

Vergaderjaar 2013–2014

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 483

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 18 november 2013

Naar aanleiding van mijn adviesaanvraag onder welke voorwaarden «goede zorg» ontstaat heeft de Raad voor de Volksgezondheid en zorg (RVZ) voor de zomer een advies uitgebracht met de titel «De participerende patiënt». Met deze brief doe ik u mijn reactie toekomen op dit advies en voldoe ik aan mijn toezegging hierover tijdens de begrotingsbehandeling¹.

Veel aanbevelingen van de RVZ richten zich op partijen in het veld zoals de cliëntenorganisaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De komende tijd moeten de veldpartijen de ruimte krijgen om hun rol in het zorgstelsel goed te vervullen. Dat geldt ook voor de burgers en patiënten. In deze brief richt ik mij vooral op de onderwerpen waarvoor ik zelf (mede) verantwoordelijkheid draag. Na een korte samenvatting van het advies zal ik mijn visie geven op het centrale thema «gezamenlijke besluitvorming van zorgprofessional en patiënt», om vervolgens toe te lichten hoe de meeste aanbevelingen van de RVZ aansluiten bij trajecten die ik in gang heb gezet. Ik doe dit aan de hand van twee trajecten die in belangrijke mate bijdragen aan de versterking van de gezamenlijke besluitvorming: het voorstel voor de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en het Kwaliteitsinstituut. Daarna geef ik nog een reactie op de overige aanbevelingen die gericht zijn op de overheid.

1. «De participerende patiënt» – samengevat

Dit advies richt zich met name op de vraag «wordt de *goede* zorg geleverd?» oftewel: wordt de zorg verleend die aansluit op de preferenties van de patiënt?

Om zorg goed te laten aansluiten op de preferenties van de patiënt is het noodzakelijk dat de patiënt participeert in de zorg, aldus de RVZ. De hoofdvraag van de RVZ is derhalve: «Wat is ervoor nodig om gezamen-

¹ Handelingen II 2013/14, nr. 17

lijke besluitvorming en zelfmanagement (breed) ingang te doen vinden in de praktijk van de zorg?»

De RVZ constateert dat er een mentaliteitsverandering van alle betrokkenen nodig is om tot gezamenlijke besluitvorming en zelfmanagement te komen. De relatie patiënt en zorgverlener zou centraal moeten staan: idealiter nemen zij gezamenlijke besluiten over de zorgverlening en delen zij de uitvoering van het behandelplan. De Raad doet hiervoor een aantal concrete aanbevelingen op het terrein van de beschikbaarheid van gezondheidsinformatie, richtlijnen, keuzehulpen, zorgplan, opleiding van patiënt en zorgverlener, de organisatie van de zorg en financiële prikkels.

2. Van systemen naar mensen

Het advies van de RVZ sluit goed aan bij de omslag die ik in de zorg wil bereiken, namelijk de omslag van systemen naar mensen. In alle aspecten van het leven is het mogelijk om eigen keuzes te maken. Maar als je ziek wordt of behoefte hebt aan langdurige zorg verdwijnt die keuze en worden mensen nog te vaak gezien als een homogene groep. Dat vind ik onwenselijk. De menselijke maat kan en moet terug in de zorg.

Goede zorg betekent zorg die zo goed mogelijk is afgestemd op de behoeften, waarden, gezondheidsvaardigheden en mogelijkheden van de patiënt om de zorg in te passen in zijn dagelijks leven. Daarvoor is het gesprek tussen behandelaar en patiënt cruciaal. Dit geldt zowel voor curatieve zorg als langdurige zorg. Onderzoek naar shared decision-making laat zien dat patiënten – als zij met de juiste informatie worden ondersteund – in overleg met hun behandelaar doorgaans verstandige behandelkeuzes maken. Deze keuzes kunnen wel afwijken van de aanbeveling van de arts. Zo zijn er patiënten die eerder afzien van ingrijpende, electieve operaties omdat zij bij de afweging een persoonlijke inschatting ten aanzien van hun kwaliteit van leven meenemen.

Ik onderschrijf met de RVZ het belang van participatie van de patiënt en dat dit om een mentaliteitsverandering vraagt van alle betrokkenen. Met mijn beleid wil ik een stimulans geven aan datgene wat er voor nodig is om deze participatie daadwerkelijk tot stand te laten komen. In die zin zie ik het advies van de RVZ als een ondersteuning van mijn beleid en een aanmoediging aan partijen om dit actief op te pakken.

3. Reactie op de aanbevelingen

Er zijn twee trajecten in het bijzonder die ik in relatie tot het RVZ-advies wil noemen. Het voorstel voor de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en het Kwaliteitsinstituut. Ik licht hieronder toe hoe deze trajecten bijdragen aan de versterking van een gezamenlijke besluitvorming.

3.1. het voorstel voor de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg

Het is nog geen vanzelfsprekendheid dat de patiënt daadwerkelijk participeert en meedoet in de besluitvorming. Een belangrijke randvoorwaarde voor shared decisionmaking is de informatievoorziening. Het gaat er uiteindelijk om dat de arts goede informatie geeft aan de patiënt over de behandeling, behandeldoelen, invloed op kwaliteit van leven, eventuele alternatieven en de risico's daarvan zodat op basis van deze informatie een gezamenlijk besluit over de best passende behandeling kan worden genomen. Op grond van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) dient de zorgaanbieder de patiënt al dusdanig van informatie te voorzien dat deze weloverwogen kan instemmen met de behandeling. Daarnaast is de verplichting opgenomen

in het voorstel voor de Wkkgz, dat op dit moment ter behandeling in de Eerste Kamer ligt, dat de zorgaanbieder de cliënt van informatie moet voorzien teneinde hem in staat te stellen een verantwoorde keuze voor een zorgaanbieder te maken. De wettelijke eis voor goede zorg uit de Wkkgz impliceert eveneens dat deze zorg wordt afgestemd op de reële behoefte van de patiënt, hetgeen betekent dat de zorgaanbieder deze ook echt zal moeten betrekken bij de besluitvorming. Tevens is met het amendement van Kuzu (PvdA) in het voorstel voor de Wkkgz opgenomen dat de zorgaanbieder de cliënt op zijn verzoek informeert over de rechten die voortvloeien uit deze wet (Kamerstuk 32 402 nr. 28). Hiermee wordt voorzien in de aanbeveling van de Raad op een wettelijk recht op informatie over de wijze waarop patiënten bij de besluitvorming worden betrokken.

3.2. het Kwaliteitsinstituut

Naast de verplichting voor de zorgaanbieder om de patiënt goed te informeren vind ik het van belang dat iedereen kan beschikken over goede en betrouwbare informatie over hetgeen hij tijdens het zorgproces kan verwachten wanneer hij een bepaalde zorgvraag heeft. Daartoe is het nodig dat er heldere afspraken bestaan over wat goede zorg is bij een bepaalde zorgvraag, en dat patiënten zelf ook betrokken worden bij die afspraken.

Om dat te stimuleren wil ik het Kwaliteitsinstituut inrichten als een onderdeel van het College voor Zorgverzekeringen dat dan Zorginstituut Nederland zal gaan heten. De wetgeving daarvoor is begin dit jaar door uw Kamer aangenomen. Eind november spreek ik daarover met de Eerste Kamer.

Het toekomstige Kwaliteitsinstituut gaat op de nieuwe website van Kiesbeter de lekenversies van richtlijnen publiceren en dit verbinden aan welke aanbieders deze vormen van zorg leveren en hoe deze aanbieders presteren. Daarmee wordt de relevante informatie op een eenduidige, laagdrempelige en betrouwbare plek voor iedereen beschikbaar. Ik stel me zo voor dat een hulpverlener een cliënt ook attendeert op deze website zodat de cliënt de mogelijkheid heeft om thuis alles nog eens rustig na te lezen. Op het moment dat deze website een bredere bekendheid gaat krijgen kan dit er ook toe bijdragen dat de cliënt zich al voor het gesprek met de hulpverlener oriënteert op de behandelmogelijkheden en daardoor beter in staat is tijdens het gesprek voor hem belangrijke vragen te stellen, waardoor de zorg beter op zijn persoonlijke behoeften, normen en waarden kan worden afgestemd.

Het toekomstige Kwaliteitsinstituut zie ik dus als een belangrijke partij in het toegankelijk maken van betrouwbare informatie over wat goede zorg is bij een bepaalde zorgvraag en waar deze zorg geleverd wordt. Dat laat onverlet dat er ook door andere partijen producten worden ontwikkeld, zoals gezondheids-apps, waarvan niet op voorhand duidelijk is in hoeverre deze betrouwbaar zijn, bijvoorbeeld omdat ze gesponsord worden door bedrijven die eraan willen verdienen. De IGZ gaat met ingang van volgend jaar – conform de aanbeveling van de RVZ – medische apps waarmee cliënten zelf een diagnose kunnen stellen, strenger controleren. De inspectie houdt hier al toezicht op en gaat per 1 januari 2014 strikt handhaven als blijkt dat een app niet aan de wettelijke eisen voldoet. Boetes kunnen daarbij oplopen tot € 900.000,- euro.

De RVZ doet in haar advies een aantal aanbevelingen met betrekking tot richtlijnen. Het toekomstige Kwaliteitsinstituut zal een belangrijke rol spelen bij de totstandkoming van professionele standaarden (waaronder richtlijnen worden begrepen) en het betrekken van patiënten en cliënten hierbij. Een prioriteitenlijst van onderwerpen voor de Meerjarenagenda

van het Kwaliteitsinstituut die de NPCF, CG-Raad, Platform GGZ en Platform VG gezamenlijk met hun achterban hebben opgesteld wordt daarbij gebruikt. Het Kwaliteitsinstituut in oprichting heeft inmiddels zes onderwerpen «omarmd» (vroeg psychose, kinderen, chronische pijn, osteoporose, CVA, aandacht voor kinderen van ouders met psychiatrische problematiek). Daarnaast heeft zij de intentie uitgesproken om de resterende elf onderwerpen van deze prioriteitenlijst voor te sorteren voor de agenda 2014. Een van deze onderwerpen betreft implementatie individueel zorgplan (IZP).

Het IZP is geen doel op zich maar een middel om goede, integrale zorg en het proces tussen zorgverlener(s) en zorgvrager te realiseren waarbij het perspectief van de cliënt het uitgangspunt is. Het Kwaliteitsinstituut bevordert – conform de aanbeveling van de RVZ – in samenwerking met cliëntenorganisaties en direct betrokken zorgverleners de totstandkoming van het Raamwerk IZP. Consensus van veldpartijen over een uniforme opbouw (infrastructuur) van een individueel zorgplan is gewenst, zodat de cliënt met meerdere aandoeningen niet geconfronteerd wordt met verschillende naast elkaar bestaande individuele zorgplannen. Het achterliggende principe moet zijn dat elke zorgvrager met één zorgverlener namens het zorgteam een zorgplan opstelt waarin de (gezondheids-) doelen van de patiënt worden beschreven en de route via zorg, ondersteuning en risicomanagement om deze te realiseren.

4. Overige onderwerpen

4.1. Toerusten van de individuele patiënt

De hedendaagse patiënt wil in het algemeen het liefst zo lang mogelijk zelf de regie over het eigen zorgproces houden. Mensen willen weten hoe ze zelf een bijdrage kunnen leveren aan hun gezondheid en wat hun mogelijkheden zijn om ziekte of verergering van hun ziekte te voorkomen. Ze willen weten welke keuzes ze hebben als het gaat om screening, om behandelen of juist niet behandelen.

Ik deel de opvatting van de RVZ dat cliëntenorganisaties een belangrijke rol hebben bij het toerusten van de individuele patiënt om goede keuzes te maken. Ik constateer dat cliëntenorganisaties de rol dat zij hun (aspirant)leden ondersteunen in het gebruik van keuzehulpen in de praktijk al voortvarend hebben opgepakt. Cliëntenorganisaties brengen kennis, ervaringen, wensen en behoeften van hun doelgroep samen en delen deze informatie. Zij delen deze informatie overigens niet alleen met hun leden, maar met alle patiënten die voor keuzes in de zorg komen te staan. Op verschillende websites van deze organisaties en Zorgkaart-nederland.nl zijn vele keuzehulpen, checklists en handleidingen te vinden die de patiënt kunnen ondersteunen bij het maken van keuzes in de zorg. Keuzehulpen geven mensen naast deze informatie ook tips voor het gesprek met de arts, hetgeen behulpzaam is bij de gezamenlijke besluitvorming.

Ook ten aanzien van de aanbeveling dat zorgaanbieders en zorgverleners beter gebruik kunnen maken van de ervaring en deskundigheid van (andere) patiënten zie ik in de praktijk veel initiatieven. Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan het initiatief van het Nederlands Kanker Fonds (NKF) met de «Els Borst gesprekken». Bij deze zogenoemde spiegelgesprekken gaan patiënten en zorgverleners met elkaar in gesprek over hoe zij de dingen beleven. Niet de patiënt met de eigen arts maar met een andere collega (specialisten en stafleden in opleiding). De patiënt kan daarbij vertellen wat kanker met een mens doet. Hierdoor ontstaat er veel meer begrip aan beide kanten over elkaars ervaringswereld. Doel hiervan is om op deze

wijze de zorg te verbeteren. Inmiddels gebeurt dit al in een veertigtal ziekenhuizen. Menzis biedt hiervoor een vergoeding.

4.2 Bekostiging

Ook deel ik de aanbeveling dat het goed is als zorgverzekeraars gezamenlijke besluitvorming bevorderen door bijvoorbeeld het belonen van gewenst gedrag.

Ik heb de NZa gevraagd naar de mogelijkheden voor de bekostiging van een «goed gesprek». De NZa concludeert dat in de huidige bekostiging mogelijkheden zijn voor wetenschappelijke verenigingen om het honorarium anders te verdelen over DBC's. De overgang naar integrale tarieven per 1 januari 2015 biedt daar nog meer ruimte voor. Er kunnen dan bijvoorbeeld afspraken worden gemaakt om het tarief voor behandelen gelijk te stellen aan het tarief voor niet behandelen (intensief begeleiden). De NZa heeft, in overleg met veldpartijen, geconcludeerd dat het aanvullend op de huidige mogelijkheden in de bekostiging wenselijk is deze zorg ook transparant te maken. Dat maakt het ook voor aanbieders en verzekeraars makkelijker aparte afspraken te maken hierover. Ziekenhuizen kunnen bijvoorbeeld per 1 januari 2014 een zorgactiviteit voor een zogenaamd «intensief consult bij naderend levenseinde» registreren, als onderdeel van een DBC.

Ook voor het onderzoeken van mogelijkheden van het financieel ontvlechten van diagnostiek en behandeling vind ik het een gewenste ontwikkeling als zorgverzekeraars met zorgaanbieders praktische criteria ontwikkelen om gewenst gedrag te belonen. Dit geldt ook voor het onderzoeken van de mogelijkheden van het financieel ontvlechten van diagnostiek en behandeling. Naar aanleiding van een NZa-advies over eerstelijnsdiagnostiek heb ik een voorhangbrief hierover aan uw Kamer gezonden.

4.3 Inzage medisch dossier en correspondentie

De RVZ beveelt een wettelijke verplichting aan voor zorgaanbieders om patiënten op elektronische wijze inzage in hun medische dossiers te verschaffen.

Op 21 december 2012 heb ik het wetsvoorstel houdende wijziging van de Wet cliëntenrechten zorg, de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg, de Wet marktordening gezondheidszorg en de Zorgverzekeringswet (Kamerstuk 33 509 nr. 2) ingediend bij uw Kamer. Dit wetsvoorstel regelt onder meer het recht van de patiënt op elektronische inzage in en een elektronisch afschrift van het dossier te krijgen. Ik ben mij terdege bewust van de gevoeligheid van elektronische gegevensuitwisseling, maar het advies van de RVZ steunt mij in de gedachte dat deze uitwisseling vooral ook veel positieve aspecten heeft.

Zolang digitale beschikbaarheid van medische gegevens nog geen gemeengoed is, beveelt de RVZ aan dat zorgverleners correspondentie over de patiënt ook aan de patiënt zenden (tenzij deze aangeeft dit niet te willen). Ik deel de opvatting dat de patiënt het recht heeft om te weten welke correspondentie over hem plaatsvindt. Op grond van de WGBO heeft de patiënt op dit moment al het recht op inzage in zijn dossier en het recht hiervan een afschrift te ontvangen. Ik vind het te ver gaan om zorgverleners te verplichten alle correspondentie over de patiënt ook aan de patiënt te sturen. Dit ook vanwege de extra administratieve belasting die dit voor zorgverleners meebrengt.

4.4 Opleiding van medische professionals

Daarnaast beveelt de RVZ aan om artsen ook op te leiden in gezamenlijke besluitvorming. In het raamplan van de artsenopleiding is wel opgenomen dat de arts de patiënt informeert en adviseert, maar gezamenlijke besluitvorming is daarbij niet expliciet opgenomen. Het RVZ advies is voor mij aanleiding om met de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) te gaan praten over de mogelijkheden om dit aspect concreter in het Raamplan te benoemen. Dit geldt ook voor de vervolgopleiding tot geneeskundig specialist en de bij/nascholing: in de algemene competenties is aandacht voor communicatie met de patiënt, maar ik zie in dit advies aanleiding om met veldpartijen in gesprek te gaan over de mogelijkheden om specifiekere aandacht te geven aan de gezamenlijke besluitvorming.

4.5 Organisatie van de zorg

De organisatie van de zorg moet zodanig zijn dat zij shared decision-making bevordert. Dit betekent dat het gesprek niet wordt beperkt tot de arts-patiëntrelatie, maar dat ook andere zorgverleners, zoals praktijkverpleegkundigen worden benut. De RVZ adviseert op dit punt om de mogelijkheden van taakherschikking te benutten. Ik zie dit als een ondersteuning van mijn beleid op dit gebied.

Het is niet altijd noodzakelijk dat een arts de patiënt informeert en begeleidt in het zorgproces. Andere zorgverleners zoals de Physician Assistant (PA) en de Verpleegkundig Specialist (VS) kunnen minder complexe medische taken verrichten. Onderzoek wijst uit dat de PA en VS dit doen met behoud van dezelfde kwaliteit en in een aantal gevallen zelfs beter. Zij nemen veelal meer tijd voor de patiënt. Door de inzet van deze beide beroepen krijgen de arts en de medisch specialist meer tijd om zich te richten op de meer complexe zorgvragen.

Op basis van artikel 36a van de wet BIG (taakherschikking) mogen de PA en de VS op dit moment al zelfstandig een aantal voorbehouden handelingen indiceren en uitvoeren. De RVZ noemt in het kader van taakherschikking ook de ziekenhuisarts als een van de meer generalistische specialisten die mogelijk een rol kunnen spelen. Daarbij merk ik op dat de ziekenhuisarts op dit moment als apart beroep nog onvoldoende is uitgekristalliseerd. Momenteel worden door middel van een pilot de eerste ziekenhuisartsen opgeleid. Deze zijn begonnen in september 2012 en de eerste 20 studenten zullen naar verwachting medio 2015 afstuderen. Het is dus nu nog niet te zeggen welke rol zij in de toekomst bij taakherschikking kunnen gaan spelen.

5. Tot slot

Met de RVZ ben ik van mening dat het een vanzelfsprekendheid moet zijn dat wanneer een patiënt bij een zorgverlener komt met een zorgvraag, de patiënt goed geïnformeerd wordt en er in gezamenlijkheid besluitvorming plaatsvindt over zorg en behandeling. Langs diverse lijnen zoals ik hierboven heb geschetst zet ik met mijn beleid daarop in. Partijen zijn daarbij aan zet en ik zie dat deze uitdaging op verschillende plekken voortvarend wordt opgepakt. Graag daag ik partijen en met name zorgverzekeraars en zorgaanbieders uit om de effecten van gezamenlijke besluitvorming te monitoren, zowel in termen van de toegevoegde waarde voor de ervaren kwaliteit van zorg als de kosteneffectiviteit.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers