



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

Werkprogramma 2010



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. (Anke) van Blerck-Woerdman

Mr. H. (Henk) Bosma

Mw professor dr. D.D.M. (Didi) Braat

Mw E.R. (Elisa) Carter MBA

Prof. dr. W.N.J. (Wim) Groot

Prof. dr. J.P. (Johan) Mackenbach

Mw drs. M. (Marjanne) Sint

Prof. dr. D.L. (Dick) Willems

Algemeen secretaris

Drs. P. (Pieter) Vos



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

Werkprogramma 2010

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Den Haag, januari 2010

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 19404

2500 CK Den Haag

Tel 070 3405060

Fax 070 3407575

Email mail@rvz.net

URL www.rvz.net

www.ceg.nl

Colofon

Ontwerp Vormgeving & dtp vijfkeerblauw

Tekst Monique Noteboom

Fotografie Eveline Renaud

Druk Koninklijke Broese & Peereboom

Uitgave 2009

ISBN 978-90-5732-211-2

*U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net)
of per mail bij de RVZ (mail@rvz.net) onder vermelding van
publicatienummer 09/11.*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Werkprogramma RVZ 2010	7
Adviezen RVZ en signalementen CEG in 2010	8
Overloop werkprogramma 2009, te starten in 2010	9
Nieuwe adviesonderwerpen voor 2010	13
Reserve voor samenwerking, intersectorale samenwerking, vragen uit het parlement en ad hoc adviesvragen	14
Planning adviezen RVZ en signalementen CEG	16
Aansluiting adviezen RVZ op kabinetsthema's	18
Hoe kijken de leden van de RVZ naar de adviezen?	20
Instemmingsbrief minister Klink werkprogramma RVZ	52
Samenstelling secretariaat	53
Kennisgebieden medewerkers RVZ	54
Recente publicaties RVZ	56



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

De heer Meijerink (1943) studeerde economie. Van 1990 tot 1995 was hij werkzaam als secretaris-generaal van het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen. Van 1995 tot 2000 was hij voorzitter van de Vereniging van Universiteiten (VSNU) en van 2000 tot 2005 voorzitter Raad van Bestuur van het Universitair Medisch Centrum in Rotterdam (Erasmus MC). In 2006 was hij voorzitter van de Visitatiecommissie voor de Gerechten. Momenteel werkt hij als adviseur bij Het Expertise Centrum en is hij onder meer voorzitter van de Raad van Toezicht Universiteit Utrecht.

Voorwoord

Voor u ligt het werkprogramma 2010 van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG). Het werkprogramma 2010 van de RVZ is een ambitieuze poging verder in de toekomst te kijken. Dat is nodig tegen het eind van de kabinetsperiode. Verschillende onderwerpen passen goed in de voorbereiding van een nieuw kabinet, zoals Nieuwe ordeningen, Strategische zorgagenda 2011-2015, Uitbreiding zorgtaken gemeente en Intersectorale zorg voor het kind. Daarnaast ontwikkelen we visies voor de lange termijn, zoals in Gezondheid 2.0 en Sturen op gezondheid. Ook onze adviezen over een aantal actuele politieke kwesties, te weten de Numerus Fixus, de Toelatingsovereenkomst medisch specialisten, Nieuwe beroepen en de onderwerpen van ons Centrum voor ethiek en gezondheid (zoals de registratie van etniciteit en de zeggenschap over het EPD) krijgen een plaats in een lange termijn perspectief. Zo beschouwd, bestaat tussen de adviezen in ons programma 2010 veel samenhang.

Ons programma is tot stand gekomen door reflectie op problemen, maar ook op kansen die zich nu en in de nabije toekomst voordoen. Reflectie van de Raad zelf, natuurlijk, maar

ook van een groot aantal partijen in onze omgeving. Collega-adviseurs in de gezondheidszorg, zelfstandige bestuursorganen van de minister, branche- en patiëntenorganisaties, beroepsverenigingen; wij ontwikkelen de gewoonte hen te betrekken bij de opstelling van ons programma. Vervolgens hebben we dit conceptprogramma voorgelegd aan de politieke en ambtelijke leiding van het ministerie van VWS. Waarna het kabinet het programma definitief heeft vastgesteld.

De missie van de RVZ is om met durf en realiteitszin te adviseren over strategische beleidsvragen. Ons programma voor 2010 omvat een breed spectrum van onderwerpen, zowel wat de zorgsectoren betreft als wat de aard van de strategische vragen aangaat. Hiermee doen we recht aan de vele complexe problemen waarmee de gezondheidszorg worstelt. De Raad legt de lat hierbij hoog. Gelukkig hebben we een breed samengestelde Raad. En gelukkig hebben we een secretariaat dat de Raad goed ondersteunt. We hopen ook in 2010 bruikbare en bevlogen adviezen uit te brengen.

Rien Meijerink,
voorzitter



drs. P. (Pieter) Vos

Pieter Vos (1947) is psycholoog; hij behaalde zijn doctoraalexamen organisatiepsychologie in 1977 aan de Rijksuniversiteit Utrecht. Na een aantal functies in de gezondheidszorg, onder meer bij de geneeskundige inspectie, trad hij in dienst van de toenmalige Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV). Na een aantal jaren secretaris van de Kamer geestelijke gezondheidszorg van de NRV te zijn geweest, werd hij in 1994 algemeen secretaris van de NRV. Deze Raad werd in 1996 opgeheven, waarna de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) ontstond. Hij is algemeen secretaris van de RVZ. In die hoedanigheid is hij de secretaris van de Raad en directeur van het bureau van de Raad. Dit bureau bestaat uit ongeveer vijftwintig medewerkers.

Werkprogramma RVZ 2010

De RVZ heeft de wettelijke taak de regering en Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal te adviseren over volksgezondheid, welzijn en sport (VWS). Het gaat hierbij om:

- de publieke gezondheid (preventie);
- de maatschappelijke ondersteuning (bij participatie);
- de langdurige zorg (voor ouderen en gehandicapten);
- de curatieve zorg (onder meer medische behandelingen).

Op dit brede terrein is de RVZ het adviesorgaan van de ministers van VWS en Jeugd en Gezin (JenG) voor strategische vragen. De adviesopdrachten van de ministers voert de Raad uit in goede samenwerking met de andere advies- en kennisorganen van VWS. Tegelijkertijd werkt de RVZ samen met adviesraden van andere ministeries. Zo werkt de Raad aan intersectorale advisering.

Dit werkprogramma is het resultaat van goed overleg en van een zorgvuldige toetsing aan de beleidsopgaven op de beleidsterreinen VWS en JenG.

Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG)

Het Centrum voor Ethiek en Gezondheid is op initiatief van minister Borst in 2003 ingesteld. In het CEG werken de Gezondheidsraad en de RVZ samen op gebied van ethiek en gezondheid. In signalementen worden regering en parlement geattendeerd op de morele dilemma's van onze tijd en worden oplossingen verkend. Zo draagt het CEG bij aan een afgewogen, ethisch verantwoord gezondheidszorgbeleid, dat aanstuurt op goede zorg voor iedereen. Het CEG is tevens een kennis- en informatiebron voor breder publiek.

De website, www.ceg.nl, van het CEG speelt hierin een belangrijke rol en biedt een schat aan informatie over ethische onderwerpen, links en debahtmogelijkheden.

Adviezen RVZ en signalementen CEG in 2010

Het werkprogramma 2010 van de RVZ en het CEG bestaat uit vijf onderdelen.

1. Gestart in 2009, publicatie in 2010:

- Numerus Fixus;
- Gezondheid 2.0;
- Toelatingsovereenkomst medisch specialist – ziekenhuis;
- Nieuwe ordeningen;
- Vraagzijde van de zorg;
- Arbeidsbesparende innovaties.

Numerus Fixus

In dit advies onderzoeken we wat de effecten zijn van het verschuiven of het loslaten van de numerus fixus voor de studie geneeskunde het aanbod van artsen? Zou dit tot lagere salarissen van medisch specialisten en dus tot lagere zorgkosten kunnen leiden? Dit advies verschijnt in januari 2010.

Gezondheid 2.0

Hierin laten we zien wat de kansen en bedreigingen zijn van Web 2.0 en Web 3.0 voor de volksgezondheid en de zorg en welke rol moet de overheid bij deze ontwikkelingen spelen? Dit advies verschijnt in februari 2010.

Toelatingsovereenkomst medisch specialist – ziekenhuis

De RVZ geeft in dit advies uitwerking aan één van de oplossingsrichtingen uit zijn advies Governance en kwaliteit van zorg om het interne governancesysteem van ziekenhuizen sluitend te maken, namelijk aanpassing van de arbeids-/toelatingsovereenkomst tussen medisch specialist en ziekenhuis. Dit advies verschijnt in februari 2010.

Nieuwe ordeningen

In dit advies richt de RVZ zich op de vraag welke veranderingen in het zorgstelsel moeten plaatsvinden om de veranderende zorgvraag te accommoderen en hoe deze veranderingen moeten worden bewerkstelligd. Dit advies verschijnt in maart 2010.

Vraagzijde van de zorg

Hierin beschrijft de RVZ hoe de vraagzijde binnen de veranderende bestuurlijke verhoudingen als effectieve countervailing power kan opereren binnen de gezondheidszorg. Hoe moet de huidige vraagzijde zich ontwikkelen om aan deze rol invulling te geven is onderwerp van dit advies. Dit advies verschijnt in maart 2010.

Arbeidsbesparende innovaties

De verwachte tekorten op de arbeidsmarkt vormen een probleem dat de beleidsagenda van de zorg nog voor jaren zal beheersen. Een voor de hand liggende manier om hier iets aan te doen is de substitutie van arbeid door kapitaal. Hoe bereiken we dat er snel meer arbeidsbesparende technologieën in de zorgsector worden ingezet? En hoe nemen we de drempels weg? Dit advies verschijnt in mei 2010.

Deze onderwerpen komen in de interviews met de raadsleden in deze brochure nog uitgebreid aan de orde.

2. Overloop werkprogramma 2009, te starten in 2010:

- Sturen op gezondheid;
- Nieuwe beroepen;
- Intersectorale zorg voor het kind.

Sturen op gezondheid

Is het mogelijk de zorgsector te sturen op gezondheidsdoelen? Dat is de centrale vraag in dit advies. De RVZ zal in het advies in eerste instantie de casus 'levensverwachting' uitwerken en wel in twee richtingen.

1. Hoe ontwikkelt de levensverwachting zich in Nederland in de periode 1980 – 2020? Dit wordt door de Raad ook internationaal bekeken. Naast de feitelijke ontwikkeling, kijkt de Raad naar determinanten en invloeden van levensverwachting, binnen en buiten de zorgsector. De RVZ werkt samen met het RIVM en de Gezondheidsraad.

2. Wie is verantwoordelijk voor de ontwikkeling van de levensverwachting? Is deze te sturen en zo ja, met welke instrumenten? Hoe is dit in het verleden verlopen en tot welke resultaten heeft dit geleid? En welke suggesties kan men doen voor de sturing van de toekomstige zorgsector? Is het denkbaar de prestaties van de zorgsector (en de investeringen daar in) af te meten aan een parameter als levensverwachting? Kan men een dergelijke prestatie of outcome rechtstreeks koppelen aan incentives?

De eerste set vragen resulteert in een beschrijvend rapport. De tweede set leidt tot een beleidsadvies. Daarin staat 'levensverwachting' voor een verzameling van zorg-outcomes die aan (volks)gezondheid zijn gelieerd en die men ook onder de noemer 'gezondheidswinst' kan scharen. Het zijn de baten van de gezondheidszorg.

De RVZ past de centrale vraag in dit advies toe op het gedrag van de sleutelactoren in de zorgsector: consumenten, producenten, verzekeraars. Is dit gedrag stuurbaar vanuit de overheid op gezondheidswinst en zo ja, hoe? Welke sturingsfilosofie hoort hier bij en wat is het sturingsmotief (de legitimatie)? Past een dergelijke sturing in het nieuwe zorgstelsel? Met andere woorden: wie is probleemeigenaar, de overheid of private partijen? Is hier een publiek belang in het geding en zo ja, hoe borg je dat?

Dit advies verschijnt in december 2010.

Nieuwe beroepen

Het stelsel van beroepen en opleidingen in de zorgsector is in beweging. Nieuwe en steeds complexere zorgvragen vereisen nieuwe competenties. Ook maken nieuwe interventiemogelijkheden het nodig dat nieuwe beroepen ontstaan. In de derde plaats roept het steeds ingewikkelder worden van de gezondheidszorg soms de behoefte aan een nieuw, coördinerend beroep op. De RVZ heeft hieraan regelmatig aandacht besteed, zie onder meer zijn adviezen over taakherschikking, arbeidsmarkt en AWBZ. Algemene teneur: zorgvraag, wetenschap en technologie vereisen andere beroepen, maar er is geen regisseur met doorzettingsmacht in dit veld vol tegenstrijdige belangen. Een aantal EU-lidstaten is hierin voortvarender.

Hoe kunnen wij een innovatief beleid van beroepen en opleidingen tot stand brengen? Hoe kunnen wij het aanbod van zorgaanbod meer in overeenstemming krijgen met de vraag? En zijn de bestaande scheidingslijnen (medisch, verpleegkundig, paramedisch) wel houdbaar? De houdbaarheidsvraag geldt ook voor de bestaande verhouding tussen generalistische en specialistische beroepen en tussen de formele en de informele zorgarbeid. De meest fundamentele verandering is waarschijnlijk die in de sprekkamer. De relatie tussen patiënt en professional verandert en daarmee de inhoud van de professionele verantwoordelijkheid.

Wat is in dit dynamische spel van vraag en aanbod de taak van de overheid? En welke beleidsinstrumenten heeft zij? De RVZ zal deze vragen beantwoorden in het verlengde van zijn advies over de numerus fixus geneeskunde van eind 2009.

Dit advies verschijnt januari 2011.

Intersectorale zorg voor kind

Kinderen met problemen – medisch, psychisch, maatschappelijk – en hun ouders komen regelmatig in aanraking met voorzieningen op verschillende beleidsdomeinen. De afstemming verloopt momenteel niet optimaal en daar hebben de zorgvragers last van. Hoe verbeteren wij de afstemming tussen de zorg bij somatische, psychische en sociale problemen in

relatie tot de ontwikkeling van het kind? Welke rol heeft de zorg- en de welzijnssector in dit geheel? Dit zijn de centrale vragen in dit advies.

De naast elkaar bestaande en vaak onafhankelijk van elkaar opererende financieringsstelsels voor de zorg voor het kind creëren hun eigen problematiek: afwenteling, interferentie, afscherming. De knippen tussen de stelsels op de terreinen JenG cq VWS (Zvw, AWBZ, PGB, Wmo, Wet op de jeugdzorg, Wet publieke gezondheid) vormen evenzovele risico's voor zorg die integraal en continu moet zijn en voor vroegdiagnostiek en tijdig ingrijpen. Ieder stelsel heeft zijn eigen taal, netwerk en rationaliteit.

Dit probleem leent zich voor een intersectoraal advies met een aantal andere adviescolleges. In dit advies staat de vraag centraal: welke belemmeringen zijn er in de praktijk voor geïntegreerde zorg voor het kind en hoe zijn deze weg te nemen? Het gaat dan om de voorwaarden voor verantwoorde zorg: hoe creëren wij die? En hoe zou de rolverdeling tussen overheden en private organisaties moeten zijn? Hoe stimuleer je samenwerking op de werkvloer, tussen professionals? Hoe bevorder je kwaliteit en professionaliteit, in het bijzonder de samenwerking over de grenzen van financieringsstromen heen? Hoe verbeter je de indicatiestelling? En hoe creëren wij in de financiering

(budgettering) en de bekostiging (inkoop) meer eenheid en eenvoud voor zowel zorgvrager als zorgaanbieder? Het advies concentreert zich op deze terreinen op de concrete knelpunten. De RVZ zoekt naar praktische oplossingen en kijkt ook naar andere beleidsterreinen (wat kunnen wij daarvan leren?)

De RVZ gebruikt de adviezen van de SER (participatie) en de Gezondheidsraad (autisme) als input. Hetzelfde geldt voor onderzoek dat door JenG is uitgezet (ondermeer bij HHM). Het advies verschijnt na een brief van begin 2010 van de minister van JenG over het stelsel van jeugdzorg.

Begin 2010 publiceert de minister van Jeug en Gezin zijn standpunt op het stelsel van voorzieningen voor jeugd en gezin. De RVZ wacht dit standpunt af. Het kan wellicht leiden tot aanpassing van de adviesvragen.

De RVZ publiceert het advies in het eerste kwartaal 2011.

3. Nieuwe adviesonderwerpen voor 2010:

- Uitbreiding zorgtaken gemeente;
- Strategische zorgagenda 2011 – 2015.

Uitbreiding zorgtaken gemeente

Wat is nodig om de zorgtaken van de gemeente aanzienlijk uit te breiden?

Dat is de centrale vraag in dit advies. Zorgtaken liggen op het terrein van de maatschappelijke ondersteuning, participatie en integratie. Deze taken liggen nu vast in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), maar zijn in feite een onderdeel van een breder sociaal vangnet. Daarvan maken, naast de Wmo, deel uit WIA, huurtoeslag, WWI, speciaal onderwijs, Wajong, WSW et cetera. Als een volgend kabinet hieraan meer AWBZ-zorg zou willen toevoegen, aan welke voorwaarden moet dan zijn voldaan?

De voorwaarden liggen op verschillende terreinen. In de eerste plaats op dat van de bestuurskracht van de gemeente. Hoe kunnen wij die versterken met het oog op taakverzwaring? Het gaat dan om de schaal van het lokaal bestuur, om de verhoudingen tussen de bestuurslagen en om de financiële verhoudingen. Maar men komt dan ook te spreken over de ruimte die het lokaal bestuur heeft voor eigen beleid en over de aan de uitvoering daarvan te stellen eisen. In de tweede plaats gaat het om intersectoraal sociaal beleid op het lokaal vlak. Hoe kunnen de verschillende arrangementen meer dan nu een eenheid vormen? Is het mogelijk deze deelvangnetten, met in de praktijk overlappende doelgroepen, beter op elkaar af te stemmen? Wat is daarvoor nodig? En in de derde plaats gaat het om de relatie tussen beleid en uitvoering en die tussen beleid en lokale samenleving (de burger).

In dat verband is de samenwerking van gemeente en zorgverzekeraar van belang, maar ook de verhouding tussen bestuur, ambtenarenapparaat (waaronder de GGD) enerzijds, uitvoerende voorzieningen voor zorg en ondersteuning anderzijds. Dit alles geplaatst in het perspectief van veranderende betrekkingen tussen lokaal bestuur en burger en van een andere kijk op (de verantwoordelijkheid voor) gezondheid en welzijn en op de zorg. De RVZ brengt dit advies uit aan de bewindslieden van VWS en op dat beleidsterrein ligt ook zijn focus: het gaat om de lokale zorgtaken. De Raad werkt samen met andere strategische adviesraden: de Raad voor het openbaar bestuur (Rob), de Raad voor de Leefomgeving en de Infrastructuur (RLI), de Onderwijsraad en de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO). Hierbij kunnen de raden gebruik maken van het advies over intersectoraal gezondheidsbeleid dat RVZ, Rob en Onderwijsraad in mei 2009 publiceerden. De evaluatie van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) van de WMO zal een plaats krijgen in het RVZ-advies. De RVZ brengt het advies over de zorgtaken van de gemeente najaar 2010 uit.

Strategische zorgagenda 2011 – 2015

Begin 2010 publiceert de RVZ het advies Nieuwe ordeningen in de zorg. Dit advies is onderdeel van het werkprogramma 2009 van de Raad. In

het advies Nieuwe ordeningen spreekt de RVZ verwachtingen uit over de ontwikkeling van de zorgvraag tussen 2010 en 2020. Wat staat ons te wachten, in kwalitatief en kwantitatief opzicht? Vervolgens gaat de Raad in het advies na hoe het zorgaanbod zich in deze periode zou kunnen ontwikkelen. Hij gaat uit van aannames over economie, overheidsbeleid, arbeidsmarkt, wetenschap en technologie. Het resultaat maakt de Raad begin 2010 onderwerp van een groot debat in de zorgsector.

De resultaten van het debat vormen de basis voor een slotadvies: De strategische zorgagenda 2011 – 2015. Hierin beschrijft de RVZ de transitie die de zorgsector zal moeten doormaken om te kunnen blijven voldoen aan de veranderende zorgvraag. Het advies beschrijft de voorwaarden waaronder deze transitie succesvol kan verlopen en wat dit betekent voor het beleid van een volgend kabinet. Hoe kan dit de nu nog aanboderichte zorginfrastructuur bouwrijp maken voor een vraaggerichte toekomst? De strategische zorgagenda van de RVZ is een beleidsprogramma voor twee kabinetsperiodes met als grote vraag: wie geeft leiding aan het ingrijpende transitieproces? En: hoe stimuleer je de noodzakelijke innovatie op de werkvloer?

De RVZ werkt hierin samen met het RIVM dat begin 2010 zijn Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) uitbrengt. Hij publiceert zijn

strategische zorgagenda in het najaar van 2010. De strategische adviesraden zullen in 2010 hun activiteiten rond sectorale beleidsagenda's voor de komende kabinetsperiode op elkaar afstemmen.

4. Reserve voor samenwerking, intersectorale advisering, vragen uit het parlement en ad hoc adviesvragen.

De RVZ reserveert een beperkt deel van zijn budget voor:

- ad hoc adviesaanvragen van de bewindslieden van VWS en JenG;
- adviesaanvragen uit het parlement;
- intersectorale advisering samen met andere adviesraden;
- gezamenlijke activiteiten met kennis-, uitvoerings- en adviesorganen van VWS (GR, NZa, CVZ, RIVM, ZonMw, IGZ) 2009 en 2010 over e-health (voortouw bij RVZ) en over kwaliteit (voortouw bij ZonMw).

Met de voorbereiding van de adviezen voor 2010 is de personele en financiële capaciteit van de Raad vrijwel volledig bezet. Komen er, zoals hierboven bedoeld, extra adviesvragen, dan moet de uitvoering van het werkprogramma worden aangepast of het budget incidenteel worden verhoogd.

5. Signalementen CEG voor 2010:

- Genetische aanleg en registratie van etniciteit (gestart in 2009);
- Zeggenschap patiënten EPD (gestart in 2009);
- Zorg op afstand;
- Public Health en milieuproblematiek.

Genetische aanleg en registratie en etniciteit

Op dit moment wordt de etnische achtergrond van patiënten en profpersonen in principe niet geregistreerd. Met het oog op goede diagnostiek en een effectieve behandeling van aandoeningen, maar ook voor wetenschappelijk onderzoek, lijkt het echter relevant om rekening te houden met de etnische achtergrond van patiënten. Registratie van etniciteit kan in dit verband een belangrijk instrument zijn, maar is in ethisch opzicht omstreden vanwege het gevaar van misbruik en om redenen van privacy. Staatssecretaris Bussemaker wacht het signalement af dat beide in het CEG participerende adviesraden – Gezondheidsraad en RVZ – gezamenlijk voorbereiden, voordat zij een reactie zal geven. De RVZ zal zich richten op de ethische vragen die worden opgeroepen door het al dan niet registreren van etniciteit. Dit signalement verschijnt in april 2010.

Zeggenschap patiënten EPD

Dit signalement is een verkenning van ethische kwesties bij gebruik

van het Electronisch Patiëntendossier (EPD) en richt de focus vooral op de zeggenschap van de patiënt en zijn eventuele beheer over het EPD. Nu is het dossier nog eigendom van de hulpverlener en heeft de patiënt mogelijkheid tot inzage. Dit zou in de toekomst kunnen veranderen. Wat zouden de gevolgen zijn als zeggenschap van de patiënt over zijn dossier verschuift naar ook het beheer over zijn EPD? Welke ethische kwesties gaan met die verschuiving gepaard en in hoeverre draagt het bij of schaadt het de belangen van de patiënt? Dit signalement verschijnt in juni 2010.

Zorg op afstand

Het perspectief van 'zorg op afstand' biedt interessante voordelen voor patiënten en zorginstellingen. Bij het (via computers) monitoren van de gezondheidstoestand van mensen in de eigen omgeving kunnen patiënten langer zelfstandig functioneren, maar bij afwijkingen in de registratie – bijvoorbeeld bij hartritmestoornissen – kan er ook gelijk actie worden ondernomen, de medicatie kan worden aangepast of bij erger een ambulance worden gestuurd.

Ethisch gezien zijn er voor- en nadelen aan deze snelle technologische ontwikkelingen. Bijvoorbeeld wat wordt er gemonitord en in hoeverre zijn de privacy en autonomie van de patiënt gewaarborgd? Het signalement biedt een inventarisatie en analyse van de ethische aspecten van 'zorg

op afstand' en zal aansluiten bij en voortbouwen op de resultaten van een provinciaal project (Provincie Utrecht), waarin ethische overwegingen van zorg op afstand zijn verkend. Dit signalement van het CEG verschijnt in september 2010.

De gevolgen van Public Health-activiteiten voor het milieu

Klimaatverandering, bodemvervuiling, gebrek aan schoon water en verlies van biodiversiteit zijn voorbeelden van mondiale milieuveranderingen die het gevolg zijn van bevolkingsgroei en menselijke activiteiten waarbij het milieu wordt aangetast en uitgeput. Een van de activiteiten die mogelijk leidt tot extra belasting van het milieu is het bevorderen van de volksgezondheid door leefstijlveranderingen. In de beleidsontwikkeling op het gebied van volksgezondheid wordt weinig rekening gehouden met de effecten daarvan op andere soorten en op het milieu in het algemeen. Zo zal bijvoorbeeld het stimuleren van visconsumptie overbevissing tot gevolg kunnen hebben). De vraag is dan wat de ethische grenzen zijn van gezondheidsbevorderend beleid als dit ten koste gaat van andere levende wezens en organismen. Dit signalement verschijnt in het tweede kwartaal 2011.

Planning adviezen RVZ en signalen CEG voor 2010 (en begin 2011)

Planning	Advies	Raadsleden	Projectleider
Januari 2010	Numerus Fixus	Mw. drs. M. Sint Mw. prof. dr. D.D.M. Braat	Mw. mr. G.P.M. Raas 070 340 5785 g.raas@rvz.net
Eerste kwartaal 2010	Gezondheid 2.0	Mr. H. Bosma Mw. prof. dr. D.D.M. Braat	drs. A.J.G. van Rijen 070 340 5807 o.vanrijen@rvz.net
	Toelatingsovereenkomst medisch specialisten en ziekenhuizen	Mw. prof. dr. D.D.M. Braat Prof. dr. M.H. Meijerink	Mw. mr. M.W. de Lint 070 340 7268 m.delint@rvz.net
	Nieuwe ordeningen	Prof. dr. W.N.J. Groot Mw. E.R. Carter MBA Mw. prof. dr. D.D.M. Braat	drs. P. Vos 070 340 5837 p.vos@rvz.net
	Vraagzijde van de zorg	Prof. dr. W.N.J. Groot Mw. E.R. Carter MBA Mw. prof. dr. D.D.M. Braat	Mw. dr. W.G.M. van der Kraan 070 340 5895 w.vanderkraan@rvz.net
Tweede kwartaal 2010	Arbeidsbesparende innovaties	Mw. mr. A.M. van Blerck-Woerdman Mr. H. Bosma	Mw. dr. W.G.M. van der Kraan 070 340 5895 w.vanderkraan@rvz.net
Derde kwartaal 2010	Strategische zorgagenda 2011 - 2015	Prof. dr. W.N.J. Groot Mw. E.R. Carter MBA Mw. prof. dr. D.D.M. Braat	drs. P. Vos 070 340 5837 p.vos@rvz.net
Vierde kwartaal 2010	Zorg en gemeente	Prof. dr. J.P. Mackenbach Prof. dr. D.L. Willems Mw. mr. A.M. van Blerck-Woerdman	Mw. mr. M.W. de Lint 070-340 7268 m.delint@rvz.net
	Sturen op gezondheid	Prof. dr. J.P. Mackenbach Mw. mr. A.M. van Blerck-Woerdman	drs. A.J.G. van Rijen 070 340 5807 o.vanrijen@rvz.net
2011	Nieuwe beroepen	Mw. drs. M. Sint Prof. dr. D.L. Willems	
	Intersectorale zorg voor het kind	Mw. E.R. Carter MBA Mw. drs. M. Sint	Mw. mr. G.P.M. Raas 070 340 5785 g.raas@rvz.net

Planning CEG

Planning	Advies	Raadsleden	Projectleider
Eerste kwartaal 2010	Genetische aanleg en registratie van etniciteit	Mw. drs. M. Sint Prof. dr. D.L. Willems	Mw. dr. A.J. Struijs 070 340 5836 a.struijs@rvz.net
	Zeggenschap patiënten EPD	Prof. dr. D.L. Willems mr. H. Bosma	Mw. dr. A.J. Struijs 070 340 5836 a.struijs@rvz.net
Derde kwartaal 2010	Zorg op afstand	Mw. prof. dr. D.D.M. Braat mr. H. Bosma	Mw. dr. I. Doorten 070 340 6673 i.doorten@rvz.net
2011	Public Health en milieuproblematiek	Prof. dr. D.L. Willems	Mw. dr. A.J. Struijs 070 340 5836 a.struijs@rvz.net

Aansluiting adviezen RVZ op kabinetsthema's

In onderstaand schema geeft de RVZ aan hoe hij bijdraagt aan de vijf strategische thema's van het kabinet.

Adviesthema's 2010										
Strategische thema's kabinet	Numerus Fixus	Vraagzijde van de zorg	Health 2.0	Nieuwe ordeningen in de zorg	Toelatingsovereenkomst medisch specialisten - ziekenhuizen	Strategische zorgagenda 2011 - 2015	Uitbreiding zorgtaken gemeente	Intersectorale zorg voor het kind	Nieuwe beroepen	Sturen op gezondheid
1. Schaarste en transitie	X			X		X			X	
2. Dynamiek en zekerheid in een open samenleving										
3. Nieuwe technologieën			X	X		X				
4. Openbaar bestuur van de toekomst: over legitimiteit en vertrouwen							X			X
5. Maatschappelijke achterstanden van de toekomst							X	X		

In bovenstaand schema zijn niet de signalementen van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid verwerkt omdat het CEG een andere wettelijke taak heeft.

Samenwerking met andere adviesraden en met planbureaus

1. Voor zijn advies Nieuwe beroepen en opleidingen zal de RVZ de expertise van de Onderwijsraad inschakelen. In eerste instantie gaat het om participatie van het secretariaat van de Onderwijsraad in de ambtelijke projectgroep. De RVZ zal de Onderwijsraad verder vragen een lid aan te wijzen voor de voorbereidingscommissie.
2. Intersectorale zorg voor het kind: de RVZ zal de Onderwijsraad en de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling bij de adviesvoorbereiding betrekken.
3. Bij de voorbereiding van zijn advies Uitbreiding zorgtaken gemeente zal de RVZ de contact zoeken met de Raad voor de Leefomgeving en Infrastructuur, de Onderwijsraad en de Raad voor het openbaar bestuur.
4. Strategische zorgagenda 2011-2015: de RVZ is van plan over dit advies contact te zoeken met andere adviesraden en met planbureaus. De bedoeling hiervan is te bezien of deze organisaties ook strategische agenda's voor een volgend kabinet voorbereiden. Wellicht kunnen dergelijke agenda's onderling vergeleken worden op centrale thema's.



mevrouw mr. A.M. (Anke) van Blerck-Woerdman

Mevrouw Van Blerck-Woerdman (1944) (1944) studeerde Nederlands recht aan de Rijksuniversiteit te Utrecht.

Zij bekleedde diverse bestuurlijke functies. Zo was zij wethouder Sociale zaken en Volksgezondheid in Tilburg; lid van de Tweede Kamer, woordvoerder Volksgezondheid Welzijn en Sport; lid van de Vaste Commissie Sociale Zaken, voorzitter van de Commissie Justitie van de Tweede Kamer en wethouder voor Milieu, verkeer, ruimtelijke ordening van het buitengebied en sport in Breda.

Op dit moment bekleedt zij verschillende nevenfuncties als voorzitter Raad van Toezicht van het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg en voorzitter Raad van Toezicht Bureau Jeugdzorg Noord-Brabant.

Mevrouw Van Blerck is betrokken raadslid bij o.a. de adviezen over Uitbreiding zorgtaken gemeente en het advies over Arbeidsbesparende innovaties.

Hoe ziet Anke van Blerck het advies Uitbreiding zorgtaken gemeente?

Het gaat over het feit dat in de nabije toekomst de zorg wat anders georganiseerd moet worden. Dat heeft te maken met de toenemende vergrijzing en het personeelstekort wat dreigt op te treden in de zorg. En dan ligt het voor de hand dat je de niet medische zorg, dus meer de sociale zorg op een andere manier gaat inbedden dan tot nu toe. Niet medische zorg is zorg die nu onder de care valt en is zorg die in de nabije omgeving van de patiënten geleverd wordt zonder dat daar direct in eerste instantie een arts bij nodig is. Een voorbeeld is de thuiszorg. In feite kijken we in dit advies naar de zorg die valt onder maatschappelijk welzijn, de sociale zorg.

Waar zit het probleem?

Belangrijk is dat, als je naar de toekomst kijkt, vooral moet zien te voorkomen dat er überhaupt problemen ontstaan. Als je de sociale zorg wat anders inricht en meer belegt bij de lokale overheid in plaats van bij de centrale overheid komt het ook dichterbij de mensen te liggen. Maar dat betekent wel dat er dan nogal wat georganiseerd moet worden.

Waarom is het oplossen van dit probleem belangrijk?

Omdat we in de nabije toekomst steeds meer ouderen krijgen die steeds meer behoefte krijgen aan zorg in de nabije omgeving. Gemeentes zijn de Wet maatschappelijke ondersteuning gaan uitvoeren en daar zou op kunnen worden aangesloten. Tevens kun je dan de functie publieke gezondheid, die nu de verantwoordelijkheid is van de GGD, daarin kunnen opnemen waardoor er meer één geheel ontstaat.

Wat wilt u bereiken met dit advies?

Dat door een andere organisatie van de zorg het ervaren wordt als beter en meer op maat.

Wat is de relatie tussen uw dagelijks werk en de inhoud van dit advies?

Ik ben wethouder geweest in Breda en Tilburg en heb vanuit die invalshoek natuurlijk ook gekeken naar wat gemeenten zouden kunnen op dit terrein.



Hoe kijkt Anke van Blerck naar het advies over Arbeidsbesparende innovaties?

Het advies gaat over innovaties in de zorg die een efficiëntere inzet van de huidige arbeidscapaciteit mogelijk maken of de zorgvraag verminderen. Dat zijn twee aspecten en we onderzoeken hoe die het beste geïmplementeerd kunnen worden.

Waar zit het probleem?

We kijken vooral naar de drempels die verhinderen dat arbeidsbesparende innovaties worden ingevoerd. We zien dat er een flink aantal innovaties op een aantal terreinen zijn, medisch technologische innovaties, proces- en farmaceutische innovaties maar die komen vaak niet verder. Ze worden ondergebracht in een project of worden beschouwd als extra bovenop al het andere werk wat al gedaan wordt. Wij kijken vooral naar de manier waarop je dat wat soepeler kan laten lopen zodat ook de effecten van de innovaties merkbaar worden. Het is ook zo dat gebruikers (maar ook zorgaanbieders) onbekend zijn met innovaties op hun terrein. Ook zijn er financiële drempels. Bijvoorbeeld zorgaanbieders kijken of innovaties financieel voordelig zijn voor de exploitatie van hun instelling. Is dat niet het geval dan gebeurt er niets met de innovatie. Hier zou een taak kunnen liggen voor de overheid.

Waarom is het oplossen van het probleem belangrijk?

Om arbeidsbesparende effecten van innovaties op arbeidsbesparing te onderzoeken. De innovaties moeten met name een arbeidsbesparend effect hebben, maar we kijken ook naar andere effecten. Er is weinig bekend over de effecten van innovaties tot nu toe.

Wat wilt u bereiken met dit advies?

Dat innovaties die in principe prima zijn, ook ingezet worden met een arbeidsbesparend effect. Een aansprekend voorbeeld hiervan is het aantrekken van steunkousen met een apparaat in de plaats van met menselijke hulp. Hiervan is bewezen dat deze innovatie effectief kan zijn.

Wat is de relatie tussen uw dagelijks werk en de inhoud van dit advies?

Met mijn vroegere werk niets. Maar dit, innovaties in de zorg, is iets waar uiteindelijk iedereen profijt bij zou kunnen hebben. Je maakt tenslotte allemaal gebruik van de gezondheidszorg.



mr. H. (Henk) Bosma

De heer Bosma (1943) studeerde rechten in Groningen. Hij was werkzaam in diverse functies bij het ministerie van Economische Zaken en bij de gemeente Amsterdam, onder andere als directeur Gemeentelijk Grondbedrijf en directeur dienst Openbare Werken.

Vanaf 1990 was hij werkzaam bij PinkRoccade N.V. (en rechtsvoorgangers). Onder zijn leiding werd het Rijks Computercentrum verzelfstandigd tot N.V. RCC. In de loop der jaren is RCC uitgegroeid tot PinkRoccade N.V, daarvan was de heer Bosma voorzitter van de Raad van Bestuur. In het voorjaar van 2005 ontstond de combinatie Getronics PinkRoccade. Per 1 augustus 2005 trad hij terug uit zijn bestuursfunctie en trad toe tot de Raad van Commissarissen van Getronics PinkRoccade.

De heer Bosma is o.a. betrokken bij het advies over Gezondheid 2.0 en het signalement over Zorg op afstand van het CEG.

Hoe kijkt Henk Bosma naar het advies Gezondheid 2.0?

Gezondheid 2.0 gaat over de mogelijkheden die de snelle toename van het gebruik van sociale media op het internet biedt voor de gezondheidszorg. Wat voor veranderingen gaan deze media bewerkstelligen in de driehoek van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten?

Een eerste idee wat Health 2.0 kan betekenen, kan men zich vormen in het UMC St. Radboud bij de IVF-poli. Patiënten hebben bijvoorbeeld de uitslagen al opgehaald via internet voor ze op consult komen. Hierdoor verloopt het consult effectiever en ook gelijkwaardiger.

Waar zit het probleem?

Health 2.0 is zoals zo vaak op het internet een nogal autonome ontwikkeling waaraan betrekkelijk weinig te sturen valt. Belemmeringen zitten dan meestal in de financieringssystemen. Uiteraard wordt hiernaar gekeken in het adviestraject.

Wat wilt u bereiken met dit advies?

Het advies heeft in belangrijke mate het karakter van een verkenning. Een belangrijk aspect is daarbij de bijdrage aan meer patiënt empowerment. Daarnaast zijn potentiële kostenbesparingen ook interessant. Het is van belang een idee te krijgen hoe waarschijnlijk deze ontwikkelingen rondom Health 2.0 zijn en in welk tempo deze dan zullen plaatsvinden.

Wat is de relatie tussen uw huidige/vroegere werk en de inhoud van dit advies?

Ik ben in het verleden vijftien jaar bestuursvoorzitter van PinkRocade geweest. Daar heb ik veel aandacht besteed aan de sector gezondheidszorg, waardoor ik wel enig inzicht heb verkregen in de mogelijkheden van moderne informatisering voor deze sector.



Hoe ziet Henk Bosma het signalement over Zorg op afstand?

Ontwikkelingen in ICT en telecom gaan razendsnel en roepen ook vragen op. Mag alles wat kan? Hoe zit het met de privacy? Vroeger hoefde je daar niet over na te denken en kon je een beetje rondbellen. Nu begint zorg op afstand een serieuze mogelijkheid te worden.

Als je kijkt naar zorg op afstand zie je dat het een soort additionele voorziening is. Mensen met een chronische ziekte voelen zich vaak veiliger als ze een connectie hebben met een zorginstelling en via een beeldscherm met iemand kunnen praten. Als dat soort dingen extra zijn dan zijn mensen daar natuurlijk positief over, dat geeft toch iets additioneels ten opzichte van wat ze al hebben, zoals thuiszorg en andere verpleegzorg.

Waar zit het probleem en waarom is het oplossen van dit probleem belangrijk?

De ontwikkeling van zorg op afstand lijkt noodzakelijk. Vooralsnog ben je dan vooral met de techniek bezig, maar vervolgens komt daar ook een ethische vraag bij tevoorschijn. En die vraag is of mensen die meer sociale (ofwel face to face) contacten hebben een betere kwaliteit van leven hebben en ook langer leven. Ik denk dat dat de kernvraag van het verhaal is.

Wat wilt u bereiken met dit signalement?

Op het moment dat je zorg op afstand in gaat zetten om arbeid te besparen, als gevolg van een steeds krappere wordende arbeidsmarkt, en bezoeken die vroeger afgelegd moesten worden gaat vervangen door zorg op afstand, dan zullen veel mensen dat denk ik ervaren als een verschraving van de zorg. Zorg heeft een technisch inhoudelijke kant (bijvoorbeeld steunkousen aantrekken) maar ook een menselijke kant, namelijk het contact hebben. De vraag is dan: waar eindigt de zorg en waar begint welzijn? Daar willen we graag de discussie over voeren.

Wat is de relatie met uw vroegere werk en de inhoud van dit signalement?

Ook hier maak ik gebruik van mijn ervaring als bestuursvoorzitter van PinkRoccade. Daar heb ik veel aandacht besteed aan de sector gezondheidszorg, waaronder het gebruik van domotica in deze sector.



mevrouw prof. dr. D.D.M. (Didi) Braat

Mevrouw Braat (1954) studeerde geneeskunde aan de Vrije Universiteit Amsterdam en specialiseerde zich in de gynaecologie en voortplantingsgeneeskunde. In 1992 promoveerde zij op het proefschrift *Multiple pregnancies in pulsatile GnRH treatment*.

Mevrouw Braat werkt als hoogleraar Obstetrie en Gynaecologie (O&G), tevens Voortplantingsgeneeskunde, is afdelingshoofd O&G en opleider van de specialistenopleiding O&G bij het Universitair Medisch Centrum St. Radboud.

Ze is lid van de Gezondheidsraad, plaatsvervangend lid van de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek en voorzitter van het Bestuur Stafconvent; UMC St. Radboud. Daarnaast bekleedt zij verschillende andere nevenfuncties.

Mw. Braat is betrokken raadslid bij o.a. het advies over de Toelatingsovereenkomst tussen medisch specialist en ziekenhuis.

Hoe kijkt Didi Braat naar het advies Toelatingsovereenkomst medisch specialist - ziekenhuis?

Het gaat over de verhouding tussen medisch specialisten en ziekenhuizen. Het is een vervolg op ons advies Governance en kwaliteit van zorg. Daarin hebben wij o.a. aangegeven dat de Raden van Bestuur soms onvoldoende hun verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg waar kunnen maken. Dat komt doordat onvoldoende geregeld is dat medisch specialisten verantwoording moeten afleggen aan de Raad van Bestuur over hun handelen. Zo is het bijvoorbeeld nog lang niet vanzelfsprekend dat vakgroepen of maatschappen de uitkomsten van kwaliteitsvisitaties ter kennis brengen van het bestuur. Dit soort zaken kun je regelen in de arbeids- of toelatingsovereenkomst.

Waarom is het oplossen van dit probleem belangrijk?

Dit draagt bij aan een betere kwaliteit van de zorg.

Wat wilt u bereiken met dit advies?

Er is ons gevraagd een soort handvat te maken wat er in zo'n toelatingsovereenkomst zou moeten staan. Wat ik wil bereiken moet twee kanten op werken. Aan de ene kant moet het in ieder geval helder worden wat een Raad van Bestuur nodig heeft van de medisch specialisten om hun verantwoordelijkheid waar te maken. En aan de andere kant moet het helder maken dat medisch specialisten hun inhoudelijke werk alleen goed kunnen doen als ook de Raad van Bestuur zorgt voor de goede randvoorwaarden.

Wat is de relatie tussen uw werk en de inhoud van dit advies?

Ten eerste ben ik medisch specialist. Daarnaast moet ik als hoofd van de afdeling Verloskunde & Gynaecologie verantwoording afleggen aan mijn Raad van Bestuur. Ik ben in dienstverband werkzaam in een academisch ziekenhuis en in onze publiekrechtelijke aanstelling (arbeidsovereenkomst) is geregeld dat de gynaecologen verantwoording afleggen aan mij en ik aan de Raad van Bestuur. Daarnaast heb ik als voorzitter van het stafconvent, namens de hele medische staf, regelmatig overleg met de Raad van Bestuur om te kijken hoe bij ons de medische kwaliteit goed geborgd kan worden. In mijn ziekenhuis werken geen vrij gevestigde specialisten, maar ook wij hebben hier onze problemen op de afdeling Hartchirurgie gehad waarbij bleek dat de kwaliteit niet goed geborgd was.



mevrouw E.R. (Elisa) Carter

Mevrouw Carter studeerde aan de Bradford University in Groot-Brittannië en the NIMBAS Utrecht en behaalde de titel Master of Business Administration (MBA).

Mevrouw Carter is lid van de Raad van Bestuur GGzE Eindhoven en de Kempen en draagt de eindverantwoordelijkheid voor de totale bedrijfsvoering binnen deze organisatie. Eerder was zij werkzaam - van 1996 tot 2004 - als (eenhoofdige) Raad van Bestuur RLAGG Maastricht en - van 1994 tot 1996 - als hoofd algemene gezondheidszorg GGD Brabant Noordoost. In het VU Medisch Centrum bekleedde zij van 1984 tot 1996 achtereenvolgend de functies hoofd Operatiekamers/manager anesthesiologie en verpleegkundig sectorhoofd Heelkunde.

Verder is mevrouw Carter werkzaam als coach en adviseert ze managers en jonge leidinggevendenden; advisering over cultuursensitieve aspecten in leidinggeven en over gezondheidszorgbeleid en productontwikkeling.

Mw. Carter is als raadslid o.a. betrokken bij het advies over de Intersectorale zorg voor het kind.

Hoe ziet Elisa Carter het advies over de Intersectorale zorg voor het kind?

We willen een advies uitbrengen over de samenhang tussen verschillende sectoren en diensten die een directe rol spelen als het gaat om het kind en het gezin. Dat betekent kijken naar welzijn, de gezondheidszorg, alles wat met sociale vraagstukken te maken heeft maar ook kijken naar economische vraagstukken.

Waar zit het probleem en waarom is het oplossen van dit probleem belangrijk?

We willen twee dingen doen. Ten eerste problemen voorkomen. Wil je problemen vóór zijn, dan is het betrekken van andere sectoren – en het samenwerken tussen die sectoren – van groot belang. Ten tweede willen we kijken in hoeverre het mogelijk is – door intersectorale samenwerking – in een vroeg stadium iets te betekenen voor ouders/opvoeders en kinderen wanneer er iets misgaat met het kind, bijvoorbeeld in de relatie tussen kind en ouders, in de sociale omgang of op school.

Wat wilt u bereiken met dit advies?

Ik wil bereiken dat er een samenhang komt in de samenwerking tussen alle voorzieningen en diensten op het terrein van kinderen, dat ze complementair zijn op elkaar en dat die samenhang ook goed is. En dat we de domein discussies beslechten. Domeingrenzen, zoals de financieringsstromen, zijn niet handig zeker als het om kinderen en jongeren gaat en hun ouders. Een ander punt is dat professionals heel gericht worden opgeleid en dat samenwerken of samenwerkingskunde niet aan de orde komt in de opleiding.

Wat is de relatie tussen uw dagelijks werk en dit advies?

Ik werk nu in de GGZ en ik heb heel veel ervaring in de gezondheidszorg. En kinderen in alle facetten spelen in Nederland binnen alle sectoren van de gezondheidszorg een prominente rol. Het advies heeft directe relatie met mij als burger en zeker als functionaris in de gezondheidszorg. Binnen GGzE hebben wij mooie samenwerkingsprojecten. Bijvoorbeeld 'Baby Extra'. Dit project is bedoeld voor baby's van wie de moeder of vader psychiatrische of verslavingsproblemen heeft of een misbruik- of verwaarlozingverleden.

Bureau Baby Extra biedt opvoedkundige hulp aan ouders en medisch-psychiatrisch advies. Uit een eerste onderzoek blijkt dat het beter gaat met de 'Baby Extra-ouders' dan met ouders in vergelijkbare omstandigheden die niet hebben deelgenomen aan het project. Baby Extra is een samenwerkingsverband van GGzE, De Combinatie Jeugdzorg, Catharina-ziekenhuis, Bureau Jeugdzorg Noord Brabant, Korein Kinderplein, Máxima Medisch Centrum, Novadic-Kentron (verslavingszorg), Universiteit van Tilburg en Zuidzorg (thuiszorgorganisatie). We signaleren hoe het kind zich ontwikkelt en we volgen het kind tijdens het eerste levensjaar vanuit verschillende disciplines.





Prof. dr. W.N.J. (Wim) Groot

De heer Groot (1960) (1960) studeerde economie en filosofie aan de Universiteit van Amsterdam.

In 1992 promoveerde hij op het proefschrift over werkloosheid en opleiding.

Sinds 1998 is hij werkzaam als hoogleraar Gezondheidseconomie en sinds 2008 ook als hoogleraar Evidence Based Education aan de Universiteit van Maastricht. Daarnaast is hij voorzitter van de Provinciale Raad van de Volksgezondheid in Limburg en columnist voor Het Financieel Dagblad, Economisch Statistische Berichten, HO Magazine, de Observant en Zorgvisie.

De heer Groot is o.a. betrokken bij het advies Strategische zorgagenda 2011 – 2015 en het advies Vraagzijde van de zorg.

Hoe kijkt Wim Groot aan tegen het advies Strategische zorgagenda 2011 – 2015?

Het advies 'Strategische Zorgagenda 2011 -2015' probeert een vooruitblik te geven over de zorg. De zorg in 2020 en ook nog wel op een langere termijn. Ervan uitgaande dat de zorgvraag de komende jaren sterk zal veranderen. Dat willen we onder andere doen door een aantal scenario's (bijvoorbeeld economische groei op de arbeidsmarkt) te schetsen van hoe de zorg zich kan gaan ontwikkelen.

Waar zit het probleem?

Het probleem zit erin dat de zorgvraag verandert en dat we toch over 10 of over 20 jaar meer te maken krijgen met de gevolgen van de vergrijzing. Er zijn dan meer mensen met chronische aandoeningen en meer mensen met meerdere aandoeningen tegelijkertijd. Hoe kun je daarmee in het zorgaanbod rekening houden als je bijvoorbeeld bedenkt dat het aantal mensen dat in de zorg werkt of wil werken, achterblijft bij de werkgelegenheidsgroei in de zorg? Misschien moet je ook wel andere vormen van zorg creëren, denken aan zelfmanagement van ziekte en aandoeningen. Daar willen wij in de vorm van een agenda voor het nieuwe kabinet, een visie op ontwikkelen.

Waarom is het oplossen van dit probleem belangrijk? Wat wilt u bereiken met dit advies?

Wij willen bijdragen aan het ontwikkelen van een visie op de zorg op de langere termijn zodat het volgende kabinet hierop kan anticiperen.

Wat is de relatie tussen uw dagelijks werk en de inhoud van dit advies?

Als econoom ben ik ervan overtuigd dat dit soort factoren uiteindelijk gestuurd worden door economische omstandigheden. De economische ontwikkeling stelt natuurlijk wel de kaders en randvoorwaarden vast van wat we ons aan zorg kunnen veroorloven.



Hoe ziet Wim Groot het advies Vraagzijde van de zorg?

Dit traject is ontstaan als onderdeel van het advies Nieuwe Ordeningen. We kijken in dit advies naar hoe er meer samenhang gebracht kan worden in en tussen patiënten- of consumentenorganisaties, maar ook bij organisaties die consumenten vertegenwoordigen, en hoe de posities daarvan versterkt kunnen worden. De belangen van deze organisaties zijn divers, mede als gevolg van de verschillende groepen die ze vertegenwoordigen.

Waar zit het probleem?

Doordat de vraagzijde van de zorg zo versnipperd en divers is, is het moeilijk om gehoord te worden als deze organisaties aan tafel zitten met bijvoorbeeld de grote koepels van verzekeraars en zorgverleners.

Waarom is het oplossen van dit probleem belangrijk?

Omdat we vinden dat uiteindelijk de patiënt centraal moet staan en de zorg rondom de patiënt georganiseerd moet zijn. De zorgbehoefte van de patiënt moet daarom ook leidend zijn.

Wat wilt u bereiken met dit advies?

Het versterken van de positie van patiënten en hun vertegenwoordigers zodat die positie net zo sterk is als die van bijvoorbeeld de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen.

Wat is de relatie tussen uw dagelijks werk en dit advies en de inhoud van dit advies?

Als econoom zoek ik naar een evenwicht tussen vraag en aanbod. En versterking van de vraag is hier nodig.



prof. dr. J.P. (Johan) Mackenbach

De heer Mackenbach (1953) studeerde geneeskunde aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam. In 1988 promoveerde hij op het proefschrift *Mortality and medical care*. Sinds 2001 is hij hoogleraar Maatschappelijke gezondheidszorg, tevens hoofd van de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg van het Erasmus MC in Rotterdam. Ook is hij Honorary professor aan de London School of Hygiene and Tropical Medicine en lid van de Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen.

De heer Mackenbach is o.a. betrokken bij het advies Sturen op de gezondheid.

Hoe ziet Johan Mackenbach het advies Sturen op gezondheid?

Over de vraag of sturen op gezondheid, bijvoorbeeld door de Nederlandse overheid, mogelijk en wenselijk is. En zo ja, hoe dat dan zou moeten. De Nederlandse overheid is volgens de grondwet verantwoordelijk voor de bevordering van de volksgezondheid. Dan zou je je kunnen voorstellen dat het beleid, bijvoorbeeld ten aanzien van de gezondheidszorg, ook wordt gericht op gezondheidsdoelen. Bijvoorbeeld op verhoging van de levensverwachting, of verlaging van de sterfte aan kanker, of vermindering van het aantal mensen met sociale beperkingen ten gevolge van schizofrenie. Zou dat inderdaad wenselijk zijn? Zou je misschien zelfs kwantitatieve doelstellingen voor het gezondheidsbeleid kunnen formuleren?

Waar zit het probleem?

Het probleem is dat de effectiviteit van het gezondheidsbeleid op dit moment beperkt is, doordat het niet altijd wordt gericht op de dingen die er werkelijk toe doen. Als je systematisch zou kijken naar indicatoren van de volksgezondheid, en je beleid zou afleiden van wat nodig is om een bepaalde mate van verbetering te realiseren, kun je veel gericht werken. Je zou ook veel eerder zien wat er niet goed gaat. Een concrete illustratie daarvan is de perinatale sterfte, dus de sterfte van baby's voor en na de geboorte. We weten al meer dan 20 jaar dat de cijfers in Nederland stagneren, terwijl in andere landen de perinatale sterfte flink is gedaald. Als je nu met elkaar zou hebben afgesproken dat je stuurt op gezondheid, dan zou je naar die cijfers hebben gekeken en al lang geleden hebben bepaald welke maatregelen nodig zijn om de perinatale sterfte omlaag te brengen. Als daar dan ook nog kwantitatieve doelen bij zouden zijn gesteld, bijvoorbeeld 20% reductie van de perinatale sterfte in 5 jaar tijd, dan zou het tevens mogelijk zijn geweest te bewaken dat het beleid zijn doel bereikt.

Waarom is het oplossen van dit probleem belangrijk?

Een aantal voorbeelden uit het buitenland suggereert dat je met sturen op gezondheid, bijvoorbeeld met kwantitatieve gezondheidsdoelen, het gezondheidsbeleid effectiever kunt maken. Als deze methode ook in Nederland kan worden toegepast, is er potentieel veel gezondheidswinst mogelijk.

Wat wilt u bereiken met dit advies?

Als blijkt dat sturen op gezondheid inderdaad wenselijk en ook mogelijk is, dan zou het natuurlijk mooi zijn als dit advies ook wordt opgevolgd.

Wat is de relatie tussen uw dagelijks werk en dit advies en de inhoud van dit advies?

Ik hou mij in mijn dagelijks werk, als hoogleraar Maatschappelijke gezondheidszorg aan het Erasmus MC, veel bezig met kwantitatieve gegevens over de volksgezondheid. Ik word dagelijks geconfronteerd met gegevens over ontwikkelingen die meer of minder goed gaan en ook met voornemens van de overheid om daar wat aan te doen. Ik zie allerlei mogelijkheden om inzichten uit mijn vakgebied bij deze adviesvraag toe te passen.





mevrouw drs. M. (Marjanne) Sint

Mevrouw Sint (1949) studeerde economie aan de Universiteit van Amsterdam. In 1974 slaagde zij voor haar doctoraalexamen in de studierichtingen macro-economie, openbare financiën en internationaal-economische betrekkingen.

Vanaf 2007 is mevrouw Sint voorzitter van de Raad van Bestuur van de Isala Klinieken Zwolle. Van 2000-2007 was zij secretaris-generaal van het ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer. Daarvoor was zij werkzaam als Gemeentesecretaris Amsterdam.

Verder is mevrouw Sint voorzitter van de Raad van Commissarissen van de ROVA in Zwolle en lid van de Raad van Commissarissen BPF Bouwinvest. Mevrouw Sint is als raadslid o.a. betrokken bij het advies over Numerus Fixus, het advies Nieuwe beroepen en het CEG signalement Genetische aanleg en registratie van etniciteit.

Hoe ziet Marjanne Sint het advies Numerus Fixus?

De Tweede Kamer heeft aan de minister de vraag gesteld: als de medisch specialisten zoveel verdienen, dat was namelijk hun context, zou het dan niet goed zijn om de numerus fixus bij toelating tot de studie geneeskunde af te schaffen? Het idee was dat er dan vanzelf meer medisch specialisten komen dat zal dan wel invloed op de beloning hebben. Dat is verwoord in een adviesaanvraag van de minister aan de RVZ. In die adviesaanvraag is ook gevraagd om te onderzoeken wat betekent dat dan, wat zijn dan de consequenties en verandert dan ook de positie en machtsverhouding in het ziekenhuis? Wij zitten nu middenin het adviestraject. We zijn er al heel snel achtergekomen dat er eigenlijk drie numerus fixus bestaan. Namelijk de eerste bij de toetreding tot de opleiding tot basisarts. De tweede als je door die eerste opleiding heen bent, je bent basisarts en je moet een opleidingsplaats gaan veroveren. En de derde is dat als je eenmaal klaar bent, je ook nog een plek in een maatschap moet zien te krijgen. Het blijkt dat het krachtenveld, zoals wel vaker bij onderwerpen waar de Raad om advies wordt gevraagd, aanmerkelijk ingewikkelder in elkaar steekt dan aanvankelijk gedacht.

Waar zit het probleem?

Aan de ene kant de salarissen van medisch specialisten en een ander probleem is hoeveel studenten geneeskunde en hoeveel artsen in opleiding kan je accommoderen? Het probleem is niet alleen dat er te weinig artsen zijn en daarom zijn ze zo duur. De vraagstelling van de Kamer was niet zo heel erg ruim, die is nader verfijnd in de adviesaanvraag. Maar al werkend met het advies komen wij op veel meer vraagstukken dan zeg maar alleen het antwoord of de numerus fixus ja of nee moet worden afgeschaft.

Waarom is het oplossen van dit probleem belangrijk?

Het is zo dat Nederland per hoofd van de bevolking minder specialisten heeft dan in de ons omringende landen. Dan is een relevante vraag of er gezondheidswinst te boeken zou zijn door het aantal specialisten uit te breiden. Je kunt ook constateren dat er elk jaar weer studenten zijn die wel medicijnen willen gaan studeren maar die er niet in slagen omdat ze worden uitgeloot. Misschien verspillen we daarmee potentiële goede dokters.

Wat wilt u bereiken met dit advies?

Wij willen in ieder geval een afgewogen antwoord geven aan de minister op de vraag of de numerus fixus in zijn geheel of gedeeltelijk moet worden afgeschaft?

En als het antwoord daarop ja of nee is, hoe zijn we tot die afweging gekomen? En wat zijn dan de consequenties die daaraan vastzitten als de minister dit advies tot het zijne wil maken.

Wat is de relatie tussen uw dagelijks werk en dit advies?

De Isala klinieken is een heel groot opleidingsziekenhuis. Dus als uiteindelijk de numerus fixus voor de toelating tot geneeskunde wordt afgeschaft en het leidt er ook toe dat het aantal opleidingsplaatsen wordt verruimd, dan krijgt ook dit ziekenhuis meer artsen in opleiding. En dat heeft ook allerlei consequenties. Bijvoorbeeld hebben wij dan wel voldoende specialisten die deze artsen in opleiding ook daadwerkelijk opleiden? Of moet je daar weer andere methodes voor gaan verzinnen? Ik bedoel dat zijn allemaal vragen die achter zo'n advies terecht komen.



Hoe kijkt Marjanne Sint aan tegen het advies Nieuwe beroepen?

Het adviestraject gaat over de veranderingen die zich in het zorgveld gaan voltrekken, onder andere door de vergrijzing en de daarmee samenhangende toename van het aantal mensen met een chronisch ziektebeeld. Daarbij wordt als gevolg van maatschappelijke ontwikkelingen zoals toegenomen welvaart en grotere vertrouwdheid met nieuwe informatietechnieken de omgang met ziekte en zorg in de komende decennia anders dan in het verleden. Dit alles stelt andere eisen aan de professionals in de zorg, bij een krappere wordende arbeidsmarkt.

Waar zit het probleem en waar ligt mogelijk de oplossing?

Het probleem is wel duidelijk: de discussie in Nederland komt niet veel verder dan de 'tekentafel'. Iedereen onderkent dat taakdifferentiatie nodig is en dat de opleidingen hierop moeten worden afgestemd, maar het lukt eigenlijk niet goed om die nieuwe beroepen ook echt van de grond te krijgen. De RVZ wil weten waarin dit zit, omdat duidelijk is dat doorgaan op de huidige lijn het probleem van krapte op de arbeidsmarkt voor de zorgverlening alleen maar groter maakt. Of de oplossing zit in het interesseren van jonge mensen voor een loopbaan in de zorg die daaraan nu nog niet denken, of dat het wenselijk is om de traditionele loopbaanpaden zoals we die nu kennen aan te passen en daarmee uitval te voorkomen, staat nader te bezien. In elk geval willen we de blik ook over de grenzen laten gaan, om te bekijken of andere landen oplossingen hebben gevonden die ons hier kunnen helpen.

Wat is de relatie tussen uw huidige werk en de inhoud van dit advies?

De Isala klinieken waarvan ik bestuursvoorzitter ben, hebben gelukkig op dit moment nog weinig last van personeelskrapte over de hele linie, maar ook wij ervaren nu al dat dit in de komende jaren zal gaan veranderen. Als je namelijk naar de leeftijdsopbouw van het personeel kijkt, dan zal er in de komende vijf tot tien jaar een grote uitstroom plaatsvinden. En bij sommige specialistische beroepen hebben wij – net als andere zorginstellingen – nu al last van een zeer beperkt arbeidsaanbod. Dus ook uit hoofde van mijn huidige verantwoordelijkheid ben ik zeer geïnteresseerd in de inhoud van dit advies. Ik zie er dan ook naar uit eraan te gaan werken.

Hoe ziet Marjanne Sint het signalement Genetische aanleg en registratie van etniciteit?

Etniciteit en gezondheid staan met elkaar in verband als het gaat om bepaalde ziektebeelden die in de ene etnische groep vaker voorkomen dan in een andere etnische groep. Daar zit natuurlijk altijd een morele vraag aan. Moet je dan kijken naar etnische achtergrond en hoe doe je dat dan en wat is daarin geaccepteerd en wat niet?

Waar zit het probleem?

Je kunt je afvragen of je in specifieke nauw omschreven gevallen etniciteit wel degelijk mag laten wegen als een selectie criterium om bepaalde bevolkingsgroepen op te roepen omdat ze meer risico lopen op bepaalde aandoeningen. Is er dan sprake van onaanvaardbare discriminatie of niet? Om even een parallel te trekken: alle vrouwen boven de 50 jaar worden gescreend op borstkanker. Nu denk ik niet dat er heel veel vrouwen zijn die dat zullen weigeren vanwege leeftijdsdiscriminatie.

Wat wilt u bereiken met dit signalement?

Laten we de ethische vragen rond registreren van etniciteit maar verkennen. En laten we onszelf de vraag maar stellen met wat voor soort ethische dilemma's je dan geconfronteerd wordt en wat in welke concrete situatie zwaarder moet wegen.

Wat is de relatie met uw dagelijks werk en de inhoud van dit signalement?

Ik vind de brede discussie die op dit moment in de samenleving gaande is over etniciteit een interessant vraagstuk. De discussie over de vraag of geloof en over de mate waarin afkomst bepalend mag zijn voor hoe je naar bepaalde bevolkingsgroepen kijkt. Dus ik heb wel iets met dit onderwerp.



Prof. dr. D.L. (Dick) Willems

De heer Willems (1954) studeerde geneeskunde aan de RijksUniversiteit Groningen. In 1995 promoveerde hij op het proefschrift *Tools of care – Explorations into the semiotics of medical technology*. Hij was van 1984 tot 2000 huisarts te Huiszen (N-H).

Vanaf 2003 is hij werkzaam als arts en hoogleraar Medische ethiek aan het Amsterdams Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam.

Hij is o.a. voorzitter van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid, lid van de beraadsgroep Ethiek en recht van de Gezondheidsraad en lid van de beleidsadviesraad van de KNMG. Daarnaast bekleedt hij verschillende andere nevenfuncties, onder andere op het gebied van de palliatieve zorg.

De heer Willems is als raadslid o.a. betrokken bij het signalement Zeggenschap over het Elektronisch Patiënten dossier en het signalement over Public Health en milieuproblematiek.

Hoe kijkt Dick Willems aan tegen het signalement Zeggenschap over het Elektronisch Patiënten dossier?

Dat signalement gaat helemaal niet over of EPD nu goed is of niet. Ik denk dat wij er allemaal van uitgaan dat er een vorm van EPD zal moeten komen. Het heeft hele grote voordelen als zorgverleners goed op elkaar afgestemd zijn en daarin kan EPD een rol spelen.

Waar wij naar kijken is wie er beslist wie er allemaal in een EPD mag kijken en wie er eventueel ook in mag schrijven. Dus wie heeft er toegang en wie het beheer? Je zou zeggen het is logisch om degene om wie het gaat de zeggenschap daarover te geven. Dus eigenlijk zou het logisch zijn dat de patiënt bepaalt wie erin mag kijken. Het zal in ieder geval de huisarts, de apotheker en verder betrokken hulpverleners zijn, maar hoe zit het met mensen die op iets verdere afstand staan? Of verzekeraars, werkgevers en familieleden bijvoorbeeld? En kunnen patiënten wel voldoende een goede afweging maken voor zichzelf, als ze zich onder druk gezet voelen door een hulpverlener of door een verzekeraar? Artsen hebben een beroepsgeheim, maar patiënten niet.

Waar zit het probleem?

Het probleem zit hem erin dat er allerlei mensen zijn die graag medische gegevens van patiënten willen hebben, maar waar dat helemaal niet in het belang is van de patiënten zelf. Hier gaat het meer over een principiële vraag van wie beschikt er nu over de gegevens uit een EPD? En nu is de juiste tijd om deze vragen te stellen!

Wat wilt u bereiken met dit signalement?

Dat er over dit soort problemen goed wordt nagedacht en dat er ook voor de mogelijke nadelen een goede oplossing komt. En één van de mogelijke gevaren zou kunnen zijn dat er niet goed over dat beheer en beschikking is nagedacht.

Wat is dan de relatie tussen uw dagelijks werk en dit signalement?

Mijn dagelijks werk is dat ik medische studenten onderwijs over medisch ethische kwesties en dit is één van de dingen waar we het met studenten veel over hebben. Er is nog een andere relatie. Ik doe onderzoek op het gebied van ICT en zorg en dan met name naar telezorg. In dit onderzoek is het elektronisch maken van patiëntendossiers een speciaal aandachtsgebied.



Hoe ziet Dick Willems het signalement Public Health en milieuproblematiek?

Over het probleem dat veel maatregelen op het gebied van public health gevolgen hebben voor het milieu en dan in het bijzonder ook voor andere soorten dan mensen (dieren en planten). Het helderste voorbeeld is dat in een aantal adviezen, hele goede adviezen van de gezondheidsraad bijvoorbeeld, wordt geadviseerd om meer vis te eten. Als dat advies massaal door alle Nederlanders zou worden opgevolgd dan zou dat een enorme aanslag op de diversiteit van vissen in de zee betekenen. En één van de ethische vragen waar nog heel weinig aandacht aan besteed is: of je het belang van de diversiteit altijd moet opofferen aan die van de volksgezondheid. Misschien gaan we een tweede signalement ook aandacht besteden aan andere milieueffecten van de gezondheidszorg. Gezondheidszorg is een grote bedrijfstak die nogal wat invloed (vervuiling, straling, etc.) heeft op het milieu. Dit zou eventueel een tweede signalement kunnen worden.

Waarom is het oplossen van dit probleem belangrijk?

Omdat bio-diversiteit een belangrijk item is. Het aantal verdwijnende soorten in de laatste eeuw is een veelvoud van wat in de eeuwen daarvoor verdween. En het zou best kunnen zijn dat allerlei volksgezondheidsmaatregelen daar wel toe bijdragen.

Wat wilt u bereiken met dit signalement?

Ik vind dat we in het signalement moeten onderbouwen dat we met dit soort effecten rekening moeten houden bij de verbetering van de volksgezondheid. In bijvoorbeeld de advisering van de Gezondheidsraad over het eten van vis maar ook in het opzetten van allerlei preventieprogramma's moet er met deze aspecten rekening gehouden worden.

Wat is de relatie tussen uw dagelijks werk en dit signalement?

Dit is voor mij een nieuw terrein maar ik vind de relatie tussen medische ethiek en wat ruimere bio-ethiek heel interessant. En ik denk dat dit ook voor het veld van de ethiek een belangrijk signalement kan worden.



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

021	Nr. 09-000122
Ingekomen 01 OKT 2009	
1 ^e behand.naar:	Meijerink
2 ^e behand.naar:	VKS
3 ^e behand.naar:	Kreemers

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg
t.a.v. de voorzitter, prof. drs. M.H. Meijerink
Postbus 19404
2500 CK DEN HAAG

Macro Economische
Vraagstukken en
Arbeidsvoorwaardenbeleid

Bureaudeauadres:
Parlasmusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.minvws.nl

Inlichtingen bij
Cees M. Vos
cm.vos@minvws.nl
T 070 340 5057

29 SEP 2009

Datum

Betreft instemming met werkprogramma RVZ 2010

Ons kenmerk
MEVA/AEB-2957472

Bijlagen

Uw brief

Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.

Geachte heer Meijerink,

Het concept-werkprogramma 2010 van de RVZ is in het kabinet besproken in samenhang met de programma's van de planbureaus en de andere strategische adviescolleges. Deze bespreking heeft niet geleid tot aanpassing van het werkprogramma van de RVZ. Derhalve laat ik u hierbij weten in te kunnen stemmen met het door u aan mij voorgelegde werkprogramma voor 2010. Naast de overloop uit het werkprogramma 2009 voor de onderwerpen (i) sturen op gezondheid, (ii) nieuwe beroepen en opleidingen, en (iii) intersectorale zorg voor het kind, betreft dit de onderwerpen (iv) strategische zorgagenda 2011-2015 en (v) uitbreiding zorgtaken gemeente.

Ik wens u veel succes bij de uitvoering van dit werkprogramma en zie uit naar uw adviezen.

Hoogachtend,
de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

dr. A. Klink

Directie

Drs. P. Vos
Mw. drs. Y.D.M. van Otterdijk

Communicatie

Mw. A.N. van Egmond
Mw. M.L. Noteboom
Mw. C.A. Dijkhuizen

Adviesgroep

Mr. J.P. Kasdorp
Mw. mr. M.W. de Lint
L. Ottes, arts
Mw. mr. G.P.M. Raas
Drs. A.J.G. van Rijen
Drs. F.J. van Sloten¹
Mw. dr. A.J. Struijs
Mw. dr. I. Doorten
Mw. dr. W. van der Kraan
Mw. drs. S.S. Baldewsing
Mw. drs. M.E.M. Huijben
Mw. drs. A.C.J. Rijkschroeff-van der Meer
Mw. drs. R. Gerads
Mw. L.E. Oldenhof
Mw. D.M. van der Klauw

Stafbureau

Mw. P. de Zwart-van der Meer

Mw. M.L. Heuff
Mw. M.A.M. Broomans-Harreveld
Mw. C.A. Dijkhuizen
Mw. V. Pahladsingh-Jewlal
Mw. N.L. Buijs
Mw. S. Bekker
Mw. I.A. de Prieëlle
Mw. L. Romein-Hoek
Mw. S. Sookhan

Functie

algemeen secretaris
adjunct-algemeen secretaris

communicatie adviseur
communicatie medewerker
communicatie medewerker

senior adviseur
senior adviseur
senior adviseur
senior adviseur
senior adviseur
senior adviseur
senior adviseur/projectcoördinator CEG
senior adviseur
senior adviseur
adviseur
adviseur
adviseur
adviseur
trainee
detachering
stagiaire

medewerker stafbureau/wnd. Hoofd
Stafbureau
informatiespecialist
medewerker stafbureau
coördinator raadssecretariaat
directiesecretaresse
projectsecretaresse /helpdeskmedewerker
projectsecretaresse
projectsecretaresse
projectsecretaresse CEG
assistent visueel gehandicapte

¹ In dienst medio 2010

Kennisgebieden medewerkers RVZ

Het secretariaat van de RVZ beschikt over kennis over verschillende gebieden van de gezondheidszorg. Deze 'kennisgebieden' zijn verdeeld onder de adviseurs van het secretariaat van de RVZ. Hieronder staan de kennisgebieden per persoon.

Savita Baldewsing (algemene sociale wetenschappen (cultuur, zorg en welzijn))
- bekostiging en financiering gezondheidszorg

Ingrid Doorten (socioloog (onderwijs en familie))
- jeugdzorg
- jeugdgezondheidszorg
- ouderenzorg (AWBZ en WMO)
- lokaal gezondheidsbeleid

Marianne Huijben (psychologie (arbeid en organisatie))
- preventie en gezondheidsbescherming
- WMO, participatie

Jan Kasdorp (jurist)
- wet- en regelgeving
- financiering

Wendy van der Kraan (beleid en management gezondheidszorg; bestuurskunde)
- rol van de patiënt en cliënt
- consumentenbeleid, organisatie van de vraagzijde
- innovatie
- kwaliteitsbeleid

Marina de Lint (jurist)
- wet- en regelgeving (ook in Europees verband)
- toezicht, sturing en besturing,
- ziekenhuizen en medisch-specialistische zorg (organisatie, sturing etc); UMC's

Leo Ottes (arts - bedrijfskunde)

- genees- en hulpmiddelen
- innovatie, ict en internet
- biowetenschappen

Gerda Raas (verpleegkunde- jurist)

- beroepen en opleidingen
- arbeidsmarkt en arbeidsvoorwaarden
- spoedeisende zorg

Onno van Rijen (medische biologie)

- innovatie, ICT en internet (e health, health 2.0/3.0)
- informatievoorziening in de zorg
- basispakket

Anke Rijkschroeff (juridische bestuurswetenschappen)

- eerstelijnsgezondheidszorg: (centra, huisarts, thuiszorg, paramedische zorg)
- geestelijke gezondheidszorg

Flip van Sloten (economie)

- kosten en financiering; zorgverzekeringen
- publieke gezondheid, intersectoraal beleid, gezondheidsverschillen
- stelsel

Alies Struijs (ethicus)

- ethiek
- sociaal-culturele ontwikkelingen; interculturele zorg
- informele zorg: mantelzorg en vrijwilligers

Pieter Vos (psychologie (arbeid en organisatie))

- ouderenzorg
- gehandicaptenzorg
- sturing en besturing, stelsel, strategie en kennis
- epidemiologie

Recente publicaties RVZ

Advies	Publicatienummer
Investeren rondom kinderen (advies), september 2010	09/11
Steunverlening zorginstellingen (advies), juni 2009	09/10
Buiten de gebaande paden. Advies over Intersectoraal gezondheidsbeleid, mei 2009	09/09
Buiten de gebaande paden: Inspirerende voorbeelden van intersectoraal gezondheidsbeleid (brochure,) mei 2009	09/08
Evaluatie RVZ 2004-2008, april 2009	09/07
Geven en nemen in de spreekkamer. Rapportage over veranderende verhoudingen, maart 2009	09/06
Tussen continuïteit en verandering. 27 adviezen van de RVZ 2003-2009, februari 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
De verzekeraar en de patiënt: een succesvolle coalitie: goede voorbeelden van patiëntgestuurde zorginkoop (in samenwerking met de NPCF), januari 2009	09/01

Publicaties CEG

Met de camera aan het ziekbed. Morele overwegingen bij gezondheidszorg op televisie	Sig 09/05
Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden	Sig 09/06





Raad voor de Volksgezondheid & Zorg



