voor de verantwoordelijkheden van de zorgverlener en de patiënt. In hoofdstuk vijf wordt teruggekoppeld naar de centrale vraagstelling van het debat. Daarbij worden de resultaten ook geconfronteerd met de aanbevelingen c.q. bevindingen, zoals geformuleerd in het advies ‘Vertrouwen in de arts’ en het signalement ‘Goed patiëntschap’.



## 2 Gelijkwaardige zorgrelatie

*“Gelijkwaardigheid is voor mij als er ruimte wordt gegeven om samen door te nemen wat wel of niet goed is in een bepaalde situatie”<sup>4</sup>*

### 2.1 Introductie

De zorgrelatie is een bijzondere relatie, waarbij vertrouwen hoog in het vaandel staat. In dit hoofdstuk zullen de kenmerken van deze relatie verder worden verkend. Hierbij zal naast de uitkomst van de discussiebijeenkomsten ook gebruik worden gemaakt van de resultaten van de NIVEL-enquête en de expertgesprekken.

### 2.2 Zorgrelatie

De startbijeenkomst gaf een mooi beeld van de discussies en ideeën die leefden aan het begin van het debat. Uit de startbijeenkomst kwam naar voren dat de deelnemers de zorgrelatie zien als een wederzijdse overeenkomst, waarbij zowel de behandelaar als de patiënt verantwoordelijkheden hebben. Ook in de discussies op lokaal en regionaal niveau werd de verschuiving richting een meer gelijkwaardige relatie wenselijk geacht.

Uit de NIVEL-enquête kwam naar voren dat consumenten duidelijk betrokken willen worden bij de beslissingen over hun behandeling. In de expertgesprekken werd gesproken over volwassenheid.

Geconstateerd werd dat in de zorg nog heel erg gedacht wordt vanuit het aanbod. Vooral belangenbehartigers van patiënten wijzen erop dat er pas sprake is van een optimale relatie tussen zorgverlener en patiënt als beiden als gelijkwaardig met elkaar omgaan; als de zorgverlener respect voor zijn kennis en kunde krijgt van de patiënt en als de patiënt respect krijgt voor zijn levenswijze en zijn keuzes. Dit vergt van beide kanten een cultuuromslag. Zorgverleners moeten ruimte geven aan patiënten en verantwoordelijkheden loslaten. Patiënten moeten vertrouwen (blijven) geven aan zorgverleners en actief verantwoordelijkheden naar zich toe trekken.

In de discussies op regionaal niveau werd aangegeven dat er in de afgelopen jaren ook al veel veranderd is op dit gebied, maar dat het ook een langzaam veranderingsproces is.

### **2.3 Positie van de patiënt**

De positie van de patiënt wordt over het algemeen zwakker ingeschat dan die van de behandelaar. Dit kwam vooral in de startbijeenkomst sterk naar voren. In de lokale en regionale discussies kwam naar voren dat patiënten zich niet altijd gesteund voelen in een meer actieve rol. Zo werd aangegeven dat ze het soms moeilijk vonden om hun mening te uiten en dat er veelal te weinig tijd was om hun verhaal te doen. Daarnaast werd er ook een afhankelijkheid ervaren, bijvoorbeeld door een beperkte mogelijkheid om van zorgverlener te wisselen. Zorgverleners gaven aan dat het huidige systeem waarbinnen zij functioneren het moeilijk maakt om de patiënt ruimte en tijd te geven. Daardoor vervallen zorgverleners vaak in 'oude' omgangspatronen.

In de gesprekken werd gewezen op het streven naar een versterking van de positie van de patiënt via het klachtrecht en tuchtrecht. Tegelijkertijd werd echter aangegeven dat dit er toe kan leiden dat zorgverleners zich juist gedwongen voelen hun professionaliteit te benadrukken. Er werd ook een groeiende aandacht voor patiëntveiligheid signaleerd. Het verbetert de zorg, maar creëert ook angst voor claims. Het wordt dan voor zorgverleners lastig om hun fouten met patiënten te bespreken. Toch kan veel claimgedrag worden voorkomen als er vooraf duidelijkheid is over wederzijdse verwachtingen, zo wordt in de gesprekken opgemerkt.

### **2.4 Multidisciplinaire samenwerking**

Multidisciplinaire samenwerking kwam tijdens de lokale en regionale bijeenkomsten naar voren als onderdeel van de 'nieuwe' zorgrelatie. In toenemende mate zijn meerdere disciplines betrokken bij de behandeling van patiënten. De invloed van andere disciplines op de zorgrelatie kwam ook meerdere keren terug in de expertgesprekken. Multidisciplinariteit werd vooral besproken met betrekking tot de rol van (gespecialiseerde) verpleegkundigen rondom de arts-patiëntrelatie. Verpleegkundigen kunnen enerzijds taken overnemen van de arts, maar veelal wordt juist aangegeven dat de verpleegkundigen een duidelijke eigen positie hebben in het leveren van zorg en ondersteunen van de patiënt. Verpleegkundigen hebben een meer begeleidende rol en spreken met patiënten over zaken als coping, leefstijl, de brede context van de patiënt. Vaak is hun rol echter nog niet goed is uitgewerkt of ingevuld. Daardoor ontstaat er discussie, strijd en is het soms moeilijk om een gelijkwaardige relatie tussen arts en verpleegkundige te realiseren.

De aanwezigheid van ondersteunende zorgverleners, zoals verpleegkundigen en assistentes, maakt de grenzen van de zorgrelatie diffuus en vergroot het risico op versnippering van de zorg en tegengestelde informatievoorziening richting de patiënt. Dit vraagt van zorgverleners dat ze hun



activiteiten op elkaar afstemmen en er voor zorgen dat er geen leemte in de zorg ontstaat. Van de patiënt vraagt het ook aanpassing. Multidisciplinaire samenwerking maakt de zorg voor patiënten complexer, waardoor deze meer begeleiding nodig hebben om wijs te worden uit als die verschillende typen zorg en zorgverleners. Toch gaven zowel professionals als patiënten aan dat vooral chronische patiënten de continuïteit van de zorg geborgd willen zien in één persoon. Bij chronisch zieken is continuïteit van zorgverlener belangrijk, omdat de patiënt investeert in de relatie met de zorgverlener. Het zorgt daarnaast voor een verantwoordelijkheidsgevoel bij de patiënt.

## **2.5 Conclusie**

De huidige zorgrelatie moet nog meer volwassen worden, waarbij sprake is van wederzijds verantwoordelijkheden. Ook het wederzijds respect tussen zorgverlener en patiënt voor ieder zijn kennis en kunde is belangrijk.

De positie van de patiënt wordt over het algemeen als zwakker gezien. De patiënten zien daarvoor de oplossingen vooral in de houding van de zorgverlener. De zorgverleners erkennen dit, maar wijzen daarbij op de druk c.q. beperkingen van het systeem waarin zij functioneren die hun attitude negatief beïnvloedt.

Multidisciplinaire samenwerking, en dan vooral tussen artsen en gespecialiseerde (praktijk)verpleegkundigen, wordt gezien als mogelijke oplossing. Het creëert meer tijd voor de sociale aspecten van zorgrelatie en biedt mogelijkheden om de patiënt te ondersteunen in zijn rol als verantwoordelijk patiënt. Daarbij moet de continuïteit van de zorg wel worden bewaakt. Tevens moet de verpleegkundige een duidelijke eigen positie krijgen in het leveren van de zorg. Een duidelijke taakverdeling tussen verpleegkundige en arts en het opheffen van (financiële) beperkingen in het systeem moet dit stimuleren.



### **3 Beïnvloedende context**

*“...Onder druk van een volle spreekkamer is het moeilijk voldoende ruimte en tijd te nemen...”<sup>5</sup>*

#### **3.1 Introductie**

Met de introductie van marktwerking en de toenemende druk op het verzekeringsstelsel, gaan andere partijen, zoals de zorgverzekeraar, zich meer bemoeien met de randvoorwaarden waaronder zorg wordt geleverd. Deze invloeden komen via verschillende wegen de spreekkamer binnen: via de behandelaar, de patiënt of via de zorgorganisatie.

De context waarin de zorgrelatie zich afspeelt kwam in het debat naar voren als een belangrijke beïnvloedende factor. Enerzijds kan hij de relatie faciliteren, maar anderzijds creëert hij ook belemmeringen.

#### **3.2 Organisatorische context**

Tijdens de startbijeenkomst kwam de rol van de instelling positief naar voren. De aanwezige behandelaars ervoeren over het algemeen geen belemmeringen vanuit het beleid van de zorgorganisatie. Wel was er discussie over de beperkende systemen, zoals die nu in de gezondheidszorg bestaan en die door zorgorganisaties gehanteerd moeten worden, zoals het DBC-financieringssysteem.

Uit de expertgesprekken werd duidelijk dat instellingen en verzekeraars de zorg beïnvloeden door de voorwaarden die zij stellen. De invloed van instellingen verloopt via de bestuurders en richt zich vooral op de bedrijfsvoering en logistieke processen.

Bestuurders en zorgverleners constateerden dat er een kloof is tussen de wereld van de bestuurder en de praktijk van de zorgverlener. Bestuurders krijgen vooral informatie over wat er in de spreekkamer gebeurt door middel van gegevens over bijvoorbeeld DBC's en prestatie-indicatoren of uit overleg met patiënten of patiëntonderzoek.

Uit de bijeenkomsten kwam echter ook de faciliterende rol van de zorgorganisatie naar voren. De zorgorganisatie kan initiatieven nemen om patiënten structureel te betrekken bij de inrichting van het zorgproces. Patiëntenparticipatie werd in de gesprekken regelmatig aan de orde gesteld. Patiëntenvertegenwoordigers gaven aan dat participatie patiënten het gevoel geeft partner in de zorg te zijn en zorgorganisaties geeft het inzicht in de effecten van hun beleid en mogelijke nieuwe verbeteringen.

Participatie kent verschillende vormen. In de gesprekken werd bijvoorbeeld gesproken over focusgroepen en patiëntenpanels. Soms worden patiënten door het zorgproces gevolgd en vinden er tevredenheidonderzoeken plaats. De NPCF, categorale patiëntenorganisaties en Zorgbelang-organisaties kunnen ook richting aanbieders en verzekeraars de meerwaarde van het patiëntenperspectief laten zien.

### **3.3 Financiële overwegingen bij behandelbeslissingen**

Idealiter zouden financiële factoren geen rol mogen spelen bij de keuze van behandelingen. Het moet gaan om de beste behandeling, zo vonden velen. Uit de NIVEL-enquête bleek dat een groot deel van de zorgconsumenten vindt, dat de zorgverzekeraar ook geen rol mag spelen in de beslissingen over de behandeling van de patiënt. Dit moet geheel in handen blijven van de zorgverlener en de patiënt. Uit dezelfde enquête bleek dat de bezorgdheid over de invloed van financiële overwegingen op de medische kwaliteit van individuele patiëntenzorg is afgenomen in de afgelopen twee jaar. Echter, nog steeds denkt 61% van de respondenten dat deze een rol spelen. Ruim de helft van de mensen (58%) is wel van mening dat artsen datgene wat de patiënt medisch nodig heeft belangrijker vinden dan kostenoverwegingen.

Toch blijkt de invloed van financiële overwegingen wel toe te nemen. Uit de expertgesprekken bleek dat financiële incentives in de praktijk van zowel huisarts als specialist wel een rol spelen bij hun beslissingen over de organisatie van de zorgverlening, zoals duur van het consult. Ook uit de discussiebijeenkomsten kwam naar voren dat een toenemend streven naar doelmatigheid en efficiency resulteert in een grotere druk op de communicatie tussen patiënt en behandelaar. De introductie van marktwerking zorgt er voor dat de zorgverlener en zorgorganisatie meer gericht zijn op het draaien van productie en het bezetten van bedden.

Zorgverleners moeten zich ook meer verantwoorden. Activiteiten kosten daardoor meer tijd, omdat meer papierwerk moet worden doorgenomen. Ook samenwerking met meerdere disciplines kost tijd. Dit wordt echter niet altijd voldoende doorberekend in de DBC's. Hierdoor kunnen juist aspecten zoals communicatie en informed consent in de verdrukking komen. Er werd daarom in het debat aangegeven dat het belangrijk is dat de balans niet doorslaat naar productiedraaien in plaats van patiënten gezond maken.

Uit de discussiebijeenkomst bij een private zorgaanbieder bleek echter dat doelmatigheid en tijd voor communicatie elkaar niet hoeven te bijten. In deze context is terugkoppeling naar en communicatie met de patiënt opgenomen in de richtlijnen en daardoor geborgd. In de private context wordt zelfs meer geredeneerd vanuit de gedachte dat goede communicatie

de doelmatigheid verhoogd doordat het de therapietrouw van de patiënt verbeterd.

Er werd ook aangegeven dat verzekeraars voor de financiering van de zorg meestal objectieve maten hanteren, zoals behandelresultaten. De minder meetbare resultaten, zoals het welbevinden van de patiënt, krijgen dan minder aandacht. Bij het preferentiebeleid van verzekeraars wordt volgens de respondenten nu nog te veel naar financiën gekeken en te weinig naar kwaliteit. De zorgverzekeraars gaven tijdens het debat echter aan dat zij eigen kwaliteitsinstrumenten aan het ontwikkelen zijn.

Voor verzekeraars is de spreekkamer nu nog een blackbox, maar op dit moment heeft invloed op de individuele zorgrelatie ook nog geen prioriteit voor verzekeraars. Ze richten zich op schadebeperking per individu, het maatschappelijk belang van kostenbeperking en waarborgen van een goede fysieke toegankelijkheid. Daarnaast proberen ze zoveel mogelijk hun verzekerden te informeren over de kwaliteit van het zorgaanbod.

### **3.4 Effectiviteit van de behandeling**

Naast de invloed van kostenoverwegingen is ook gesproken over de definiëring van effectiviteit. Tijdens de startbijeenkoms t werd aangegeven dat de betrokkenheid van patiënten steeds belangrijker wordt voor het behalen van goede behandelresultaten. Dit heeft enerzijds te maken met de toename van chronische ziekten, maar ook met technologische ontwikkelingen

Behandelcontracten zouden op maat moeten zijn, waarbij verwachtingen over en weer worden genoteerd. Op het moment dat de zorg op maat geleverd wordt zal de zorg ook doelmatiger zijn. Daarnaast werd de verwachting uitgesproken dat de behandelingen dan ook effectiever zullen worden.

Uit de discussiebijeenkoms ten kwam daarnaast naar voren dat effectiviteit van de behandeling moeilijk is vast te stellen, vooral in de reguliere zorg waar een bepaalde mate van onzekerheid aanwezig is. In de reguliere zorg wordt effectiviteit daarom vooral afgemeten aan de tevredenheid van de patiënt. In de private zorg stonden behandelresultaten veel meer centraal. De zorg wordt gestandaardiseerd geleverd, waardoor activiteiten vooraf duidelijk zijn. Patiënten kunnen daardoor goed worden geïnformeerd, ook over de invloed van hun eigen handelen op het uiteindelijke behandelresultaat.

De zorg in de private sector is ook van dien aard dat deze informatie expliciet verstrekt kan worden. In de reguliere zorg is de onzekerheid hierover veelal groter. Daarnaast werd gewezen op de specifieke kenmerken van chronische zorg en psychiatrische aandoeningen. Bij deze

aandoeningen moet effectiviteit volgens de medische standaarden meer worden afgewogen tegen kwaliteit van leven.

In verschillende expertgesprekken werd aangegeven dat bij de keuze van de behandeling of het opleggen van leefstijlveranderingen niet alleen moet worden gekeken naar het fysiek welbevinden (objectieve behandelresultaten), maar ook naar de effecten van de behandeling op de kwaliteit van leven en de mogelijkheden van patiënt om de behandeling in te passen in zijn leven. Dit beïnvloedt ook de therapietrouw en daarmee de uitkomst van de behandeling.

In het debat werd tot slot aangegeven dat wetenschappelijke informatie over de relatie tussen het gedrag van de patiënt (leefstijl en therapietrouw) en de effectiviteit van een behandeling wordt gebruikt om patiënten te stimuleren behandelafspraken op te volgen of veranderingen in hun leefstijl aan te brengen. Daarbij wordt het wel van belang geacht dat het 'onafhankelijke' wetenschappelijke kennis is, zodat de patiënt niet het gevoel krijgt beoordeeld te worden door de zorgverlener.

Uit de gesprekken, vooral met de rokersbelangenvereniging, kwam de angst naar voren dat kosten en/of effectiviteit van een behandeling als argument zou worden gebruikt om mensen met een slechte leefstijl te weigeren voor behandelingen. Uit het debat kwam echter juist naar voren dat zorgverleners daar zeer terughoudend in zijn.

### **3.5 Conclusie**

De zorgrelatie wordt steeds meer beïnvloed door zijn omgeving. In het vorige hoofdstuk is de samenwerking tussen verschillende zorgverleners al besproken, maar ook de organisatie waarbinnen de zorgrelatie plaatsvindt, heeft een duidelijke invloed. Enerzijds kan de organisatie de zorgrelatie en de positie van de patiënt daarin ondersteunen en faciliteren. Dit kan door op organisatieniveau mogelijkheden te creëren voor feedback en communicatie met de zorgverlener. Voorbeelden hiervan zijn spiegelgesprekken en tevredenheidonderzoeken. Anderzijds legt de zorgorganisatie beperkingen op aan de zorgrelatie door meer aandacht voor logistiek en efficiënte bedrijfsvoering.

Door een grotere nadruk op efficiënte bedrijfsvoering wordt de invloed van financiële overwegingen op de zorgrelatie onderwerp van discussie. De algemene mening is dat geld geen rol zou moeten spelen en dat iedereen de beste behandeling voor zijn aandoening zou moeten kunnen krijgen. De meeste mensen (NIVEL-enquête) denken ook dat de arts kosten niet laat prevaleren boven datgene wat de patiënt nodig heeft aan zorg. Uit het debat blijkt echter wel dat het streven naar efficiënte bedrijfsvoering van invloed is op de wijze waarop de zorg wordt verleend, zoals de

duur van het consult. Daarnaast ontstaan er administratieve processen die ten koste gaan van de tijd voor daadwerkelijke zorgverlening. Ervaringen uit de private zorg laten echter zien dat een streven naar doelmatigheid niet per definitie ten koste hoeft te gaan van sociale aspecten van de zorg.

Naast kostenoverwegingen speelt effectiviteit van de behandeling een steeds grotere rol bij het bepalen van een behandelplan. Enerzijds heeft dit betrekking op de definitie van effectiviteit en anderzijds op de rol van effectiviteit bij behandelbeslissingen.

De invloed van de patiënt op de te behalen behandelresultaten wordt groter door een toename van chronische ziekten en technologische ontwikkelingen. Zorg op maat wordt daardoor belangrijker, waarbij ook een afweging moet worden gemaakt tussen kwaliteit van leven en klinische behandelresultaten. Dit zal therapietrouw bevorderen.

Het is tevens belangrijk om patiënten goed te informeren over de invloed van hun gedrag op de effectiviteit van hun behandeling. Daarbij wordt benadrukt dat vooral wetenschappelijke informatie moet worden gebruikt om die relatie aan te geven en dat het niet zo is dat de zorgverlener de patiënt beoordeelt c.q. veroordeelt.





## 4 Heldere verantwoordelijkheden

*“Ik heb twee consulten over me heen laten komen, waarin ik vreselijk betutteld werd door de dokter. Dat heb ik het derde consult gecorrigeerd en de dokter er op aangesproken”<sup>6</sup>*

### 4.1 Introductie

De kenmerken van de zorgrelatie, de invloed vanuit de context, waaronder de toenemende aandacht voor effectiviteit en doelmatigheid, zijn te vertalen naar verschillende verantwoordelijkheden die de patiënt en de professional als de centrale actoren in een zorgrelatie moeten oppakken. Zij geven immers invulling aan de zorgrelatie en bepalen in belangrijke mate het uiteindelijke resultaat. In dit hoofdstuk zal hierbij speciaal aandacht worden geschonken aan de verantwoordelijkheden rondom communicatie.

### 4.2 Verantwoordelijke hulpverlener

Iedereen is het er wel over eens dat er sprake moet zijn van gedeelde verantwoordelijkheid tussen zorgverlener en patiënt over de behandelbeslissingen en over de uitvoering van de behandeling, maar hoe dit in de praktijk vorm moet krijgen is soms nog niet helder. Enkele vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties gaven aan, dat zorgverleners nog moeite hebben om verantwoordelijkheden los te laten. Zorgprofessionals gaven op hun beurt aan dat patiënten meer verantwoordelijkheidsgevoel moeten krijgen voor de eigen ziekte.

De zorgverlener bepaalt nog steeds in belangrijke mate de ruimte die de patiënt krijgt om verantwoordelijkheid te nemen. Enerzijds werd het gezien als de verantwoordelijkheid van de zorgverlener om de randvoorwaarden te creëren en in te schatten hoeveel verantwoordelijkheid bij een patiënt kan worden neergelegd. Anderzijds werd gesproken over een verantwoordelijkheidsverdeling, waarbij de zorgverlener vooral een verantwoordelijkheid heeft om het behandelbeleid te bepalen en de patiënt te behandelen volgens de medische standaarden.

Er worden wel instrumenten ontwikkeld die de patiënt kunnen helpen om binnen ziektebeelden keuzes te maken voor verschillende behandelingen, zoals de zogenoemde Decisionaids ([www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl)). Tevens werd aangegeven dat het altijd mogelijk moet zijn om een second opinion aan te vragen. Patiënten zouden echter vooral regie moeten hebben over de uitvoering van de behandeling.

Vertegenwoordigers van chronisch zieken wezen er wel op dat patiënten geen professionals zijn. De ene patiënt zal meer in staat zijn om zelf regie te nemen over zijn behandeling dan de andere. Hoewel chronisch zieken op het terrein van hun ziekte na verloop van tijd heel deskundig worden, overzien ze niet altijd de ernst van de ziekte en de gevolgen op lange termijn. Goede informatievoorziening door de zorgverlener is dan belangrijk om zelfmanagement te stimuleren.

De zorgverlener moet de patiënt ook aanspreken op hun verantwoordelijkheid, maar uit het debat bleek dat zorgverleners daarin terughoudend zijn. Zorgverleners worstelen met het feit dat zij patiënten grenzen moeten stellen. Ze moeten grenzen stellen door de beperkingen van het zorgstelsel en de medische wetenschap en – technologie, maar ook doordat de patiënt steeds meer vraagt.

Een zorgverlener zou ook grenzen moeten stellen aan het gedrag van de patiënt met betrekking tot behandelaafspraken en leefstijl. Zorgverleners gaven echter aan dat ze momenteel te weinig vertrouwen ervaren vanuit de overheid en de verzekeraars om dit te doen. Op het moment dat het beleid van de overheid en de verzekeraars het werk van de zorgverleners meer ondersteunt, zouden ze ook meer verantwoordelijkheden kunnen oppakken (zoals een behandeling niet inzetten bij iemand die rookt, omdat dit niet effectief is). Er werd verder gesteld dat de patiënt op sommige verantwoordelijkheden niet door de zorgverlener maar door de samenleving moet worden aangesproken. Hierbij werd vooral gewezen op leefstijl aspecten in meer algemene zin.

Naast het toerusten van de patiënt heeft de arts ook een duidelijke rol in het waarborgen van de kwaliteit van zorg. Beroepsgroepen van professionals spreken opleidingstrajecten (waaronder nascholing), protocollen en richtlijnen af met het doel de kwaliteit van de zorg te waarborgen. Zorgverleners gaven aan dat in de richtlijnen evidence based medicine een grote rol speelt. Verzekeraars gebruiken de richtlijnen ook in toenemende mate als basis voor hun zorginkoop. Dit kan er toe leiden dat communicatieaspecten steeds meer op de achtergrond verdwijnen. Het is dus belangrijk om de sociale aspecten van de zorg in richtlijnen te borgen.

Ook multidisciplinaire samenwerking is belangrijk. Hierbij is het belangrijk om de communicatie vanuit de verschillende disciplines richting de patiënt goed af te stemmen, ook over de rolverdeling tussen de zorgverleners. Onduidelijkheid creëert het risico dat verantwoordelijkheden worden afgeschoven. Verpleegkundigen zijn in het huidige systeem niet direct toegankelijk. De arts is de hoofdbehandelaar en eindverantwoordelijk voor de zorg; hij moet de kwaliteit bewaken. Dit komt echter niet overeen met de praktijk waarin, door administratieve werkdruk, de arts minder contacturen met de patiënt heeft en de verpleegkundige een toenemende inbreng in de zorgrelatie heeft.

### 4.3 Verantwoordelijke patiënt

Uit de individuele gesprekken in het CG-onderzoek bleek dat 40% van de behandelbeslissingen genomen worden door de arts volgens het protocol en 40% in overleg met de patiënt. Uit de NIVEL-enquête onder consumenten kwam echter naar voren, dat bijna iedereen graag betrokken wil worden bij de beslissingen over de behandeling. Dit werd in het debat verder ingevuld als voornamelijk regie over de uitvoering van de behandeling.

Vooral bij chronische aandoeningen kwam naast de behandelbeslissingen ook regievoering naar voren als een belangrijke voorwaarde voor een effectieve zorgrelatie. Het verantwoordelijkheidsgevoel is vervolgens ook groot, want een groot deel van de bevolking ziet de behandelafspraken ook als (harde) afspraken met de arts. Wanneer patiënten deze verantwoordelijkheid hebben kunnen ze ook meer worden aangesproken wanneer zij de behandelafspraken niet tegenkomen. Patiëntenorganisaties gaven ook aan dat zelfmanagement steeds minder een recht is, maar een verantwoordelijkheid waar je als patiënt, binnen jouw mogelijkheden, actief vorm aan moet geven.

Het was de mening van enkele medici dat patiënten zich minder ongelijk voelen aan de zorgverlener wanneer het proces dat ze moeten ondergaan voor hen transparanter wordt en ze meer regie hebben.

Enkele zorgprofessionals vonden ook, dat als het de patiënt niet lukt om zich aan afspraken over de behandeling te houden allereerst moet worden uitgezocht wat daar de reden van is. De behandeling kan dan eventueel worden aangepast. In de bijeenkomsten werd erkend dat de verantwoordelijkheden die de patiënt op zich kan nemen niet alleen afhangt van het type patiënt, maar ook van de fase van ziek zijn waar iemand zich in bevindt. Een patiënt gaat door verschillende tijdens zijn ziek-zijn. Individuen hebben verschillende rollen en slechts één daarvan is die van patiënt. Hoe dominant die rol van patiënt is in iemand zijn leven, verschilt per fase in het ziekteproces. Daarnaast gaat iedereen daar anders mee om. Voor veel chronische patiënten duurt het bijvoorbeeld even voordat ze hun leefstijl hebben aangepast en hun ziekte hebben geaccepteerd. Een behandelplan moet dus niet zondermeer worden gestopt.

Zorgverleners hebben ook weinig juridische middelen om een patiënt aan te spreken. De rechten van de zorgverleners zijn minder duidelijk vastgelegd dan die van de patiënt en de zorgverlener kan zich minder beklagen over de patiënt dan andersom. Uit jurisprudentie is inmiddels wel duidelijk geworden dat een patiënt beslist over de behandeling, maar als een patiënt zich - na die beslissing - niet aan de behandelvoorschriften houdt, dat de behandelaar dan wel mag weigeren hem verder te behan-

delen. Bijna de helft van de zorgconsumenten die door NIVEL zijn ondervraagd, was het hiermee eens.

Patiëntenorganisaties werd een belangrijke rol toegedicht bij het voorlichten van de patiënten over het belang om als patiënt na te denken over je houding ten opzichte van je ziekte.

#### **4.4 Communicatie**

In de bespreking van (wederzijdse) verantwoordelijkheden kwam communicatie naar voren als cruciale factor voor het verbeteren van de zorgrelatie. Zowel zorgverleners als patiënten gaven in individuele gesprekken aan dat openheid en duidelijkheid effectieve samenwerking tussen zorgverlener en patiënt mogelijk maakt.

De verantwoordelijkheid voor een goede communicatie werd voor een groot deel bij de zorgverlener neergelegd. Het is daarbij belangrijk dat de zorgverlener een open houding heeft, maar ook dat hij de patiënt als geheel ziet en niet alleen vanuit een aandoening. De zorgverlener moet ook meer oog hebben voor non-verbale communicatie en de beleving van de patiënt.

Door specialisatie en technologische ontwikkelingen (zoals de computer in de spreekkamer) komt de arts letterlijk en figuurlijk verder af te staan van de patiënt. Artsen ervaren door een toename aan administratieve processen en een streven naar efficiënte bedrijfsvoering ook regelmatig tijdsdruk. Dit zorgt er voor dat de kwantiteit en kwaliteit van het contact tussen patiënt en zorgverlener onder druk komt te staan.

Aan de zijde van de patiënt speelt de noodzaak om de communicatie af te stemmen op patiënt en de situatie waarin hij zich bevindt. Vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties gaven aan dat patiënten niet alleen verschillen van elkaar in objectieve of ervaren gezondheid en de hoeveelheid contacten met de gezondheidszorg. Ze verschillen ook in leeftijd, opleiding en religie en culturele achtergrond. Al deze kenmerken zijn bepalend voor hun houding ten opzichte van zorgverleners. Sommige mensen met een zorgvraag ervaren de zorg daardoor als ontoegankelijk of complex, terwijl anderen hun wensen en behoeften gemakkelijk kenbaar maken en de passende zorg weten te vinden.

##### **Informer en verwachtingmanagement**

In het debat zijn met name twee onderdelen van communicatie besproken: verwachtingsmanagement en informeren. In veel expertgesprekken werd aangegeven dat de zorgverlener moeite moet doen om de patiënt relevante informatie te verstrekken over diens gezondheid en mogelijke behandeling, over de gevolgen van behandeling en de termijn waarop

verbeteringen te verwachten zijn, etc. Daarbij is het onvoldoende om alleen technische kennis over te dragen. Hij moet zich ook verdiepen in de patiënt en de wijze waarop deze met zijn klachten omgaat. Hij moet aandacht hebben voor de specifieke omstandigheden van de patiënt en dat meewegen in zijn advies. Van standaardisatie kan dus geen sprake zijn. De zorgverlener mag geen oordeel vellen over de leefstijl van patiënten, maar moet de patiënt wel informeren over de effecten van de leefstijl op de effectiviteit van de behandeling. Patiënten kunnen veelal beter betrokken worden bij een behandeling als ze duidelijk geïnformeerd worden. Eerder werd al besproken dat tijdens de bijeenkomsten naar voren kwam dat wetenschappelijke informatie een belangrijke rol heeft. Door patiënten voor te lichten met wetenschappelijke informatie over de effectiviteit van de behandeling en de invloed van het gedrag van de patiënt daarop. Dit maakt de discussie meer objectief en meer onafhankelijk van persoonlijke normen en waarden.

Uit de interviews in het onderzoek van de CG-groep bleek dat patiënten vinden dat ze door hun arts behoorlijk worden geïnformeerd, hoewel een aantal de informatie bij thuiskomst weer snel vergeet. Dit is vooral lastig omdat uit hetzelfde onderzoek blijkt dat een groot deel van de afspraken alleen mondeling worden doorgegeven of hooguit door de arts voor eigen gebruik worden genoteerd. Tevens werd opgemerkt dat er veelal geen goede richtlijnen zijn wat betreft informatieoverdracht.

Uit de NIVEL- enquête bleek dat de helft van de bevolking het (volledig) eens is met de stelling dat de patiënt zelf om informatie moet vragen of zelf informatie op moet zoeken als hij/zij vragen heeft. Uit de NIVEL- enquête kwam ook naar voren dat ruim driekwart van de mensen op eigen initiatief alle informatie geeft die van belang is voor een beslissing over de behandeling. Daarbij mogen ook maatregelen worden genomen als mensen hun medicatie en of verzekeringspapieren niet bij zich hebben. Een zorgverlener mag dan de afspraak verzetten. De zorgverlener moet wel helder zijn in de informatie die hij wil hebben, omdat een patiënt dat niet altijd kan inschatten.

Internet wordt steeds meer door patiënten gebruikt om informatie over aandoeningen en behandelingen te vinden. Patiënten gebruiken het internet ook om met elkaar ervaringen en kennis uit te wisselen. De ervaring van zorgverleners en patiëntorganisaties leert dat patiënten voornamelijk op internet gaan zoeken als ze klachten hebben en de diagnose onduidelijk is of de behandeling niet (goed) aanslaat. Hoewel veelal wordt gedacht dat informatie van internet de positie van de professional ter discussie stelt (een mondige patiënt die zelf al de diagnose stelt) werd duidelijk dat patiënten uiteindelijk graag de gevonden informatie willen doorspreken met de zorgverlener om hun interpretatie te controleren. Het oordeel en advies van de zorgverlener blijft belangrijk.

Informeren betreft niet alleen het uitwisselen van feitelijke gegevens over ervaren klachten en mogelijke behandelingen.

Het werd ook belangrijk geacht om verwachtingen over elkaars taken binnen de zorgrelatie te expliciteren.

Zorgverleners redeneren vanuit wetenschappelijke kennis en gezondheid op lange termijn, terwijl patiënten veelal meer redeneren vanuit een streven naar welbevinden op korte termijn. Beide perspectieven zijn noodzakelijk voor een goed behandelresultaat, maar moeten wel geëxpliciteerd en afgestemd worden. Vraagverduidelijking en verwachtingsmanagement zijn daarom belangrijke aspecten in de zorgrelatie.

### *Mogelijke verbeteringen*

Naast knelpunten kwamen ook veel (mogelijke) oplossingen op verschillende niveaus in het zorgstelsel aan de orde om de communicatie te verbeteren. Zo werd het voeren van debatten, zoals geïnitieerd door de RVZ, als welkom en goed initiatief gezien. Op organisatieniveau kunnen focusgroepen en spiegelgesprekken de communicatie en het wederzijds begrip verbeteren.

Op individueel niveau werd de zorgverlener geacht actief aandacht te schenken aan communicatie en daarover ook verantwoording af te leggen. In richtlijnen en protocollen worden communicatieaspecten nog onvoldoende verwerkt. Het is belangrijk dat daar meer aandacht aan wordt besteed, vooral omdat verzekeraars ook deze richtlijnen en protocollen als uitgangspunt nemen voor hun inkoopbeleid. In de private setting wordt sterk geprotocolleerd gewerkt, waarbij het informeren van de patiënt op meerdere momenten expliciet aan de orde komt om informed consent te waarborgen.

Er werd aangegeven dat in opleidingen steeds meer aandacht aan communicatie wordt besteed, maar vervolgens zakt dit weer weg in de dagelijkse praktijk. Het is onvoldoende geborgd in de nascholingsprogramma's. Hier zijn nog mogelijkheden voor verbetering.

Het behandelplan werd ook als een goed instrument gezien om de communicatie met de patiënt te verbeteren en te expliciteren. Het behandelplan wordt nu vooral gebruikt voor de bedrijfsvoering. Naast behandelplannen kunnen ook instrumenten worden ingezet, zoals 'Met een briefje naar de dokter'. Dit boekje geeft de patiënt de mogelijkheid om voorafgaand aan het consult zijn vragen en klachten op te schrijven en deze vervolgens met de zorgverlener te bespreken. Vervolgens worden de adviezen en behandelafspraken ook weer in het boekje te noteren. Dit draagt bij aan vraagverheldering en verwachtingsmanagement. De NPCF heeft voor dit doel in samenwerking met het NIVEL aandachtspuntenlijsten ontwikkeld die zorgverleners en patiënten moeten helpen relevante onderwerpen ter sprake te brengen.

## 4.5 Conclusie

Uit het debat komt naar voren dat zorgverleners nog steeds in ‘the lead’ zijn en dat dit ook als wenselijk wordt gezien, alleen wel met een andere invulling. De zorgverlener moet de randvoorwaarden creëren waaronder de patiënt naar zijn vermogen de regie van zijn behandeling kan oppakken. Dat betekent dat hij de patiënt actief moet informeren, bevragen en aanspreken. Daarbij moet rekening worden gehouden met de situatie en de mogelijkheden van de patiënt.

De patiënt moet op zijn beurt de zorgverlener actief informeren en zich houden aan de behandelafspraken. Zelfmanagement wordt ook steeds meer gezien als een verantwoordelijkheid in plaats van een recht. Artsen zijn echter terughoudend in het ter verantwoording roepen van patiënten vooral over hun leefstijl. Enerzijds worstelen ze met het feit dat ze grenzen moeten stellen en patiënten niet willen beoordelen. Anderzijds ervaren zorgverleners weinig steun vanuit de overheid en verzekeraars om patiënten op basis van hun leefstijl en het zorgstelsel grenzen te stellen. Daarbij wordt ook aangegeven dat niet de zorgverlener, maar de samenleving de patiënt moet aanspreken op sommige verantwoordelijkheden.

Communicatie kreeg expliciet aandacht in het debat als cruciale factor in het verbeteren van de zorgrelatie. Wederom werd hierbij aangegeven dat de zorgverlener de primaire verantwoordelijkheid heeft in het creëren van de juiste randvoorwaarden voor een effectieve communicatie. Ontwikkelingen in de organisatie van de zorg en technologie creëren echter meer afstand, die het voor de zorgverlener moeilijker maakt zijn verantwoordelijkheden op dit gebied waar te maken. Aan de zijde van de patiënt wordt vooral gewezen op de variëteit die onder patiënten bestaat en tussen de verschillende fasen in het ziekteproces, die van invloed zijn op de meest geëigende vorm van communicatie.

Communicatie betreft, naast het wederzijds informeren, ook verwachtingsmanagement. Door elkaars verwachtingen te expliciteren kunnen ze ook beter worden afgestemd.

Tot slot worden de volgende verbeteringen genoemd om de communicatie binnen de zorgrelatie te stimuleren: Debatten op collectief niveau; Focusgroepen en spiegelgesprekken op organisatieniveau; Communicatieaspecten opnemen in richtlijnen en protocollen; Meer aandacht voor communicatie in de (na)scholing en tot slot het behandelplan meer als communicatie-instrument inzetten.





## 5 Conclusie

*“..Het geeft mij het gevoel dat ik samen met mijn huisarts optrek in mijn ziekte”<sup>7</sup>*

### 5.1 Introductie

De Raad heeft het debat over de veranderende verhoudingen in de spreekkamer geïnitieerd om een constructieve discussie aan te wakkeren tussen de partijen die uiteindelijk vorm moeten geven aan een effectieve behandelrelatie binnen de context van het nieuwe zorgstelsel. De volgende vraagstelling stond daarbij centraal: Hoe moeten de verantwoordelijkheden van de behandelaar en de patiënt worden ingevuld om een effectieve en doelmatige zorgrelatie te bewerkstelligen?

In het hiernavolgende zal allereerst helder worden gemaakt wat er onder een efficiënte en doelmatige zorgrelatie wordt verstaan. Vervolgens zal de verantwoordelijkheidsverdeling tussen zorgverlener en patiënt worden besproken die noodzakelijk is om een goede zorgrelatie te bewerkstelligen. In het laatste deel van het hoofdstuk zal de raad op basis van de uitkomsten van het debat een visie formuleren in de vorm van aanbevelingen. Daarbij zal ook een terugkoppeling worden gemaakt naar aanbevelingen en voorgestelde maatregelen uit het advies ‘Vertrouwen in de arts’ en het signalement ‘Goed patiëntschap’.

### 5.2 Goede zorgrelatie

Een goede zorgrelatie is een gelijkwaardige relatie tussen ongelijke partijen. Er moet respect zijn voor elkaars kennis en kunde, maar de zorgverlener en de patiënt hebben ook duidelijk een eigen rol te spelen. Goede communicatie is hierbij essentieel.

Een toenemende vraag naar doelmatigheid en effectiviteit zet de aandacht voor de sociale aspecten in een zorgrelatie onder druk. De aandacht voor vooral klinische uitkomstmaten en allerlei administratieve verantwoordingsprocedures zorgen er voor dat communicatie onder druk komt te staan. Doelmatigheid kan echter juist bevorderd worden door aandacht voor communicatie. Het kan de efficiency van de consulten verbeteren. Multidisciplinaire samenwerking vooral tussen arts en gespecialiseerde verpleegkundigen, kan ook tijd waarborgen voor goede communicatie. Gespecialiseerde (praktijk)verpleegkundigen kunnen een ondersteunende rol spelen bij het informeren en voorbereiden van de patiënt. Daarnaast kunnen instrumenten worden ingezet om het proces van vraagverheldering te versnellen, zoals vragenlijsten en het boekje ‘Met een briefje

naar de dokter'. Dit kan er voor zorgen dat het consult bij de behandelaar efficiënter verloopt.

Goede communicatie en bejegening zorgen er ook voor dat patiënten betrokken zijn en blijven bij de behandeling. Door ontwikkelingen op het gebied van zelfzorgtechnologie en de bewezen invloed van leefgedrag op gezondheid, wordt de bijdrage van de patiënt aan de effectiviteit van de zorg steeds meer bepalend. Het is daarom van belang om communicatie op een goede manier te borgen in kwaliteitssystemen en bekostigingssystemen, zodat deze aspecten niet verloren gaan in het streven naar een efficiënte bedrijfsvoering. Dit kan door bijvoorbeeld in richtlijnen communicatieaspecten op te nemen. Zorgverzekeraars geven aan dat zij de protocollen en standaarden van de beroepsgroepen als uitgangspunt nemen voor hun handelen. Het is dus belangrijk dat beroepsgroepen samen met patiëntenorganisaties richtlijnen verbreden naar de sociale elementen van zorgverlening. De private sector laat daar de mogelijkheden al van zien.

Bij met name chronische aandoeningen is het ook van belang om te kijken naar de afstemming tussen welbevinden en het klinische behandelresultaat. Chronisch zieken moeten de behandeling inpassen in hun dagelijks leven. Dit vraagt soms om een concessie wat betreft de medische uitkomstmaten op korte termijn om op langere termijn therapietrouw te bewerkstelligen. De toename aan chronisch zieken, maakt het belangrijk om ook het welbevinden van de patiënt als relevant behandelresultaat te beschrijven.

### **5.3 Verantwoordelijkheidsverdeling**

De besluitvorming zou idealiter in gezamenlijkheid binnen de zorgrelatie tot stand moeten komen, gezamenlijkheid betekent echter niet dat er sprake is van een gelijke verantwoordelijkheid. De zorgverlener stelt de diagnose en bepaalt de behandelingsmogelijkheden, maar de patiënt bepaalt uiteindelijk welke behandeling wordt ingezet en hoe deze vervolgens wordt uitgevoerd. De zorgverleners creëren voor een groot deel de randvoorwaarden voor patiënten om verantwoordelijkheden te kunnen realiseren. Dit houdt enerzijds in dat zij ruimte moeten bieden voor patiënten om zelf regie te voeren over hun behandeling, maar ook voor voldoende informatie moeten zorgen. Naast het technisch goed uitvoeren van de zorg, wordt goede communicatie daarom een steeds belangrijkere vaardigheid van een goed zorgverlener.

De zorgverlener moet de patiënt ook steeds meer gaan aanspreken wanneer deze zijn verantwoordelijkheden niet nakomt. Er werd wel duidelijk terughoudend gereageerd op het nemen van maatregelen wanneer patiënten zich niet aan de behandelafspraken houden. Het naar beneden bijstel-

len van de behandeldoelstellingen werd wel als een reële optie gezien, vooral in het licht van het welbevinden en het ‘aan boord houden’ van de patiënt. In de debatten werd hierbij ook de vraag gesteld in hoeverre een zorgverlener de patiënt moet aanspreken op met name leefstijlveranderingen en in hoeverre dit een verantwoordelijkheid is van de samenleving (lees overheid en zorgverzekeraar).

Bij het aanspreken van patiënten op hun verantwoordelijkheid moet rekening worden gehouden met het feit dat dé patiënt niet bestaat (evenmin als dé zorgverlener) en dat betekent ook dat verantwoordelijkheden door patiënten in de praktijk gevarieerd worden ingevuld. Belangrijk is ook om rekening te houden met de fase van ziek zijn, waar iemand zich in bevindt. Iemand die net te horen heeft gekregen dat hij een chronische ziekte heeft, moet de tijd krijgen om dit te verwerken, voordat hij voor de rest van zijn leven zijn leefstijl kan aanpassen. Verwachtingsmanagement speelt hierbij ook een belangrijke rol. Zowel zorgverleners als patiënten moeten duidelijk aangeven wat ze van elkaar verwachten en hoe zij hun eigen rol zien. Het meer expliciet gebruik van het behandelplan kan hierbij helpen. Door duidelijk de afspraken te noteren en ook aan de patiënt mee te geven blijven zorgverlener en patiënt op één lijn.

Ook communicatie op collectief niveau is belangrijk. Enerzijds binnen zorgorganisaties, door het organiseren van panelgesprekken tussen zorgverleners en patiënten, anderzijds op meer collectief niveau, door het organiseren van debatten zoals de RVZ heeft gedaan. Communicatie op deze niveaus draagt bij aan het verminderen van vooroordelen en een beter begrip van elkaars positie.

## **5.4 Visie RVZ**

### **Terugkoppeling naar eerdere adviezen**

De RVZ heeft in twee eerdere publicaties afzonderlijk aandacht geschonken aan de rol van de arts en de rol van de patiënt in het nieuwe zorgstelsel. Het advies ‘Vertrouwen in de arts’ (2007) geeft antwoord op de vraag in hoeverre de professionele verantwoordelijkheid van de arts, in het nieuwe stelsel, in goed evenwicht te brengen zijn met de maatschappelijke behoefte aan zinnige en zuinige zorg. De RVZ toont in het advies aan dat het belang van vakinhoudelijke autonomie van de arts breed onderkend wordt, maar dat die autonomie wel steeds meer ingekaderd wordt. Dit brengt het risico met zich mee dat de arts toch zijn vrijheid van handelen verliest. Om de vakinhoudelijke autonomie veilig te stellen richt de RVZ zich met haar aanbevelingen zowel tot de beroepsgroep als tot de andere betrokken partijen: patiënten, instellingen, zorgverzekeraars en ook tot de overheid in haar rol als systeemverantwoordelijke. Aspecten die vooral moeten worden versterkt zijn de samenwerking tussen professionals en de verantwoording door de beroepsgroep.

Het signalement ‘Goed patiëntschap’ gaat in op de rol van de zorgvrager in het nieuwe stelsel. Er wordt aangegeven dat een paradigmawisseling noodzakelijk is: van een vrijblijvende en afwachterende houding van patiënten (ziekte legitimeert) naar een constructieve en coöperatieve opstelling (goed patiëntschap). In de bespreking van dit nieuwe paradigma wordt een onderscheid gemaakt tussen algemene omgangsvormen, zakelijke verplichtingen voortvloeiend uit de geneeskundige behandelovereenkomst en verantwoordelijkheden in het kader van de behandelrelatie. Er wordt gesuggereerd dat met betrekking tot de zakelijke verplichtingen ferme maatregelen mogelijk zijn en dat de mogelijkheden tot het nemen van maatregelen met betrekking tot de verantwoordelijkheden in het kader van de behandelrelatie beperkt zijn.

De behoefte aan nieuwe of aanvullende maatregelen doet zich vooral hier voor. Maatregelen als financiële sancties in de zorgverzekering worden daarbij onwenselijk geacht.

### **Confrontatie met het debat**

Veel van de aanbevelingen uit het advies ‘Vertrouwen in de arts’ werden onderschreven door de uitkomsten van het debat, maar een aantal werd ook verder aangescherpt. Zo werd in het advies aanbevolen dat multidisciplinaire samenwerking door beroepsbeoefenaren moet worden bevorderd door afspraken te maken over taak- en verantwoordelijkheidsverdeling. Uit het debat komt naar voren dat vooral tussen artsen en gespecialiseerde (praktijk)verpleegkundigen een meer duidelijke taakverdeling tot stand moet worden gebracht. Rondom communicatie en het creëren van commitment van de patiënt aan zijn behandeling vervullen verpleegkundigen een cruciale rol. Daarnaast wordt er in het advies gepleit voor periodiek overleg tussen zorgverleners, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en zorginstellingen over de zorgpraktijk. Ook in het debat werd aangegeven dat ieder van deze partijen een rol heeft in het bewerkstelligen van een paradigmawisseling. Waarbij voor iedereen helder wordt dat de zorgrelatie een wederkerige relatie van geven en nemen is. Daarbij is het ook belangrijk dat de overheid en zorgverzekeraars vertrouwen tonen in de verantwoordelijkheden van patiënt en zorgverlener om tot een effectief en doelmatig zorggebruik te komen. Dit vertrouwen moet ook tot uiting komen in het beleid dat zij voeren.

In het advies ‘Vertrouwen in de arts’ werd ook aan de beroepsgroep aanbevolen om het initiatief te nemen in de bevordering van kwaliteit en doelmatigheid. Ze zouden hierin moeten samenwerken met zorginstellingen, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties. In samenwerking met deze partijen zou de beroepsgroep richtlijnen en standaarden moeten ontwikkelen en zorgen dat ze bekend en toegankelijk zijn en nageleefd worden. Uit het debat blijkt dat het belangrijk is om communicatie, begeleiding en het welbevinden van patiënten te borgen in de richtlijnen en standaarden. Welbevinden moet tevens worden vertaald naar uitkomst-

parameters, zodat ze mee kunnen worden genomen in het bepalen van de effectiviteit van de behandeling.

Tot slot wordt in het advies 'Vertrouwen in de arts' uitgesproken dat vertrouwen noodzakelijk is voor zorgverleners om hun werk te kunnen uitvoeren. Om dit vertrouwen te creëren en te behouden moet de beroepsgroep onder andere het nascholingsbeleid reorganiseren: 'Het nascholingsbeleid wordt gebaseerd op gebleken behoefte (welke kennis is verouderd, schiet de beroepsuitoefening tekort) en individueel toegespitst op een persoonlijk verbetertraject, dat naar aanleiding van de gevoerde evaluatiegesprekken wordt vastgesteld.' Daarnaast moet de werking van de interne kwaliteitssystemen van de professie worden verbeterd en een einde worden gemaakt aan het vrijblijvende karakter ervan.

Uit het debat komt naar voren dat de aanbevelingen betreffende het nascholingsbeleid verder aangescherpt moeten worden door communicatie als aandachtspunt op te nemen en ook onderlinge intervisie te benoemen als een belangrijk instrument om de zorgverlener scherp te houden op zijn functioneren. Vrijblijvendheid is daarmee een gepasseerd station. Dit zou kunnen betekenen dat een goede afstemming tussen nascholing en functioneren een eis voor herregistratie wordt.

Het signalement 'Goed patiëntschap' is in zijn geheel gericht op het stimuleren van actieve betrokkenheid van de patiënt en het stimuleren van de verantwoordelijkheden. Uiteindelijk wordt door de RVZ geconcludeerd dat meer juridische maatregelen niet de oplossing zijn en ook financiële maatregelen van de hand moeten worden gewezen. De RVZ ziet meer 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.

Uit de gehouden enquête en het debat komt naar voren dat patiënten, meer verantwoordelijkheid niet uit de weg gaan. Zij zijn het er mee eens dat patiënten worden aangesproken op fatsoensnormen en op het meenemen van noodzakelijke gegevens. Waar de maatregelen in 'Goed patiëntschap' echter als eenzijdige acties van de zorgverlener beschreven staan, komt uit het debat naar voren dat men deze acties veel meer zien als gezamenlijke besluiten. In een open communicatie stellen zorgverlener en patiënt het doel van de behandeling vast en stellen dat indien nodig bij, bijvoorbeeld wanneer de patiënt zich, om wat voor reden dan ook, niet aan de behandelaafspraken houdt.

Uit het debat kwam ook naar voren dat een zorgverlener mag aangeven hoe hij zijn beroep wil invullen, ook in de specifieke situatie van een individuele patiënt. En wanneer beide partijen het daar vervolgens niet

over eens worden, dan kan dat betekenen dat de zorgrelatie niet wordt voortgezet.

## 5.5 Aanbevelingen

Op basis van de uitkomsten van het debat formuleert de Raad de volgende aanbevelingen:

### *Het bewaken en concretiseren van zorginhoudelijke autonomie*

Het belang van de zorginhoudelijke autonomie van de professional is nogmaals onderstreept tijdens het debat. Zo moet de zorgverlener in staat worden gesteld om het behandelplan met de patiënt af te stemmen. Met name bij chronische aandoeningen blijkt een goede afweging tussen een puur medische benadering en een bredere sociaal-psychische benadering van de ziekte en behandeling belangrijk. Zo kan bijvoorbeeld het strikt opvolgen van een leefstijladvies moeilijk te verenigen zijn met de onregelmatige werktijden van een patiënt. Om de betrokkenheid van de patiënt voor langere tijd te garanderen zijn soms concessies nodig op de klinische behandelresultaten. Artsen moeten de ruimte hebben om die concessies weloverwogen te doen. Dit kan worden bewerkstelligd door de afweging tussen klinische behandelresultaten en de andere belangen van de patiënt op te nemen in de richtlijnen en uitkomstparameters. In een recente brief aan de Tweede Kamer (TK2008-2009, 31765, nr.1) waarin de minister en de staatssecretaris de Kamer nader informeren over de stand van zaken rondom het kwaliteitsbeleid worden hiervoor mogelijkheden genoemd. Namelijk de betrokkenheid van cliënten bij het formuleren van richtlijnen en de aandacht voor het daadwerkelijke gebruik van richtlijnen.

In de brief geeft de minister ook aan voornemens te zijn een regieraad in te stellen die een faciliterende en stimulerende functie gaat vervullen rond richtlijnontwikkeling en –implementatie. Daarbij zal de regieraad aansluiting zoeken bij lopende activiteiten, zoals het programma Zichtbare zorg rondom kwaliteitsindicatoren en de CQ-index (indicatoren voor klantervaringen). Hierbij is het belangrijk dat de bruikbaarheid van deze activiteiten op het individueel niveau in acht wordt genomen. Daarnaast moeten in deze indicatoren de concessies die in de praktijk worden gedaan om de patiënt betrokken te houden bij de behandeling worden meegenomen.

In de brief wordt ook erkend dat professionele verantwoordelijkheid een grotere reikwijdte kent dan die van de afzonderlijke ingreep of behandeling. Daarbij wordt ingezoomd op het bewaken en bevorderen van kwaliteit en veiligheid. De RVZ zou echter willen adviseren om daarbij ook de professionele verantwoordelijkheid van de zorgverlener met betrekking tot het bevorderen van een verantwoordelijke houding van de patiënt ten aanzien van zijn eigen gezondheid te concretiseren. Als overheid (en ver-

zekeraars) duidelijk zijn over de verantwoordelijkheid van burgers voor hun eigen gezondheid en leefstijl, kan ook de vrije beslissingsruimte van de professional daarin een plaats krijgen.

*In richtlijnen en nascholing aandacht voor communicatie en het gebruik van zorgplannen.*

Zorgverleners moeten worden ondersteund in het uitvoeren van hun verantwoordelijkheden. Richtlijnen nemen in belang toe. De effectiviteit van de behandeling hangt voor een groot deel af van goede communicatie. De RVZ hecht daarom groot belang aan nascholing op het gebied van communicatievaardigheden en het gebruik van zorgplannen. Om vrijblijvendheid te voorkomen adviseert de RVZ ook een koppeling van deze nieuwe eisen voor nascholing met de herregistratie.

*Initiatieven rondom coaching en scholing van patiënten actief ondersteunen.*

Patiëntenorganisaties kunnen een sleutelrol vervullen in het toerusten van patiënten om hun nieuwe verantwoordelijkheden op te pakken. Het is belangrijk om deze sleutelrol te expliciteren en te bepalen wat noodzakelijke randvoorwaarden zijn om patiëntenorganisaties deze sleutelrol te laten vervullen. Daarnaast moet worden gekeken wat de rol van de overheid is. Het is gezien de huidige ontwikkelingen in de zorg van belang dat de overheid op korte termijn hierin duidelijkheid schept.

*Effectief gebruik van tijd stimuleren door een duidelijke taakverdeling tussen arts en (gespecialiseerde) verpleegkundigen en het stimuleren van een zelfstandige positie van de verpleegkundige in de zorgverlening.*

Tijd kwam tijdens het debat als een belangrijke factor naar voren voor een effectieve behandeling. Niet alleen de kwantiteit, maar ook de kwaliteit van de interactie tussen zorgverlener en patiënt bleek van belang. Een goede taakverdeling tussen arts en (gespecialiseerde) verpleegkundige werd daarbij van belang geacht. In de huidige organisatie van de zorg wordt de toegevoegde waarde van een gespecialiseerde verpleegkundige echter nog onvoldoende benut. Dit heeft enerzijds te maken met verschillende zienswijzen over functies en verantwoordelijkheidsverdeling tussen hulpverleners en anderzijds met de huidige (financiering)structuur van de zorg. In eerdere publicaties heeft de RVZ hierover geadviseerd (RVZ, 2003; Rijkschroeff-Van der Meer, 2008). Drie kernpunten daarbij waren:

1. Instellingen, beroepsbeoefenaren, zorgverzekeraars en patiënten moeten het erover eens zijn dat niet alle vragen door artsen beantwoord hoeven te worden.
2. Daarnaast moeten deze partijen het erover eens zijn dat er sprake is van diversiteit in deskundigheid onder hulpverleners. Er is een continue ontwikkeling gaande van specialisatie en differentiatie. Daarom moet er stelselmatig gekeken worden naar de functieopvatting en verantwoordelijkheid van de arts en andere hulpverleners.

3. Het derde punt betreft de financieringsstructuur. Voor de eerstelijnszorg geldt dat de financiering is gekoppeld aan de zorgaanbieder, de huisarts. De RVZ pleit voor een produktgerelateerde financieringsystematiek. Het is dan niet meer relevant wie de zorg levert, maar wat er geleverd wordt. In een dergelijke systematiek kan voor verpleegkundige zorg een eigen tarief opgenomen worden. Daarmee wordt duidelijk dat verpleegkundige zorg een zelfstandig onderdeel is in de zorgverlening.

Uit de debattenreeks is gebleken dat deze kernpunten door geconsulteerden wordt onderschreven

#### *Voortzetten van het debat*

Het is belangrijk dat organisaties en overheid dit initiatief van de RVZ overnemen om de dialoog tussen patiënten en zorgverleners, maar ook met instellingbestuurders en zorgverzekeraars te organiseren en te stimuleren. Uit het debat is naar voren gekomen dat vooroordelen de communicatie kunnen verstoren. Door buiten de dagelijkse zorgpraktijk met elkaar te spreken, kunnen de partijen constructief werken aan een goede zorgverlening.

#### **Raad voor de Volksgezondheid en Zorg**



Rien Meijerink,  
voorzitter



Pieter Vos,  
algemeen secretaris



## Noten

- <sup>1</sup> Patiënt tijdens gesprek onderzoek Casemanagement Groep
- <sup>2</sup> Zie bijlage 3
- <sup>3</sup> Zie bijlage 2 voor de lijst van geconsulteerden
- <sup>4</sup> Een patiënt tijdens één van de bijeenkomsten
- <sup>5</sup> Een arts tijdens één van de bijeenkomsten
- <sup>6</sup> Een patiënt bij één van de bijeenkomsten
- <sup>7</sup> Een patiënt tijdens één van de bijeenkomsten



# Bijlagen



## **Bijlage 1**

### **Relevant deel van het RVZ-werkprogramma voor het jaar 2008, vastgesteld door de minister van VWS**

De spreekkamers van artsen veranderen - mede ook onder invloed van allerlei bredere maatschappelijke veranderingen. De traditionele relatie tussen de dokter en zijn patiënten komt in een nieuw daglicht te staan. Hierdoor ontstaan er nieuwe beleidsmatige vragen, bijvoorbeeld over rechten en plichten in de spreekkamer. De RVZ publiceert hierover in 2007 een signalement Goed Patiëntschap en een advies Vertrouwen in de arts, maar nadere discussie met professionals en burgers is noodzakelijk om dit maatschappelijk goed te laten landen. De RVZ zal over dit onderwerp in 2007 en 2008 een maatschappelijke discussie organiseren. De resultaten zal hij aan de minister van VWS voorleggen. De RVZ zal vooral professionals en patiënten met elkaar over dit thema in gesprek brengen. Een gesprek over eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid en collectieve middelen en een gesprek over de rol van de professional daarbij.



## Bijlage 2

### Verantwoording van de adviesprocedure

#### *Adviesvoorbereiding vanuit de Raad*

Prof. dr. D.L. Willems

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

#### *Leden van de Raad*

Prof. drs M.H. Meijerink, voorzitter

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

Mr. H. Bosma

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

Mw. E.R. Carter, MBA

Prof. dr. W.N.J. Groot

Prof. dr. J.P. Mackenbach

Mw. drs. M. Sint

Prof. dr. D.L. Willems

#### *Relevante functies en nevenactiviteiten raadsleden*

Mw. Prof. dr DDM Braat

- Lid gezondheidsraad
- Plaatsvervangend lid Centrale Commissie mensgeboden onderzoek
- Voorzitter Bestuur Stafconvent; UMC St. Radboud.
- Vice-voorzitter Raad van Toezicht Stichting Kalorama.
- Bestuurslid Niels Stensen Stichting.
- Bestuurslid Stichting NIGYO (Nationaal Initiatief tegen Gynasecologische Oncologie).

Prof. dr. D.L. Willems

- Voorzitter Centrum voor ethiek en gezondheid.
- Lid Gezondheidsraad, beraadsgroep Ethiek en recht.
- Lid medisch-ethische commissie ten bate van Wetenschappelijk onderzoek met mensen, AMC.
- Lid medisch-ethische commissie ten bate van de patiëntenzorg, AMC.
- Voorzitter Nederlandse Vereniging voor Bio-ethiek.
- Voorzitter projectgroep Kaderopleiding Huisartsen palliatieve zorg, NHG.
- Lid commissie trends in biotechnologie.
- Lid Beleidsadviesraad KNMG.
- Lid Adviesraad 'Huisarts & Wetenschap'.
- Plaatsvervangend lid centrale deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen, VWS.

*Adviesvoorbereiding door de ambtelijke projectgroep*

Mw. dr. W.G.M. van der Kraan, projectleider

Mw. drs. A.C.J. Rijkschroeff-van der Meer

Mw. drs. M.E.M. Huijben

Mw. I.A. de Prieëlle, projectsecretaresse

De Raad adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners hebben zich niet aan het advies gecommitteerd.

*Gevolgte procedure*

Het adviesproject is begonnen met een startbijeenkomst tussen representanten van het ministerie van VWS als opdrachtgever en de RVZ als opdrachtnemer. De startbijeenkomst is gehouden op 12 februari 2008.

*Achtergrondstudies*

De Raad heeft twee externe achtergrondstudies laten uitvoeren. Het NIVEL, mevrouw M. van der Maat en mevrouw dr. J. de Jong hebben een factsheet gemaakt over hoe de patiënten zelf aan kijken tegen hun plichten en verantwoordelijkheden ten opzichte van de hulpverlener? Door CG Concepten, mevrouw drs. M.E. van Doorn, is een rapportage van de regiobijeenkomsten met professionals en patiënten gemaakt. Beide studies zijn opgenomen in het advies.

*Tijdens het adviestraject zijn de volgende personen geconsulteerd:*

- Mevrouw S. Adams, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, EUR
- De heer R. Boersma, Zorgbelang Zuid-Holland
- Mevrouw M.A. de Booys, NPCF
- De heer J. Borst, Zorgbelang Zuid-Holland
- De heer C.F.R.M. van Bezooijen, NFK.
- Mevrouw H.M.E. Cliteur, GG-Raad
- Mevrouw S. van Dulmen, NIVEL
- De heer B. Geertsma, Menzis
- Mevrouw M. de Graaf, Zorgbelang Leeuwarden
- Mevrouw J. de Jong, lid vakcommissie Categoriele Zorg
- Mevrouw H. Jongkind, Diakonessenhuis Utrecht
- De heer P. Kuhlman, Zorgbelang Nederland
- De heer E. Kwidama, PsyQ
- Mevrouw A. Romein, Diabetes Vereniging Nederland
- De heer T. Sandig, 'met een briefje naar de dokter'
- De heer drs. C.F.N. Rosmalen, LHV
- De heer J.W. Schouten, Zorgverzekeraars Nederland
- Mevrouw N. Sonmez, Mikado
- De heer M. Spaanderman, UMC Nijmegen
- Mevrouw A. Speckens, hoogleraar Psychiatrie, UMC Nijmegen



- Mevrouw A. Stoopendaal, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, EUR
- De heer H. Veenendaal, CBO
- De heer F. Verberk, Sociaal-psychiatrisch Verpleegkundige
- De heer B. Vogels adjunct-directeur V&VN
- De heer E.H.J. van Wijlick, KNMG
- De heer T. Wurtz, Stichting rokers belangen

#### *Regionale bijeenkomsten*

Door de Case Managementgroep zijn vijf bijeenkomsten georganiseerd.

#### *Dordrecht op 5 juni 2008 op 5 juni 2008*

- De heer J. Borst, Zorgbelang Zuid-Holland
- De heer W. Sterk, gemeente Dordrecht
- Mevrouw Y. Brons, patiënt
- Mevrouw N. van Roon, Zorgbelang Zuid-Holland

#### *Medisch Centrum Leeuwarden (MCL) op 13 juni 2008*

- Mevrouw G. van Buiten, MCL
- De heer J. Broekroelofs, MCL
- Mevrouw E. Bronswijk, patiënt
- Mevrouw C. Boersma, MCL
- Mevrouw E. Dijkstra, patiënt
- Mevrouw M. de Graaf, Zorgbelang Frysland
- De heer J.S.E. Haenen, MCL
- Mevrouw M. Jansen, MCL
- Mevrouw C. Krol, MCL
- De heer W. Lenglet, MCL
- De heer F. Mostert, MCL
- Mevrouw S. Nieuwborg-Piekstra, MCL
- Mevrouw C.J. Oterdoom, MCL
- Mevrouw M.C. Ritman, cliëntenraad MCL
- De heer C.A. Spronk, MCL
- De heer W. van Stijn, cliëntenraad MCL
- Mevrouw J. de Vries, patiënt
- Mevrouw A. Westendorp, MCL
- Mevrouw S. de Winter, patiënt
- De heer E.H.J. van Wijlick, KNMG
- De heer D.L. Willems, raadslid RVZ

#### *Vision Clinics, Delft op 19 juni 2008*

- De heer R. Bandhoe, Vision Clinics
- Mevrouw F. Bijker, Vision Clinics
- Mevrouw R. Bouman, Vision Clinics
- Mevrouw C. Braam, Vision Clinics
- De heer M. Luger, Vision Clinics

- Mevrouw S.Yin, Vision Clinics
- De heer R. Boersma, Zorgbelang Zuid-Holland

*PsyQ, Den Haag op 27 juni 2008*

- Mevrouw T. Hoogerwerf, PsyQ
- Mevrouw D. Janmaat, PsyQ
- De heer E. Kwidama, PsyQ
- De heer M. Kamphuis, PsyQ
- Mevrouw N. Neecke, patiënt
- Mevrouw J. Sinke, PsyQ
- Mevrouw I. Vervoort, PsyQ
- De heer W. Walraven, Cliëntenraad PsyQ
- De heer H.P.M. Kreemers, RVZ

*Groene Hart Ziekenhuis, Gouda op 11 september 2008*

- Mevrouw N. Admiraal, Groene Hart Ziekenhuis
- De heer G.J. Bloem, huisarts regio Gouda
- De heer R. Boersma, Zorgbelang Zuid-Holland
- De heer H. Bruins, huisarts regio Gouda
- Mevrouw A. Dalman, Groene Hart Ziekenhuis
- Mevrouw A van Dieen, Groene Hart Ziekenhuis
- De heer P. Greeven, Cliëntenraad Groene Hart Ziekenhuis
- De heer H. van der Heijden, Groene Hart Ziekenhuis
- Mevrouw E. van der Heijden, Zorgbelang Zuid-Holland
- Mevrouw M. Hoekstra, KNMG
- Mevrouw B. van der Knaap, Zorgbelang Zuid-Holland
- De heer J. Kroes, Zorg en Zekerheid
- Mevrouw H. Leroux, Groene Hart Ziekenhuis
- De heer W. Schouten, Cliëntenraad Groene Hart Ziekenhuis
- De heer J. van der Stel, Azivo
- Mevrouw E. Thewessen, Groene Hart Ziekenhuis
- De heer M. Vanderbroeck, CZ verzekeraars
- De heer B. Vlaskamp, Zorgbelang Zuid-Holland
- De heer E. van Wijlick, KNMG

*KNMG symposium district Twente op 1 oktober 2008*

**Spreekers:**

Mevrouw prof. dr. D.D.M. Braat, raadslid RVZ, gynaecoloog UMC St. Radboud

Mevrouw drs. T.F.M. Vessies, docent communicatie en samenwerking UMC St. Radboud

**Deelnemende artsen**

- M. Abbink-de Roos
- C.M.M. Ausems-Kerkvliet
- C.M.A. Bijleveld
- B. Broersma

- A.J.E. Bosman
- B.J.L. de Rode
- M.H. Dubblinga
- J.M.M. Elfrink-Nijhuis
- R. Gardenbroek
- W.R.J. van Gils
- P.E. Helsper
- J.H. K\_hne
- R. de Lange
- S.F. Lindeboom
- R.J. Naber
- G. Nuninga
- J. Ridder
- A.E.P. Schefman
- M.J.J. Schmitz Wickermann
- A.J. Schrooyen
- B.H.A. Tjihuis
- M. Toering-Sänger
- D. van der Veer- Ruchtie
- H.G.M. ten Vergert
- A.A.M. Vermeulen
- J.M. Versteeg-Hospers
- A.J. Wolbers
- M.H. Schoemaker
- Oortgieten
- M. Driessen
- H. Verwei

*KNMG symposium district Rotterdam op 28 oktober*

**Spreekers:**

Mevrouw prof. dr. D.D.M. Braat, raadslid RVZ, gynaecoloog UMC St. Radboud

Mevrouw dr. S. van Dulmen, onderzoeker NIVEL

**Deelnemende artsen**

- E.L. Boeke
- R.A. Boukema
- F.H. van den Burg
- C.F. Dagnelie
- G.V. Dijkgraaf
- L.A.M. Elders
- P.C. van der Heijden
- A.L. Hermans
- A.L. Jans
- C.P. Kaiser
- W.M.A.K. Kanhai
- S.H.L.J. Koelewijn-Hoogbergen

- P.E.A. van der Meer
- G.J.H. Neomagus
- A.A. Pugliese
- D. de Raemaecker
- P. Roeloffs
- Qureshi
- H.C. Schipper
- A.J.J.M. Smeur
- M. van Steekelenburg
- E. Stolz
- D. Sutorius
- T.S. Tan
- Zerrouki
- D. Stolz-Jaipal

#### *Landelijke bijeenkomsten*

Startbijeenkomst Utrecht 12 februari 2008

#### **Dagvoorzitter**

De heer T. van 't Hek

#### **Plenaire Sprekers**

De heer prof. drs. R. Meijerink, voorzitter RVZ

Mevrouw J.M.G.Lanphen, huisarts, oud-raadslid RVZ, huisarts

De heer prof.dr. D. Willems, Raadslid RVZ, arts en hoogleraar

Medische ethiek

#### **Workshopinleiders**

- Mevrouw mr. J.P.G. den Ambtman, Ministerie van VWS

- Mevrouw drs. M.A. de Booy, NPCF

- Mevrouw dr. S. van Dulmen, NIVEL

- De heer drs. H.C. Ossenbaard, RIVM

- De heer drs. C.F.N. Rosmalen, LHV

- De heer T. Sandig, Met een briefje naar de dokter

- De heer prof.dr. P.A.M. Vierhout, Orde van Medisch Specialisten

- De heer drs. E.H.J. van Wijlick, KNMG

- De heer drs. G. van Dijk, KNMG

#### **Deelnemers**

- Mevrouw L. Abma, Informatie- en Klachtenbureau  
Gezondheidszorg

- Mevrouw M.A. Allin, MD Vereniging

- Mevrouw M.G.E.M. Ausems, UMC Utrecht

- Mevrouw W. Bakker, Nederlandse Lever patiënten Vereniging

- Mevrouw N. Barendsen, ANBO

- Mevrouw L. Bastiaansen, Bos & Bastiaansen Coaches in  
Communicatie

- Mevrouw W. van Berkel - Selderbeek, Tergooiziekenhuizen

- De heer P. Bestebroer, SBO-Zuid-Holland Comm. Zorg & Welzijn
- De heer C.F.R.M. van Bezooijen, NFK
- Mevrouw A.M. van Blerck, RVZ
- Mevrouw H. van de Bovenkamp, iBMG
- Mevrouw G. Braafheid, APCP
- De heer E. den Breejen, Erasmus MC - iBMG
- Mevrouw S. Brongers, Adviesraad Gehandicaptenbeleid Tynaarlo
- De heer A. ter Brugge, Nederlands Huisartsen Genootschap
- De heer G.J. Buijs, VWS
- Mevrouw E. Buursma, Zorgbelang Drenthe
- Mevrouw H.M.E. Cliteur, Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad
- Mevrouw J. Damkot, Fasteerstelij
- Mevrouw Ir. K. Dekker, IJsselland Ziekenhuis
- Mevrouw G. van Dijk, LOC
- Mevrouw D. Dijkstra, Cliëntenbelang Utrecht
- Mevrouw C. Doggen, Vereniging van Hutington
- Mevrouw I. Doorten, RVZ
- De Heer J. Dwarswaard, iBMG Erasmus Universiteit
- Mevrouw L. Ebbinge-Wubbe, SBO-Zuid-Holland Comm. Zorg & Welzijn
- Mevrouw C.H.J.M. van der Eerden, Patiënten Adviesraad Medische Centrum Haaglanden
- Mevrouw H.F.M. Emanuel-Vink, RVZ
- Mevrouw I. van Empel, UMC St Radboud
- Mevrouw E. van Erp - Hoskam, Zorgbelang Brabant
- Mevrouw M. Ex, Zorgbelang Gelderland
- Mevrouw M. Gilse, Huis voor de Zorg
- Mevrouw M. Goedegebuur, Parkinson Patiënten Vereniging
- Mevrouw A. Goudberg, Nationale Vereniging voor Fibromyalgiepatiënten
- De heer D. Guijt, ZonMw
- Mevrouw G. Ten Haaft, ZonMw
- Mevrouw M.A.J. Hanekamp-Koopman
- Mevrouw S. Hanks, IEU Alliance
- De heer S. Haverkamp, Zorgbelang Noord-Holland
- De heer F. van Hees, Diabetes Vereniging Nederland
- Mevrouw A. Hetharia, UMC Utrecht
- Mevrouw H. Hof, Nationale Vereniging voor Fibromyalgiepatiënten
- De heer P. Holland, KNMG
- De heer H. Hoogendijk, Zorgbelang Zuid-Holland
- Mevrouw W.C. Hoogland, Vereniging van Reumapatiënten
- Mevrouw C. Hoorweg, Tergooiziekenhuizen
- mevrouw M. van der Horst, RVZ
- mevrouw M.E.M. Huijben, RVZ
- Mevrouw I Huijser, Lid Cliëntenraad Amsterdam Thuiszorg
- Mevrouw J.D. de Jong, NIVEL

- De heer J. Kasdorp, RVZ
- Mevrouw L. Kievit, Zorgbelang Overijssel
- Mevrouw M. Kleinjan, UMC Utrecht
- Mevrouw A. van der Kooi, Nationale Vereniging voor Fibromyalgiepatiënten
- Mevrouw W.G.M. van der Kraan, RVZ
- Mevrouw F. de Kreek-Rueck, Patiënten Adviesraad Medische Centrum Haaglanden
- De Heer H.P.M. Kreemers, RVZ
- Mevrouw S. Kruizinga, Nederlandse Obesitas Vereniging
- Mevrouw A.J.M.H. Laeven, Cliëntenbelang Utrecht
- Mevrouw M. Lammertsma, UMC Utrecht
- De heer J. Leedekerken, Parkinson Patiënten Vereniging
- Mevrouw M. van Lennep, Nederlands Huisartsen Genootschap
- De heer A.M. van Lindert, Medisch Centrum Biltstraat
- Mevrouw M van der Lint, RVZ
- De heer P. van der Loo, Zorgbelang Nederland
- De heer J. Meems, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg
- De heer R. Melchers, MEDix bedrijfsgeneeskundige expertise
- Mevrouw J. Mellink, Onze Lieve Vrouwen Gasthuis
- De heer J. Mooij, Stichting Belangenbehartiging Ouderen in Zuid-Holland
- De heer G.J.H. Neomagus
- De heer A. Nobel, Patiënten Adviesraad Medisch Centrum Haaglanden
- Mevrouw M. Noteboom , RVZ
- De heer H. Ploeg, Ludiek
- Mevrouw H. Pott - Buter, Onze Lieve Vrouwen Gasthuis
- De heer H.M. Pronk
- Mevrouw M. Reinartz, Zorgbelang Gelderland
- Mevrouw A.C.J. Rijkschroeff, RVZ
- Mevrouw A. Roetman, Informatie- en Klachtenbureau Gezondheidszorg
- Mevrouw Y.M. van Roon, Onze Lieve Vrouwen Gasthuis
- Mevrouw H. van Rossen, Stichting Pijn-Hoop
- Mevrouw A. Schipaanboord, NPCF
- Mevrouw M.M.J.H. Scholte - Voshaar, Reumapatiëntbond
- De heer J.W. Schouten, Zorgverzekeraars Nederland
- De heer R. Sillen, Huis voor de Zorg
- Mevrouw M. Slager, ZonMw
- Mevrouw A. Smeets, Bronovo Ziekenhuis
- Mevrouw T. Snippe, Huis voor de Zorg
- Mevrouw K. Sontrop, UMC Utrecht
- Dr. A.G.A. Spelde, SAGA Kliniek
- J.A. van Spil

- De heer drs. F.C. Stekelenburg, Nederlandse Vereniging voor Autisme
- Mevrouw C. Steller - Blanson Henkemans, Tergooiziekenhuizen
- De heer F. Storms, Mesos Diabetes Centrum / DVN
- De heer T. Thijssen, Zorgbelang Zuid-Holland
- Mevrouw D.L. Timár - Chrispijn, APCP
- Mevrouw W. Trompetter, Borstkankervereniging Nederland
- mevrouw I. van der Vegte
- Mevrouw M. van de Ven, Zorgbelang Zuid-Holland
- Mevrouw M. Verduyn, Astma Fonds
- Mevrouw A. Vlug, Hofpoort Ziekenhuis
- De heer P. Vos, RVZ
- Mevrouw L. Werther - Voorrecht, NVZ - Vereniging van Ziekenhuizen
- Mevrouw M. Wildenbeest, UMC Utrecht
- De heer D.I. Willems, RVZ
- Mevrouw M. de Wit, Casemanagement Groep
- De heer M.P.T. de Wit, Reumapatiëntenbond
- Mevrouw R. Wouters, RVZ
- Mevrouw F. Yilmaz, Casemanagement Groep
- De heer drs. K. Zwart, Breed Platform Verzekerden en Werk

*Slotbijeenkomst Den Haag 14 november 2008.*

**Dagvoorzitter**

Mevrouw E. Brandt, journalist en columnist

**Spreker**

De heer prof. drs. R. Meijerink, voorzitter RVZ

**Panelleden**

- De heer drs. C.B.T. Rietmeijer, huisarts supervisor/coach, Universiteit van Amsterdam
- De heer dr. M.E.A. Spaanderman, gynaecoloog Universitair Medisch Centrum Nijmegen
- Mevrouw T. Markus, patiënt, Crohn en colitus ulcera patiëntenvereniging
- De heer drs. C.F.R.M. van Bezooijen, patiënt (en voormalig huisarts), Nederlandse Federatie voor kankerpatientenorganisaties
- De heer drs. C.F.N. Rosmalen, directeur van de landelijke huisartsenvereniging (LHV)
- De heer H. van Laarhoven, directeur Stichting Bloedlink, patiëntennetwerk erfelijke hart- en vaatziekten

## Deelnemers

- Mevrouw L. Abma, Informatie- en Klachtenbureau  
Gezondheidszorg
- De heer P.C. Bestebroer, SBO-Zuidholland Comm. Zorg & Welzijn
- Mevrouw drs. J. Boer, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn  
en Sport
- Mevrouw T.M. de Bont-Hillen, Casemanagement Groep
- Mevrouw drs. M. de Booy, NPCF
- Mevrouw D.D.M. Braat, raadslid RVZ
- De heer E. den Breejen, Erasmus Universiteit Rotterdam
- Mevrouw drs. M.E. van Doorn, Casemanagement Groep
- Mevrouw dr. S. van Dulmen NIVEL
- Mevrouw C.M. Ebbinge-Wubbe SBO-Zuidholland Commissie  
Zorg & Welzijn
- De heer D. Guijt ZonMw
- Mevrouw H. Hof Nationale Vereniging voor Fibromyalgie-patiënten
- Mevrouw drs. A.L. Jans KNMG
- Mevrouw L. Kievit Zorgbelang Overijssel
- Mevrouw A.E. van der Kooi Nationale Vereniging voor  
Fibromyalgie-patiënten
- Mevrouw J.M.H. Laeven Cliëntenbelang Utrecht
- De heer J.W. Leedekerken Parkinson Patiënten Vereniging
- De heer J. Mooij Stichting Belangenbehartiging Ouderen in  
Zuid-Holland
- De heer A. Nobel Medisch Centrum Haaglanden
- Mevrouw A. van den Ochtend AGIS Zorgverzekeringen
- Mevrouw A. Romein Diabetesvereniging Nederland
- De heer T. Sandig 'Met een briefje naar de dokter'
- De heer A.E. Timmermans
- De heer C. Ubbink
- De heer P. Vos, RVZ
- De heer E.H.J. van Wijlick, KNMG
- De heer D. Willems, raadslid RVZ



## Bijlage 3

### Hoe kijken patiënten zelf aan tegen hun plichten en verantwoordelijkheden ten opzichte van de hulpverlener?

NIVEL:

*Marjan van der Maat & Judith de Jong*

Sinds 1995 zijn de rechten en plichten van patiënt en hulpverlener vastgelegd in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). De afgelopen jaren is er veel aandacht besteed aan de rechten van de patiënt bij de medische behandeling. Met het onlangs verschenen signalement van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)<sup>1</sup> zijn ook de plichten en verantwoordelijkheden van patiënten onder de aandacht gebracht. In dit signalement wordt gesproken over drie vormen van verantwoordelijkheden die samen 'goed patiëntschap' behelzen. Hieronder verstaat de Raad dat 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. Volgens de RVZ is het naleven van deze verantwoordelijkheden (nog) niet vanzelfsprekend. De RVZ geeft aan dat onvoldoende naleving zou leiden tot suboptimale zorguitkomsten voor de patiënt. Dit zou ook andere patiënten kunnen schaden doordat middelen niet optimaal worden ingezet.

In het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL is zowel in 2006 als in 2008 gevraagd naar plichten en verantwoordelijkheden van patiënten. De vragen hadden betrekking op de keuze van een behandeling, het nemen van initiatief, mogelijke consequenties van het niet nakomen van plichten en kostenoverwegingen in de gezondheidszorg. Hierbij is het panel niet specifiek gevraagd naar de drie vormen van verantwoordelijkheden zoals de RVZ onderscheidt. Wel geven de resultaten een beeld van hoe mensen zelf tegen hun plichten en verantwoordelijkheden ten opzichte van de hulpverlener aankijken.

#### **Merendeel van de mensen wil betrokken worden bij de beslissingen over de behandeling**

Bijna iedereen wil graag worden betrokken bij de beslissingen over de behandeling. Om mee te kunnen beslissen hebben patiënten informatie nodig. Deze informatie kan op verschillende manieren worden verkregen. Patiënten kunnen de informatie van hun arts krijgen of zelf op zoek gaan naar informatie. Het blijkt dat een grote meerderheid van de bevolking over het algemeen vindt dat de arts voldoende informatie geeft om mee te beslissen over de behandeling.

Niet iedereen vindt het alleen de verantwoordelijkheid van de arts om te zorgen voor voldoende informatie: de helft van de bevolking is het (volledig) eens met de stelling dat ook de patiënt zelf om informatie moet vragen of zelf informatie op moet zoeken als hij/zij vragen heeft. Volgens hen dient de patiënt dus zelf een actieve houding aan te nemen om ervoor te zorgen dat alles rondom de behandeling duidelijk is. Het idee dat patiënten zelf een actieve rol moeten spelen komt ook terug bij het geven van informatie. Ruim driekwart van de mensen zegt op eigen initiatief alle informatie die van belang is voor een beslissing over de behandeling te geven aan de arts.

Stellingen over de behandeling <sup>2</sup>	Percentage (Volledig) mee eens
Ik wil graag betrokken worden bij de beslissingen over mijn behandeling (N=1054)	97%
Over het algemeen geeft de arts mij voldoende informatie om mee te kunnen beslissen over mijn behandeling (N=1057)	80%
Als patiënt moet ik zelf actief om informatie vragen of zelf informatie opzoeken, als ik vragen heb (N=1048)	50%
Als ik naar een arts ga, geef ik hem op eigen initiatief alle informatie die van belang is voor een beslissing over behandeling (N=1055)	77%

### **Meeste mensen vinden dat patiënten ook zelf verantwoordelijk zijn voor resultaten**

Behalve over informatie gaat het bij de behandeling ook over afspraken en verantwoordelijkheden. Hoe kijken mensen aan tegen de behandeling? Wordt dat als een afspraak gezien? Het beginnen met een behandeling ziet een groot deel van de bevolking als het nakomen van een afspraak met de arts. Als het gaat om verantwoordelijkheden dan blijkt dat een ruime meerderheid van de bevolking vindt dat patiënten mede verantwoordelijk zijn voor het resultaat van de behandeling van de klachten. Vond in 2006<sup>3</sup> nog iets meer dan de helft (56%) van de bevolking dat de kwaliteit van een medische behandeling alleen door artsen kan worden bewaakt, in 2008 is minder dan de helft (44%) van de bevolking het eens met deze stelling.

Duidelijk is dat een ruime meerderheid van de mensen vindt dat de zorgverzekeraar geen rol mag spelen in de beslissingen over de behandeling van de patiënt. Dit moet geheel in handen blijven van de arts en de patiënt.

Stellingen over verantwoordelijkheden bij behandeling <sup>4</sup>	Percentage (Volledig) mee eens
Als ik begin met een behandeling, dan zie ik dat ook als het nakomen van een afspraak met mijn arts (N=1052)	80%
Als patiënt ben ook ik verantwoordelijk voor het resultaat van de behandeling van mijn klachten (N=1057)	88%
De kwaliteit van een medische behandeling kan alleen door artsen worden bewaakt (N=1054)	44%
Beslissingen over de behandeling moeten alleen worden genomen door de arts en de patiënt. De verzekeraar heeft hier geen rol (N=1051)	85%

### Niet nakomen van behandelingsvoorschriften door de patiënt mag van bijna de helft van de mensen gevolgen hebben

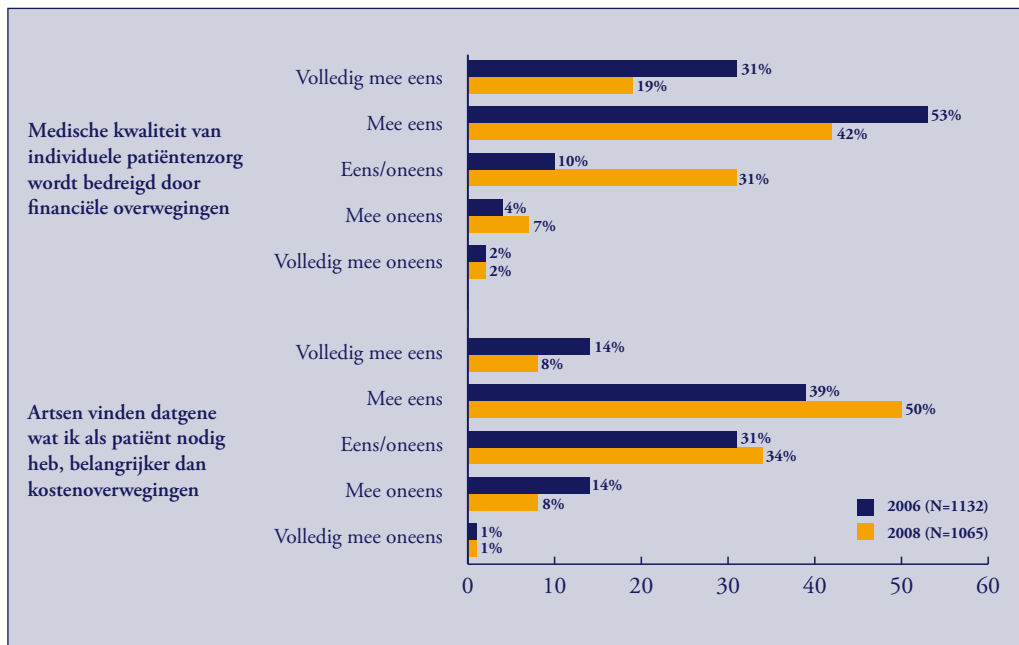
Twee aan het Consumentenpanel voorlegde stellingen gaan over het niet nakomen van afspraken met als mogelijke consequentie dat de hulpverlener de behandeling (tijdelijk) stopzet. Bijna de helft van de bevolking zegt dat wanneer een patiënt zich niet houdt aan de behandelingsvoorschriften de arts mag bepalen die persoon niet meer te behandelen.

Ongeveer een vijfde van de mensen vindt dat wanneer een patiënt op een afspraak met een arts de medicatie en of verzekeringspapieren niet bij zich heeft een arts de afspraak mag verzetten.

Stellingen over het niet nakomen van plichten <sup>5</sup>	Percentage (Volledig) mee eens
Als ik me niet houdt aan de behandelingsvoorschriften dan mag de arts bepalen mij niet meer te behandelen (N=1055)	44%
Als ik op een afspraak met een arts mijn medicatie en/of verzekeringspapieren niet bij me heb, mag de arts de afspraak verzetten (N=1056)	22%

### Mensen zijn minder bang dat kostenoverwegingen in de gezondheidszorg boven de zorg voor de patiënt worden gesteld

Een aantal stellingen die betrekking hebben op kostenoverwegingen is zowel in 2006 als in 2008 aan de leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg voorgelegd. Een vergelijking tussen de twee jaren laat zien dat in 2006 meer mensen van mening waren dat financiële overwegingen in de gezondheidszorg een overheersende rol spelen. Zo dacht 84% van de bevolking in 2006 dat de medische kwaliteit van individuele patiëntenzorg wordt bedreigd door financiële overwegingen. In 2008 is 61% van de bevolking het (volledig) eens met deze stelling. Het vertrouwen dat mensen hebben in de kostenoverwegingen die artsen maken is ongeveer gelijk gebleven: ruim de helft van de mensen (58%) is van mening dat artsen datgene wat de patiënt medisch nodig heeft belangrijker vinden dan kostenoverwegingen, in 2006 was dit percentage 53%.



### Aanzienlijk deel van de bevolking heeft weinig vertrouwen in goede afwikkeling van klachten

In zowel 2006 als 2008 blijkt een aanzienlijk deel van de bevolking kritisch over de klachtenbehandeling in de gezondheidszorg. In 2006 vond een meerderheid van de bevolking dat als een patiënt een klacht indient de artsen en ziekenhuizen elkaar de hand boven het hoofd houden. In 2008 lijkt er meer vertrouwen te zijn in de afwikkeling van klachten. Toch is nog ruim een derde deel van de bevolking het (volledig) eens met de stelling. In 2008 staat de helft van de mensen neutraal tegenover deze stelling.

Stelling over vertrouwen in klachtenbehandeling <sup>6</sup>	Percentage (volledig) mee eens	
	2006	2008
Als je een klacht indient, houden artsen en ziekenhuizen elkaar de hand boven het hoofd	61%	37%

### Beschouwing

Het overgrote deel van de bevolking zegt betrokken te willen zijn bij de beslissingen over de behandeling. Daarbij geeft een meerderheid aan dat de hulpverleners er in slagen voldoende informatie te geven aan patiënten om mee te kunnen beslissen over hun behandeling. Veel mensen vinden dat ook de patiënt een actieve rol moet spelen bij het krijgen van informatie. Ze vinden bijvoorbeeld dat zij als patiënt zelf om informatie moeten vragen of zelf informatie op zoeken wanneer ze vragen hebben. Deze

actieve houding geldt volgens een meerderheid van de bevolking ook bij het geven van informatie aan de hulpverlener. Het volledig informeren van de patiënt is in de WGBO duidelijk omschreven als een plicht. Dit is waarschijnlijk complexer dan het op het eerste gezicht lijkt. Ten eerste kan de patiënt in veel gevallen niet op voorhand weten welke informatie de hulpverlener nodig heeft. Daardoor kan hij/zij niet altijd alle informatie op eigen initiatief geven. Daarbij kunnen gevoelens van schaamte, onverschilligheid of de veronderstelling dat iets onbelangrijk is ervoor zorgen dat bepaalde informatie wordt verzwegen of anders uitgelegd. Ten tweede kan een arts vragen stellen waar de patiënt liever geen antwoord op wil en hoeft te geven. Het is de vraag wie de inschatting kan en moet maken of vragen en informatie relevant zijn voor de beslissing over de behandeling. Daarnaast is het de vraag of er echt sprake is van onwil van de patiënt wanneer niet alle informatie boven tafel komt.

Wat betreft de marktwerking in de zorg lijken mensen in 2008 positiever te zijn over de ingezette koers dan zij dat waren in 2006. Mensen vertrouwden er net na de invoering van het nieuwe zorgverzekeringsstelsel in 2006 minder op dat zorg voor de patiënt op de eerste plaats stond. Er is op dit moment geen bewijs dat zorgverzekeraars de professionele autonomie van zorgaanbieders ontoelaatbaar beperken. De RVZ verwacht echter dat de komende jaren de invloed van de zorgverzekeraars op de behandelingsvrijheid van artsen wel zal toenemen. Een overgroot deel van de bevolking geeft aan hier op tegen te zijn.

Opgemerkt dient te worden dat er mogelijk een verschil is tussen hoe de patiënt verwacht zich te gaan gedragen en hoe men zich daadwerkelijk in de spreekkamer gedraagt. Wel blijkt dat mensen zich grotendeels bewust zijn van een aantal plichten en verantwoordelijkheden. Volgens de RVZ is het naleven van deze verplichtingen en verantwoordelijkheden (nog) niet vanzelfsprekend.

### **Methode**

De gebruikte gegevens zijn afkomstig uit het Consumentenpanel Gezondheidszorg, een project van het NIVEL. Doel van dit panel is op landelijk niveau informatie te verzamelen over meningen en ervaringen van gebruikers van de gezondheidszorg. In februari 2008 zijn 1398 panelleden benaderd door middel van een schriftelijke vragenlijst. De respons bedroeg 76%. In totaal zijn 1065 bruikbare vragenlijsten meegenomen in de analyse. Voor de gegevens uit januari 2006 zijn 1500 panelleden benaderd, de respons bedroeg 76%. In totaal zijn 1132 bruikbare vragenlijsten meegenomen. Het panel vormt door over- en ondervertegenwoordiging van sommige leeftijdsgroepen een minder representatieve afspiegeling van de Nederlandse bevolking. Dit geldt zowel voor de gegevens uit 2006 als uit 2008. Om tot een representatief beeld te komen is een weging toegepast op leeftijd en geslacht. Hierbij is gebruik gemaakt van gegevens over de verdeling van de bevolking van het CBS.

## Bijlage: Volledig overzicht resultaten

Stellingen 2008	N*	Percentage				
		Volledig mee oneens	Mee oneens	Mee oneens/ mee eens	Mee eens	Volledig mee eens
52a. Als ik begin met een behandeling, dan zie ik dat ook als het nakoemen van een afspraak met mijn arts	1052	0,9	7,8	11,6	60,8	18,9
52b. Als patiënt moet ik zelf actief om informatie vragen of zelf informatie opzoeken, als ik vragen heb	1048	2,4	19,4	28,1	40,5	9,5
52c. Artsen vinden datgene wat ik als patiënt medisch nodig heb, belangrijker dan kostenoverwegingen	1049	0,5	7,5	34	50,4	7,7
52d. Ik wil graag betrokken worden bij de beslissingen over mijn behandeling	1054	0,4	0,9	2,1	58,7	37,9
52e. Als ik me niet houdt aan de behandelingsvoorschriften dan mag de arts bepalen mij niet meer te behandelen	1055	5	20	31	36,6	7,3
52f. De kwaliteit van een medische behandeling kan alleen door artsen worden bewaakt.	1054	2,4	23,7	29,7	37,7	7
52g. Als patiënt ben ook ik verantwoordelijk voor het resultaat van de behandeling van mijn klachten	1057	0,4	2,4	9,6	69	18,5
52h. Over het algemeen geeft de arts mij voldoende informatie om mee te kunnen beslissen over mijn behandeling	1057	0,4	3,7	16,1	70,7	9,1
52i. De medische kwaliteit van individuele patiëntenzorg wordt bedreigd door financiële overwegingen	1053	1,6	6,6	30,9	42,1	18,8
52.j Als ik naar een arts ga, geef ik hem op eigen initiatief alle informatie die van belang is voor een beslissing over behandeling	1055	1	6,1	15,7	60,9	16,3
52k. Als je een klacht indient, houden artsen en ziekenhuizen elkaar de hand boven het hoofd	1052	1,2	10,3	51,6	26,8	10,1
52l. Beslissingen over de behandeling moeten alleen worden genomen door de arts en de patiënt. De verzekeraar heeft hier geen rol	1051	0,6	4,2	10	48,1	37,1
52m. Als ik op een afspraak met een arts mijn medicatie en/of verzekeringspapieren niet bij zich heeft, mag de arts de afspraak verzetten	1056	12,6	36,4	28,6	19	3,4

\*N= aantal respondenten dat heeft geantwoord op de stelling

Stellingen 2006	N*	Percentage				
		Volledig mee oneens	Mee oneens	Mee oneens/ mee eens	Mee eens	Volledig mee eens
52f. De kwaliteit van een medische behandeling kan alleen door artsen worden bewaakt.	1125	2,4	26,4	18,8	36,4	16,1
52c. Artsen vinden datgene wat ik als patiënt medisch nodig heb, belangrijker dan kostenoverwegingen	1129	1,3	14,1	31	39,4	14,2
52i. De medische kwaliteit van individuele patiëntenzorg wordt bedreigd door financiële overwegingen	1127	1,5	4,4	10,2	53,3	30,6
52k. Als je een klacht indient, houden artsen en ziekenhuizen elkaar de hand boven het hoofd	1128	1,2	8	29,6	45,1	16,2

\*N= aantal respondenten dat heeft geantwoord op de stelling

## Noten

- <sup>1</sup> Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Goed patiëntschap: meer verantwoordelijkheid voor de patiënt. Den Haag: RVZ, 2007
- <sup>2</sup> De volledige resultaten staan in de bijlage
- <sup>3</sup> Groenewegen P.P, Hansen J, Ter Bekke S. Professions en de toekomst. VVAA, 2007
- <sup>4</sup> De volledige resultaten staan in de bijlage
- <sup>5</sup> De volledige resultaten staan in de bijlage
- <sup>6</sup> De volledige resultaten staan in de bijlage



## **Bijlage 4**

### **Autonomie van de spreekkamer**

#### **Veranderende verhoudingen in de praktijk van de gezondheidszorg Rapportage van ontmoetingen met professionals en patiënten**

CG Concepten

*mw. drs. M.E. van Doorn*

<b>Samenvatting</b>	<b>65</b>
<b>Inleiding</b>	<b>66</b>
<b>Autonomie van de spreekkamer</b>	<b>66</b>
Regiobijeenkomsten	67
Doelstelling regiobijeenkomsten	67
<b>Onderzoeksverantwoording</b>	<b>68</b>
Klantonderzoek	68
Regiobijeenkomsten	68
Onderzoeksteam	67
<b>Analyse van de klantonderzoeken</b>	<b>69</b>
Kwantitatieve resultaten	69
Vorbereiding	70
Doelmatigheid	70
Informatievoorziening	70
Communicatie	71
<b>Kwalitatieve resultaten</b>	<b>72</b>
<b>Bevindingen regiobijeenkomsten</b>	<b>73</b>
Dordrecht, eerstelijnszorg (huisartsen)	73
Medisch centrum leeuwarden (algemeen ziekenhuis)	74
Vision clinics, delft	75
Psyq, den haag	75
<b>Conclusie en aanbevelingen</b>	<b>76</b>
<b>Bijlagen</b>	
1: deelname regiobijeenkomsten ‘autonomie van de spreekkamer’	81
2: vragenlijst	82
3: inleiding rvz en presentatie cg	84
4: quotes en suggesties uit de interviews	86

## Samenvatting

In het kader van een groter project heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) klantonderzoek en regiobijeenkomsten laten uitvoeren onder de noemer 'Autonomie van de spreekkamer'. Het onderzoek en de bijeenkomsten zijn in de periode maart tot en met juni 2008 uitgevoerd door Casemanagement Groep.

De regiobijeenkomsten hebben tot doel een antwoord te vinden hoe de verantwoordelijkheden van de behandelaar en de patiënt dienen te worden ingevuld om een effectieve en doelmatige behandelrelatie te bewerkstelligen

De onderzoeken en de regiobijeenkomsten laten zien dat organisatiekenmerken en de specifieke kenmerken van de sector alsmede het gedrag van de professional dominant van invloed zijn op het gedrag van de patiënt. Het maken van afspraken en elkaar hier aan houden is ongebruikelijk, behalve in de private setting. Juist in deze omgeving wordt hiervoor tijd en ruimte gemaakt en is de aandacht verschoven van inspanningen naar resultaten.

Bestaande protocollen en reguliere zorgorganisaties bieden niet altijd voldoende ruimte voor het aangaan van een dialoog met een patiënt. Terwijl dit wel terugkerend genoemd werd als voorwaarde om tot een gelijkwaardige behandelrelatie te komen. Om de patiënt en de professional beter te faciliteren in de verantwoordelijkheden die binnen veranderende verhoudingen verwacht worden, zal het nodig zijn om hier in te investeren. Zelfmanagement van de patiënt vraagt om educatie en ondersteuning. Ook de professional zal ondersteund moeten worden om hier de verantwoordelijkheid in te nemen en hieraan vorm te kunnen geven. Specifiek aandacht vragen de communicatieve vaardigheden en de manier waarop er ruimte genomen kan worden voor communicatie.

Andere incentive om meer effectiviteit en een doelmatige behandelrelatie te bewerkstelligen is het verbeteren van verwachtingsmanagement. Daarnaast biedt het werken met informed consent mogelijkheden om de resultaatgerichtheid te verbeteren en de patiënt minder afhankelijk te laten zijn van de willekeur van de professional. Tenslotte zal het de patiënt helpen om de arts van zijn keuze te kunnen raadplegen. Het vraagt van de patiënt(enbeweging) en van professionals inspanningen om deze verbeteringen te realiseren. Suggesties die tijdens de ontmoetingen zijn gedaan betreffen het ontwikkelen van instrumenten om de patiënt te ondersteunen bij het consult, het beschikbaar stellen van een consulent of klantadviseur teneinde praktische ondersteuning tijdens gesprekken te organiseren en het verruimen van de tijd die aan communicatie wordt besteed.

## Inleiding

De wereld van de zorg verandert. Dat heeft gevolgen voor de spelers in deze wereld. Arts en patiënt krijgen nieuwe verplichtingen en verantwoordelijkheden (bron: 'Vertrouwen in de spreekkamer', RVZ, februari 2008). Binnen dit veranderend kader vindt de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) het belangrijk om een maatschappelijk debat te initiëren teneinde op constructieve en concrete wijze invulling te kunnen geven aan de veranderende rollen.

Het uitgangspunt in dit debat is de vraag hoe de verantwoordelijkheid van de behandelaar en de patiënt moeten worden ingevuld om een effectieve en doelmatige behandelrelatie te realiseren.

Met het advies 'Vertrouwen in de arts' en het signalement 'Goed patiëntschap' heeft de RVZ actuele ontwikkelingen belicht en suggesties voor beleid gedaan. Beide publicaties vormen de basis om de veranderingen in de praktijk ook werkbaar te maken. Autonomie van de spreekkamer, los van organisatie-eisen, verzekeringsvragen en andere belangen. Is daarbij een belangrijk uitgangspunt.

## Autonomie van de spreekkamer

Wat bevordert autonomie van de spreekkamer? Wat staat het in de weg? Hoe is de situatie nu in de praktijk en wat zijn mogelijkheden om de autonomie van de spreekkamer te bevorderen? Is dat toereikend? Biedt dit de burger houvast, kennis en vermogen om zich als bewuste, autonome en verantwoordelijke burger te gedragen? Om als burger een voor hemzelf optimale belangenafweging te maken en de toebedeelde verantwoordelijkheden waar te maken?

De professional ondervindt de gevolgen. De burger luistert anders. Moet kritisch zijn, onderhandelen, verantwoordelijkheid nemen en recht afdwingen. Een onwennig proces met lastige elementen en dito resultaten. Wat vraagt dit van de professional, wat is er voor nodig om dit te kunnen? Hoe beïnvloedt dit de professionele autonomie en welke support ondersteunt deze ontwikkeling? Hoe werkt dit uit in de spreekkamer?

In het advies 'Vertrouwen in de arts' vraagt de RVZ zich af of de professionele verantwoordelijkheden van de arts binnen het zorgstelsel wel in evenwicht zijn te brengen met de maatschappelijke behoefte aan zinnige en zuinige zorg. In 'Goed patiëntschap' vraagt men zich af wat dit wel en niet is en welke consequenties er verbonden zijn aan het veranderen van de eisen die aan patiënten binnen dit kader worden gesteld. Hoe kunnen er eisen gesteld worden terwijl er ook rekening wordt gehouden met de kwetsbaarheid van de patiënt en de toegankelijkheid van de zorg? Als gevolg op deze publicaties is de RVZ door de Minister gevraagd een brede

maatschappelijke discussie te entameren over de veranderende verhoudingen in de spreekkamer. In het kader van deze opdracht heeft de RVZ Casemanagement Groep opdracht gegeven om samen met hen regionale bijeenkomsten te organiseren over 'Autonomie van de spreekkamer'.

### **Regiobijeenkomsten**

In de periode maart tot en met juni 2008 zijn regiobijeenkomsten voorbereid en hebben vier bijeenkomsten plaats gevonden. Deze zijn uitgevoerd door twee dochterbedrijven van Casemanagement Groep. De bijeenkomsten zijn vooraf gegaan door kleinschalig laagdrempelig klantonderzoek ('Het start bij de vraag') onder zorgconsumenten en professionals. Dit onderzoek en de rapportage zijn verzorgd door CG Concepten, de regiobijeenkomsten zelf zijn voorbereid en gefaciliteerd door CG Opleidingen.

In deze rapportage leest u over de gevolgde aanpak, bevindingen, ervaringen en uitkomsten van dit onderzoek en de regiobijeenkomsten. Wij danken de samenwerkingspartners Medisch Centrum Leeuwarden, Vision Clinics, PsyQ en de vertegenwoordigers van de Dordtse huisartsen hartelijk voor hun medewerking. Echter onze grote dank gaat uit naar de zorgconsumenten die de moed hadden om met ons en de aanbieders te praten over hun rol, vragen en status in de spreekkamer. Wij waarderen deze inbreng in het bijzonder, daar zij, hoe wij het ook wenden of keren, nog steeds de meest kwetsbare schakel in het proces van autonomie zijn.

### **Doelstelling regiobijeenkomsten**

De regiobijeenkomsten maken onderdeel uit van een grotere debatreeks waar aan het einde een antwoord gevonden hoopt te zijn hoe de verantwoordelijkheden van de behandelaar en de patiënt dienen te worden ingevuld om een effectieve en doelmatige behandelrelatie te bewerkstelligen.

Daarvoor moet helder zijn voor zowel de arts als de patiënt hoe zij zich ten opzichte van elkaar verhouden. In 'Goed patiëntschap' worden drie categorieën verplichtingen voor de patiënt genoemd die dit zouden kunnen bewerkstelligen:

1. In acht nemen van algemeen geldende omgangsvormen
2. Zakelijke verplichtingen
3. Meewerken aan de behandeling.

Ten aanzien van de arts wordt gedacht dat het behoud van vertrouwen en de bewaking van de professionele autonomie hier het meest aan bijdragen.

De regiobijeenkomsten zijn derhalve georganiseerd onder de noemer 'Autonomie van de spreekkamer', veranderende verhoudingen in de gezondheidszorg: Wat vraagt dit van u?

## **Onderzoeksverantwoording**

De uitvoering van de opdracht bestond uit het verrichten van kleinschalig klantonderzoek onder professionals en zorgconsumenten om vervolgens de uitkomsten te bespreken met een gezelschap van zorgaanbieders en zorgvragers. Het klantonderzoek biedt praktische, herkenbare aanvullingen. Het onderzoek bestond uit twintig interviews per locatie, tien met professionals en tien met patiënten.

### **Klantonderzoek**

Voorafgaand aan de discussiebijeenkomsten is in samenwerking met regionale partners klantonderzoek uitgevoerd onder patiënten/cliënten en professionals. De vragenlijst is tot stand gekomen in nauw overleg met opdrachtgever RVZ. De enquête bestaat uit een lijst van vragen met socio-demografische (leeftijd, geslacht etc.), onderzoeksspecifieke en psychografische (attitude en perceptie) onderdelen.

De antwoorden van de respondenten zijn niet gekoppeld aan hun contactgegevens. De privacy van deelnemers is hiermee gewaarborgd. Deze klantonderzoeken bij professionals en patiënten hadden een dominant kwalitatief karakter vanwege de kleine omvang van de onderzoekspopulatie. De totale resultaten zijn digitaal verwerkt en waar mogelijk kwantitatief geanalyseerd met behulp van ProClarity. Daarnaast zijn kwalitatieve uitkomsten gerapporteerd via logboeken.

In het onderzoek zijn de thema's voorbereiding, doelmatigheid, informatievoorziening en communicatie opgenomen. Zowel de professionals als de patiënten kregen eenzelfde lijst voorgelegd. Daarnaast waren er voor de doelgroep specifieke vragen opgenomen. (Vragenlijst zie bijlage 2).

Bij de uitvoering is zo veel mogelijk een aselechte werkwijze gevolgd. Volgens afgesproken strategie zijn patiënten en professionals uitgekozen. In het algemeen bleek er veel belangstelling om mee te werken. Uitzondering was de uitvoering van het onderzoek bij de eerste lijn zorg. De benaderde huisartsen waren minder bereid mee te werken aan het klantonderzoek en de regiobijeenkomst dan de overige partijen. Het is niet gelukt om een huisarts te betrekken bij de regiobijeenkomst.

### **Regiobijeenkomsten**

Het doel van het project was bijeenkomsten te organiseren met elk maximaal 20-25 deelnemers, waarvan steeds maximaal 10 professionals en 10 patiënten/cliënten. De bijeenkomsten zijn uitgevoerd binnen verschillende sectoren, te weten de eerste lijn, het ziekenhuis, de GGZ en de private aanbieder. Er is bewust gekozen voor een bijeenkomst in het

noorden van het land, naast bijeenkomsten in de Randstad. Dit is gedaan naar aanleiding van de uitkomsten van de Trendwatch Zorgconsument 2007 waarin er verschil in gedrag lijkt te zijn tussen zorgconsumenten in het noorden en die in de rest van het land. De bevindingen van de kwalitatieve en kwantitatieve analyses zijn samen met de kennis die reeds beschikbaar was uit ander onderzoek (o.a. Nivel en Trendwatch Zorgconsument) verwerkt in stellingen. Deze stellingen vormden de uitgangspunten van de gespreksbijeenkomsten die plaats vonden in juni 2008. (zie voor deelnemers en stellingen bijlage 1).

#### **Onderzoeksteam**

Het klantonderzoek is uitgevoerd door het onderzoeksteam team van CG Concepten en bestond uit:

Drs. Christa van de Berg	sr. casemanager, onderzoeker professionals
Drs. Ellen Zaal	sr. casemanager, onderzoeker professionals
Drs. Margriet de Wit	sr. Casemanager onderzoeker professionals
Filiz Yilmaz	klantadviseur, onderzoeker zorgconsument
Ina Cieremans	klantadviseur, onderzoeker zorgconsument
Agi Wassenberg	klantadviseur, onderzoeker zorgconsument

De regiobijeenkomsten zijn door CG Opleidingen gefaciliteerd en georganiseerd door :

Drs. Monique van Doorn	projectmanager en gespreksleider
Dorien de Bont-Hillen	projectleider
Maud Zeevalk	projectondersteuner

#### **Analyse van de klantonderzoeken**

##### **Kwantitatieve resultaten**

Er zijn in totaal 95 interviews afgenomen. Het betreft 55 interviews met patiënten en 40 met professionals. De onderzoekspopulatie kent een normale leeftijdsverdeling met de top in de categorie 40-49 jaar.

Bij de patiënten is het merendeel vrouw (85%), dit stemt overeen met eerder klantonderzoek van CG Concepten. Bij de professionals hebben wij (nog) te maken met meer mannen (55%).

De aantallen zijn te klein om algemene uitspraken te doen, wel zijn zaken uit het onderzoek verwerkt in de gespreksbijeenkomsten en op die manier extra besproken en getoetst. Hoewel geenszins wetenschappelijk verantwoord en slechts geldend voor deze zeer beperkte onderzoeksgroep is ons een aantal zaken opgevallen. Aan de hand van de steeds terugkerende thema's in deze materie, te weten: voorbereiding, doelmatigheid, informatievoorziening en communicatie, bespreken wij onderstaand de uitkomsten van dit kleinschalige klantonderzoek.

### **Vorbereiding**

De voorbereiding op gesprekken is bij zowel patiënten als bij professionals matig. Bij de patiënten bereidt 54% zich voor op het gesprek in de spreekkamer, 40% laat het gebeuren en 6% had geen mening. Bij de professionals bereidt 55% zich goed voor op het spreekuurgesprek, 25% laat het gebeuren circa 20% varieert hier in. In dit onderzoek blijkt dat vrouwen zich beter voor bereiden dan mannen. Bij de mannelijke professionals bereidt 36% zich niet speciaal voor en laat het gebeuren, tegen 11% van hun vrouwelijke collega's. Dit terwijl 78% van de vrouwelijke artsen zich goed voorbereid. De minste voorbereiding, zowel bij patiënten als bij professionals zien wij bij dit onderzoek in de eerste lijn. De meest systematische voorbereiding zagen we in de private setting.

### **Doelmatigheid**

Van de professionals geeft 37% in elk gesprek aan wat de ander kan verwachten, 17% doet dit nooit, anderen laten het afhangen van hun gesprekspartner of de situatie. Bij 71% van de ondervraagden komt het aspect betalen/kosten in de spreekkamer niet of zelden aan de orde. Als er al over gesproken wordt betreft het medicijnen of als er sprake is van een keuze uit behandelmogelijkheden. Een spreekuurbezoek wordt door de patiënt succesvol genoemd als er een duidelijk beleid wordt afgesproken en men zich gehoord voelt. De professional laat in 36% van de gevallen aan de ander, veelal de patiënt of zijn familie over wat goed is. Over de duur van het spreekuur wordt door beiden verschillend gedacht. 15% van alle respondenten, professionals en patiënten samen, had bij het laatste spreekuur tijd te kort, 66% vindt dat de duur van het spreekuur afhangt van de klachten en de situatie terwijl 14% een tijdsduur van 10 minuten per spreekuurbezoek voldoende vindt. Dit wordt vooral gezegd door de huisartsen, die bijna allemaal met 10 minuten per spreekuurbezoek uit de voeten konden. Terugdenken aan spreekuurbezoeken is de beleving bij 25 % van de ondervraagde patiënten dat ze later werden geholpen dan afgesproken.

### **Informatievoorziening**

Informatie die de patiënt zelf meeneemt wordt volgens 14% van de betrokken patiënten door de professional niet serieus genomen. De ondervraagde professionals hebben daar een andere mening over, 3% hoort het aan, maar besteedt verder geen aandacht, 97% zegt de informatie serieus te nemen en in overleg met de patiënt gebruik te maken van de informatie. Over de waarde van de verschillende bronnen van informatie wordt wisselend gedacht. Deze professionals hechten de meeste waarde aan de informatie die zij zelf of hun praktijkvertegenwoordigers verstrekken. 95% meent dat deze informatie het vertrouwen in het gesprek in de spreekkamer versterkt, 65% vindt de brochures uit de wachtkamer en de informatie vanuit de patiëntenorganisaties het vertrouwen versterken, dan neemt het verder af, 55% is van mening dat de inbreng van informatie die door de overheid via het web verspreid wordt het vertrouwen



versterkt, terwijl informatie die via de televisie bij de patiënt komt nog maar door 40% gezien wordt als versterkend voor het vertrouwen in de spreekkamer.

Wat de arts voor informatie geeft en hoe de patiënt geïnformeerd wordt hangt vaak af van de inschatting van de arts wat de patiënt aan kan of nodig heeft.

### **Communicatie**

De reactie van de ander of hoe er geluisterd wordt is voor de meeste ondervraagden (77%) de belangrijkste sfeerbepaler in de spreekkamer, gevolgd door de aard van de klacht (10%) en de inrichting (4%). Overige sfeerbepalers (9%) waren divers en varieerden van persoonlijke relatie tot organisatorische input. Behandelbeslissingen worden in 40% van de gevallen genomen volgens protocol en in 40% ook in overleg met de patiënt. Ten aanzien van behandelafspraken worden met name in de private setting de afspraken vastgelegd en krijgen beiden een afschrift. In de andere contexten komt het voor dat afspraken alleen mondeling worden gemaakt (24%) of dat alleen de professional de afspraken vastlegt (23%). Van de patiënten denkt 48% dat ze wel de goede informatie krijgt van de professional, 29 % is heel tevreden hierover en 16 % krijgt wel informatie, maar is die bij thuiskomst vaak weer vergeten. 7% vindt de informatieverstrekking onvoldoende en gaat eigenlijk altijd met ongenoegen weg.

Het klantonderzoek betreft weliswaar een kleine groep, uit deze analyse kunnen we de volgende zaken samenvatten:

Vrouwen, zowel professionals als patiënten bereiden zich serieuzer voor op het spreekuurcontact dan mannen.

Afstemmen van verwachtingen is geen gewoonte: de kans dat we op een bestemming uitkomen die door beiden zo bedoeld is is hierdoor klein.

Over geld wordt vrijwel niet gesproken en resultaat is een subjectief gegeven, de tevredenheid van de ander blijkt een hoog goed.

Patiënt is voor de informatieverstrekking afhankelijk van hoe de professional hem inschat.

## Kwalitatieve resultaten

De kwalitatieve resultaten zijn tot stand gekomen door de ervaringen tijdens het onderzoek en de gesprekken met de mensen via logboeken te verslaan. In bijlage 4 is een uitgebreid overzicht van opmerkingen en quotes opgenomen. Onderstaand een analyse uit deze bevindingen.

Bejegening speelt een belangrijke rol bij patiënten. Bij het ziekenhuis, de GGZ en de private aanbieder was de klantadviseur van CG Concepten welkom en werd ondersteund in haar werkzaamheden. Hier was een geïnteresseerde houding voor het onderwerp en dat kwam ook tot uiting in de manier waarop zij hun patiënten of cliënten benaderden. Cliënten waren bereid mee te werken en in de wachtkamer was aangekondigd dat er een onderzoek werd uitgevoerd. Het werd aan de keuze van de patiënt overgelaten of deze wilde meewerken.

De eerstelijns ervaring was minder bemoedigend. De patiënt kon niet altijd zelf beslissen om aan het onderzoek mee te werken, daar de professional soms bepaalde welke patiënten door de klantadviseur benaderd mochten worden. Deze bevoogdende houding werd ook duidelijk uit reacties van patiënten. Zo waren er mensen die dachten dat ze niet van huisarts kunnen en mogen wisselen. Bij doorvragen bleek dat ook tegen ze gezegd te zijn door hun huisarts. En mensen die waren verteld dat men per consult èèn klacht mochten inbrengen. Er werd ons door patiënten verteld dat men soms drie dubbele consulten boekt, omdat er drie klachten zijn.

Onze observatie is dat in een omgeving waar de professional zijn patiënt vanuit gelijkwaardigheid benadert en keuzes laat, de patiënt zich ook gelijkwaardiger en autonoom opstelt. Terwijl een meer bevoogdende houding patiënten er toe brengt om strategie te ontwikkelen om toch hun zin te krijgen.

Uit de opmerkingen en de quotes valt te lezen dat de patiënt het in de meeste gevallen laat afhangen van de professional hoeveel ruimte er is om een eigen opinie te volgen. Naarmate de professional meer vanuit gelijkwaardigheid handelt (informatie uitwisselen, betrekken van de patiënt in keuzes), lijkt de patiënt zich hier ook in te ontwikkelen.

Patiënten weten vaak niet hoe ze zich voor moeten bereiden of wat ze mee moeten nemen, ook al is hier veel informatie over bekend.

Bij het vastleggen van de afspraken vindt men het gangbaar en normaal dat deze in de meeste gevallen eenzijdig worden vastgelegd. In de private setting was een steeds terugkerend patroon van informed consent met daarbij behorende consequenties. De keuze van de arts om door te gaan met behandelen is afhankelijk van instemming. Daarmee is de patiënt medeverantwoordelijk voor de vervolgstap in de behandeling. Ook daar gaan patiënten dan snel in mee.

De observatie uit de Trendwatch Zorgconsument 2007 dat er een andere attitude ten opzichte van de gezondheidszorg is in het noorden van het land zagen we bevestigd bij de gesprekken met professionals en met patiënten. Een arts werkt in beide regio's en bevestigde dit ook. In het noorden is een meer coöperatieve attitude dan in de Randstad, waar een meer assertieve houding wordt ervaren.

Uit het klantonderzoek en de gesprekken kunnen we concluderen dat de patiënt meest reactief handelt en dat het gedrag van de patiënt lijkt te worden bepaald door de manier waarop de professional hem of haar benadert. Het eigen initiatief van de patiënt om zichzelf een sterkere positie te verwerven is beperkt. Verder wordt duidelijk dat het hanteren van algemeen geldende omgangsvormen als normaal wordt gezien en de patiënt het nakomen van de zakelijke verplichtingen ook normaal vindt.

### **Bevindingen regiobijeenkomsten**

De bijeenkomsten zijn in vier organisaties georganiseerd, waarbij naast diversiteit ook gekeken is naar spreiding. Er is gekozen voor de eerste lijn, een algemeen ziekenhuis, een private instelling en een GGZ omgeving. Er is een bijeenkomst in het noorden gehouden, die in het algemeen ziekenhuis.

Per bijeenkomst was er een gestandaardiseerde inleiding door de RVZ, een meer op maat gemaakte presentatie per instelling en werden er stellingen voorgelegd, die vervolgens in een open gesprek zijn bediscussieerd. (zie bijlage 3) Onderstaand geven wij de stellingen per instelling en de highlights uit de discussie:

#### **Dordrecht, eerstelijnszorg (huisartsen)**

1. De behoefte aan andere verhoudingen voelen de partijen in de spreekkamer anders
2. De patiënt en de arts houden vast aan eigen overtuiging
3. Resultaatgericht werken en volgen van afspraken staat nog niet eens in de kinderschoenen
4. Den Haag moet zich niet met de spreekkamer bemoeien

De stellingen vertaalden het beeld dat wij zijn tegen gekomen tijdens de voorbereiding van de interviews en de gesprekken met de artsen en andere professionals. De veranderende verhoudingen in de spreekkamer was voor de huisartsen geen reden om enthousiast te worden. Dat vertaalde zich in de opkomst tijdens de regiobijeenkomst. Opvallende bevindingen in deze huisartsencontext: De arts bepaalt dat de patiënt niet van arts mag wisselen ('ze nemen geen patiënten van elkaar over'), vindt 10 minuten voldoende tijd en bereidt in de meeste gevallen het spreekuurbezoek niet voor. Beide partijen lijken zich hier ogenschijnlijk prima in

te kunnen vinden. De patiënten die wij gesproken hebben, waren al van oudsher bij deze arts en leken geconditioneerd in een klassieke huisartsensetting. Het aanspreken van de patiënt op de eigen verantwoordelijkheid lijkt hier (nog) geen optie. Wat wij zagen was dat de patiënt strategie ontwikkelt om meer invloed te krijgen. Bijvoorbeeld het feit dat de arts had bepaald dat per spreekuur consult slechts één klacht ingebracht mocht worden, maakte dat een patiënt vier consults ging afspreken, want ze had vier klachten.

### **Medisch Centrum Leeuwarden (algemeen ziekenhuis)**

1. De behoefte aan andere verhoudingen voelen de partijen in de spreekkamer anders
2. De patiënt en de arts houden vast aan eigen overtuiging
3. Resultaatgericht werken en volgen van afspraken staat nog niet eens in de kinderschoenen

Na de eerste bespreking in de eerste lijn was dit de tweede bijeenkomst. Ter vergelijking zijn de eerdere stellingen opgevoerd. De uitkomsten en omgang waren hier zeer anders. In lijn met de uitvoering van de voorbereidingen en het klantonderzoek was er een brede belangstelling voor het onderwerp en betrokkenheid aan beide kanten. Dit kwam tot uiting in een zeer constructieve gespreks sfeer, waarbij beide partijen zich durfden uit te spreken over wat ze als moeilijk ervaren en waar ze kwetsbaar zijn.

Uit deze bijeenkomst kwam met name naar voren dat het van beide partijen iets vraagt om de andere verhoudingen te realiseren. Respect voor elkaars verwachtingen was een belangrijke constatering en er was een duidelijke acceptatie van de competenties van de arts. Een rol speelde wel dat de manier van werken nog afhankelijk was van de bereidheid van de professional. Is die er niet, dan is er (nog) geen mogelijkheid om de professional op aan te spreken. De klassiek valkuil van dual management van professionals in vrij gevestigde beroepen speelt dan parten.

Patiënten nemen emoties mee de spreekkamer in, hier moet aandacht voor zijn. Tijdens de bijeenkomst zijn mogelijkheden hiervoor besproken. Het bleek tijdens het gesprek dat het nadenken over alternatieven om dit te kunnen verbeteren beide partijen aanspreekt. De beschikbaarheid van een klantadviseur of verpleegkundige die juist hier aandacht voor heeft, kwam naar voren. Voor de patiënt een oplossing om zich gesteund te voelen, voor de professional een oplossing om de voorlichtende functie te delen met een collega. Ook zou het inzichtelijk maken van de financiële kant een incentive kunnen zijn voor meer gelijkwaardigheid. Vooralsnog bleek dat de manier waarop de patiënt ruimte krijgt om eigen verantwoordelijkheid ook vorm te geven, ook nog wel gebonden is aan de autonomie van de professional. Wanneer die besluit om vast te houden aan klassieke werkwijze ten aanzien van informeren en besluitvorming, dan heeft de patiënt hier nog weinig tegen in te brengen. De keuze voor

een andere arts ligt hier makkelijker, maar is geen gewoonte. Besluiten de patiënt niet te behandelen, komt ook voor. Hier liggen professionele autonome afwegingen aan ten grondslag. Om dit te doen, vraagt tijd en aandacht. Deze tijd is binnen de reguliere werkwijze niet standaard ingepland.

#### **Vision Clinics, Delft**

1. Autonomie van de patiënt is vooral gerealiseerd door informed consent
2. Emoties spelen binnen de sterk geprotocolleerde omgeving geen rol

De strak geprotocolleerde werkwijze, het informeren op meerdere momenten in het zorgproces en het doorlopend laten tekenen van de patiënt voor de te volgen stappen viel binnen de private setting op. Deze informed consent brengt de patiënt in een heel gelijkwaardige positie en maakt hem wezenlijk partij in het behandelproces. Commitment aan de behandeling wordt elke keer besproken en is voorwaarde voor verdere behandeling. Er is in deze situatie steeds sprake van hoge therapietrouwheid. Dat heeft vanzelfsprekend te maken met de korte termijn behandelsetting, echter de rol van informatieverstrekking en het doorlopend scherp houden van patiënten via het informed consent nodigen uit om de impact van deze activiteiten ook in andere situaties te gaan onderzoeken.

Want, met de patiënten die voor deze aanpak kiezen is een hoge therapietrouwheid ook te verwachten. Blijkbaar is er een zekere autonomie nodig om voor deze behandeling te kiezen, of omgekeerd, deze aanpak trekt bepaalde mensen aan. Dit heeft ook te maken met het type product dat wordt aangeboden (electieve zorg met eigen betaling) en de private setting. Uit de bijeenkomst bleek dat de werkwijze binnen deze private dienst veel meer ruimte biedt aan informeren van patiënten. De professionals binnen Vision Clinics geven aan circa 50% van hun tijd te besteden aan informeren.

Door binnen de protocollen aandacht te hebben voor de emoties die mensen meebrengen, biedt het protocol professionele ruimte om hier ook aandacht voor te hebben. Als belangrijkste verschil ten opzicht van het werken in een reguliere instelling werd genoemd dat men hier resultaatgericht werkt versus een inspanningsverplichting in de reguliere gezondheidszorg.

#### **PsyQ, Den Haag**

1. De reguliere zorg kan veel van de GGZ leren, de klant is daar al jaren een gelijkwaardige partner
2. Geprotocolleerde zorg is eigenlijk weinig vraaggestuurd
3. Kosten en organisatie zijn andermans zorg

Uit eerdere bijeenkomsten was gekomen dat de GGZ al jaren bezig is met het emancipatieproces van de patiënt. Wat kunnen wij hier van

leren was het uitgangspunt? Doordat bejegening direct effect heeft op de behandelrelatie en de uitkomsten van de behandeling speelt dit binnen deze organisatie een veel belangrijker rol dan in de medische wereld die op de fysieke mens is ingesteld. Door de aandacht voor bejegening voelt de behandelrelatie gelijkwaardiger. Ten aanzien van keuzes in de behandelplannen wordt veel overlegd en worden er afspraken gemaakt. Echter de keuze voor een andere behandelaar wordt toegelicht, maar de patiënt heeft slechts een beperkte stem in wie het wordt (man/vrouw voorkeur etc.). Er was tevens aarzeling bij de suggestie om de behandelaars via internet bekend te maken met hun specialisme. Uit de gesprekken bleek ook dat het maken van afspraken wel goed lukt, maar dat het houden aan en volgen van de afspraken lastig is en minder consequent wordt uitgevoerd wanneer patiënten zich er niet aan houden. Dat hangt ook samen met de eigenheid van de problematiek. De keuze voor het type behandelplan is daarom afhankelijk gemaakt van gebruik medicatie. Meer geprotocolleerd werken biedt hiervoor meer houvast. Het is dan van belang dat de protocollen tot stand komen in samenwerking met de ervaringen en opinie van de patiënten. Het kostenbewustzijn is wel toegenomen, maar speelt bij het maken van behandelafspraken geen rol van betekenis.

Uit de regiobijeenkomsten concluderen we dat de manier waarop de professional zich opstelt, de eigenheid van de setting en de manier waarop met informatie wordt omgegaan effect heeft op het gedrag van de patiënt en daarmee op de relatie tussen professional en patiënt in de spreekkamer.

## **Conclusie en aanbevelingen**

Uitgangspunt van de bijeenkomsten was om te onderzoeken hoe arts en patiënt zich ten opzichte van elkaar verhouden. In 'Goed patiëntschap' worden drie categorieën verplichtingen voor de patiënt genoemd die een effectieve en doelmatige behandelrelatie zouden kunnen bewerkstelligen:

1. In acht nemen van algemeen geldende omgangsvormen
2. Zakelijke verplichtingen
3. Meewerken aan de behandeling.

Ten aanzien van de arts wordt gedacht dat het behoud van vertrouwen en de bewaking van de professionele autonomie het meest bijdragen aan een goede behandelrelatie.

### **Uit het klantonderzoek en de regiobijeenkomsten signaleren wij dat:**

- Ad 1. Vrijwel zonder uitzondering patiënten algemeen geldende omgangsvormen in acht nemen.  
Sterker, uit onze klantgesprekken blijkt veel respect voor de arts. In het noorden, bleek conform de eerdere bevinding uit de Trendwatch, een volgzamere attitude dan in een randstad omgeving.
- Ad 2. De zakelijke verplichtingen nog in de kinderschoenen staan. En zo ook het denken hierover bij en door de klant. Wat opvalt is dat vrouwen, zowel professionals als patiënten zich serieuzer voorbereiden op het spreekuurcontact dan mannen. Daarentegen is het afstemmen van verwachtingen met name in de reguliere setting geen gewoonte: de kans dat patiënt en arts op een bestemming uitkomen die door beiden zo bedoeld is is hierdoor klein. Over geld wordt vrijwel niet gesproken en resultaat is een subjectief gegeven, de tevredenheid van de ander blijkt een hoog goed. Patiënt is voor de informatieverstrekking afhankelijk van hoe de professional hem inschat. De private setting is hierop een uitzondering, via protocol en programmatisch werken zijn deze zaken geborgd..
- Ad 3. Beter meewerken aan een behandeling vraagt investeren in de relatie en de communicatie die er met de klant is. Professionele normen ontbreken op dit vlak. Het is aan de professionele autonomie of hier invulling aan wordt gegeven of niet.

### **De serie bijeenkomsten is gestart met de vragen:**

Wat bevordert autonomie van de spreekkamer? Wat staat het in de weg? Hoe is de situatie nu in de praktijk en wat zijn mogelijkheden om de autonomie van de spreekkamer te bevorderen? Is dat toereikend? Biedt dit de burger houvast, kennis en vermogen om zich als bewuste, calculerende en verantwoordelijke burger te gedragen en de toebedeelde verantwoordelijkheden waar te maken?

Uit de kwantitatieve analyse komt het beeld, dat de professional nog een heel dominante plek heeft en de speelruimte voor de patiënt bepaalt. Autonomie van de spreekkamer betreft in feite autonomie van de professionals. Zowel de voorbereiding, het vaststellen van resultaten als het verstrekken van informatie worden subjectief afgestemd op de ideeën over de patiënt.

De kwalitatieve analyse laat een reactieve, volgzame houding van de patiënt zien en weinig initiatief om de eigen positie te versterken. Ontwikkelen van autonomie van de spreekkamer vraagt vanuit deze bevinding om aandacht voor de ontwikkeling van de autonomie van de patiënt en het stimuleren van de arts om deze ontwikkeling te bevorderen. De

professional lijkt de sleutel naar de autonomie van de patiënt en daarmee naar autonomie van de spreekkamer. Het ontwikkelen van zelfmanagement biedt hiervoor kansen.

Deze conclusie is tijdens de regiobijeenkomsten getoetst. De patiënt is voor zijn of haar speelruimte en mogelijkheden afhankelijk van de professional en de daarbij passende omgeving. Binnen de onderzochte eerste lijn was de situatie het meest klassiek. De burger ontwikkelt strategie om met de spelregels van de professional om te gaan. Er is weinig tot geen bewustzijn ten aanzien van toebedeelde verantwoordelijkheden en de patiënt in deze huisartsencontext wordt gezegd geen keuze te hebben in welke huisarts hij of zij wil. De autonomie van de spreekkamer is hier ingevuld door autonoom gedrag van de professional.

Binnen de onderzochte tweede lijn in het algemeen ziekenhuis was een andere sfeer en bleek er wel aandacht voor het ontwikkelen van autonomie van de spreekkamer. De huidige werkwijze en protocollen komen dan wel onder druk te staan. Organisatorisch zal er gezocht moeten worden hoe tijd en bewustzijn voor het voeren van een dialoog met de patiënt vorm kan krijgen. Dit is dan de basis om tot gelijkwaardige behandelafspraken te komen en de patiënt te faciliteren om zijn of haar verantwoordelijkheden vorm te kunnen geven.

Hier kan worden geleerd van de private setting waar dit gegeven reeds in de protocollen en de werkwijze zijn ingebed. De informed consent speelt hier een belangrijke rol. De tijd en aandacht voor het goed informeren van de patiënt is ook buiten de spreekkamer georganiseerd en neemt een dominante plek in het proces in, hetgeen de samenwerking in de spreekkamer ondersteunt. De verslaglegging wordt consequent gedeeld met de patiënt.

Het zakelijk aan afspraken houden, zal binnen de GGZ specifieke aandacht vragen omdat bepaalde gedragsaspecten die voor een dergelijke zakelijke overeenkomst nodig zijn juist de kern van de zorgvraag zijn. Tegelijkertijd, het organiseren van een meer gelijkwaardige behandelplan vraagt juist van de organisatie en van de professional iets anders.

De vraag hoe de verantwoordelijkheden van de behandelaar en de patiënt dienen te worden ingevuld om een effectieve en doelmatige behandelrelatie te bewerkstelligen wordt aanvankelijk in de rapporten van de RVZ gezocht in het bevorderen van vertrouwen in de arts en het nemen van maatregelen die gericht zijn op het beter mee laten werken van de patiënt. Deze maatregelen zijn erg op het individu gericht, terwijl blijkt dat de omgeving, het type organisatie alsmede het gedrag van de professional de emancipatie van de patiënt belemmeren.



Uit de klantonderzoeken en de gesprekken met en in de praktijk concluderen wij dat het hanteren van algemeen geldende omgangsvormen als normaal wordt gezien en de patiënt het nakomen van de zakelijke verplichtingen ook normaal vindt.

Ten aanzien van het verbeteren van de medewerking van de patiënt aan de behandeling blijkt uit de onderzoeken en de gesprekken dat de sleutel hiervoor (nog) niet bij de patiënt zelf ligt, maar dat de mate van medewerking vooral bepaald wordt door de omgeving, het type organisatie, de professional en aandacht voor emoties van de patiënt.

Verbeteren van verwachtingsmanagement, door beide partijen te stimuleren en te leren zich beter voor te bereiden op het spreekuur, zal de resultaatgerichtheid en daarmee de doelmatigheid sterk kunnen verbeteren. Als emoties van de patiënt hier in de weg zitten, vraagt dit bewust aandacht. Meer samenwerking met bijvoorbeeld een gespecialiseerde verpleegkundige of klantadviseur is binnen dit kader genoemd.

Het invoeren van informed consent of afgeleiden hiervan (gezamenlijke verslaglegging?) is een tweede mogelijkheid om te komen tot een meer resultaatgerichte uitwerking van de spreekuurbezoeken. Educatie over rechten en verantwoordelijkheden zal de patiënt bekender (en dus sterker) maken bijvoorbeeld bij het thema vrije artskeuze. Het inbrengen van financiële kaders en overzichten, vindt de patiënt niet vreemd. Sterker door patiënten die binnen dit project werden gesproken werd ook gevraagd om meer inzicht in gemaakte kosten.

Het huidige systeem en de samenwerking tussen professional en patiënt heeft de patiënt volgzzaam gemaakt. Als initiatief van de patiënt zelf gevraagd wordt, dan zal dit het makkelijkste verlopen wanneer de professional de patiënt hiertoe uitnodigt en stimuleert. Dat vraagt ander gedrag van de professionals en andere instrumenten (bevorderen zelfmanagement). Bovenstaand zijn reeds enige instrumenten genoemd. Om van buiten af, via verzekeraars, patiëntenbeweging en/of overheid de emancipatie van de patiënt te bevorderen vraagt een andere strategie. Gezien de dominante invloed van de professional op het gedrag van de patiënt en het effect van emancipatie op hun vertrouwensrelatie, lijkt het stimuleren van de autonomie van de patiënt via de professional de beste route.



## ***Bijlage 1: Deelname regiobijeenkomsten 'Autonomie van de spreekkamer'***

### **Huisartsen Dordrecht: 5 juni 2008, Voorstraat 125 in Dordrecht**

- Stelling 1: De behoefte aan andere verhoudingen voelen de partijen in de spreekkamer anders
- Stelling 2: De patiënt en de arts houden vast aan eigen overtuigingen
- Stelling 3: Resultaatgericht werken en volgen van afspraken staat nog niet eens in de kinderschoenen
- Stelling 4: Den Haag moet zich niet met de spreekkamer bemoeien

### **Medisch Centrum Leeuwarden (MCL): 13 juni 2008, Leeuwarden**

- Stelling 1: De behoefte aan andere verhoudingen voelen de partijen in de spreekkamer anders
- Stelling 2: De patiënt en arts houden vast aan eigen overtuiging
- Stelling 3: Resultaatgericht werken en volgen van afspraken staat nog niet eens in de kinderschoenen

### **Vision Clinics: 19 juni 2008, 2616 LS Delft**

- Stelling 1: Autonomie van de patiënt is vooral gerealiseerd door informed consent (op informatie gebaseerde toestemming)
- Stelling 2: Emoties spelen binnen de sterk geprotocolleerde omgeving geen rol.

### **PsyQ: 27 juni 2008, Lijnbaan 4 2512 VA Den Haag**

- Stelling 1: De reguliere zorg kan veel van de GGZ leren, de klant is daar al jaren een gelijkwaardige partner.
- Stelling 2: Geprotocolleerde zorg is eigenlijk weinig vraaggestuurd.
- Stelling 3: Kosten en organisatie zijn andermans zorgen.

## Bijlage 2: Vragenlijst

### Klantonderzoek "Het start bij de vraag"

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)

Vraag 1a. Wat is uw geslacht?

- P=A
- Man  
 Vrouw

Vraag 1b. In welke leeftijdscategorie valt u?

- P=A
- Jonger dan 20 jaar  
 20 - 29 jaar  
 30 - 39 jaar  
 40 - 49 jaar  
 50 - 59 jaar  
 60 - 69 jaar  
 70 - 79 jaar  
 ouder dan 80 jaar

Vraag 1c. Wat is uw postcode? (alleen de 4 cijfers insluiten van de locatie waar het interview plaatsvindt)

P=A \_\_\_\_\_

Vraag 2a. U beantwoordt deze vraag in uw rol als:

- P=A
- Patiënt  
 Huisarts in groepspraktijk  
 Huisarts met solo-praktijk  
 Medisch specialist bij regulier ziekenhuis  
 Medisch specialist in private praktijk  
 Psychiater  
 Psycholoog  
 Anders, namelijk \_\_\_\_\_
- specialisatie: \_\_\_\_\_  
specialisatie: \_\_\_\_\_

Vraag 2b. Wat is uw hoogst genoten opleiding (met goed resultaat afgesloten)

- patiënt
- WO  
 HBO  
 MBO  
 LBO  
 Middelbare school  
 Alleen lagere school

Vraag 2c. Wat is uw (neven)functie?

P=A \_\_\_\_\_

Vraag 2d. Welke situatie is voor u van toepassing?

- P=A
- Ik woon alleen  
 Ik woon samen met een partner (getrouwd of duurzaam samenwonend) zonder thuiswonende kinderen onder de 18 jaar  
 Ik ben alleenstaand met een of meerdere kinderen onder de 18 jaar  
 Ik woon samen met een partner (getrouwd of duurzaam samenwonend) en met een of meer kinderen onder de 18 jaar

Vraag 3a. Hoe bereidt u zich normaal gesproken voor op het spreekuur?

- P=A
- Ik denk van te voren goed na over wat ik wil bereiken en schrijf zaken op. (vaak in overleg met mijn omgeving)  
 Ik zorg dat ik vooraf al goed op de hoogte ben van feiten en mogelijkheden. (uitslagen en zo)  
 Ik bereid me niet speciaal voor, ik laat het gebeuren  
 Ik heb geen vaste voorbereiding, dat varieert per keer  
 Anders, namelijk \_\_\_\_\_

Vraag 3b. Hoe communiceert u naar de patiënt wat deze kan verwachten van het consult c.q. de behandeling?

- arts
- Bij elk gesprek begin ik met een uitleg over hoe ik werk en bespreek ik gedragsregels en wederzijdse verwachtingen  
 Dat varieert per gesprek, ik schat de patiënt daarop in  
 In de wachtkamer ligt een brochure over mijn werkwijze en de samenwerking met de patiënt  
 Ik communiceer zelden tot nooit heel specifiek wat mensen kunnen verwachten  
 Anders, namelijk \_\_\_\_\_

Vraag 3c. Wat neemt u mee naar een afspraak met een arts? (aankruisen wat van toepassing is)

- patiënt
- Medicijnen  
 Verzekeringskaart/pasje  
 Briefje met mijn vragen  
 Opgezochte informatie  
 Anders, namelijk \_\_\_\_\_

## Klantonderzoek "Het start bij de vraag" pagina 2

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)

Vraag 4a. Laat u zich voor / tijdens of na het spreekuur ondersteunen?

- arts
- Ja, ik werk samen met een praktijkverpleegkundige/doktersassistente, die ook een deel van het spreekuur uitvoert
  - Nee, de ondersteuning is meer op administratief gebied
  - Anders, namelijk \_\_\_\_\_

Vraag 4b. Laat u zich voor / tijdens of na het spreekuur ondersteunen?

- patiënt
- Ja, ik neem altijd iemand mee of zeg dat ik daarna iemand kan bellen of spreken
  - Nee, ik regel dit normaal gesproken alleen
  - Anders, namelijk \_\_\_\_\_

Vraag 5a. Met welk gevoel gaat u meestal het spreekuur in?

- P=A
- Benieuwd wat er gaat gebeuren
  - Nerveus voor wat er gaat komen
  - Gelaten, afwachtend wat nodig is
  - Ontspannen, ik weet wat me te wachten staat
  - Gehaast, er is bijna altijd wel meer te doen
  - Geïntereerd, beducht op lastige vragen
  - Anders, namelijk \_\_\_\_\_

Vraag 5b. Komt de betaling van de kosten van het spreekuur of de medicijnen ter sprake?

- P=A
- Ja, altijd wordt dit meegenomen in de afweging voor een bepaalde behandeling
  - Nee, hier wordt nooit over gesproken
  - Ja, dit komt met name ter sprake wanneer het over medicijn gebruik gaat
  - Nee, hier wordt slechts bij hoge uitzondering over gesproken
  - Ja als er verschillende behandelmogelijkheden zijn
  - Anders, namelijk \_\_\_\_\_

Vraag 6. Hoe omschrijft u uw positie in de spreekkamer?

- P=A
- Ik voel me gelijkwaardig en voel me (mede) verantwoordelijk voor de behandelbeslissing
  - Ik voel me gelijkwaardig, maar voel me niet verantwoordelijk voor de behandelbeslissing
  - Ik voel me in de regel onzeker en nerveus
  - Ik heb vertrouwen en maak altijd heldere afspraken die ik ook toets
  - Ik voel me afhankelijk van de ander en ben angstig om vrijuit te spreken
  - Anders, namelijk \_\_\_\_\_

Vraag 7. Wat is voor u het meest sfeerbepalend tijdens het gesprek in de spreekkamer?

- P=A
- De inrichting van de spreekkamer
  - Het taalgebruik van de gesprekspartners
  - De aard van de klacht die besproken gaat worden
  - Hoe mijn gesprekspartner op mij reageert
  - De manier waarop mijn gesprekspartner naar mij luistert
  - Anders, namelijk \_\_\_\_\_

Vraag 8a. Op welke manier worden behandelbeslissingen gemaakt?

- arts
- Volgens protocollen en werkwijzen die wetenschappelijk zijn opgesteld
  - Het beleid van de zorgorganisatie is van grote invloed
  - Dat varieert per keer, de situatie van de patiënt is meest bepalend
  - De afspraken met de verzekeraar zijn van dominante invloed
  - Op basis van overleg tussen arts en patiënt over verschillende behandelalternatieven
  - Anders, namelijk \_\_\_\_\_

Vraag 8b. Op welke manier bent u gewend de afspraken die tijdens het spreekuur gemaakt worden vast te leggen?

- P=A
- De afspraken worden alleen besproken
  - Ik leg de afspraken alleen voor mijzelf schriftelijk vast
  - Meestal worden de afspraken schriftelijk vastgelegd en beiden hebben wij er een afschrift van
  - Anders, namelijk \_\_\_\_\_

## Bijlage 3: Inleiding RVZ en presentatie CG





## Debatreeks, veranderende verhoudingen in de spreekkamer

- "De noodzakelijke relatie tussen arts en patiënt is gebaseerd op wederzijds respect, individuele verantwoordelijkheid, en adequate verantwoording"
- Nieuwe rollen/verantwoordelijkheden voor professional ("Vertrouwen in de arts") en patiënt ("Goed patiëntschap")

*Hoe moeten de verantwoordelijkheden van professional en client worden ingevuld om een effectieve en doelmatige behandelrelatie te bewerkstelligen?*



CASEMANAGEMENT GROEP

## Autonomie van de spreekkamer

### Regiobijeenkomst 2008



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg



CASEMANAGEMENT GROEP

## Onderdeel van een totaal programma

- **Doelstelling:** effectieve en doelmatige zorg.

Regiobijeenkomsten onderdeel van programma om artsen en patiënten te betrekken en inzicht te ontwikkelen over hoe arts en patiënt samen vorm geven aan veranderende rollen



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg



CASEMANAGEMENT GROEP

## Opzet


- Er zijn interviews gehouden in casu met patiënten in de hal van het ziekenhuis en met specialisten
- Kwantitatieve en kwalitatieve input
- Nu met elkaar spreken over de uitkomst

Vandaag aanwezig:

- onderzoekers
- patiënten/burgers en belangenbehartigers
- professionals (artsen en verpleegkundigen) en belangenbehartiger
- belangstellenden en organisatie




Raad voor de Volksgezondheid & Zorg



CASEMANAGEMENT GROEP

## Van oud naar nieuw

- Patiënt naar arts en arts in de lead (afhankelijkheid)
- Patiënt en arts , samen werken aan resultaat (Wederkerigheid)
- Arts wordt gevraagd los te laten en patiënt actief te betrekken (adviesrol)
- Patiënt wordt gevraagd actief te blijven en de afspraken te volgen (zelfmanagement)



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

## ***Bijlage 4: Quotes en suggesties uit de interviews***

Week: 22, 23, 24

Locatie van de dag: MCL in Leeuwarden, G.C. Dordrecht, Twee locaties PsyQ in Den Haag, Vision Clinics in Delft

### **Ondersteuning en voorbereiding**

- Vaste ondersteuner is dochter
- Alleen voor het vervoer neem ik iemand mee
- Bij ernstige klachten komt de partner mee.
- Mijn man is er altijd bij om zowel de uitwisseling van informatie als de duidelijkheid in de gaten te houden.
- Ondersteuning van een begeleider is noodzakelijk vanwege het vervoer, en gezellig.
- Je kunt, ondanks de voorbereiding, soms nog voor verrassingen komen te staan als er een nieuwe specialist komt.
- Of er iemand meegaat is ook afhankelijk van de reden, soms overzie je niet alles meer of durf je niet meer alleen.
- Ik kom altijd alleen naar een spreekuur; kan er achteraf altijd wel met iemand over praten.
- Praat er met de huisarts of iemand anders over.
- De laatste tijd neem ik steeds meer mee naar het spreekuur.
- Ik kom altijd met mijn partner, en andersom.
- Ik zou niet weten wat ik behalve mijn pasje nog meer moest meenemen.
- Af en toe bereid ik mij voor, niet altijd.
- Nu heb ik een vriendin bij me, anders kom ik alleen.
- Veel mensen nemen een lijstje met medicijnen mee naast het ponsplaatje dat bij de eerste keer is gemaakt.
- Eén persoon neemt nadrukkelijk een agenda mee.
- Tijdens het spreekuur vind ik de aandacht van de arts erg belangrijk.
- Ik vind de assistente telefonisch moeilijk te bereiken, erg lastig.
- Ik heb een band met mijn dokter, ik ben al 25 jaar zijn patiënt en ben erg tevreden en heb vertrouwen in mijn huisarts.
- Mijn antwoorden zijn gericht op mijn huisarts. Ik ben hier erg tevreden maar mijn eigen huisarts is minder. Samenwerking met mijn huisarts is slecht.
- Ik neem niks mee want hier zit alles vast op de computer. Vroeger was het anders en alles schreef de dokter in het dossiers. Het is nu wel handig en sneller. Je moet met de tijd mee toch!



- Autonomie//invloed van externe partijen
  - In het ene ziekenhuis zegt de arts soms iets anders dan in het andere ziekenhuis. Je moet goed zeggen wat je er zelf van vindt, niet zomaar alles laten gebeuren.
  - Wij zijn naar dit ziekenhuis gekomen omdat er ergens anders niet naar ons werd geluisterd. Hier gaat alles in overleg.
  - Als ik twintig jaar jonger was kwam ik wel bij die bijeenkomst. Ik heb al veel moeten meemaken, maar ik heb altijd goed voor mezelf gezorgd, kom nog steeds goed voor mezelf op en ben erg zelfstandig, ook in de behandeling.
  - Ik weet heel goed dat ik niet geopereerd mag worden; de arts hier vertelde dat het wel kon, maar ik houd vast aan de eerder gemaakte afspraak.
  - Ik kom hier met plezier en ben zelf verantwoordelijk voor wat er gebeurt.
  - Vanaf nu breng ik ook alternatieve behandelmogelijkheden in; eerder kon dat niet.
  - Van alternatieve behandelingen is geen sprake.
  - De doelgerichte vragen zitten voorbereid in het hoofd
  - Afspraken worden in het vervolg van de procedure vastgelegd, niet in de spreekkamer.
  - Alternatieve mogelijkheden die de arts aandraagt, bespreek ik na afloop eerst thuis en soms met de huisarts, daarna opnieuw met de specialist.
  - Je komt tenslotte voor de deskundige.
  - De laatste tijd gaat het anders, afspraken worden ook opgeschreven.
  - Als de dokter een andere behandelmethode voorstelt luister ik daar wel naar.
  - De kosten gaan via de verzekeraar, daar hebben wij het niet over.
  - Afhankelijk waar het over gaat, voel ik me medeverantwoordelijk voor de behandelbeslissing.
  - Soms vraag ik de huisarts nog om advies en worden er nog afspraken achteraf gemaakt.
  - Duidelijkheid gaat voorop; daarom kom ik zelf niet met ander behandelopties.
  - Ik zeg altijd waar het op staat.
  - Alternatieve behandeloptie heb ik altijd al gedaan vanwege mijn moeder. Ik ben al 71 jaar en ik maak al gebruik van de planten en de kruiden, natuurlijk in overleg met de dokter
  - “Vroeger heel veel mensen waren particulier verzekerd en je zag het verschil. Want ze kregen luxe zorg dan de normale verzekerden. Maar het is nu wel veranderd en daar ben ik blij om

- Professionaliteit/vertrouwen
  - De communicatie is slecht, de arts zit met zijn gedachten al bij een andere patiënt, ook de
  - communicatie tussen het personeel onderling is slecht
  - Belangrijk dat er rust uitgaat van de arts, dat er de tijd voor een gesprek wordt genomen.
  - Wij hebben net zoveel plezier gehad in de spreekkamer; ik maak ook grapjes met de arts. Je moet er zelf wat van maken.
  - Wij zijn al in overleg over de communicatie; ik kan nu niet nog meer aan mijn hoofd hebben.
  - Als het gesprek stil valt, begin ik zelf maar te praten.
  - Er stond rustgevende muziek op in de spreekkamer.
  - Het gevoel is bij het ene specialisme heel anders dan bij het andere.
  - Jonge artsen zijn over het algemeen sociaal vaardiger dan oudere; deze zijn vaak wat zakelijker.
  - De sfeer is van alle genoemde factoren afhankelijk, niet van één in het bijzonder.
  - Er gaat zoveel mis in ziekenhuizen....
  - Dit is één van de beste ziekenhuizen in het land; het heeft onlangs nog een prijs gewonnen.
  - Wij hebben al veel ervaring met andere ziekenhuizen, maar hier kun je alles bespreken.
  - Ik ben in Den Haag geweest, nou daar was alles steeds kwijt. En in Brussel is de zorg heel
  - anders georganiseerd, daar moeten ze steeds opnieuw diagnosticeren. Mijn vader haalt me speciaal op uit Brussel en kan hier zomaar om half vijf nog even een afspraak maken.
  - Men is hier erg klantvriendelijk. De kwaliteit van de specialisten is hoog, zowel inhoudelijk als wanneer het gaat om de manier van communiceren.
  - Ik vind het lastig te beantwoorden hoe ik me voel in de spreekkamer.
  - De manier waarop de arts naar mij luistert vind ik erg belangrijk.
  - Goed luisteren is erg belangrijk; ik wil graag de juiste aandacht.
  - Ik wacht wel af wat er gebeurt; je hebt het toch niet in de hand.
  - Je bent er vijf minuten weer in en uit, met meer praten schiet je niks op.
  - Ik heb veel meegemaakt tijdens de ziekte van mijn man. Door verkeerde inschatting bij de Trombosedienst is hij vervroegd overleden. Hier ging het wel goed. Ik wil nu even niets meer met de zorg te maken hebben, kom hier vandaag voor iets simpels en ben weer weg.
  - Ik ga nooit naar de dokter want ik ben gelukkig gezond, maar mijn vrouw gaat vaker dan is ze meestal alleen bij de dokter

- want het is in de buurt. Als mijn vrouw naar het ziekenhuis gaat dan moet ik met haar mee want iemand moet haar wegbrengen.
- Er zijn indertijd zoveel fouten gemaakt met mijn man, verkeerd medicijngebruik en zo.  
Wat ik belangrijk vindt is; met wat voor gevoel verlaat jij de spreekkamer.  
Ik voel niets in de wachtkamer en het lijkt dat ik bij de bakker ben.
  - Ik heb een zoon van 35 jaar en hij is ADHD patiënt. Ongeveer 30 jaar geleden kreeg ik weinig steun en advies van de dokter. Nu is alles anders en ik vindt het jammer dat mijn arts geen goede zorg heeft gegeven aan mijn zoon.
  - Ik ben verpleegkundige en kan met mijn arts in dezelfde taal communiceren. Ik weet wel waar hij over heeft.”
- Informatie
    - De informatie tijdens het spreekuur is moeilijk te onthouden, daarom schrijft mijn dochter het op.
    - Er wordt slecht omgegaan met de informatie die de patiënt zelf meeneemt, men besteedt er geen aandacht aan.
    - Ik heb nog geen internet ervaring, dus weet niet wat daar voor informatie op te vinden is (drie maal)
    - Ik ben geen lid van een patiëntenvereniging; ik houd niet van dat gezeur (twee maal)
    - Ik ben geen lid van een patiëntenvereniging; ik kan niet tegen praten over pijn.
    - Ik heb nog geen ervaring met het meekrijgen van specifieke informatie van de arts.
    - Ja , folders die je van de arts meekrijgt geven vaak algemene informatie waar de arts geen tijd voor heeft.
    - Informatie van de overheid vind ik belangrijk, maar niet alle informatie die op internet te vinden is, is van de overheid.
    - Al die televisieprogramma's benadrukken het geklaag, mensen moesten eens weten hoe goed de zorg in Nederland is georganiseerd. En dan maar klagen over wachtlijsten...
    - Informatie wordt niet opgeschreven tijdens het spreekuur, afspraken worden via de receptie of de huisarts wel schriftelijk vastgelegd.
    - De arts heeft geen tijd om zich te verdiepen in informatie die de patiënt meeneemt.
    - Sommige informatie roept achteraf weer nieuwe vragen op.
    - De voorlichting is niet altijd goed te noemen.
    - Tegenwoordig gebeurt het steeds vaker dat afspraken schriftelijk worden vastgelegd in de spreekkamer.
    - Je weet zelf niet altijd welke alternatieve mogelijkheden er zijn, dus kun je ze niet altijd inbrengen.

- Het hangt van de arts af hoe er met meegebrachte informatie wordt omgegaan.
  - Als ik weet dat er informatie is die ik nog niet bij de arts heb gehoord, dan neem ik die wel mee.
  - Een enkele keer neem ik zelf informatie mee.
  - Wij gaan juist met zijn tweeën om geen informatie vergeten te zijn bij thuiskomst.
  - Informatie in wachtkamer stelt niet zoveel voor.
  - De informatie die ik van de arts krijg is wisselend van kwaliteit. (meerdere keren: afhankelijk van arts)
  - De informatie die ik van de arts krijg vergeet ik vaak voor een deel. Nu ga ik alles opschrijven en kijken wat er dan gebeurt.
  - Ik heb wel een slechte ervaring met informatie die door de arts is gegeven.
  - Ik neem zelf nooit informatie mee; ik weet wat dat voor een arts betekent: een patiënt die zelf met informatie komt.
  - Uitgebreide gespreksvoering over informatie doe ik liever met een assistent; de tijd van de arts wordt zo effectiever gebruikt.
  - Soms heb ik achteraf nog vragen; dat hangt van de arts af.
  - Die televisieprogramma's over spreekuren zijn niet om aan te zien.
  - Al doende leert men hoe een arts omgaat met informatie die ik zelf meeneem, ook afhankelijk van de arts.
  - Het is wel handig om iemand bij je te hebben die informatie mee onthoudt. Opschrijven zal niet echt helpen.
  - Ik heb geen idee hoe de arts zal omgaan met informatie die ik zelf meeneem.
  - Mijn arts moet naar mij luisteren anders neem ik een andere
  - Inbreng van patiënteninformatie die via de televisie is bericht of via websites op internet wordt verstrekt vind ik eenzijdig.
  - Inbreng van patiënteninformatie die via de televisie is bericht of via websites op internet is verstrekt vind ik niet betrouwbaar.
  - Ik vind de informatievoorziening niet voldoende snel doorgelopen door één arts, de andere artsen van hier zijn niet zo
- Succesvolle behandeling
    - Je klachten worden niet altijd serieus genomen.
    - Klachten kunnen niet altijd over gaan, wel behandeld worden, bijvoorbeeld pijnbestrijding bij rugpijn door manuele therapie.
    - Natuurlijk is een behandeling pas succesvol als de klacht over is.
    - Beter worden kan gewoon niet altijd.
    - Je kunt gewoon steeds minder; het gaat er om dat je weer een tijdje vooruit kunt.
    - De klachten kunnen niet altijd overgaan

## **Afspraken**

- Tijd
  - Afspraken maken gaat hier prima, altijd op tijd.
  - De arts nam echt de tijd.
  - Eigenlijk is de tijd wel voldoende (in de meeste gevallen van dit onderzoek)
  - Wij gaan meestal niet eerder weg dan wanneer wij vinden dat wij voldoende informatie hebben.
  - Ik maak afspraken aan het begin van de ochtend, of aan het begin van de middag, dan word ik op tijd geholpen.
  - De tijd die men hier indertijd voor mijn man maakte was echt bijzonder.
  - Ik ben er maar voor de tweede keer en moet ik altijd lang wachten.
  - Ik vind dat ik weinig tijd krijg van mijn arts in de spreekkamer, het gaat te snel.”
  - Of het spreekuur op tijd wordt uitgevoerd hangt af van de afdeling, bij oogheelkunde loopt het altijd uit.
  - De dokter is nooit op tijd.

## Bijlage 5

### Lijst van afkortingen

CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CG	Casemanagement Groep
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
ggz	geestelijke gezondheidszorg
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
NIVEL	Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg
NPCF	Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst

## Bijlage 6

### Literatuurlijst

Bensing, J.M., et al. De zakelijke huisarts en de niet-mondige patiënten: veranderingen in communicatie. Een observatieonderzoek naar consulten met hypertensiepatiënten. *Huisarts en Wetenschap*. 51, 2008, no. 1, p. 6-10.

Brink-Muinen, A., et al. Communiceren huisartsen volgens de verwachtingen van hun patiënten? *Huisarts en Wetenschap*, 51, 2008, no. 3, p. 141-146.

Cardol, M. en K. Tates. Participatieproblemen chronisch zieken en gehandicapten bespreekbaar? *Huisarts en Wetenschap*. 51, 2008, no. 2, p. 61.

Coulter, A. en J. Ellins. Effectiveness of strategies for in-forming, educating and involving patients. *British medical journal*. 335, 2007, no. 7609, p. 24-27.

Crommentuyn, R. De muis gaat brullen: project brengt patiënt aan de onderhandelingstafel. *Medisch contact* 62, 2007, no. 14, p. 606-608.

Crommentuyn, R. Een betrouwbaar A-merk: patiënt beoordeelt arts vooral op deugdelijkheid. *Medisch contact*, 62, 2007, no. 44, p. 1800-1801.

Crul, B.V.M. Patiëntgericht. *Medisch contact*, 62, 2007, no. p. 149, 575.

Deccache A. en I. Aujoulat. A european perspective: com-mon developments, differences and challenges in patients' education. *Patient education and counseling*, 44, 2001, no. 1, p. 7-14.

Evans, H.M. Do patients have duties? *Journal of medical ethics*, 33, 2007, no. 12, p. 689-694.

Fassaert, T., et al. Familiarity between patient and general practitioner does not influence the content of the consultation. *BMC Family Practice*, 9, 2008, no. 51.

Garbutt, J., et al. Lost opportunities: how physicians communicate about errors. *Health affair*, 27, 2008, no. 1, p. 246-255.

Halma, C., et al. Deeltijd dokters zijn halve dokters. Parttime werken van specialisten is nadelig voor patiënt en collega, Medisch contact, 58, 2003, no. 9, p. 349-351.

Hansen, T., et al. The user perspective: respected or rejected in mental health? Journal of Psychiatric and Mental health nursing, 2004, no. 11, p. 292-297.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de gezondheidszorg 2006: patiënt en recht: De rechtspositie van de patiënt goed verzekerd? Den Haag: IGZ, 2006.

Koning, G.H.P. de en A.N. Goudswaard. Trias Therapeutica biedt tegenwicht: industrie beïnvloedt patiënt, arts én apotheker Pharmaceutisch weekblad, 142, 2007, no. 7, p. 27-29.

Kraan, W.G.M. van der. Vraag naar vraagsturing. Een verkennend onderzoek naar de betekenis van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg. Proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 2006.

Legemaate, J. Ondersteuning in de huisartsenpraktijk: juridische aspecten. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde, 152, 2008, no. 23, p. 1309-1312.

Maassen, H. Kiezen in tweespraak: communicatie is geen kwestie van vuistregels en trucjes. Medisch contact, 629, 2007, no. 14, p. 589-591.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Programma Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: investeren in de zorgrelatie. Den Haag: VWS. TK2007-2008. 31476. nr. 1.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kwaliteit van zorg. Den Haag: VWS. TK2008-2009, 31765, nr. 1.

Noordam, J., et al. Weinig aandacht voor spanningen: huisarts pikt psychosociale signalen vaak niet op. Medisch contact, 62, 2007, no. 48, p. 1994-1996.

Noordergraaf, M. Passende politiek? Een kritische analyse van moderne sturingsvisies. Bestuurswetenschappen, 2002, no.4, p. 281-297.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Rollen verdeeld. Zoetermeer: RVZ, 2000.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Taakherschikking in de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 2003.



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

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Van patiënt tot klant. Zoetermeer, RVZ, 2005.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Vertrouwen in de arts. Den Haag: RVZ, 2007.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Goed patiëntschap. Den Haag: RVZ, 2008.

Rijkschroeff-Van der Meer, A.J.C. Geïntegreerde eerste lijn, vignet bij het advies Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg. Den Haag: RVZ, 2009.

Tilburg, L. van. Reportage: psychiater in de bemoeizorg: 'We zijn tevreden als we mensen ene dragelijk bestaan kunnen bieden'. Medisch contact, 62, 2007, no. 14, p. 580-583.

Trimbos-Instituut. GGZ-thermometer, Cliëntwaardering in de GGZ. Utrecht: Trimbos-Instituut, 2003.

Veenendaal, H. van., J. Wardenaar en M. Trappenburg. Tijd voor administratie of voor de patiënt? Kwaliteit in zorg, 2008. no. 2, p. 24-26.

Vermolen, M., et al. Onontgonnen terrein: integrale benadering stelt patiënt pas echt centraal. Medisch contact, 62, 2007, no. 40, p. 1628-1630.

Weijden, T. van der, et al. Shared decision-making in the Netherlands: Current state and future perspectives. ZaeFQ, 101, 2007, p. 241-246.

Westert, G.P., et al. Zorgbalans 2008. Bilthoven: RIVM, 2008.

Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Wet van 17 november 1994, Stb. 837. In werking getreden op 1 april 1995, zoals gewijzigd bij Stb. 1997, 660, Stb. 1999, 30, Stb. 2001, 11.

## Overzicht publicaties RVZ

De adviezen zijn te bestellen en/of te downloaden op de website van de RVZ ([www.rvz.net](http://www.rvz.net)). Tevens kunt u de adviezen per mail aanvragen bij de RVZ ([mail@rvz.net](mailto:mail@rvz.net)). De publicaties van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid zijn te bestellen bij het CEG per mail [info@ceg.nl](mailto:info@ceg.nl)  
Publicaties van vóór 2007 staan op de website van de RVZ en CEG.

### Publicaties RVZ vanaf 2007

Geven en nemen in de spreekkamer. Rapportage debatten over veranderende verhoudingen, maart 2009	09/06
Tussen continuïteit en verandering, 27 adviezen van de RVZ 2003-2009, maart 2009	09/05
Governance en kwaliteit van zorg (advies) maart 2009	09/04
Werkprogramma 2009, maart 2009	09/03
Farmaceutische industrie en geneesmiddelengebruik: evenwicht tussen publiek en bedrijfsbelang (debatverslag), januari 2009	09/02
Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg (advies), december 2008	08/11
- Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg: achtergrondstudies, december 2008	08/12
Versterking voor gezinnen. Preadviezen Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (Versterken van de village: preadvies over gezinnen en hun sociale omgeving) en Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (Zorg in familieverband: preadvies over zorgrelaties tussen generaties), september 2008	08/10
Schaal en zorg (advies), mei 2008	08/08
- Schaal en zorg: achtergrondstudies mei 2008	08/09
Zorginkoop (advies), maart 2008	08/05
- De verzekeraar en de patiënt: een succesvolle coalitie: goede voorbeelden van patiëntgestuurde zorginkoop (in samenwerking met de NPCF), januari 2009	09/01
- Onderhandelen met zorg (achtergrondstudie bij het advies Zorginkoop), maart 2008	08/07
- Zorginkoop heeft de toekomst: maar vraagt nog een flinke inzet van alle betrokken partijen (achtergrondstudie bij het advies Zorginkoop), maart 2008	08/06
Screening en de rol van de overheid (advies), april 2008	08/03
- Screening en de rol van de overheid: achtergrondstudies, april 2008	08/04

Beter zonder AWBZ? (advies), januari 2008	08/01
- Leven met een chronische aandoening (Acht portretten behorend bij het RVZadvies Beter zonder AWBZ?), januari 2008	08/02
Adviseren aan de overheid van de toekomst (verslag van de invitational conference, 22 mei 2007)	07/06
Werkprogramma 2008, december 2007	07/05
Rechtvaardige en duurzame zorg (advies), oktober 2007	07/04
Vertrouwen in de arts (advies), mei 2007	07/02
- Vertrouwen in de arts: achtergrondstudies, mei 2007	07/03
- Publieksversie Vertrouwen in de spreekkamer, februari 2008	Sig 08/01A
Goed patiëntschap, februari 2008	Sig 07/02
Uitstel van ouderschap: medisch of maatschappelijk probleem?, maart 2007	Sig 07/01
- Publieksversie signalement Uitstel van ouderschap: medisch of maatschappelijk probleem?, oktober 2007	Sig 07/01A
Publicaties CEG vanaf 2007	
Dilemma's op de drempel. Signaleren en ingrijpen van professionals in opvoedingssituaties (signalement), september 2008	Sig 08/02
Afscheid van de vrijblijvendheid. Beslissystemen voor orgaandonatie in ethisch perspectief (studie in het kader van het Masterplan Orgaandonatie VWS), juni 2008	08
Passend bewijs. Ethische vragen bij het gebruik van evidence in het zorgbeleid (signalement), januari 2007	Sig 07/04
Financiële stimulering van orgaandonatie (signalement), november 2007	Sig 07/03
Formalisering van informele zorg. Over de rol van 'gebruikelijke zorg' bij toekenning van professionele zorg (signalement), juli 2007	Sig 07/02





