

# Werkprogramma 2012



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg



# 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. prof. dr. D.D.M. (Didi) Braat (vice-voorzitter)

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 2012

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Den Haag, januari 2012

**Raad voor de Volksgezondheid en Zorg**

Postbus 19404

2500 CK Den Haag

Tel 070 340 50 60

Fax 070 340 75 75

Email [mail@rvz.net](mailto:mail@rvz.net)

URL [www.rvz.net](http://www.rvz.net)

[www.ceg.nl](http://www.ceg.nl)

**Colofon**

Ontwerp Broese en Peereboom

Fotografie Eveline Renaud

Druk Broese en Peereboom

Uitgave 2012

ISBN 978-90-5732-231-0

*U kunt deze publicatie bestellen via onze website ([www.rvz.net](http://www.rvz.net)) of per mail bij de RVZ ([mail@rvz.net](mailto:mail@rvz.net)) onder vermelding van publicatienummer 12/01.*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

# Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b>	<b>3</b>
<b>De Raad stelt zich voor</b>	<b>7</b>
<b>Werkprogramma RVZ 2012</b>	<b>19</b>
<b>Adviezen RVZ en signalementen CEG in 2012</b>	<b>23</b>
- GGZ en forensische psychiatrie: twee culturen of één werkelijkheid?	23
- Voor wat hoort wat: solidariteit vraagt om return on investment en goed patiëntschap	27
- Wat is goede zorg?	31
- De bomen en het bos: de patiënt, zijn vraag en het landschap	35
<b>CEG werkprogramma voor 2012</b>	<b>39</b>
- Betutteling of zorgen voor?	39
- Zelfmanagement patiënten en de professionele autonomie van de arts	39
<b>Planning adviezen RVZ en signalementen CEG</b>	<b>41</b>
<b>Bijlagen:</b>	
<b>Instemmingsbrief minister Schippers werkprogramma RVZ</b>	<b>45</b>
<b>Samenstelling secretariaat</b>	<b>46</b>
<b>Kennisgebieden medewerkers RVZ</b>	<b>47</b>





# Voorwoord

Voor u ligt het Werkprogramma 2012 van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG). Dit ziet er zo uit.

## RVZ-adviezen 2012

1. GGZ en forensische psychiatrie: twee culturen of één werkelijkheid?
2. Wat is goede zorg?
3. Voor wat hoort wat: solidariteit vraagt om return on investment en goed patiëntschap
4. De bomen en het bos: de patiënt, zijn vraag en het landschap
5. Betutteling of zorgen voor?
6. Zelfmanagement patiënten en de professionele autonomie van de arts

Deze adviesthema's hebben veel met elkaar te maken. Zo bepaalt het antwoord op de vraag *Wat is goede zorg?* de mate waarin burgers onderling solidair willen zijn. En de *'bomen en het bos'* - de patiëntenlogistiek - geven richting aan goede zorg.

De RVZ ziet zijn werkprogramma 2012 dus als een geheel. Wij willen de adviesthema's benaderen vanuit een integrale kijk op gezondheid en zorg. Het statement *'van zz naar gg'* is zijn kompas, geeft de richting aan. Samen met de zorgsector zal de Raad het komend jaar aan deze samenhang en aan deze richting gestalte geven. Adviezen voor de zorgsector aan de minister over *'van zz naar gg'*.

Ons programma is tot stand gekomen door reflectie op problemen, maar vooral ook op kansen die zich voordoen. Reflectie van de Raad zelf, natuurlijk, maar ook van een groot aantal mensen in onze omgeving. Collega-adviseurs in de gezondheidszorg, zelfstandige bestuursorganen van de minister, branche- en patiëntenorganisaties, beroepsverenigingen. Vervolgens hebben we dit conceptprogramma voorgelegd aan de politieke en ambtelijke leiding van het ministerie van VWS. Waarna de minister het programma heeft vastgesteld.

De missie van de RVZ is om met durf en met realiteitszin te adviseren over strategische beleidsvragen. Ons programma voor 2012 omvat een breed spectrum van onderwerpen. Het spectrum omvat de volle breedte van de zorgsector en alle soorten strategische vragen. Hiermee doen wij recht aan de complexiteit waarmee de zorgsector 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 willen u ook in 2012 weer bruikbare en bevlogen adviezen voor te leggen.

Rien Meijerink,  
voorzitter

Pieter Vos,  
algemeen secretaris

# De Raad stelt zich voor



*Van links naar rechts:*

*Rien Meijerink, Elisa Carter, Henk Bosma, Marjanne Sint, Dick Willems, Anke van Blerck, Wim Groot, Didi Braat, Johan Mackenbach en Pieter Vos.*



*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.

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



**Mevrouw Van Blerck-Woerdman** (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.

*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 PinkRocade 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 PinkRocade N.V, daarvan was de heer Bosma voorzitter van de Raad van Bestuur. In het voorjaar van 2005 ontstond de combinatie Getronics PinkRocade. Per 1 augustus 2005 trad hij terug uit zijn bestuursfunctie en trad toe tot de Raad van Commissarissen van Getronics PinkRocade.



*mevrouw professor 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.

*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 het Erasmus MC. Tot voor kort was zij lid van de Raad van Bestuur van GGzE Eindhoven en de Kempen. Eerder was zij werkzaam – van 1981 tot 1994 – als manager Operatiekamer en Verpleegkundig sectorhoofd van VU Medisch Centrum Amsterdam en van 1996 tot 2004 – als (eenhoofdige) Raad van Bestuur RIAGG Maastricht en – van 1994 tot 1996 – als Hoofd algemene gezondheidszorg GGD Brabant Noordoost.

*prof. dr. W.N.J. (Wim) Groot*



**De heer Groot** (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 Financieele Dagblad, Economisch Statistische Berichten, HO Magazine, de Observant en Zorgvisie.



*professor 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.

*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.

*professor 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*. Vanaf 2003 is hij werkzaam als arts en hoogleraar Medische ethiek aan het Amsterdams Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam. Daarnaast is hij als consulent verbonden aan de huisartsen-peergroup Palliatieve zorg 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.



*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 vijftientig medewerkers. Hij heeft een aantal toezichthoudende en adviserende nevenfuncties in de zorgsector.



# Werkprogramma RVZ 2012

De RVZ heeft de wettelijke taak regering en Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal te adviseren over volksgezondheid, welzijn en sport.

Concreet over:

- de publieke gezondheid (preventie);
- de maatschappelijke ondersteuning (bij participatie);
- de langdurige zorg (voor ouderen en mensen met een beperking);
- de curatieve zorg (medische behandelingen).

Op dit brede terrein is de RVZ het adviesorgaan van de minister van VWS voor strategische vragen. De adviesopdrachten van de minister voert de Raad uit in goede samenwerking met de andere kennisorganen van VWS. Tegelijkertijd werkt de RVZ samen met adviesraden van andere ministeries, bijvoorbeeld die van OCW. Zo werkt de Raad aan intersectorale advisering.

Dit werkprogramma is het resultaat van een zorgvuldige toetsing aan de grote opgaven op het beleidsterrein VWS. De website van de RVZ, [www.rvz.net](http://www.rvz.net), biedt u meer informatie.

## Hoe gaat de RVZ te werk?

Een adviesproject van de RVZ start met het samenstellen van het team. Dat bestaat uit twee raadsleden, uit een projectleider (een van de senioradviseurs) en enkele projectmedewerkers. Het schema met de planning van de adviezen achterin dit werkprogramma bevat de namen van de adviesvoorbereiders.

De volgende stap is de vaststelling door de Raad van een plan van aanpak. Dit plan bevat een analyse van aanleiding en achtergronden en van het politieke en maatschappelijke krachtenveld. En verder een informatianalyse, een communicatieparagraaf en een budgettair kader. Daarmee is ook duidelijk welke externe deskundigheid de Raad wil inschakelen. Voor een achtergrondstudie of voor een klankbordgroep. Steeds meer organiseert de RVZ zijn overleg met de zorgsector via de sociale media. Zo vergroot de Raad zijn bereik en kan hij de stem van werkvloer en patiënt steeds meer in zijn adviezen laten doorklinken.

De Raad bespreekt een conceptadvies en achtergrondstudies een aantal malen en stelt uiteindelijk het advies vast. Nadat hij zijn advies heeft gepubliceerd, volgt meestal nog een aantal vervolgactiviteiten in de zorgsector: debat, presentaties etc..





### **Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG)**

Het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) is op initiatief van minister Borst in 2003 ingesteld. In het CEG werken de Gezondheidsraad en de RVZ samen. Met signalementen attendeert het CEG regering en parlement op de morele dilemma's van onze tijd en verkent het oplossingen. Zo draagt het CEG bij aan een afgewogen, ethisch verantwoord zorgbeleid. Gezondheid en goede zorg voor iedereen.

Het CEG is ook een informatiebron voor een breed publiek. De website, [www.ceg.nl](http://www.ceg.nl), van het CEG speelt hierin

een belangrijke rol. Hij biedt een schat aan informatie over ethische onderwerpen, links en debatmogelijkheden.



# Adviezen RVZ en signalementen CEG in 2012

## Geestelijke gezondheidszorg en forensische psychiatrie: twee culturen, één werkelijkheid?

**Het kabinet wil dat de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (WvGGZ) en de Wet forensische zorg (WFZ) eind 2012 van kracht zijn.**

De WvGGZ en de WFZ zijn ontworpen om de instrumenten van gedwongen geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg beter te kunnen benutten en om de kwaliteit ervan te verhogen. De ministers van VWS en Veiligheid en Justitie vragen de RVZ om een advies over de implementatie van beide wetten. Dit doen zij, omdat de samenhang tussen geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg niet optimaal is. Dit kan problemen veroorzaken, terwijl succesvolle inwerkingtreding van deze twee wetten nu juist vraagt om meer samenwerking van beide sectoren.

In het verleden hadden justitiële instellingen en instellingen voor geestelijke gezondheidszorg weinig raakvlakken. Op dit moment vindt steeds vaker zorg en behandeling plaats in zowel het publiek recht als het strafrecht, zowel tijdens detentie als in de vorm van een voorwaardelijke

straf. Nu is het de vraag of de geestelijke gezondheidszorg in staat is om strafrechtelijk veroordeelden te behandelen. Aan deze vraag ligt echter een andere vraag ten grondslag: hebben strafrechtelijk veroordeelde psychiatrische patiënten andere kenmerken dan patiënten van de reguliere geestelijke gezondheidszorg (GGZ)? En vereist dat een andere behandeling, behandelaar en behandelomgeving? Wanneer er specifieke kenmerken bestaan, dan biedt dit mogelijk aangrijpingspunten voor preventie van zwaardere zorgvormen en van crimineel gedrag. Samenwerking tussen politie, justitie en GGZ is hiervoor noodzakelijk.

De RVZ zal over dit thema een advies uitbrengen waarin de twee wetten een gegeven zijn. Zij vormen het beleidskader voor het advies.

De RVZ zal in zijn advies kijken naar de context van de forensische zorg en de geestelijke gezondheidszorg (overheidsbeleid, sociaal-culturele ontwikkelingen, openbaar bestuur). Belangrijk thema in het advies zal ook zijn de continuïteit



van zorg over de schotten heen (maatschappelijke ondersteuning - openbare GGZ - reguliere GGZ - gedwongen GGZ - forensische GGZ). Is het mogelijk escalatie en ontsporing te voorkomen? Gaat zorg vooraf aan straf? Hoe intersectoraal moeten praktijk en beleid zijn? De Raad zal verder moeten nagaan wat mogelijke gevolgen zijn van de invoering van de twee wetten.

De Raad zal samenwerken met kennisinstellingen op het terrein van VWS en dat van Veiligheid en Justitie. Hij zal intersectoraal en interdepartementaal informatie inwinnen, bijvoorbeeld door

gebruik te maken van het advies Straf en zorg: een paar apart (2007) van de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling. Achtergrondstudies zullen vanwege het specifieke expertiseniveau mede extern worden uitgezet. De RVZ houdt rekening met andere wetgeving in voorbereiding, zoals de wet Zorg en dwang.

Eind 2011 wil de Raad beschikken over de externe achtergrondstudies. Op basis daarvan kan de Raad begin 2012 een advies publiceren.







# Voor wat hoort wat: solidariteit vraagt om return on investment en goed patiëntschap

**Solidariteit in de zorg vraagt om blijk van effectieve en kwalitatief goede zorg en om patiënten die zich houden aan gemaakte afspraken: return on investment en goed patiëntschap. Dus: systeempowerance enerzijds, individueel gedrag anderzijds. Hoe kan de overheid de (risico)solidariteit zo vorm geven, dat de houdbaarheid van het zorgstelsel in stand blijft? En impliceert dat niet ook clausulering en grenzen stellen? Keuzes doen?**

Minister Donner heeft in een toespraak van 24 maart 2011 de strategische adviesorganen gevraagd te adviseren over het thema toekomst van de verdeling van collectieve middelen. Voor de RVZ is dan van belang om na te gaan wat de gevolgen zijn van de grote veranderingen in de zorgsector op de solidariteit en hoe dit inwerkt op de vormgeving van ons zorgstelsel. Het CPB en de SER ontvingen gerelateerde adviesaanvragen over de betaalbaarheid van de zorg.

Belangrijk voor solidariteit is dat de publieke middelen goed en vooral zichtbaar goed worden besteed. Dit heeft twee aspecten: return on investment en goed patiëntschap.

## **Return on investment**

Onderzoek naar de bereidheid van burgers in West-Europese landen tot blijvende solidariteit wijst op een kritischer houding. Kritischer over de systemen van sociale verzekering en over risico-solidariteit. De verklaring moeten wij waarschijnlijk niet zoeken in het feit dat men niet meer solidair is met mensen die zorg nodig hebben. Het wordt veroorzaakt, doordat niet zichtbaar is voor het publiek hoe de overheid de collectieve middelen besteedt. Gebeurt dit effectief en efficiënt? Het RVZ-advies Sturen op gezondheidsdoelen (2011) gaat hierover. Iedereen weet dat er veel geld in de zorg omgaat, maar er is te weinig transparantie over de resultaten. Hoe worden premiemiddelen besteedt, vraagt de burger zich af. En wat zou in dit verband een andere ordening van de zorg kunnen opleveren?

## **Goed patiëntschap**

Gelijkheid en solidariteit in de zorg zijn zo'n zestig jaar geleden verankerd in de Ziekenfondswet en de AWBZ en later in de Zorgverzekeringswet. Voor andere sectoren - onderwijs en sociale zekerheid - is dat ook in die tijd gebeurd. In die sectoren is men echter afgestapt van de ongeclausuleerdheid van de dienstverlening en de voorzieningen. Er wordt een tegenprestatie van de ontvangende partij



verwacht, zoals in de sollicitatieplicht, de leerplicht en de studiefinanciering. In de zorg ontbreken dergelijke clausuleringen. Therapietrouw is een goed voorbeeld van clausulering van het recht op zorg en van de positieve effecten ervan. Tegenover rechten, staan plichten. Dus een logica bestaande uit risicosolidariteit, clausulering van gelijkberechtigdheid, plichten, sancties.

De Raad stelt zich in dit advies de vraag: hoe kunnen wij aan solidariteit en gelijkheid nieuwe vorm en inhoud geven? Vorm en inhoud die passen bij de grote verschuivingen in de samenleving. Hoe geef je, in dit verband, aan return on investment en aan goed patiëntschap nieuwe betekenis? Nieuw vergeleken met

de betekenissen van vandaag: DALY's, QALY's, Wgbo et cetera? Dit alles staat voor de RVZ in het teken van relatief afnemende middelen. Hoe borg je solidariteit en gelijkheid bij krimpende middelen? Dat moet toch betekenen het stellen van grenzen en het doen van keuzes? Hoe doe je dat?

Met dit advies wil de RVZ een bijdrage leveren aan de borging van de in de samenleving aanwezige solidariteit door van overheid en veldpartijen te vragen transparant te zijn over de besteding van publieke middelen, maar ook de voorwaarden te scheppen voor goed patiëntschap. Een bijdrage dus aan de houdbaarheid van ons zorgstelsel. Onderdelen van het wetgevings-

programma van VWS zijn relevant:  
Beginselenwet zorginstellingen; Wet  
cliëntenrechten; Kwaliteitsinstituut.

De Raad zal zijn advies publiceren najaar  
2012. Tijdens de adviesvoorbereiding  
zal de RVZ samenwerking zoeken met  
andere adviesraden, zoals de SER, en  
met het CPB.



## Wat is goede zorg?

**Wat te doen als patiënt en dokter het niet eens zijn over de behandeling? En hoe zouden zij het eens kunnen worden? Kunnen de wensen van de patiënt een grotere rol spelen in de besluitvorming over de zorg? Kortom: wat is de definitie van 'goede zorg', wiens definitie is het en hoe realiseren wij die? Met andere woorden: onder welke voorwaarden ontstaat 'goede zorg'?**

In de ideale situatie krijgt de cliënt zorg die het resultaat is van vier soorten overwegingen:

- Individuele: de in de spreekkamer door de cliënt geuite wensen (de zorgvraag);
- Juridische: de functioneel omschreven wettelijke zorgaanspraken (het recht);
- Professionele: de professionele standaard en evidence based medicine (het zorgberoep);
- Financiële: de zorgaanspraak (het basispakket), de DBC of het ZZP, inclusief de gestelde indicatie (de middelen).

De afweging van deze vier overwegingen zou een zorg-leefplan, een behandelplan of een zorgovereenkomst moeten zijn; uitkomst van overleg die het zorgproces stuurt op basis van consensus. Shared decision making is de methode die

zorgvrager en zorgverlener zouden kunnen gebruiken om zover te komen.

De praktijk is anders. De zorg die de cliënt ontvangt is over het algemeen het resultaat van een afweging van professionele en financiële overwegingen binnen het ruim omschreven kader van de zorgaanspraken. De zorgverlening is dus aanbodgestuurd; de wensen, maar ook de mogelijkheden, van de cliënt spelen een ondergeschikte rol in de keten van besluitvorming (indicatie, behandeling en zorg).

Dit is een probleem. In de eerste plaats, omdat in de komende jaren het pakket wettelijke zorgaanspraken mogelijk kleiner zal worden. De individuele verantwoordelijkheid wordt dan dus groter. En dat vereist de inbreng van de cliënt in het zorgplan. In de tweede plaats, omdat daardoor, maar ook door andere oorzaken, zoals een tekort aan zorgarbeid, door gezondheid 2.0 en e health, zelfmanagement steeds belangrijker zal en moet worden. En dat maakt shared decision making pure noodzaak. In de derde plaats, omdat 'sturen op gezondheid' de bestaande sturing op proces en product(ie) moet vervangen. De actieve instemming van de cliënt met de doelstelling van de zorg en met het definiëren van gezondheid is dan onontbeerlijk. En in de vierde





plaats, omdat het zorgresultaat, de effectiviteit, door technologisering veel meer dan vroeger afhankelijk is van de inspanningen van de cliënt. Dan zal het zorgplan dus ook 'van hem' moeten zijn.

Zo zijn er nogal wat zakelijke redenen om, veel systematischer dan nu, shared decision making een stevige plaats te geven in de zorg. In de opleidingen, in de bekostiging en de financiering, in het juridisch-ethisch kader en in de kwaliteitsnormering. In essentie gaat het dan om de manier waarop men de 'zorgvraag', 'het recht', 'het beroep' en 'de middelen' in balans brengt in de zorgrelatie, op de werkvloer, in de spreekkamer. En anders dan nu zou de zorgvraag in dit proces van afweging

van belangen een *conditio sine qua non* moeten zijn. Deze afweging omvat ook het doen van keuzes en het stellen van grenzen. Met als vraag: op basis waarvan doen wij dat?

Uitkomst van dit proces van afweging moet consensus over het zorgdoel zijn. En dat moet in het teken staan van de zorgvraag van het individu. Een vraag die gezondheid omvat, maar ook participatie en kwaliteit van leven. Aan dit ingewikkelde proces van shared decision making zal men eisen moeten verbinden. Aan het proces, maar ook aan de compliance van beide partijen aan de uitkomst. Compliance dus niet alleen van de zorgverlener, ook van de zorgvrager. Het is immers ook zijn

zorgplan.

De RVZ wil met dit advies handen en voeten geven aan shared decision making en aan de landing daarvan in de praktijk van de zorg. En dit dan in het licht van de grote thema's rond deze besluitvorming: eigen verantwoordelijkheid, zelfmanagement, sturen op gezondheid en effectiviteit. De Raad richt zich met zijn advies op zowel overheid en politiek als op de zorgsector. De Wet geneeskundige behandelovereenkomst (Wgbo) zal in het advies een rol spelen. Maar ook de professionele standaard zal langs komen: hoe verhoudt die zich tot zelfmanagement? Relevante wetgeving in voorbereiding: Beginselenwet zorginstellingen; Wet cliëntenrechten; Kwaliteitsinstituut; Zorg en dwang.

Het advies *Wat is goede zorg?* verschijnt aan het eind van 2012. Relevante publieke samenwerkingspartners van de RVZ zijn het CVZ, de IGZ en het Kwaliteitsinstituut i.o. En uiteraard zal de Raad samen optrekken met de patiëntenverenigingen en de beroepsorganisaties. De door de Gezondheidsraad aangezwengelde discussie over de definitie van gezondheid zal een plaats krijgen in het advies (zie ook het advies *Sturen op gezondheidsdoelen van de RVZ 2011*).



# De bomen en het bos, de patiënt, zijn vraag en het landschap

**Past de inrichting van ons zorgland-  
schap bij de vragen van de burger?  
En zijn dat 'zorgvragen'? Of vraagt  
die burger iets anders? Iets waarop  
de zorgsector geen antwoord heeft?  
Is een ander navigatiesysteem richting  
antwoord mogelijk? En wie navigeert:  
consument of producent?**

Welke vragen stelt de burger aan de zorgsector? Wat zoekt hij? Uit analyses blijkt dat er twee soorten zorgvragen zijn. Er zijn enkelvoudige, hoewel soms complexe en acute, vragen naar zorg en gezondheid. En er is een, zo lijkt het, groeiend aantal diffuse vragen. Achteraf blijken dit vaak geen medische vragen te zijn. Het zijn, sterk samenhangend met de geografische herkomst, vragen op verschillende terreinen: wonen, werk, opvoeding, gezondheid. De vragen zijn vaak sterk met elkaar vervlochten geraakt, oorzaak en gevolg zijn moeilijk te traceren. De diffuse vragen komen op verschillende terreinen terecht - de sociale zekerheid, justitie, onderwijs - maar de zorgsector is door allerlei oorzaken wel een dominante 'vind- en zoekplaats' geworden voor multiproblematiek en voor diffuse vragen. Eerste lijn, geestelijke gezondheidszorg en spoedeisende hulp zijn voorbeelden. Voor veel mensen is deze sector eerste aanspreekpunt en

laatste uitweg tegelijk. Medicalisering van maatschappelijk problemen als ultimatum remedium voor hulpvragers en hulpverleners ligt dan op de loer. Bijverschijnsel is dat de vraagsituatie nogal eens zeer gecompliceerd en geëscaleerd is door te laat ingrijpen.

Deze vragen komen nogal eens bij het verkeerde adres terecht. De vragers krijgen in de zorgsector niet het juiste antwoord. Bovendien treffen zij aan de poort van dat systeem niet altijd de juiste competenties aan voor de diffuse vragen. Toch, of misschien wel juist daardoor, verdwijnt en verdwaalt een deel van deze vragen in het zorglandschap. Het zorgaanbod in dit landschap past niet op vragen die zich op het grensvlak van het sociale, het psychische en het medische bevinden. Het verkokerd landschap heeft geen frontoffice voor deze vragen.

Meestal gaat het in zo'n frontoffice om drie functies:

- Het actief op zoek gaan naar een serieuze, maar latente vraag in de samenleving.
- Een eerste opvang en probleemverheldering, soms met een spoedkarakter, met een integrale blik.
- Door- en toegeleiding; bewaking van continuïteit van dienstverlening, monitoring en case management.

Deze functies en de daarbij behorende competenties (preventieve blik, ervaring, triage, gezag, netwerk) moeten in de praktijk buurt- of wijkgebonden zijn. De inrichting van het zorglandschap en de navigatie van de zorgvraag bieden deze functies niet. Echelonnering van zorgaanbod, een piepsysteem (wachten op de vraag), medicalisering en verkokering (Wpg, Wmo, AWBZ, Zvw) staan in de weg.

Is het mogelijk de hulp- en dienstverlening anders in te richten? Dat is de vraag die de RVZ met dit

advies wil beantwoorden. Er zijn goede voorbeelden: consultatiebureaus voor kinderen of voor ouderen, Centra voor Jeugd en Gezin, Wmo-loketten, gezondheidscentra, een inloofunctie, in andere landen nurse-run clinics. Bovendien is het internet steeds vaker een goede vraagbaak voor burgers met problemen, dus misschien kan die mogelijkheid beter worden benut. Wat kunnen wij van deze voorbeelden leren? En hoe kunnen wij een en ander combineren met de plannen van de bewindslieden van VWS met 'zorg nabij'?





De RVZ wil met zijn advies bijdragen aan versnelling van de innovatie op dit gebied: proberen initiatiefnemers handreikingen te doen. De Raad zal de empirie op het grensvlak van zorg en welzijn in kaart brengen en op basis daarvan met voorstellen komen voor zowel politiek Den Haag als de zorg- en dienstverlening op het lokaal vlak. De voorstellen zullen een intersectoraal karakter hebben.

Het advies zal medio 2012 verschijnen. De RVZ zal samenwerken met andere adviesraden en met Vilans, Trimbosinstituut en het SCP.



# CEG werkprogramma voor 2012

## 1. Betutteling of zorgen voor?

De overheid heeft de taak om gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of voor specifieke groepen te nemen (zoals staat beschreven in Wet publieke gezondheid). Veel van dergelijke maatregelen raken echter aan de privésfeer van burgers. Leefstijladviezen over stoppen met roken, gezond eten, voldoende bewegen en matig zijn met het gebruik van alcohol roepen regelmatig bezwaren op: betutteling of paternalisme. De mate waarin overheidsbemoediging met de leefstijlkeuzes van burgers gerechtvaardigd is, is onderwerp van verhit maatschappelijk debat. Het is de vraag of bezwaren tegen overheidsbemoediging met leefstijl altijd terecht zijn. Enerzijds willen burgers gebruik maken van goede zorgvoorzieningen. Anderzijds willen zij niet beperkt worden in hun keuzevrijheid, en worden overheidsmaatregelen op het gebied van gezonde leefstijl al snel bestempeld als 'betutteling'. Het spanningsveld tussen collectieve goederen en verantwoordelijkheden versus individuele rechten en plichten roept diverse vragen op.

## 2. Zelfmanagement patiënten en de professionele autonomie van de arts

Er is een toenemende nadruk op de patiënt als manager van de eigen gezondheid. Van burgers wordt verwacht dat zij meer verantwoordelijkheid dienen te nemen voor hun eigen gezondheid en leefstijl, en dat zij - in geval van ziekte - hun eigen zorg dienen te organiseren en te regisseren. Deze visie pleit voor een mondige patiënt, die zich zo lang mogelijk thuis redt (RVZ, 2010). De ontwikkeling dat patiënten meer inspraak zouden moeten hebben bij de behandeling van hun klachten, vereist niet alleen capaciteiten die wellicht niet alle patiënten bezitten, maar zal ook spanningen opleveren tussen de wensen van de patiënt en die van de arts. De verhouding tussen arts en patiënt wordt gelijkwaardiger en tegelijkertijd meer gespannen, aangezien de opvatting van mondige en beter geïnformeerde patiënten kan botsen met de professionele opvattingen van de arts. Dit vraagt om het opnieuw doordenken van de verantwoordelijkheidsverhouding tussen arts en patiënt.



# Planning adviezen RVZ en signalementen CEG voor 2012

## 1. Adviezen RVZ

Adviesproject	raadsleden	projectmanager	publicatie
<b>Werkprogramma 2011</b>			
Zorg voor ouderen	E.R. Carter MBA prof. dr. W.N.J. Groot drs. M. Sint	mw. dr. M. ten Have m.t.have@rvz.net mw. dr. I. Doorten i.doorten@rvz.net	april 2012
<b>Werkprogramma 2012</b>			
GGZ en forensische psychiatrie: twee culturen of een werkelijkheid?	prof. dr. D.W. Willems E.R. Carter, MBA	mw. mr. M.W.de Lint m.delint@rvz.net	begin 2012
De bomen en het bos: de patiënt, zijn vraag en het landschap	mw. drs. M. Sint mr. H. Bosma	dr. W.J. Meerding wj.meerding@rvz.net	medio 2012
Wat is goede zorg?	mw. prof. drs. D.D.M. Braat mw. mr. A.M. van Blerck-Woerdman	mw. mr. M.W. de Lint m.delint@rvz.net	najaar 2012
Voor wat hoort wat: solidariteit vraagt om return on investment en goed patiëntschap	prof. dr. W.N.J. Groot mr. H. Bosma prof. dr. J.P. Mackenbach	drs. F.J. van Sloten fj.v.sloten@rvz.net	najaar 2012



## 2. Signalelementen CEG

Signalelement	raadsleden	projectmanager	
<b>Werkprogramma 2011</b>			
Visiedocument Ethiek en Gezondheid	prof. dr. D.L. Willems	mw. dr. A.J. Struijs (RVZ) a.struijs@rvz.net dhr. L.M. Cornips (Gezondheidsraad) lm.cornips@gr.nl	januari 2012
Financiële prikkels, gedrag en solidariteit	prof. dr. D.L. Willems prof. dr. W.N.J. Groot	mw. dr. M. ten Have m.t.have@rvz.net	mei 2012
Gezondheidsbelangen mens, dier & leefomgeving	prof. dr. D.L. Willems prof. dr. J.P. Mackenbach	mw. dr. A.J. Struijs a.struijs@rvz.net	maart 2012
Prioritering van patiënten bij epidemieën	prof. dr. D.L. Willems	mw. dr. A.J. Struijs	Nog niet gestart
<b>Werkprogramma 2012</b>			
Betutteling of zorgen voor?	prof. dr. D.L. Willems mw. mr. A.M. van Blerck-Woerdman	mw. dr. M. ten Have m.t.have@rvz.net	september 2012
Zelfmanagement patiënten en de professionele autonomie van de arts	prof. dr. D.L. Willems E.R. Carter, MBA	mw. dr. A.J. Struijs a.struijs@rvz.net	november 2012



# Bijlagen:

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer  
der Staten-Generaal  
Postbus 20018  
2500 EA Den Haag

**Bezoekadres:**  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T: 070 340 79 11  
F: 070 340 98 34  
Postbus 20350  
2500 EJ Den Haag  
[www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)

**Kenmerk**  
MEVA-AEB/3079987

**Bijlage(n)**  
1

Datum 15 september 2011  
Betreft Werkprogramma RVZ 2012

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

Geachte voorzitter

Hierbij stuur ik u, conform artikel 26 van de Kaderwet adviescolleges, een afschrift van het werkprogramma 2012 van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, zoals dat door mij is vastgesteld.

Hoogachtend,

de Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers

Pagina 1 van 1

# Samenstelling secretariaat

## Directie

Drs. P. Vos

## Functie

algemeen secretaris

## Communicatie

Mw. M.L. Noteboom

communicatieadviseur

## Adviesgroep

Mw. mr. M.W. de Lint

L. Ottes, arts

Dhr. drs. F.J. van Sloten

Dhr. dr. W.J. Meerding

Mw. dr. A.J. Struijs

Mw. dr. I. Doorten

Dhr. drs. B.J. van de Gevel

Mw. dr. M. ten Have

Mw. drs. S.S. Baldewsing

Mw. drs. M.E.M. Huijben

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

Mw. N.P.C.A. Vermunt, arts

Mw. drs. L.E. Oldenhof

Mw. drs. K.R. Jongsma

Mw. drs. M. Haverkamp

Mw. drs. A. Zarrinkhameh

senioradviseur

senioradviseur

senioradviseur

senioradviseur.

senioradviseur/projectcoördinator CEG

senioradviseur

adviseur

senioradviseur/senioradviseur CEG

adviseur

adviseur

adviseur

senioradviseur

adviseur (detachering EUR)

adviseur (detachering Erasmus MC)

adviseur (detachering LUMC)

junioradviseur

## Stafbureau

Mw. P.J. de Zwart-van der Meer

Mw. C.A. Dijkhuizen

Mw. V. Pahladsingh-Jewlal

Mw. N.L. Buijs

Mw. S. Bekker

Mw. I.A. de Prieëlle

Mw. F.I. de Mooij

Mw. L. Romein-Hoek

Mw. S. Sookhan

adviseur bedrijfsvoering

coördinator raadssecretariaat

directiesecretaresse

projectsecretaresse /helpdeskmedewerker

projectsecretaresse

projectsecretaresse

projectsecretaresse (tijdelijke medewerker)

projectsecretaresse CEG

assistent visueel gehandicapte

# Kennisgebieden medewerkers RVZ

Sasvita Baldewsingh - sociaal wetenschapper

- Internationale vergelijkingen zorgstelsel

Ingrid Doorten - socioloog

- Jeugd en gezin; jeugdgezondheidszorg
- Innovatie langdurige zorg
- Ouderenbeleid

Bart van de Gevel - econoom

- Zorgverzekeringswet
- Bekostiging en financiering curatieve en langdurige zorg
- Arbeid en zorg; arbeidsmarkt zorgsector

Marieke ten Have - filosoof/ethicus (CEG)

- Ethiek van publieke gezondheid en preventie
- Solidariteit en rechtvaardige verdeling in de zorg

Marianne Huijben - psycholoog

- Maatschappelijke ondersteuning en gezondheidsbevordering
- Zorg voor chronisch zieken

Karin Jongsma - gezondheidswetenschapper

- Preventie en autonomie in de geestelijke gezondheidszorg

Marina de Lint - jurist

- Juridische vraagstukken zorgsector
- Governance in de zorg
- Mededinging en samenwerking
- Europa
- Kwaliteitsbeleid zorg

Willem Jan Meerding - econoom

- Publieke gezondheid en preventie
- Zorgstelsel en zorgfinanciering
- Health Technology Assessment en geneesmiddelenbeleid
- Frontoffice functie van zorg en maatschappelijke ondersteuning



Lieke Oldenhof - bestuurskundige

- Bestuur en management zorginstellingen

Leo Ottes - arts n.p. en bedrijfskundige

- Medische technologie en innovatie
- Biowetenschappen en -technologie
- Farmacologie en farmacotherapie

Anke Rijkschroeff - bestuurskundige

- Eerstelijnsgezondheidszorg
- Patiënten- en consumentenbeleid
- E health en gezondheid 2.0

Flip van Sloten - econoom

- Risicoverevening
- Basispakket
- Publieke gezondheid en preventie en SEGV
- Wmo

Alies Struijs - theologe/ethica (CEG)

- Ethiek: beroepsethiek, eigen verantwoordelijkheid- en privacykwesties
- Mantelzorg en vrijwilligers in zorg
- Levensbeschouwelijke en culturele diversiteit in de zorg

Neeltje Vermunt - arts en econoom

- Medische professionaliteit
- Huisartsgeneeskunde
- Gepaste zorg/gepast gebruik

Pieter Vos - psycholoog

- Zorgstelsel
- Geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg
- Medisch-specialistische zorg, ziekenhuizen en revalidatiezorg
- Beroepen en opleidingen zorgsector

# Publicaties RVZ in 2011

Titel publicatie	Publicatienummer
Ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg, november 2010	10/13
Bekwaam is bevoegd. Innovatieve opleidingen en nieuwe beroepen in de zorg, februari 2011	11/01
Gemeente en zorgvangnetten (briefadvies), april 2011	11/02
Sturen op gezondheidsdoelen, juni 2011	11/03
Medisch-specialistische zorg in 20/20, oktober 2011	11/04
Preventie van welvaartsziekten, december 2011	11/08

## Publicaties CEG

Laaggeletterdheid te lijf	2011/17
---------------------------	---------

De publicaties zijn te bestellen via de website van de RVZ [www.rvz.net](http://www.rvz.net)







Raad voor de Volksgezondheid & Zorg



