



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

Komt een patiënt bij zijn coach...

Een nieuwe blik op patiëntenbeleid

Drs. R.A.E. Gerads MPIM



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 beleidsadviezen uit. Die schrijft de Raad vanuit het perspectief van de burger. Durf, visie en realiteitszin kenmerken zijn adviezen.

Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Voorzitter

Prof. drs. M.H. (Rien) Meijerink

Leden

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

Mr. H. Bosma

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

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

Komt een patiënt bij zijn coach...

Een nieuwe blik op patiëntenbeleid

Drs. R.A.E. Gerads MPIM

Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor
de Volksgezondheid en Zorg

Den Haag, 2010

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

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

Colofon

Ontwerp: Koninklijke Broese en Peereboom B.V.
Fotografie: Eveline Renaud
Druk: Koninklijke Broese en Peereboom B.V.
Uitgave: 2010
ISBN: 978-90-5732-225-9

U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net) of telefonisch via de RVZ (070 340 50 60) onder vermelding van publicatienummer 10/11.

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Inhoudsopgave

	Samenvatting	7
1	Inleiding	10
2	Debat over regie	12
2.1	De patiënt in de driverseat	12
2.2	Beslismacht in de praktijk	13
3	Kennis, regie en gedrag	14
3.1	Attitude	14
3.2	Informatie	15
3.3	Ervaring	16
3.4	Vaardigheden	16
3.5	Beloop gezondheid	18
3.6	Conclusie	21
4	De praktijk van de zorgverlener	22
4.1	De emotionele patiënt sturen	22
4.2	De regisserende patiënt faciliteren	22
4.3	Conclusie	25
5	Conclusies	26
6	Aanbevelingen	29
7	Discussie	32
	Bijlagen	35
1	Lijst van respondenten	37
2	Lijst van afkortingen	39
3	Literatuurlijst	41
	Overzicht publicaties RVZ	43

Voor u ligt een bijgestelde versie van het rapport ‘De patiënt als gezagvoerder, de dokter als copiloot’. Dit eerder verschenen rapport is tot stand gekomen uit een samenwerkingsverband van Nictiz en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en geeft antwoord op de vraag hoe zorgverleners de patiënt kunnen helpen bij het nemen van de regie over hun zorg. Dit is een vraagstuk dat voor beide organisaties van belang is.

Als adviseur van de RVZ vul ik dit reeds verschenen rapport aan door te beschrijven hoe deze verandering van het patiëntperspectief van invloed is op de organisatie en sturing van de gezondheidszorg. Ik hoop hiermee een bijdrage te kunnen leveren aan de oplossing van vraagstukken die nu en in de nabije toekomst in de gezondheidszorg spelen.

Komt een patiënt bij zijn coach...

Samenvatting

Regie geven aan de patiënt gaat verder dan alleen de technische realisatie van een adequate en verantwoorde informatieuitwisseling van zorginformatie. Zorgverleners en zorgverzekeraars zullen hun dienstverleningsconcepten moeten aanpassen. Daarbij is zelfs een omwenteling in het klassieke sturingsmodel onvermijdelijk.

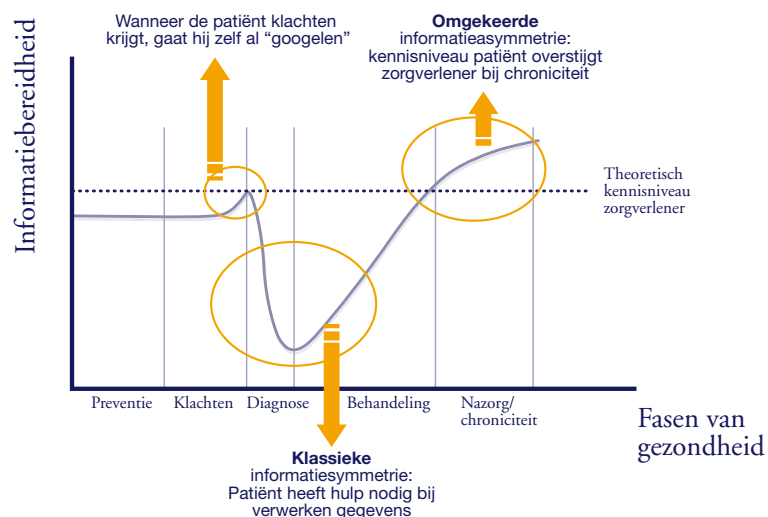
Veel aandacht van beleidsmakers gaat uit naar de technische realisatie van de informatieuitwisseling in de zorg. De reden hiervoor is het verkleinen van de bestaande informatieasymmetrie tussen de zorgverlener en patiënt om zodoende de doelmatigheid, efficiency en kwaliteit van zorg te verbeteren. De kranten hebben de afgelopen maanden vol gestaan over de vorderingen van elektronisch patiëntendossier (epd), persoonlijke gezondheidsdossier (pgd) en alle privacy-issues die hierbij komen kijken. En terecht, voor de patiënt is dit een heel belangrijk instrument: Het opheffen van de bestaande informatieasymmetrie geeft hem een gelijkwaardige positie met de andere partijen in de zorg, bovenal de zorgverlener. Informatie is een noodzakelijke voorwaarde voor regie en countervailing power, zonder informatie kan de patiënt op individueel niveau geen regie nemen over zijn zorg. Maar ook op collectief niveau, in het stelsel, kan de patiënt zonder informatie zijn zwakke positie ten aanzien van de zorgverzekeraar en de zorgverlener niet versterken.

De realisatie van digitale informatie-uitwisseling is een goede zaak. Maar deze ontwikkeling, die overigens nog in de kinderschoenen staat, is maar een deelaspect als het gaat om van de patiënt als regievoerder. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zullen de patiënt om te beginnen de gelegenheid moeten geven om regie te kunnen nemen en dit gedrag bij de patiënt ook stimuleren. In deze rapportage belicht ik beleidsmatige en organisatorische aspecten die van belang zijn bij het bevorderen van de regierol van de patiënt. Daaruit vloeien enkele aanbevelingen voor zorgverleners, zorgverzekeraars, opleidingsinstellingen en beleidsmakers over hoe zij kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van de patiënt als regisseur.

Een inventarisatie van een aantal psychologische aspecten die voor ieder mens in zekere mate gelden, plaatst de patiënt in een ander perspectief. Hij krijgt tijdens zijn ziekte te maken met emoties, zoals angst, onzekerheid en stress, welke zijn cognitieve vaardigheden (tijdelijk) beïnvloeden. Naast emoties spelen ook andere persoonsgebonden kenmerken, zoals korte termijn preferentie, digitale, linguïstische en sociale vaardigheden een rol bij de keuzes die de patiënt maakt. Deze persoonsgebonden aspecten zijn dynamisch in het beloop van de gezondheid van de patiënt. Soms zijn ze sterk aanwezig, maar soms juist zwak. Uit mijn onderzoek concludeer ik dat dit te maken

heeft met de verschillende fasen die in de gezondheid van de burger te onderscheiden zijn.

Zorgverleners, zorgverzekeraars en beleidsmakers moeten zich ervan bewust zijn, dat de patiënt in verschillende fasen van gezondheid, op een andere manier omgaat met eigen regie en het maken van bewuste keuzes. Zo is bekend dat sterke emoties spelen bij patiënten op het moment dat ze onbeduidende klachten hebben en op internet in het woud van informatie gaan googelen. Ook op het moment dat een diagnose wordt gesteld, overmannen emoties de rationaliteit van de patiënt. Vaak nemen zorgverleners daarom aan dat de patiënt niet de vaardigheden heeft om zijn eigen regie te voeren. Uitgaande van deze fasenbenadering, waarin emoties in bepaalde fasen van ziekte een rol spelen, weerleg ik deze aanname. Het onderstaande schematische overzicht geeft de fasen van gezondheid schematisch weer.



Bron: RVZ, 2010

Uiteraard zal de zorgverlener aandacht moeten hebben voor de fase waarop de patiënt niet in staat is om rationeel te handelen; voornamelijk de diagnosefase. Dat emoties de patiënt tijdelijk overweldigen, geldt niet voor het hele beloop van zijn gezondheid. Vooral de preventiefase en de fase van nazorg of chroniciteit van de ziekte, zijn de fasen waarin de patiënt juist wel perfect is staat is om zijn eigen regie te voeren. Nieuwe media zijn uitgegroeid tot een instrument die de patiënt hierin empoweren. Hij of zij beschikt, dankzij deze media, over de informatie die noodzakelijk is voor het behalen van het juiste kennisniveau. De patiënt kent bovendien zijn eigen ziekte en zijn ervaringen met medicatie en behandelingen en is daardoor ervaringsdeskundige van zijn specifieke aandoening. Dit maakt dat het zelfs mogelijk is dat de patiënt beter dan zijn zorgverlener is geïnformeerd over zijn ziekte.

De zorgverlener zal in zijn dienstverleningsmodel rekening moeten houden met de beschreven fasen; hij heeft twee verschillende soorten patiënten voor zich. Het wegnemen van ongerustheid blijft een heel belangrijke taak van de zorgverlener in de fasen waarin emoties de rationaliteit van de patiënt overmeesteren. Daarnaast moet hij voor de patiënt die zelf de regie neemt, open en transparant handelen. De zorgverlener krijgt in dit proces een andere rol. Hij coacht de patiënt in zijn zoektocht naar de voor hem relevante informatie en het nemen van de beslissingen.

Deze verandering brengt enkele knelpunten voor zorgverleners met zich mee; het huidige financieringsmodel in de zorg is onder andere hierop (nog) niet ingericht; daarnaast worstelen zorgverleners met de nieuwe rol van coach en de vaardigheden die deze rol van de zorgverlener eisen. De volgende aanbevelingen aan beleidsmakers, opleidinginstituten, zorgverzekeraars en bestuurders van zorginstellingen, zijn de volgende:

- Investeer in het nieuwe patiëntbeeld bij zorgverleners.
- Ondersteun het verder ontwikkelen van coachende vaardigheden van zorgverleners.
- Beloon zorgverleners die aan het begin van het traject investeren in de patiënt om hem te begeleiden bij het nemen van regie. Beloon ook zorgverleners die de ‘makkelijke patiënten’ op afstand zorg verlenen door meer tijd te geven om te investeren in de moeilijk te genezen patiënt.
- Formuleer duidelijke afspraken over verantwoordelijkheden van de zorgverlener en de patiënt bij het verleggen van de regie naar de patiënt.
- Stimuleer het gebruik van ICT, health 2.0, het epd en pgd door zorgverleners.
- Verminder de informatieoverload voor de patiënt en houd de nieuwe media toegankelijk voor alle burgers.
- Motiveer de patiënt om zelf regie te nemen over zijn zorg en gezondheid in de fasen van zijn gezondheid waarin hij hiertoe in staat is.

1 Inleiding

Het landschap van de gezondheidszorg verandert. Door de toenemende vergrijzing onder de bevolking en personeel, zal in de nabije toekomst met relatief minder mensen, meer werk moeten worden verzet. Daarbij blijven de kosten in de zorg stijgen. Dit maakt dat wij in Nederland voor een uitdaging staan: de zorg moet goedkoper, efficiënter en doelmatiger.

Tegelijkertijd met deze uitdaging voor de overheid, komt een oplossing vanuit de maatschappij zelf. We nemen een trend waar, waarbij autonomie en eigen verantwoordelijkheid van de burger zelf, steeds meer op de voorgrond komen te staan. Wij als burgers willen de regie over ons leven voeren, zelf keuzes maken en bovenal niet 'betutteld' worden in het maken van deze keuzes. Zo ook in de gezondheidszorg. We spreken over 'de patiënt moet in de driverseat' of 'we moeten de regie aan de patiënt geven'. Maar wat houdt dat nou precies in? Wat is regie?

Het antwoord op deze vraag is niet voor iedereen eenduidig. Het gevoel van regie is per persoon verschillend. Waar de één vindt dat hij regie neemt over zijn gezondheid door zijn leefstijl aan te passen en aanwijzingen van de professional goed op te volgen, vindt de ander dat regie voor hem inhoudt dat hij zelf zijn afspraken met zorgverleners kan plannen en coördineren. Een derde persoon wil regie over het maken van medisch inhoudelijke besluiten en interventies (voor zover mogelijk) zelf uitvoeren. In het laatste geval is er sprake van zelfmanagement, de meest vergaande vorm van regie.

Zelfmanagement is 'het individuele vermogen om goed om te gaan met symptomen, behandeling, lichamelijke en sociale consequenties van de (chronische) aandoening en de bijbehorende aanpassingen in leefstijl'. (Vrijhoef, 2008)

In de verschillende fasen van gezondheid kan regie meerdere betekenissen hebben voor de patiënt. Hiermee refereer ik naar de verschillende fasen die de patiënt tijdens zijn gezondheid doorloopt, waar ik in hoofdstuk 3 verder op in zal gaan. Nog voordat er gezondheidsklachten optreden, zal de verantwoordelijkheid van de patiënt liggen bij het voorkomen van ziekten, het bewust zijn van zijn leefstijl en deze zonnodig aanpassen. In de fasen waarin de patiënt gezondheidsklachten heeft en ziek is, blijft leefstijl nog steeds belangrijk voor de patiënt. Maar daarbij wordt nog een ander aspect belangrijk. De patiënt wil keuzemogelijkheden hebben in de verschillende behandelingen, medicatie en zorginstellingen. Dit houdt in dat een patiënt ook - weloverwogen - voor een professional gezien, afwijkende keuzes maakt.

Om weloverwogen keuzes te kunnen maken is kennis noodzakelijk. Hierdoor uit een grote groep patiënten de wens om hun informatiepositie te versterken.

De informatiepositie van de patiënt wordt gedefinieerd als 'de mate waarin hij [de patiënt] geïnformeerd is over zijn eigen gezondheid en zeggenschap heeft over informatie betreffende zijn gezondheid.' (Gerads et al, 2010)

ICT is dé manier om de regie voor de patiënt te bevorderen. Zorg kan veel beter aansluiten op de behoeften van de patiënt en tevens efficiënter georganiseerd worden. Met de doorbraak van nieuwe media, zoals web 2.0 toepassingen en smartphones is de sterkere informatiepositie voor de patiënt een feit. Een groep patiënten maakt hier al gebruik van en wisselt met lotgenoten, experts en zorgverleners informatie uit.

In theorie klinkt dit als een perfecte win-winsituatie; efficiëntere zorg en tegelijkertijd ook tevredener patiënten. De praktijk is echter weerbarstig. Er zijn nog wat hobbels op de weg die de patiënt belemmeren om daadwerkelijk de regiepositie in te kunnen nemen. Veel beleidsdocumenten beschrijven waar de technische en juridische knelpunten liggen. Er is nog weinig aandacht voor de psychologische aspecten van deze informatievoorziening en de organisatorische en beleidsmatige consequenties ervan. Nictiz en RVZ zijn daarom samen een initiatief gestart om in kaart te brengen welke hobbels er nog voor zorgverleners en patiënten op de weg zijn, als de informatievoorziening in technische zin eenmaal goed geregeld is en wat de consequenties voor het sturingssysteem op de zorg zijn.

Deze rapportage begint met het aanstippen van het maatschappelijke debat rondom de regie van de patiënt. Vervolgens beschrijf ik hoe dit in de praktijk tot uiting komt. Hierbij komt de diversiteit van informatie en de impact op en knelpunten voor patiënten en zorgverleners aan bod. Tot slot zal dit leiden tot enkele aanbevelingen voor de verschillende belanghebbende partijen in de zorg; zorgverleners, bestuurders van zorginstellingen, zorgverzekeraars, opleidingsinstituten en beleidsmakers.

De inhoud van dit rapport is tot stand gekomen uit diverse bronnen:

- Interviews met zorgverleners en experts.
- Twee vragenlijsten onder patiënten die de RVZ in samenwerking met Flycatcher en Nivel heeft uitgezet.
- Twee debatten met zorgverleners die de RVZ en Nictiz in samenwerking met Syntens hebben georganiseerd.

2 Debat over regie

Om te duiden waar weerstanden voor zorgverleners en patiënten in de praktijk liggen, zal ik beginnen met een schets van het bredere kader. Dit hoofdstuk wijd ik daarom aan de maatschappelijke discussie rondom de veranderende dienstverlening van de zorgverlener naar zijn patiënt. De twee belangrijkste dienstverleningsmodellen, die op dit moment het onderdeel van dit maatschappelijk debat vormen, zijn enerzijds het betuttelende ‘paternalistische’ model en anderzijds het ‘informed decision making’ model, beter bekend als ‘de patiënt in de driverseat’.

2.1 De patiënt in de driverseat

In het paternalistische denken gaat de zorgverlener te werk vanuit het principe van weldoen. Hij handelt naar beste eer en geweten en neemt beslissingen voor de patiënt, ongeacht zijn voorkeur. Vanaf de jaren '60 van de vorige eeuw is er een toename van het zelfbewustzijn van de burger in het algemeen en de patiënten in het bijzonder te zien. Het uiteindelijke streven van de overheid, zorgverzekeraars, patiëntenorganisatie en (een deel van de) patiënten zelf is een dienstverleningsmodel waarbij de patiënt zelf de regie gaat voeren over zijn zorg. Deze verhouding is gebaseerd op het ‘marketingdenken’. De patiënt wordt neergezet als een zorgconsument, waarbij hij zich als klant opstelt en de zorgverlener als dienstverlenend producent. Dit houdt in dat de zorgverlener zijn ‘ondernemingsmodel’ zal aanpassen aan de veranderende situatie. Hij maakt, evenals commerciële instellingen, een switch van aanbod- naar vraaggerichte dienstverlening.

In deze twee modellen spelen de volgende aspecten een belangrijke rol:

- Het verschil in informatieniveau tussen de zorgverlener en de patiënt.
- Regie over zorg van de patiënt.

De beschreven ontwikkeling vanuit het paternalisme naar een centrale regiepositie van de patiënt, maakt duidelijk dat de informatiepositie van de patiënt in theorie - en overigens ook al in onze wetgeving, sinds de invoering van de WGBO - sterk verbeterd is in vergelijking met zo'n tien jaar geleden. We zien ook dat in de praktijk het verschil in informatie tussen zorgverlener en patiënt vermindert. Regie en beslismacht, zo veronderstellen beleidsmakers, hangt hier automatisch mee samen. Hierdoor nemen zij aan dat naarmate de patiënt meer informatie krijgt over zorg en gezondheid, vanzelfsprekend zijn houding verandert. Hij zal meer betrokken zijn bij de behandeling.

2.2 Beslismacht in de praktijk

De aanname dat meer informatie leidt tot een meer betrokken patiënt, moet ik iets nuanceren. Ten eerste is informatie niet de enige prikkel die de patiënt tot actie laat overgaan. Wat de prikkels zijn die de burger in het algemeen aanzet tot gezond gedrag, onderzoekt de RVZ in het vervolgtraject op deze studie. Ten tweede - en voor dit rapport een heel belangrijke kanttekening - is dat informatie voor de patiënt alleen niet voldoende is om beslismacht te krijgen. Een noodzakelijke voorwaarde voor macht is kennis, zo stelt hoogleraar organisatiekunde Weggeman. Om de beslismacht van patiënten te vergroten, zal hij in staat moeten zijn om deze informatie om te zetten naar kennis. Weggeman (2001) constateert dat kennis wordt opgebouwd uit de volgende vier elementen:

1. Attitude.
2. Informatie.
3. Ervaring.
4. Vaardigheden.

In de volgende hoofdstukken beschrijf ik hoe in de praktijk de patiënt met deze elementen van kennis omgaat en hoe het kennisniveau van de patiënt ontwikkelt. Vervolgens geef ik aan wat dit voor consequenties voor de zorgverlener heeft.

3 Kennis, regie en gedrag

In het vorige hoofdstuk heb ik uitgelegd dat attitude, informatie, ervaring en vaardigheden noodzakelijke voorwaarden voor kennis zijn. Deze elementen heeft de patiënt nodig om beslismacht te krijgen. Hoe dit in de praktijk tot uitdrukking komt, beschrijf ik in de volgende paragrafen.

3.1 Attitude

We kunnen twee momenten onderscheiden waarop attitude van de patiënt van belang is. Ten eerste ten aanzien van de geboden informatie die beschikbaar is over gezondheid en ziekte. Ten tweede de motivatie om kennis om te zetten tot gedrag, iets dat later in het traject van kennis naar gezondheid en gedrag een bepalende factor is.

Ontvankelijkheid voor informatie

Het eerste element dat bijdraagt aan kennis, is attitude. In dit geval gaat het specifiek over attitude ten opzichte van informatie: ontvankelijkheid. De patiënt moet informatie tot zich willen nemen. In de praktijk blijkt dat er steeds meer patiënten voor het consult bij de huisarts al op zoek zijn gegaan naar informatie op internet. De behoefte aan informatie en dus ook de ontvankelijkheid hiervoor is onder de patiënten aanwezig.

Attitude ten aanzien van gedrag

Uit enquêtes van Nivel en Flycatcher onder patiënten blijkt dat maar liefst 95% van de patiënten de intentie uitspreekt om de verantwoordelijkheid van de zorg zelf te nemen. Ook zegt een groot deel van de patiënten bereid te zijn gedrag aan te willen en kunnen passen, wanneer dit door ziekte noodzakelijk wordt. De attitude om het kennisniveau op te bouwen is bij een groot deel van de patiënten aanwezig.

Toch is dit makkelijker gezegd dan gedaan. De patiënt heeft vaak moeite met het uitvoeren van gedrag. Hier liggen twee belangrijke psychologische mechanismen aan ten grondslag:

1. Mensen hebben een preferentie voor korte termijn doelen en bovendien kiest men altijd de weg van de minste weerstand.
2. Mensen zijn slecht in het inschatten van kansen. Uit onderzoek van Zeelenberg & van Dijk (2009) blijkt dat mensen gezondheidsrisico's sterk onderschatten.

Dit betekent dat het in de praktijk voor mensen die nog geen gezondheidsklachten hebben, het moeilijk is om een ongezonde leefstijl aan te passen. Ten eerste omdat men denkt dat het wel mee zal vallen en ten tweede omdat de beloning voor het gedrag pas (ver) in de toekomst ligt.

Uiteraard zijn er verschillen in typen patiënten. Een belangrijke segmentatie van de zorgcliënt, is die van het onderzoeksbureau Motivaction (2009). Zij onderscheiden drie patiëntengroepen die op een andere manier met zorg omgaan:

1. De minder zelfredzame zorgcliënt.
2. De pragmatische zorgcliënt.
3. De maatschappijkritische zorgcliënt

De meest actieve groep patiënten zijn de pragmatische zorgconsument. Deze groep zal volgens Motivaction over het algemeen iets meer op zoek gaan naar betrouwbare informatie dan de andere groepen en meer bezig zijn met gezond leven. Alhoewel patiënten uit dit segment ook te maken krijgen met de genoemde psychologische aspecten, zullen zij hier naar verwachting iets rationeler mee omgaan dan de twee overige groepen. Maar ondanks het verschil in type patiënten, zijn dit psychologische mechanismen waar iedereen mee te maken krijgt.

3.2 Informatie

Informatie is het tweede belangrijke element voor het kennisniveau van de patiënt. Hierbij spelen nieuwe media een belangrijke rol. Nieuwe media hebben de volgende karakteristieken; ze zijn massamediaal en interactief. Dit houdt in dat een patiënt, zorgverlener of expert in één keer veel mensen tegelijkertijd kan bereiken met informatie en mensen via deze media ook kunnen discussiëren.

Er zijn drie typen informatie te onderscheiden waar de patiënt, met de komst van internet en nieuwe media, beschikking over heeft:

1. Zorginhoudelijke informatie uit het medisch dossier. Deze medische informatie wordt in de toekomst via patiëntenportalen van de zorgverlener naar de patiënt overgedragen.
2. Keuze-informatie over bijvoorbeeld de kwaliteit van de behandeling van zorginstelling X of gezondheidsinformatie, zoals voorlichting over preventie van ziekte. Voornamelijk 'derde partijen' leveren deze informatie, zoals de zorgverzekeraar, overheidspartijen, apothekers of de farmaceutische industrie.
3. Ervaringsinformatie over bijvoorbeeld het leven met een ziekte of het effect dat medicijngebruik heeft op de persoon. Deze informatie is afkomstig van lotgenoten, via internetfora en/of patiëntenorganisaties.

3.3 Ervaring

Niet alleen het aanbieden, maar ook de manier van aanbieden van informatie, via deze nieuwe media speelt een rol. Naast het massamediale karakter is het interactieve karakter van nieuwe media een belangrijke ontwikkeling. De patiënt kan met andere patiënten, ervaringsdeskundigen, experts en zorgverleners, op afstand praten over de betekenis van de informatie. Dit maakt het mogelijk voor de patiënt om de vertaalslag te maken van algemene informatie naar zijn situatie; hij geeft betekenis aan de ‘platte’ informatie die voorlichtingssites en (in de toekomst) patiëntenportalen naar het elektronisch patiëntendossier bieden. Nieuwe media faciliteren op deze manier ook het derde aspect van kennis, ervaring.

Betrouwbaarheid van informatie

In het maatschappelijke debat over innovaties en ontwikkelingen in de zorg neemt de betrouwbaarheid en validiteit van (keuze)websites, communities en fora een prominente plaats in. Ondanks dat het nog niet duidelijk is of er daadwerkelijk heel veel onbetrouwbare informatie op het internet circuleert. Geschat wordt dat fora slechts 6% foutieve informatie bevatten. De ‘wisdom of the crowds’ is sterk. Wanneer iemand een onware opmerking op een forum plaatst, wordt dit doorgaans onmiddellijk door andere belevingsexperts tegengesproken. Daarbij ligt het er ook maar net aan naar welke informatie de patiënt op dat moment op zoek is; wanneer hij belevingsinformatie van lotgenoten zoekt, neemt hij genoeg met informatie die niet valide is, hij wil namelijk individuele ervaringen horen. Dit maakt dat de discussie over betrouwbaarheid voorlopig nog niet voorbij is. Maar om toch een leidraad te hebben door het woud van websites, plaatsen veel zorginstellingen links met in hun ogen betrouwbare websites en ook patiëntenorganisaties proberen de patiënt naar goede websites te sturen. Een vrij nieuw initiatief is ‘Zegelgezond’; een organisatie die keurmerken geeft aan gezondheidswebsites. Het toekennen van het keurmerk gebeurt op basis van een gewogen rapportcijfer van ervarings- en inhoudelijke deskundigen die de informatie beoordelen.

3.4 Vaardigheden

Het laatste aspect van kennis, zijn vaardigheden. Er zijn verschillende vaardigheden te onderscheiden die de patiënt nodig heeft. Ten eerste is het opleidingsniveau en digitale vaardigheden om met nieuwe media om te kunnen gaan belangrijk. Ten tweede moet de patiënt ook over cognitieve vaardigheden beschikken om de vertaalslag van informatie naar kennis te kunnen maken.

Digitale vaardigheden

Veel patiënten zijn digitaal heel vaardig en kunnen goed overweg met de informatievoorziening via nieuwe media. Het overgrote deel van de geïnterviewde zorgverleners geeft aan dat het zogenaamde ‘google gedrag’ van patiënten een positieve ontwikkeling is. De patiënt kan hierdoor sneller tot zijn hulpvraag komen. Dat maakt dat de zorgverlener een ander type patiënt voor zich heeft, waarmee hij een beter gesprek kan voeren. Tegelijkertijd merken zorgverleners op dat het oerwoud aan informatie op internet voor veel patiënten, maar niet voor iedereen, makkelijk toegankelijk is. Het selecteren van de juiste informatie waarop men kan vertrouwen is voor sommige patiënten moeilijk. Deze patiënt heeft iemand nodig die hem daarin begeleidt. Hij moet als het ware leren om op verantwoorde wijze eigen regie te kunnen nemen over zijn zorg.

Een belangrijke kanttekening die ik hierbij moeten maken is dat, hoewel in Nederland veel burgers digitaal vaardig zijn, er nog steeds een groep mensen is die deze vaardigheden niet heeft. Beleidsmakers nemen aan dat jongeren digitaal vaardig zijn, aangezien zij nieuwe media met de paplepel ingegoten krijgen. En ouderen willen of kunnen niet omgaan met deze media, wat leidt tot een digitale kloof tussen de generaties. Zij nemen aan dat met het voortschrijden van de tijd, automatisch de digitale kloof tussen jongeren en ouderen verdwijnt. Het probleem lost zich dus vanzelf op. Uit recent onderzoek van Loos (2010), blijken deze laatste aanname te kort door de bocht is genomen. Internetervaring speelt volgens hem een belangrijker rol bij het slagen van een zoekopdracht op internet dan leeftijd. Daarbij gaan technische ontwikkelingen zo snel dat de nieuwe media van vandaag, oude media van morgen zijn, zo stelt Loos. Wanneer een burger niet regelmatig in contact staat met deze nieuwe media, zal de toegankelijkheid ervan afnemen. We kunnen hieruit concluderen dat we beter kunnen spreken van een bepaald spectrum van internetgebruikers, waarbij een groot deel van de gebruikers goede digitale vaardigheden bezit, maar er altijd een groep burgers zal blijven bestaan voor wie nieuwe media minder goed toegankelijk is.

Linguïstische vaardigheden

Een belangrijk knelpunt bij het versterken van de informatiepositie van de patiënt is de begrijpelijkheid van de informatie voor de patiënt. Het jargon van de zorgverlener, dat hij gebruikt in het medisch dossier, is niet geschikt voor patiënten die een leek is op dit gebied. Er is een bepaald kennisniveau vereist om deze informatie te kunnen begrijpen. De meeste patiënten die op consult bij de zorgverlener komen, hebben dit niveau niet. Voor patiënten is het hierdoor erg lastig om toch de juiste betekenis aan de informatie te geven. Hulp door een arts of patiëntencoach is noodzakelijk om de vertaalslag te maken naar de situatie van de patiënt.

Cognitieve vaardigheden

Wanneer er veel informatie beschikbaar is over keuze alternatieven, is het aannemelijk dat mensen niet optimaal gebruik maken van deze informatie. Hoewel men wel de intentie heeft om rationeel te handelen, is er sprake van beperkte rationaliteit. Mensen maken keuzes aan de hand van vergelijking van verschillende karakteristieken. Als er te veel informatie aanwezig is, wordt het moeilijk om een onderscheid te kunnen maken. Daarom worden er strategieën gebruikt om de keuze te vereenvoudigen. Zo wordt er bijvoorbeeld gebruik gemaakt van de 'satisficing' regel (Zeelenberg en Van Dijk, 2009; uit Simon, 1955), waarbij alle alternatieven een voor een worden bekeken en het eerste alternatief dat goed genoeg is wordt gekozen. Wanneer er te veel informatie is voor een patiënt om te kunnen of willen verwerken worden dergelijke vereenvoudigingsregels toegepast. De mentale belasting wordt verminderd doordat het aantal keuzeattributen die in overweging genomen dienen te worden vermindert. Dit leidt uiteindelijk ook tot een niet optimale keuze (Zeelenberg en Van Dijk, 2009).

Emoties spelen een belangrijke rol in de zorgsector. Er bestaat een relatie tussen slecht nieuws en emoties. De patiënt krijgt in het beloop van de ziekte te maken met onzekerheid, angst en stress. Hoe sterk de informatiepositie van de patiënt ook is, zo blijkt uit het onderzoek onder artsen die zelf ineens patiënt werden (Ten Haaft, 2010); emoties overmannen het rationele denken van de patiënt.

Het is belangrijk om stil te staan bij de emoties die in de zorg spelen, aangezien ze cruciaal zijn voor de beleving van de patiënt. Maar tegelijkertijd stel ik mij de vraag; wanneer en in welke mate spelen deze emoties een rol voor de patiënt?

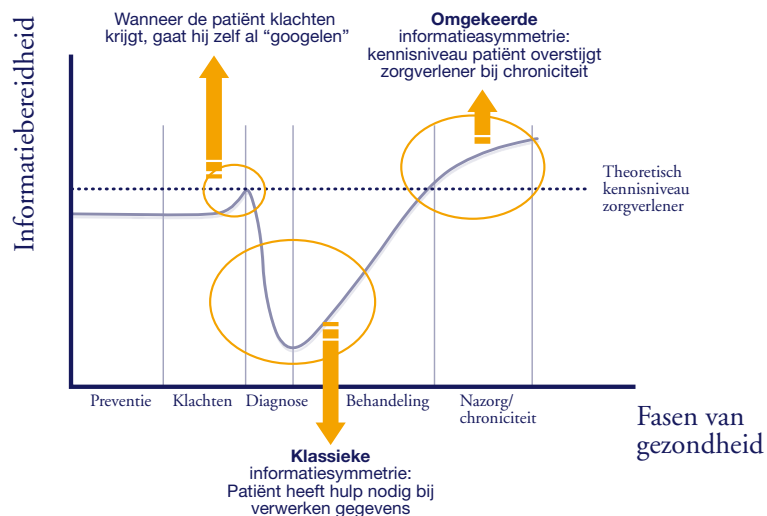
Uit mijn onderzoek blijken twee fasen in het zorgproces van belang te zijn, waarbij emoties een rol spelen:

1. De fase waarin de patiënt een klacht heeft, nog niet weet wat de oorzaak hiervan is en vervolgens via internet op zoek gaat naar informatie. In deze fase bestaat een kans dat de patiënt verkeerde informatie vindt en (node-loos) ongerust wordt.
2. De fase waarin de diagnose gesteld wordt, wanneer dit slecht nieuws inhoudt. Hiervan is bekend dat de patiënt de gekregen informatie slechts deels onthoudt en ook vaak in de verkeerde context plaatst.

3.5 Beloop gezondheid

Uit de bovenstaande paragraaf trek ik de conclusie dat voor het patiëntbeeld en de patiëntbenadering, het belangrijk is om aandacht te besteden aan de verschillende fasen die de patiënt doorloopt tijdens zijn gezondheid en ziekte. Het volgende figuur geeft deze fasen schematisch weer.

Figuur 3.1 Informatiebereidheid van de patiënt in relatie tot fasen van gezondheid



Bron: RVZ, 2010.

Fase 1. Gezondheid en preventie

Wanneer de patiënt nog geen klachten heeft en de motivatie heeft om informatie te verzamelen over gezonde leefstijl en preventie van ziekten, zal de patiënt rationeel omgaan met informatie. De patiënt kan zich als kritisch kiezende consument opstellen en is in staat om de regierol op zich te nemen. Hij heeft in deze fase slechts behoefte aan iemand die als coach naast hem staat.

Fase 2. Klachten

De fase waarin de patiënt een klacht krijgt en op zoek gaat naar informatie, is het eerste moment waarop emoties een rol gaan spelen in de zorg. Nieuwe media zijn hierbij, zoals eerder in dit hoofdstuk beschreven, van belang. Veel informatie is transparant op internet en patiënten kunnen op fora en communities terecht, waar ze informatie met elkaar delen. Er is een toename van informatiebereidheid bij de patiënt. Tegelijkertijd is er veel informatie beschikbaar en bij vage klachten, zoals hoofdpijn of duizeligheid, zijn veel verschillende diagnoses op internet vinden. Voor de patiënt is het lastig om de waarschijnlijkheid van de gevonden diagnose in te schatten. Onzekerheid en emoties als angst dat er iets ergs met hem of haar aan de hand is, overmeesteren het vermogen van de patiënt om hier rationeel mee om te gaan. Het komt niet zelden voor dat de patiënt met een door hemzelf gestelde diagnose bij de zorgverlener komt, die op niets blijkt te berusten.

Als de zorgverlener erin slaagt om overtuigend op te treden, zal het geen enkel probleem zijn dat er af en toe patiënten naar het spreekuur komen die informatie hebben gevonden die niet voor hun situatie geldt. De zorgverlener is namelijk in staat om de patiënt van zijn ongelijk te overtuigen met goede argumenten. De zorgverlener zorgt in deze fase voor geruststelling van de patiënt.

Fase 3. Diagnose

Het tweede moment waarin emoties een rol spelen, is de fase waarin de diagnose gesteld wordt. Deze situatie is (vergelijkbaar met) een slecht nieuws-gesprek waarbij de patiënt maar weinig van de informatie die hij krijgt kan verwerken. Bekend is dat patiënten in deze situaties tot zelfs driekwart van de gegeven informatie weer onmiddellijk vergeten. De patiënt is niet in staat om rationeel keuzes te maken. Hij heeft hier hulp bij nodig. Hij verliest de regie over zijn zorg. Hierdoor heeft de zorgverlener, in het kader van verantwoorde zorg, de taak om de regie tijdelijk over te nemen.

Fase 4. Behandeling

Tijdens de behandeling van de klacht raakt de patiënt meer gewend aan de situatie en zakken de emoties langzaam. Veel patiënten gaan in deze fase behoefte krijgen om de regie over hun leven en daarmee ook de regie over hun zorg weer zelf te nemen.

Fase 5. Nazorg en chroniciteit

De laatste fase, is het moment waarop de patiënt in het nazorgtraject terecht komt en de emoties en ongerustheid gezakt zijn. De patiënt gaat zijn ziekte beter leren kennen en wordt zelfs ervaringsdeskundige. Hij gaat informatie delen met lotgenoten en ook hierbij spelen nieuwe media een grote rol, deze faciliteren de informatiedeling op grote schaal. Zodoende kan de patiënt meer te weten komen over bijvoorbeeld behandelmethoden bij andere zorginstellingen of innovaties in het buitenland. Volgens sommige zorgverleners stijgt het kennisniveau van de patiënt over deze specifieke aandoening boven dat van henzelf. De houding van de patiënt verandert hierdoor ook. Hij is een veel mondigere patiënt, die in staat is om zijn wensen en eisen ten aanzien van zijn zorg en de zorgverlener goed te formuleren. De patiënt is in staat om zelf de regie over zijn zorg te voeren. Ook in deze fase heeft de patiënt enkel nog behoefte aan een zorgverlener of een andere dienstverlener (bijvoorbeeld een psycholoog, fysiotherapeut of diëtist) die zich als coach opstelt.

Het kan voorkomen dat het beschreven cognitieve disfunctioneren, de dip die in het model te zien is, in bepaalde gevallen ook nog eens voorkomt in de fase van chroniciteit. Een voorbeeld hiervan is een COPD-patiënt met een ernstige benauwdheidsaanval. Door goede voorlichting en begeleiding is deze 'dip' te verkleinen of zelfs mogelijk te voorkomen.

3.6 Conclusie

Om regie en beslismacht te kunnen hebben, is kennis noodzakelijk. De elementen die Weggeman beschrijft, waaruit kennis is opgebouwd zijn voor een groot deel voor de patiënt voorhanden. Nieuwe media spelen daarbij een faciliterende rol. Informatie is beschikbaar via internet en de patiënt kan de interactie met andere patiënten, zorgverleners en experts opzoeken om ervaringen uit te wisselen. Enkel het laatste aspect, vaardigheden, is in sommige fasen een bottleneck voor de patiënt. Niet alle patiënten beschikken over digitale vaardigheden en hebben de capaciteit om informatie te begrijpen. Daarnaast spelen emoties een rol. Onzekerheid over de situatie en angst en ongerustheid zorgen ervoor dat het cognitieve systeem van de patiënt tijdelijk niet optimaal functioneert. Het is daarom belangrijk om het beloop van de gezondheid van de patiënt in fasen in te delen. De patiënt gaat namelijk op verschillende momenten in zijn ziekte en gezondheid anders om met de aangeboden informatie. Hij heeft ook per fase behoefte aan een andere houding en rol van zijn zorg- en dienstverleners.

4 De praktijk van de zorgverlener

In de vorige hoofdstukken werd duidelijk dat de patiënt in verschillende fasen in zijn gezondheid, anders met informatie omgaat. Ook blijkt dat wanneer de patiënt volledig geïnformeerd is, dit niet zondermeer betekent dat de patiënt zelf de regie neemt in het zorgproces. Dit maakt dat de zorgverlener voor een uitdaging staat. Hij heeft twee typen patiënten voor zich, waarvoor hij een ander dienstverleningsconcept hanteert:

1. De emotionele patiënt die niet in staat is om regie over zijn zorgproces te nemen.
2. De rationele patiënt die regie over zijn zorg wil.

4.1 De emotionele patiënt sturen

De ongerustheid onder patiënten is groot. Vooral in de fasen van de ziekte waar emoties een rol spelen bij de patiënt. Dat betekent dat een heleboel zorg die verleend wordt, te maken heeft met het wegnemen van angst en onzekerheid. Patiënten hebben alleen al veel baat bij geruststellende woorden, het gaat vaak om de subjectieve beleving van de patiënt.

Ik gaf in het vorige hoofdstuk aan dat een patiënt die slecht nieuws ontvangt moeite heeft om rationeel met deze informatie om te gaan. De zorgverlener helpt de patiënt hier door een directieve benadering.

4.2 De regisserende faciliteren

Afgezien van de emotionele momenten waarop de patiënt niet rationeel kan handelen, verandert de rol van veel patiënten in de loop van het zorgtraject. Nieuwe media ondersteunen de patiënt bij het nemen van de regie. De zorgverlener zal op zijn beurt een ander dienstverleningsconcept hanteren. Aangezien hij vraaggestuurd werkt, houdt dit in dat de zorgverlener de patiënt in deze fase faciliteert om de regie over zijn of haar gezondheid te nemen. De zorgverlener werkt transparant en wisselt informatie die de patiënt nodig heeft met hem uit.

Ook verandert de houding van de zorgverlener naar de patiënt. De patiënt die zelf regie neemt over zijn zorg heeft geen behoefte aan iemand die hem vertelt wat hij moet doen. Hij heeft behoefte aan een coach, iemand die hem helpt bij het vinden van de juiste informatie over bijvoorbeeld behandelingen en medicatie. De zorgverlener neemt daarom een coachende houding aan.

Uit enkele expertsessies blijkt dat deze omslag naar een nieuw dienstverleningsconcept in de praktijk voor de zorgverlener enkele knelpunten met zich meebrengen:

- Het conformeren aan het idee van coachen en het loslaten van het paternalistische denken.
- Het ontwikkelen van vaardigheden van de zorgverleners die bij dit nieuwe dienstverleningsconcept horen.
- Het verdelen van tijd en middelen in en buiten het consult.
- Het omgaan met randverschijnselen die optreden bij het gebruik van nieuwe media door de patiënt, zoals vermindering van fysieke contactmomenten met een grote groep patiënten en omgaan met eisende patiënten.

Coachende vaardigheden

Een coachende houding gaat gepaard met het loslaten van de patiënt in het maken van zijn eigen keuzes. Voor veel zorgverleners geeft dit een dubbel gevoel; je wilt als zorgverlener het beste voor je patiënt. Lijdzaam toekijken hoe een patiënt niet de keuzes maakt die de zorgverlener voor hem of haar in gedachten heeft, voelt heel wrang, aldus de geïnterviewden. Daarbij wordt ook het argument aangedragen dat artsen de eed van Hippocrates hebben afgelegd voor het leveren van goede zorg. Gevoelsmatig wordt een coachende houding ervaren als iets dat daarmee op gespannen voet staat.

Daarnaast zijn zorgverleners van mening dat de overstap van aanbodgestuurde dienstverlening naar een vraaggerichte dienstverlening hand in hand gaat met de toenemende eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. De rol die de patiënt wel eerst zelf moet oppakken. Wanneer de patiënt dat niet meteen zelf kan of doet, neemt de zorgverlener de regie automatisch over. Afstand nemen van deze oude gewoontes, blijkt in de praktijk vrij lastig.

De vaardigheden om te coachen zijn bij veel zorgverleners wel aanwezig, maar door de inrichting van het systeem komen deze niet altijd goed tot uiting.

Hiervoor noemen geïnterviewden twee aspecten:

1. De tijdbepaling per consult, die beperkt is. De zorgverlener moet in een aantal minuten tot de kern van het probleem van de patiënt komen, waardoor hij directief gaat handelen wanneer de patiënt niet zelf meteen de regie neemt.
2. De invloed van de maatschap op jonge, pas afgestudeerde zorgverleners. Volgens geïnterviewden wordt deze laatste groep zorgverleners binnen korte tijd door de meer ervaren zorgverleners ingewerkt in het systeem zoals dat al vele jaren aan de orde is.

Digitale vaardigheden

Evenals bij patiënten bestaat er ook een groep zorgverleners die (nog) niet handig is met internet. Vooral oudere artsen, die niet zijn opgegroeid met internet, hebben hier nog wel eens moeite mee. Ook hebben zij veel vooroordelen over de betrouwbaarheid van de gevonden informatie. Het is niet verwonderlijk dat deze artsen hun patiënten niet stimuleren om informatie op het internet te zoeken of het de patiënten zelfs afraden.

Verdeling tijd en middelen

Als de zorgverlener een coachende rol op zich neemt, zal hij in de beginfase meer tijd investeren in de patiënt. Hij leert de patiënt hoe hij meer regie en verantwoordelijkheid over zijn zorg neemt. Hij wijst hem bijvoorbeeld op goede en betrouwbare websites en maakt hem wegwijs op het internet. Geïnterviewde zorgverleners geven aan soms met patiënten samen op zoek te gaan naar informatie op websites. Uitslagen van onderzoeken hebben vaak toelichting nodig, bijvoorbeeld uitleg waarom een hoge score positief is of juist negatief en hoe dit geïnterpreteerd moet worden in relatie met ander uitslagen van onderzoeken. Dit kost meer tijdsinvestering voor de zorgverlener dan enkel een telefoontje naar de patiënt met de mededeling dat de resultaten van het bloedonderzoek in orde zijn.

Zodra de patiënt zijn eigen weg kan vinden op het internet en beter geïnformeerd op het spreekuur verschijnt, plukt de zorgverlener zijn vruchten van de gemaakte investering. De patiënt heeft zijn zorgvraag helder voor ogen en het consult richt zich direct op het probleem. Dit leidt uiteindelijk tot een efficiënter consult of zelfs enkel nog tot een mailtje of een e-consult. Op lange termijn is, door een goede investering in het begin van het traject, tijdswinst te behalen. Hierbij komt onmiddellijk een belangrijk knelpunt voor zorgverleners naar voren: degene die investeert is vaak niet degene die uiteindelijk profiteert van de opbrengst. Het is daarom moeilijk om deze lange termijn visie in de zorgverlening vast te houden, zeker als de zorgverlener in kwestie er geen beloning voor krijgt. De motivatie om te investeren in de patiënt ontbreekt hierdoor bij sommige zorgverleners.

Randverschijnselen door nieuwe media

Naast de digitale vaardigheden van de zorgverlener zelf, ontstaan er enkele randverschijnsel door het gebruik van ICT en zorg op afstand.

Het eerste randverschijnsel is de reductie van de fysieke contactmomenten. Door middel van het gebruik van ICT kunnen veel patiënten zichzelf redden door middel van zelfmanagement, een beetje hulp van een verpleegkundige en nurse practitioner of een e-consult. Wat overblijft voor het traditionele consult van de zorgverlener zijn de lastige gevallen. Resultaat boeken is voor deze groep patiënten veel moeilijker. Dit aspect beleven zorgverleners op verschillende manieren. Waar de een spreekt over een leuke uitdaging, vindt de ander dat het zijn werk juist saai of lastig maakt.

Een tweede randverschijnsel van de nieuwe media is het risico dat de patiënt door invloed van deze media irreële voorstellingen krijgt van de mogelijkheden die er binnen de medische wereld zijn. Het gebeurt regelmatig dat een mondige patiënt doorschiet naar een patiënt met een te grote mond en eisen stelt aan de zorgverlener. De zorgverlener vindt het vaak lastig om hiermee om te gaan.

4.3 Conclusie

De rol van de patiënt gaat veranderen. Er zijn enerzijds momenten in het be- loop van de ziekte waarin de patiënt, overmand door emoties, niet rationeel keuzes kan maken in het zorgproces. Daarnaast zijn er ook momenten, voor- namelijk wanneer er sprake is van chroniciteit of nazorg, waarop dat voor de patiënt wel mogelijk is. De zorgverlener zal in zijn dienstverlening naar de patiënt hier rekening mee moeten houden; hij heeft met twee verschillende soorten patiënten te maken. Het wegnemen van ongerustheid op momenten dat emoties een grote rol spelen, is een belangrijke taak voor zorgverleners. Daarnaast moet hij voor de patiënt die regie neemt open en transparant gaan handelen om de patiënt te faciliteren regie te nemen. Dit houdt ook in dat zijn houding naar de patiënt verandert. Hij gaat de patiënt coachen in plaats van vertellen wat het beste voor hem is.

Dit brengt enkele knelpunten met zich mee:

- Veel zorgverleners hebben nog een andere beleving van wat goede dienstverlening is. Coachen betekent dat de zorgverlener de patiënt moet loslaten en ook accepteren dat een patiënt niet de optimale keuze maakt. Dit voelt voor een zorgverlener niet altijd goed.
- Coachende en digitale vaardigheden en het vermogen om te gaan met een patiënt die doorschiet naar een te mondige patiënt, mogen nog ster- ker ontwikkeld worden.
- Het nieuwe dienstverleningsconcept vergt in het begin van het zorgtraject meer tijdsinvestering van de zorgverlener en daar is het beloningssysteem niet op ingesteld.
- Ook houdt dit nieuwe dienstverleningsconcept de ‘makkelijke patiënt’ op afstand en komen enkel nog de lastige gevallen op consult. Het ontbreekt bij sommige zorgverleners aan motivatie om zich in te zetten voor deze moeilijke patiënten.
- De patiënt die ondanks goede en betrouwbare informatie over zijn leefstijl, zijn gedrag hier niet op aanpast, is het beste te verleiden door op korte termijn consequenties te verbinden aan dit gedrag.

5 Conclusies

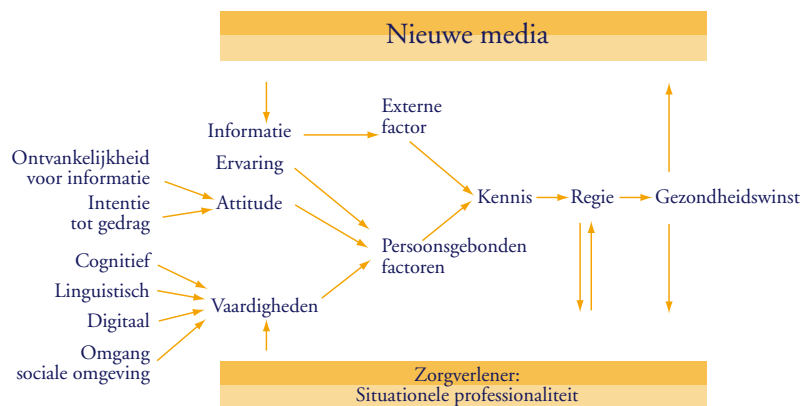
De inzet van ICT in de zorg is zeer belangrijk. Het biedt een oplossing voor de stijgende kosten voor de arbeidstekorten in de zorg. En tevens biedt ICT ook de mogelijkheid om de kwaliteit van zorg voor de patiënt te verbeteren. Er is veel aandacht voor het elektronische patiëntendossier en het persoonlijke gezondheidsdossier in technische zin. Hetzelfde geldt voor het belang van privacy en bescherming van persoonsgegevens. Er is echter nog te weinig aandacht voor de effecten die informatie-uitwisseling op de patiënt en de zorgverlener hebben: Welke impact hebben ICT en nieuwe media op de patiënt en de manier waarop hij regie gaat nemen over zijn zorg? En hoe kan de zorgverlener de patiënt die regie neemt in de praktijk zo goed mogelijk faciliteren?

Om regie te nemen, is een aantal factoren van belang. Om te beginnen is kennis voor de patiënt een noodzakelijke voorwaarde. Kennis is een functie van:

1. Informatie.
2. Ervaring.
3. Attitude: ontvankelijkheid voor informatie en attitude tot gedrag.
4. Vaardigheden: cognitieve, digitale, linguïstische en sociale.

De laatste drie zijn persoonsgebonden kenmerken die de patiënt beïnvloeden in het nemen van beslissingen. Informatie is een externe factor. Deze persoonsgebonden en externe factoren dragen bij aan het kennisniveau van de patiënt.

Figuur 5.1 Factoren die van belang zijn voor het gedrag van de patiënt



Bron: RVZ, 2010.

Als de patiënt het gewenste kennisniveau heeft, wil dat niet zeggen dat hij automatisch regie gaat nemen. Er is een aantal psychologische aspecten die gedrag bepalen, namelijk: ervaring, vaardigheden en attitude.

- De patiënt moet allereerst over vaardigheden beschikken om gebruik te kunnen maken van nieuwe media en toegang te krijgen tot informatie. Digitale en linguïstische vaardigheden zijn daarbij belangrijk. Uit de praktijk blijkt dat een grote groep patiënten in voldoende mate deze vaardigheden bezit. De cognitieve vaardigheden van de patiënt kunnen in sommige fasen van ziekte een bottleneck zijn. In het bijzonder de diagnosefase, waarbij het cognitieve systeem tijdelijk niet optimaal functioneert door emoties van de patiënt. Aangezien de patiënt zelf op dat moment moeite heeft met het nemen van eigen regie, zullen zorgverleners, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en andere partijen de patiënt bijstaan, zodat hij de zorg krijgt waar hij op dat moment behoefte aan heeft.
- De eigen ervaringen van de patiënt zijn belangrijk om de informatie in een bepaalde context te plaatsen. Bij gebrek aan deze ervaring kunnen lotgenoten, via nieuwe media, de patiënt hierbij hulp bieden.
- Tot slot moet de patiënt ontvankelijk zijn voor de informatie en moet hij de intentie hebben om gedrag aan te passen. Het zoekgedrag op internet naar gezondheidsgerelateerde thema's en het ontstaan van communities leidt tot de conclusie dat de patiënt in de praktijk ontvankelijk is voor informatie. Uit het onderzoek van Flycatcher blijkt ook dat de intentie tot verandering van gedrag in relatie tot de gezondheid aanwezig is. In de praktijk valt op dat dit de patiënt niet altijd even makkelijk afgaat. Over het algemeen hebben mensen een korte termijn preferentie. Het is bekend dat men kiest voor de makkelijkste route bij het verwezenlijken van doelen. Ook is uit onderzoek bekend dat kansen op aandoeningen zoals longkanker en hart- en vaatziekten worden onderschat door mensen. Dit verklaart waarom het voor mensen moeilijk is om ongezonde gewoontes, zoals roken, af te leren. Ondanks dat ze voldoende kennis hebben over de gezondheidsrisico's die ze ermee lopen. De effecten van dit gedrag zijn pas op lange termijn merkbaar, terwijl de persoon op korte termijn wordt 'beloond'.

Kennis, regie en gezondheidswinst hebben zoals gezegd een voorwaardelijke relatie. Zoals de hierboven beschreven psychologische aspecten laten zien, betekent dit niet per definitie dat er een oorzakelijk verband is. De professional moet zich bewust zijn van verschillende fasen van gezondheid die de patiënt doorloopt en waarin hij anders met regie omgaat:

- De patiënt die in de diagnosefase niet in staat is om regie te nemen over zijn zorg, omdat hij overmand wordt door emoties. De zorgverlener moet zorgen dat deze patiënt de zorg krijgt waar hij behoefte aan heeft.
- De patiënt die regie wil nemen over zijn zorg, voornamelijk vanaf de fase dat zijn ziekte chronisch is. De zorgverlener moet bij deze patiënt coachend optreden.

6 Aanbevelingen

Door de ontwikkeling van nieuwe media, is er sprake van een nieuw landschap in de zorg. De patiënt is (op een enkele fase in zijn ziekte na) in staat om zelf regie te nemen over zijn zorg; hij wordt gezagvoerder. Hij heeft hiervoor zijn zorgverlener, de copiloot nodig, die hem helpt bij het maken van de goede keuzes. Op dit moment zijn er nog enkele knelpunten voor zorgverleners en patiënten, die ervoor zorgen dat beiden nog niet goed hun nieuwe rol kunnen oppakken. Daarom doe ik de volgende aanbevelingen aan beleidsmakers, opleidingsinstituten, zorgverzekeraars en bestuurders van zorginstellingen.

- Investeer in het nieuwe patiëntbeeld bij zorgverleners. In de opleiding tot huisarts, medisch specialist of tot verpleegkundige, evenals in nascholingstrajecten zal meer aandacht moeten zijn voor de verschillende fasen van gezondheid van de patiënt en de verschillende rollen die de zorgverlener hierdoor heeft. Betrek hierbij ook andere disciplines, zoals de psychologie, waarbij een andere benadering van de patiënt wordt gehanteerd.
- Ondersteun het verder ontwikkelen van coachende vaardigheden van zorgverleners. In de opleiding tot zorgverlener zal er meer aandacht moeten zijn voor de ontwikkeling van deze vaardigheden dan tot nu toe het geval is. Ook hierbij kunnen principes van de patiëntbenadering uit professies, zoals de fysiotherapie en de psychologie, helpen. Daarnaast moet er door de in de praktijk werkzame artsen, de ruimte gecreëerd worden voor jonge professionals om de verworven competenties in de praktijk te brengen. Het behoort tot de taak van de raad van bestuur en raad van toezicht van zorginstellingen om deze werkwijze een onderdeel van de bedrijfsstrategie te maken en op naleving toe te zien.
- Beloon zorgverleners die aan het begin van het zorgtraject investeren in de patiënt door hem te begeleiden bij het nemen van regie. Flexibiliseer tijd per consult, waardoor in vroege fasen van ziekte meer tijd door de zorgverlener kan worden besteed aan de patiënt om hem te begeleiden zelf regie te nemen. Zolang we in de zorg nog werken volgens de huidige dbc- en zzp-structuur, is dat niet mogelijk aangezien ondersteuning van zelfmanagement hier niet in opgenomen is. Dit behoort tot de taak van zorgverzekeraars en de Nederlandse Zorgautoriteit.
- Beloon ook zorgverleners die de ‘makkelijke patiënten’ op afstand zorg verlenen door meer tijd te geven om te investeren in de moeilijk te genezen of te verplegen patiënt. Ook dit is de taak van de zorgverzekeraars.

- Formuleer duidelijke afspraken over verantwoordelijkheden van de zorgverlener en de patiënt bij het verleggen van de regie naar de patiënt. Er is nu nog onduidelijkheid bij zorgverleners over hoe om te gaan met de gevoelsmatige tegenstelling tussen het leveren van goede zorg enerzijds en het loslaten van de patiënt in zijn eigen keuzes anderzijds. Hier ligt een taak voor beroepsorganisaties. Ook jurisprudentie kan hierbij helpen.
- Stimuleer het gebruik van ICT, health 2.0, het elektronisch patiëntendossier en persoonlijke gezondheidsdossier door zorgverleners. Het is de taak van de raad van bestuur en de raad van toezicht van zorginstellingen om er zorg voor te dragen dat deze werkwijze onderdeel wordt van de bedrijfsstrategie van de instelling en ook daadwerkelijk in de praktijk wordt gebracht. Ook ligt hier een taak voor zorgverzekeraars, bij het inkopen van zorg.
- Verminder de informatie-overload voor de patiënt. Door goede navigatie op websites, aanbeveling van zorgverleners welke websites goed zijn en initiatieven als Zegelgezond, wordt het informatieaanbod voor de patiënt overzichtelijker. Ook ligt hier een taak voor de NZa.
- Houd de nieuwe media toegankelijk voor alle burgers. Zorg dat er geen digitale kloof ontstaat tussen mensen met veel en weinig ervaring met internet. Zorg dat systemen niet nodeloos ingewikkeld zijn en dat een onervaren generatie die niet met de nieuwste techniek is opgegroeid, hier nog mee uit de voeten kan. Bouw systemen daarom dynamisch. Dit is een taak van de functionele ontwerpers van informatiesystemen.
- Motiveer de patiënt om zelf regie te nemen over zijn zorg en gezondheid in de fasen van (preventie van) ziekte waarin hij hiertoe in staat is. De patiënt heeft als het ware een duwtje in de goede richting nodig. Dit kan gerealiseerd worden door een geldprikkel van de overheid. Te denken valt aan nog hogere accijns op ongezonde levensmiddelen, zoals tabak en alcohol. Deze financiële prikkel is echter niet de enige die de patiënt dit duwtje geeft. Ook de inrichting van de omgeving, is een belangrijk aspect bij het sturen op gezond gedrag. Wetende dat mensen kiezen voor de makkelijkste weg of de kortste route om hun doel te bereiken en korte termijn doelen prefereren, kunnen overheden hier gebruik van maken door gezonde keuzes makkelijker bereikbaar te maken dan ongezonde. Bied bijvoorbeeld gemeenten een preventiebonus, gerelateerd aan het relatief aantal opnemingen in ziekenhuizen of huisartsenbezoeken. Zij worden hierdoor gestimuleerd om initiatieven te ontwikkelen in wijken waarvan bekend is dat mensen niet gezond leven. Ook kan dit helpen bij het verminderen van de zorgvraag die ontstaat door een sociaal isolement. Een goed voorbeeld hiervan is de bouw van een kinderboerderij naast een bejaardentehuis, waardoor ouderen en jongeren met elkaar in contact blijven staan.

Ook voor zorgverleners zijn deze psychologische aspecten belangrijk. De zorgverlener moet de mogelijkheid hebben om op korte termijn afspraken met de patiënt te kunnen maken om hem te helpen regie en eigen verantwoordelijkheid te nemen voor diens langetermijndoelen. Bijvoorbeeld door consequenties te verbinden aan de therapie, wanneer de patiënt niet therapietrouw is met zijn medicatie of leefstijl. Sturing op een directe ruilrelatie tussen de dienstverlener en de patiënt, waarbij beide partijen elkaar aanspreken op gemaakte afspraken, werkt waarschijnlijk beter dan het huidige sturingssysteem met zijn indirecte relaties tussen zorgverleners en patiënten. Ethisch gezien mag de overheid mensen geen keuzes onthouden. Alle keuzes moeten beschikbaar blijven, maar het behoort wel tot de mogelijkheden om de gezonde keuzes makkelijk voorhanden te maken en de ongezonde keuzes iets moeilijker bereikbaar.

7 Discussie

Als de aanbevelingen uit het vorige hoofdstuk in de praktijk worden gebracht, is de patiënt in de praktijk in staat om zijn eigen regie te voeren over een groot deel van de zorg. Zoals dit rapport laat zien, kan de patiënt dit uiteraard niet altijd alleen. De patiënt maakt gebruik van hulpmiddelen en partijen die hem ondersteuning bieden, hij creëert zijn eigen patiëntstelsel.

Het belangrijkste hulpmiddel voor de patiënt is de inzet van nieuwe media in de zorg. ICT is van wezenlijk belang voor de patiënt om zijn informatieachterstand ten opzichte van een zorgverlener te verkleinen. Hierbij valt te denken aan toegang tot het medisch dossier. Maar ook sociale media, zoals communities en fora, zijn van groot belang voor de patiënt. Via deze media krijgt de patiënt steun van lotgenoten, experts en andere dienstverleners die hem per fase diensten verlenen die passen bij zijn situatie. In het patiëntstelsel bevindt zich onder andere iemand die de patiënt coacht om regie te nemen; iemand die hem begeleidt bij het vaststellen van zijn persoonlijke behandelplan, iemand die hem stuurt door het oerwoud aan informatie op internet; iemand waarmee hij ervaringen kan delen en uitwisselen en uiteraard ook iemand die de regie tijdelijk overneemt als de patiënt hier zelf even niet toe in staat is.

Zijn bovenstaande personen allemaal te verenigen in verschillende rollen van één zorgverlener, bijvoorbeeld de huisarts? Per fase worden andere competenties van deze zorgverlener verwacht. Is het realistisch om te verwachten dat één zorgverlener al deze kwaliteiten bezit? Of is het een realistischer beeld om te schetsen dat in de toekomst, per fase van ziekte, de patiënt wordt ondersteund door verschillende zorgverleners, afgestemd op de behoefte van de patiënt? Waarom zouden onderdelen van de zorg die te maken hebben met coaching niet door een psycholoog worden uitgevoerd? Deze is hier immers gespecialiseerd. En wie houdt dan het overzicht over de zorg voor de patiënt? Juist, de patiënt zelf! Hij is de regisseur van zijn eigen toneelstuk en met behulp van een epd of pgd kan hij het hele spel overzien, dit is dus het scenarioscript.

Naast deze rollen en takenverdeling van de dienstverleners is te verwachten dat dit ook effect heeft op het sturingssysteem in de zorg. Wetende dat de informatieachterstand van de patiënt kan worden verkleind door het gebruik van ICT en patiëntsystemen, past het huidige sturingssysteem dan nog wel bij de relatie tussen de patiënt en zijn zorgverleners?

Beleidsmakers nemen aan dat zorgverlening gekenmerkt wordt door marktimperfections. Een belangrijke marktimperfection is de scheve verdeling van informatie tussen zorgverlener en patiënt. Om deze reden is in het verleden het stelsel met drie partijen tot stand gekomen. De zorgverzekeraar heeft een

intermediaire rol ten aanzien van de zorgverlener en de patiënt. De financiële afhandeling van de verleende diensten door de zorgverlener, vindt plaats bij de zorgverzekeraar. Deze is ook degene die in naam van de patiënt bij diverse zorgverleners gaat shoppen voor goede en betaalbare zorg en kwaliteitsafspraken met de zorgverleners hieromtrent maakt. De patiënt wordt immers niet in staat geacht om dit zelf te kunnen doen vanwege de marktimperfecties, waaronder informatie-asymmetrie.

Uitgaande van de beschreven ontwikkelingen in de zorg, is te verwachten dat deze aanname in de toekomst niet meer adequaat is. De patiënt die op basis van informatie en kennis, weloverwogen keuzes maakt ten aanzien van gezondheid, behandeling en medicatie, kan en wil deze afspraken met zijn zorgverlener zelf maken en niet via een collectief. Zoals ik in één van de aanbevelingen aangeef, zit in het huidige sturingssysteem een perverse prikkel voor het nemen van eigen verantwoordelijkheid door de patiënt. Er bestaat een groep patiënten die wel in staat is om eigen regie en eigen verantwoordelijkheid over de zorg te nemen, maar dit niet doet. Voorbeelden hiervan zijn mensen met overgewicht, die diabetes krijgen of mensen die teveel alcohol drinken wat leidt tot een leveraandoening.

Zoals dit rapport aangeeft, is er een voorwaardelijke relatie tussen regie en informatie, maar niet altijd een oorzakelijk verband. Ondanks de kennis over de aandoening en de relatie met gedrag, nemen de hierboven beschreven patiënten vaak toch niet de verantwoordelijkheid om gezonder te leven. Er mist een prikkel die kennis omzet tot gedrag. De zorgverzekeraar betaalt de rekening voor de kosten die de zorg met zich mee brengt, de patiënt merkt hier weinig van.

Het is voor zorgverzekeraars en beleidsmakers aan te bevelen om verder te onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om de financiële verantwoordelijkheid van de patiënt meer handen en voeten te geven. Een prikkel om mensen bewustere keuzes te laten maken in de zorg, zou bijvoorbeeld inzage in de kosten van de geconsumeerde zorg zijn. Dit kan uiteraard heel makkelijk door de patiënt een overzicht hiervan te sturen. Een verdergaande oplossing is een forse verhoging van het eigen risico van de patiënt, wat ethisch gezien een beladen thema is. Beter is de oplossing om onderzoek te doen naar een combinatie met het principe dat ten grondslag ligt aan de restitutieverzekering. Door de patiënt zelf zijn rekening te laten betalen, voordat hij deze bij de zorgverlener kan indienen, gaat hij bewuster om met de zorg die hij inkoop.

Deze belangrijke accentverschuiving is een feit. De patiënt gaat op bepaalde fases van zijn zorg een andere rol krijgen ten aanzien van de zorgverlener en zorgverzekeraar. Over de vormgeving, realisatie en uitvoering moet nog nader onderzoek worden uitgevoerd. Om deze reden nodig ik u als lezer uit om met de RVZ mee te praten op de community van gezondheid 2.0.

Ik zie uw bijdrage aan deze discussie graag tegemoet op: http://www.mindz.com/plazas/Gezondheid_2_0.

Bijlagen

Bijlagen

Bijlage 1

Lijst van respondenten

Dhr. R.F. Swens, arts	Swens advies
Mevr. H.C. van Wijngaarden	Pedagoge
Mevr. Y.C.J. Stadhouders BHS	Gezondheidscentrum Bredero
Dhr. J.B.H.M. van Raaij MBA	GGNet
Dhr. drs. W. Touw	STIOM
Dhr. M. Zwier	UMC Utrecht
Mevr. I.M.R. Alders	Stichting Tinkerbell Patiëntencoach
Dhr. drs. J.F. Kraaijeveld	Symfora groep
Mevr. M.J. de Wildt	De ZorgIntermediair
Dhr. O.R. van der Heide	GGZ Friesland
Dhr. D. van Wonderen	GGZ Friesland
Dhr. S. Ketelaar	GGZ Friesland
Mevr. C.J. Bredero	Bantopa
Dhr. R.U. Melchers	MEDiX bedrijfsgeneeskundige expertise
Dhr. F. van Rossum	Keten4Care
Mevr./dhr. C.J. Peterson	LOC Zeggenschap in zorg
Mevr. drs. R. te Grotenhuis	Zelfstandige
Dhr. drs. K. Zwart	Welder
Dhr. drs. B.J. Vincken	Sint Lucas Andreas Apotheek
Mevr. S. Pinedo	Begeleide Zelfzorg
Dhr. D.H. Kat	Begeleide Zelfzorg
Dhr. ir. J.M.J. ter Brake	PinkRocade Healthcare
Mevr. D. Westra	Big!Move Oud-Zuid en Mensendieck
	Praktijk Oude Rai
Mevr. H.A.S. Snijders Bc	Abakus BV
Dhr. Grunwald	Brevidius
Dhr. J.W. van der Slikke	VUmc
Mevr. drs. M.A. Peltenburg	Big!Move
Dhr. A.A. van den Berge	Esperanz
Mevr. M. Merkus	Merkus
Dhr. drs. A. Zuurbier,	NKI-AvL
Mevr. drs. E. de Quay,	Beter in Gesprek
Mevr. drs. J. Nijenhuis,	Nictiz
Dhr. drs. C. Flim,	NVEH
Dhr. H. Levelink,	huisarts
Mevr. J. Lanphen,	huisarts
Mevr. V. Kampschoer,	huisarts
Dhr. T. Sandig,	Met een briefje naar de dokter
Mevr. drs. B. Pluut	Zenc
Dhr. P. Jansen,	huisarts, NHG
Dhr. J. Reesink,	huisarts, LHV
Mevr. dr. M. Bouman	Centrum Media en Gezondheid

Bijlage 2

Lijst van afkortingen

COPD	chronische bronchitis en longemfyseem
dbc	diagnosebehandelcombinatie
epd	elektronisch patiëntendossier
ICT	informatie- en communicatietechnologie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
pgd	persoonlijk gezondheidsdossier
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WGBO	Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst
zzp	zelfstandige zonder personeel

Bijlage 3

Literatuurlijst

Charles C., A. Gafni and T. Whelan. Shared decisionmaking in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science and Medicine*, 1997,44, no. 5, 681-692.

Delnoij, D.M.J. Zicht op kwaliteit. Transparantie in de zorg vanuit patiëntenperspectief. Oratie. Tilburg: Universiteit van Tilburg, 2009.

Delnoij, D.M.J. et al. Botsingen in de spreekkamer: publiek en artsen oordelen over vraaggestuurde inrichting van de zorg. *Medisch Contact*, 2003, 58, no. 11, 419-422.

Donabedian, A. Quality assurance in health care: consumers role. *Quality & Safety in Health Care*, 1992, 1, no. 4, 247-251.

Dulmen, A.M. van, A. van den Brink-Muinen en J.M. Bensing. Patiënt stelt maar vier vragen per consult, 2005.

Dijksterhuis, A. Het slimme onbewuste. Denken met gevoel. Amsterdam: Uitgeverij Prometheus, 2007.

Faden, R. and T.L. Beauchamp. A history and theory of informed consent. New York: Oxford University Press, 1986.

Gerads, R.A.E. Informatiebehoefte van de individuele patiënt in relatie tot collectieve netwerken. RVZ: Den Haag, 2010.

Gerads, R.A.E et al. De informatiepositie van de patiënt. Papernote 31. Den Haag: SDU Uitgevers, 2010.

Haaft, G. ten. Dokter is ziek, als patiënt zie je hoe zorg beter kan. Amsterdam: Uitgeverij Contact, 2010.

Landelijke Huisartsen Vereniging, LVE & MOgroep. De juiste hulp op de juiste plaats. De eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in perspectief. Utrecht: Zuidam & Uithof, 2004.

Loos, E. De oudere: een digitale immigrant in eigen land? Een verkenning naar toegankelijke informatievoorziening. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Oude en nieuwe media in een vergrijzende maatschappij. Universiteit van Amsterdam, 2010.

Molenaar, C. Wisseling van de macht. Amsterdam: Pearson Education Benelux, 2005.

Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Communicatie tussen arts en patiënt. Presentatie Jozien Bensing op clientensymposium Meander Medisch Centrum te Amersfoort, 2008.

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

Raad voor volksgezondheid en Zorg. Arts, patiënt en gebruik van goede zorg. Met het oog op gepaste zorg. Den Haag: RVZ, 2005.

Raad voor volksgezondheid en Zorg. Goed patiëntschap. Meer verantwoordelijkheid voor de patiënt. Den Haag: RVZ, 2007

Raad voor volksgezondheid en Zorg. Geven en nemen in de spreekkamer. Rapportage debatten over veranderende verhoudingen. Den Haag: RVZ, 2009.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Vergrijzing en toekomstige ziektelast. Prognose chronische ziektenprevalentie 2005-2025. Bilthoven: RIVM, 2007.

Scheibler, F., C. Janssen and H. Pfaff. Shared decision making: ein Überblicksartikel über die internationale Forschungsliteratur. Sozial Präventivmedizin, 2003, 48, 11-24.

Tuil, W.S. IVF and Internet. Evaluation of an Interactive Personal Health Record for IVF Patients. Proefschrift Radboud University Nijmegen, 2008.

Weggeman, M. Kennismanagement. Inrichting en besturing van kennisintensieve organisaties. Schiedam: Scriptum,

Overzicht publicaties RVZ

De adviezen zijn te bestellen en/of te downloaden op de website van de RVZ (www.rvz.net). Tevens kunt u de adviezen per mail aanvragen bij de RVZ (mail@rvz.net). Publicaties van vóór 2007 staan op de website van de RVZ en CEG.

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

Publicaties RVZ vanaf 2007

- 10/11 Komt een patiënt bij zijn coach.....(achtergrondstudie), september 2010
- 10/10 Perspectief op gezondheid 20/20, september 2010
- 10/09 Brochure Van zz naar gg, september 2010
- 10/08 Moderne patiëntenzorg: Acht jaar later (achtergrondstudie bij discussienota), april 2010
- 10/07 Leefstijl en de zorgverzekering (achtergrondstudie bij discussienota), april 2010
- 10/06 Een nieuwe ordening door het naar voren schuiven van zorg (achtergrondstudie bij discussienota), april 2010
- 10/05 Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening (discussienota), april 2010
- 10/04 De patiënt als sturende kracht
- 10/03 De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg
- 10/02 Health 2.0: It's not just about medicine and technology, it's about living your life (achtergrondstudie bij advies Gezondheid 2.0), februari 2010
- 10/01 Gezondheid 2.0 (advies), februari 2010
- 09/14 Investeren rondom kinderen, september 2009
- 09/13 Numerus Fixus Geneeskunde: loslaten of vasthouden, januari 2010
- 09/12 Brochure Numerus Fixus, januari 2010
- 09/11 Werkprogramma 2010, november 2009
- 09/10 Steunverlening zorginstellingen (advies), juni 2009
- 09/09 Buiten de gebaande paden. Advies over Intersectoraal gezondheidsbeleid, mei 2009
- 09/08 Buiten de gebaande paden: Inspirerende voorbeelden van intersectoraal gezondheidsbeleid (brochure,) mei 2009
- 09/07 Evaluatie RVZ 2004-2008, april 2009
- 09/06 Geven en nemen in de spreekkamer. Rapportage over veranderende verhoudingen, maart 2009
- 09/05 Tussen continuïteit en verandering. 27 adviezen van de RVZ 2003-2009, februari 2009

- 09/04 Governance en kwaliteit van zorg (advies) maart 2009
- 09/03 Werkprogramma 2009, maart 2009
- 09/02 Farmaceutische industrie en geneesmiddelengebruik: evenwicht tussen publiek en bedrijfsbelang (debatverslag), januari 2009
- 09/01 De verzekeraar en de patiënt: een succesvolle coalitie: goede voorbeelden van patiëntgestuurde zorginkoop (in samenwerking met de NPCF), januari 2009
- 08/11 Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg (advies), december 2008
- 08/12 Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg: achtergrondstudies, december 2008
- 08/10 Versterking voor gezinnen. Preadvies 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
- 08/08 Schaal en zorg (advies), mei 2008
- 08/09 Schaal en zorg: achtergrondstudies mei 2008
- 08/05 Zorginkoop (advies), maart 2008
- 08/07 Onderhandelen met zorg (achtergrondstudie bij het advies Zorginkoop), maart 2008
- 08/06 Zorginkoop heeft de toekomst: maar vraagt nog een flinke inzet van alle betrokken partijen (achtergrondstudie bij het advies Zorginkoop), maart 2008
- 08/03 Screening en de rol van de overheid (advies), april 2008
- 08/04 Screening en de rol van de overheid: achtergrondstudies, april 2008
- 08/02 Leven met een chronische aandoening (Acht portretten behorend bij het RVZ advies Beter zonder AWBZ?), januari 2008
- 08/01 Beter zonder AWBZ? (advies), januari 2008
- 07/06 Adviseren aan de overheid van de toekomst (verslag van de invitational conference, 22 mei 2007)
- 07/05 Werkprogramma 2008, december 2007
- 07/04 Rechtvaardige en duurzame zorg (advies), oktober 2007
- 07/02 Vertrouwen in de arts (advies), mei 2007
- 07/03 Vertrouwen in de arts: achtergrondstudies, mei 2007
- Sig 08/01a Publieksversie Vertrouwen in de spreekkamer, februari 2008
- Sig 07/02 Goed patiëntschap, februari 2008
- Sig 07/01 Uitsstel van ouderschap: medisch of maatschappelijk probleem?, maart 2007
- Sig 07/01a Publieksversie signalement Uitsstel van ouderschap: medisch of maatschappelijk probleem?, oktober 2007
Publicaties CEG vanaf 2007
- Sig 09/11 Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden.
- Sig 09/05 Met de camera aan het ziekbed. Morele overwegingen bij gezondheidszorg op televisie, mei 2009

- Sig 08/02 Dilemma's op de drempel. Signaleren en ingrijpen van professionals in opvoedingssituaties (signalement), september 2008
- Sig 08/01 Afscheid van de vrijblijvendheid. Beslissystemen voor orgaandonatie in ethisch perspectief (studie in het kader van het Masterplan Orgaandonatie VWS), juni 2008
- Sig 07/04 Passend bewijs. Ethische vragen bij het gebruik van evidence in het zorgbeleid (signalement), januari 2007
- Sig 07/03 Financiële stimulering van orgaandonatie (signalement), november 2007
- Sig 07/02 Formalisering van informele zorg. Over de rol van 'gebruikelijke zorg' bij toekenning van professionele zorg (signalement), juli 2007

