



de nieuwe spreek kamer

De praktiserend patiënt:
geneeskunde voor dummies?

Pieter Vos





de nieuwe spreek kamer

De praktiserend patiënt:
geneeskunde voor dummies?

Pieter Vos



Niets houdt zijn eigen aanschijn

Ovidius, *Metamorphosen*



De samenleving dringt de spreekkamer binnen. Dat zet de relatie tussen patiënt en dokter op haar kop. Er ontstaat een nieuwe spreekkamer, in veel opzichten onherkenbaar. Een 'praktiserend patiënt' legt zijn ervaring naast de expertise van de 'dienende dokter'. Het resultaat van dit tweerichtingsverkeer is een gezamenlijk plan van aanpak. Een plan met hun afspraken, hun doelen en vooral: de resultaatverplichting die zij met elkaar zijn aangaan. Het plan is een, ook in financieel opzicht, bindend gedragsprotocol. Dit heeft alleen kans van slagen, als rond de spreekkamer de juridisch-ethische kaders flink op de schop gaan (bijvoorbeeld de Wgbo). Maar ook de zorgverzekering moet veranderen. Aansprakelijkheid van patiënt en dokter op resultaat, openheid van afspraken, doelen en gedrag; tegenover het recht op zorg staat een gezondheidsplicht. Voor wat hoort wat.

Alles beweegt!

Ik wil het hebben over de praktiserend patiënt. In 2008 schreef Thomas Goetz het artikel Practicing Patients in The New York Times (Goetz, 2008). Een van zijn praktiserend patiënten is Todd Small, een Amerikaan met multiple sclerose. Small slijkt al 14 jaar een medicijn dat bepaalde symptomen moet bestrijden. Het helpt hem niet echt. Op zijn werk bezorgen de symptomen hem veel hinder. Hij bezoekt de website PatientsLikeMe. Dat brengt hem in contact met andere MS-patiënten, met mensen die ervaring hebben met zijn medicijn. Hij bespreekt zijn klachten met hen en zij adviseren hem de dokter een hogere dosering te vragen. Small stapt naar zijn neuroloog met dit advies. Patiënt en dokter hebben een lange discussie over voor- en nadelen (bijwerkingen!). De dokter denkt er over na, de richtlijn ontraadt de hogere dosering. Small weet dit, maar blijft bij zijn wens. Patiënt en dokter komen tot overeenstemming: een verantwoorde verhoging van de dosering. Het effect is gunstig. Small kan blijven werken.

Hier zien wij de praktiserend patiënt. Een nieuwe speler in de gezondheidszorg. Een die flink aan de weg timmert. Een patiëntenvereniging als Diabetes Vereniging Nederland leidt haar leden op tot praktiserend patiënt. Voor psychiatrische patiënten is er een Eigen Regie app. De neuroloog Bloem spreekt over 'collaborative care'. De gynaecoloog Jan Kremer startte MijnZorgnet voor zijn patiënten. In het CoCo-project (conditie coach thuis) van revalidatiecentrum 't Roessingh krijgen patiënten met

ernstige postoperatieve stabiliteitsproblemen effectieve zorg digitaal thuis bezorgd. Internetbehandeling bij astmapatiënten levert grote gezondheids-winst en beter zorgresultaat op (Van der Meer, et al., 2010). Het UMC Groningen heeft een app ontwikkeld voor mensen met Niet Aangeboren Hersenletsel waarmee zij via de iPad kunnen communiceren met hun coach. Iedere dag komen er nieuwe voorbeelden bij.

Wat is hier aan de hand? Tientallen jaren was de gezondheidszorg een eiland van stabiliteit in de samenleving. Op het eiland hanteerde men spelregels die nergens anders golden. De rolverdeling in de spreekkamer lag vast: de dokter weet het, de patiënt niet en de patiënt wil ook niet anders. Ziekte ontslaat hem van zijn dagelijkse verplichtingen. De ziekte als noodlot, de dokter als profeet. En opeens, het begon een paar jaar geleden, is alles anders. Blijken onze aannames over zorg en ziekte op drijfzand te berusten. Verliezen gezondheidszorg en spreekkamer hun exclusief karakter. Zijn deze voormalige eilanden als Schokland of Urk in hun omgeving opgegaan, niet meer van echt te onderscheiden. Opeens gelden de spelregels van de omringende samenleving ook in de spreekkamer, in de relatie tussen patiënt en dokter. Een relatie tussen de 'praktiserend patiënt' van Goetz en de 'dienende dokter' van James Kennedy (in de NRC van 13 januari 2007).

In dit essay onderzoek ik de oorzaken van deze culture shock. Hoe is die te verklaren en wat brengt hij teweeg in de spreekkamer? Na de oorzaken en de gevolgen, ga ik na hoe het gesprek in de spreekkamer over 10 jaar zal verlopen. Mijn stelling is: krachten van buiten hebben bezit genomen van de spreekkamer, regisseren het gesprek tussen patiënt en dokter, dicteren de rolverdeling. Resultaat: een andere patiënt, een andere dokter, een andere spreekkamer. De mise en scène verandert snel. Opleidingen, juridische en ethische kaders, zorgstandaarden en financiering moeten volgen. Het spel is op de wagen.

Ik gebruik uitdrukkingen als 'de spreekkamer', 'de relatie tussen patiënt en dokter' en 'behandelplan'. Dat oogt erg medisch. Dat is niet de bedoeling. Mijn lijn van redeneren gaat over alle vormen van zorg, dus ook de verpleegkundige of de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap. Lees dus voor die uitdrukkingen: 'zorgrelatie', 'de relatie tussen cliënt en zorgprofessional' en 'zorgplan' of 'zorgleefplan'.

‘Alles was zoals hij verwachtte; alles gebeurde zoals het altijd gaat. Eerst het wachten, dan de opgeblazen gewichtigheid van de dokter, die hij zo goed kende, dezelfde gewichtigheid die ook hij over zich had op de rechtbank, het bekloppen en luisteren, de vragen, die van tevoren bepaalde en kennelijk nutteloze antwoorden vereisten, de veelbetekenende blik, die zei: ‘Onderwerpt u zich maar helemaal aan ons, wij zullen alles wel in orde maken, wij weten hoe het moet, alles op precies dezelfde manier voor iedereen, wie dan ook’. Alles ging net zo als op de rechtbank. Zoals hij tijdens de rechtszitting de beklaagden aankweek, precies zo keek de bekende dokter naar hem.’ Tolstoj, *De dood van Iwan Ilijtsj*, 1886.

Amir Hannan is een levend voorbeeld van een health 2.0-arts. Deze Engelse huisarts probeert met patiëntentoeegang tot een EPD zijn patiënten te emanciperen tot gelijkwaardige gesprekspartners. In het ideaalbeeld van Amir Hannan is de arts-patiëntrelatie een gelijkwaardige, een partnership of trust. Daar waar veel artsen moeite hebben met geëmanciperde patiënten, heeft Hannan juist problemen met patiënten die kiezen voor een passieve rol.

Hij gelooft niet zo in de traditionele rolverdeling. Een passieve rol leidt tot problemen met de therapietrouw. Emancipatie is nodig voor kwalitatief hoogwaardige zorg. Wat Hannan betreft, wordt de arts steeds meer een adviseur. Hij helpt patiënten bij het verlenen van zorg aan zichzelf. Daarbij is het belangrijk dat patiënten over hun eigen medische gegevens beschikken en dat zij informatie over hun aandoeningen op het internet opzoeken, zodat zij beter in staat zijn tot het nemen van een beslissing over een behandeling. Juist hier ziet hij een belangrijke rol voor de huisarts weggelegd. Stel een patiënt komt bij hem met een sensatieverhaal uit de krant over een nieuw wondermiddel. Amir Hannan spreekt in zo'n geval eerst zijn waardering uit voor het feit dat de patiënt in de krant informatie over zijn aandoening heeft gelezen. Vervolgens probeert hij met de patiënt het principe van critical appraisal toe te passen, zodat hij zelf leert informatie te duiden en bronnen op waarde te schatten.’

Bettine Pluut, enigszins aangepaste versie van een interview met de arts Hannan, internetbericht 25 februari 2009.

Wat speelt zich af rond de spreekkamer?

In de afgelopen jaren veranderde er veel in de directe omgeving van de spreekkamer. Veranderingen die de relatie tussen patiënt en dokter op haar kop zetten.

Internet en kennis

Het internet levert de patiënt kennis. Niet alleen over zorg en ziekte, ook over zorgverleners, over hun performance. Het internet is het navigatiesysteem voor de patiënt. En de patiënt gebruikt dat systeem ook. PwC laat zien dat steeds meer mensen eerst googlen en dan pas naar de dokter gaan. De poort van de zorg schuift naar voren.

Maar de patiënt gebruikt langzamerhand het internet ook in zijn keuze-gedrag: welk zorgaanbod past het beste bij zijn ziekte? En het internet nodigt hem ook uit te zoeken en te kiezen. En heeft hij gekozen, dan staan social media hem bij in zijn gesprek met een dokter of een verpleegkundige.

Hier zien wij de rationaliteit van de patiënt bezit nemen van de gezondheidszorg (Potters en Prast, 2009). Hij zoekt, vindt en kiest. Hij legt zijn wensen op tafel en doet dat met argumenten. Hij weet of denkt te weten. Het internet verandert informatieposities in de spreekkamer. De informatie-asymmetrie tussen patiënt en dokter, kroonjuweel van generaties gezondheidseconomen, krijgt een andere vorm. Vooral chronisch zieken weten soms meer over hun ziekte dan hun dokter (Gerads, 2010).

En soms staat de rationaliteit van de patiënt tegenover die van de dokter. Therapie-ontrouw kan rationeel zijn vanuit het perspectief van de patiënt. Hij heeft last van bijwerkingen of hij denkt over de oorzaak van zijn klachten anders dan zijn dokter. Een mooi voorbeeld van het laatste geeft Maillette de Buy Wenniger: 30 tot 50% van de patiënten met hypertensie is niet therapietrouw; een flink deel van hen is dat, omdat zij denken dat hun hypertensie ontstaat door stress of overgewicht (Maillette de Buy Wenniger, 2012).

Maar er is meer. Het internet geeft de patiënt ook het personal health record: het Persoonlijk Gezondheid Dossier (PGD). Dit digitaal dossier, gelinkt aan de iPhone, smart Phone of iPad van de patiënt en aan het EPD van de dokter, stuurt de gezondheid en dus ook het gedrag van de patiënt. Patiënt en dokter gebruiken de iPad, smart- of iPhone als medium en als meetinstrument. De NRC van 28 september 2012 bericht: 'De iPad-app 'Vital Signs' van Philips meet hartritme en ademsnelheid door je gezicht en borst te filmen met de tabletcamera. De app 'Pulse Phone' meet ook hartritme. Leg je vinger op de flitser van de iPhone en de bloedstroom wordt gemeten aan de hand van de lichtval door je vinger. Apps die zo de zuurstofverzadiging van het bloed meten zijn in ontwikkeling.'

Maar het PGD stuurt evengoed het gedrag van de dokter. De software bevat de compliance van patiënt en van dokter, bevat dus hun afspraken. Het bevat de zorgstandaard of de richtlijn en de performance van de dokter daarop. Het PGD houdt toezicht op de relatie tussen patiënt en dokter. En onvermijdelijk maakt dit alles uiteindelijk het patiëntdossier,

elektronisch of niet, tot het eigendom van de patiënt. Waarschijnlijk de enige oplossing voor het onuitroeibare probleem van de complexiteit van de gezondheidszorg: de patiënt aan het stuur.

Van geneeskunde naar meetkunde

Het is allang niet meer mogelijk om de ontwikkelingen in de geneeskunde in een paar zinnen samen te vatten. Maar 'P4-medicine', Leroy Hood muntte de term in 2003, staat mij wel toe de belangrijkste van die ontwikkelingen globaal te ordenen. De vier P's staan voor Personalized, Predictive, Preventive/Preemptive en Participatory (zie verder Duchatteau, 2011). Met elkaar geven deze aanduidingen een goed beeld van de geneeskunde van vandaag en, meer nog, van morgen.

Personalized medicine omvat het geheel van preventie, diagnostiek en behandeling bij de individuele patiënt. Duidt op de transitie van standaard en generiek naar individu-specifiek, mogelijk gemaakt door het genoom. Mogelijk ook door screenen op molecular signatures, volgens een recent bericht op het internet (september 2012) experimenteel toegepast bij MS-patiënten. Dat maakt ook Predictive medicine mogelijk: het voorspellen van de kans op een specifieke ziekte. Preventive/Preemptive medicine omvat de vroegdiagnostiek, bijvoorbeeld met periodieke MRI, en het vroeg-ingrijpen. Er zijn nog geen klinische verschijnselen. Ook hier staat de genetica steeds meer een op het individu toegesneden aanpak toe. De vroegdiagnostiek kan de vorm van screening aannemen of van een preventieconsult voor hart- en vaatziekten of diabetes. En de patiënt kan vooraf een risicotest op het internet doen en de uitslag meenemen naar het consult. Participatory medicine tovert de nu nog passieve patiënt om tot een geëngageerde consument die zich eigenaar voelt van zijn gezondheid. De vier P's hebben alles met elkaar te maken. Je zou ze kunnen zien als Querido's integrale geneeskunde anno 2012. Je kunt ze ook zien als de geneeskundige vertaling van het adagium 'van zz naar gg'.

Hoe dit verbijsterend perspectief te typeren? 'Het genoom voorbij' (Ian Humphrey-Smith in MC, 2001)? Een door biochips en -markers aangedreven geïndividualiseerde geneeskunde die de oude intuïtieve verdrijft? 'Straks is iedereen permanent patiënt en is voor elk risico een pil beschikbaar' (Pieter Hilhorst in de Volkskrant van 24 juli 2012). Het einde van praktijkvariatie, overdiagnostiek en therapieontrouw? Elke patiënt een

eigen medicijn met het 'organen op een chip-model' (Mimetas, Leiden)? Van reactief naar proactief? Zo zal het ongeveer gaan en de impact van deze transitie in de geneeskunde voor die twee in de spreekkamer is groot.

De organisatie van de zorg

Drie nietsontziende trends zetten de organisatie van de zorg op haar kop. De veranderende vraag van de patiënt – chroniciteit, comorbiditeit, beperkingen – dwingt ons tot een ander zorgaanbod. De steeds mobilere en draagbaardere technologie maakt het onmogelijke mogelijk, bijvoorbeeld zwaar zieke mensen thuis behandelen. En het tekort aan personeel stimuleert arbeidsbesparende maatregelen. De gevolgen zijn al zichtbaar. Zorg op afstand (e-health) en gezondheid 2.0, taakherschikking (de verpleegkundige vervangt de dokter), parttime werken en Het Nieuwe Werken, standaardisatie en de inzet van multidisciplinaire teams. De introductie van deze innovaties beïnvloedt de relatie tussen patiënt en dokter. Deze relatie verschuift. Van 1 op 1 en face to face, tijd- en plaatsgebonden en solistisch-monodisciplinair naar 1 patiënt op meer (professionals) en op afstand, tijd- en plaatsafhankelijk en in multidisciplinair teamverband.

Het aantal zorgverleners rond de patiënt, vooral de chronisch zieke, neemt toe (Nivel, 2010 en 2012). En omdat de zorg zich, steeds meer in digitale vorm, verplaatst van instelling naar thuissituatie – een voorbeeld is de ambulantisering van de klinische psychiatrie – groeit de noodzaak de zorg te coördineren. Dit ook, omdat er steeds meer gespecialiseerde behandel mogelijkheden komen, ook voor de extramurale praktijk. Bij elkaar voldoende om van een verandering van zorglandschap te spreken. En in de spreekkamer nemen patiënt en dokter deze verandering heel duidelijk waar.

Zelfmanagement

Maar er is meer aan de hand. Wij zien bij veel behandelingen dat het succes ervan afhankelijk is van de inspanningen die de patiënt verricht. De dokter moet bekwaam zijn, zeker. Maar de patiënt ook. Gebruikt hij die geavanceerde medische thuishet technologie goed? Neemt hij zijn pillen op tijd? En vooral – steeds meer ziekte heeft met gedrag te maken – past hij zijn gedrag aan: stoppen met roken, minder drinken, meer bewegen? Gezondheid: van noodlot naar prestatie.

De patiënt schuift in en hij wil dat ook. Voor die wil hebben wij inmiddels overtuigende aanwijzingen. Bovendien blijken patiënten, ook ouderen,

ook mensen met een taalprobleem, er heel goed mee overweg te kunnen. Wij zijn dit zelfmanagement gaan noemen (zie voor definities Rijken, 2009; Engels en Kistemaker, 2009). De patiënt voelt zich eigenaar van zijn gezondheid en zijn ziekte, voelt zich medeverantwoordelijk voor het resultaat van de zorg. Hij managed zijn ziekte, geeft de beperkingen die er het gevolg van zijn een plaats in zijn leven. En bij dit zelfmanagement stelt hij zijn eigen doelen. Die liggen bijna altijd op het vlak van het 'meedoen': blijven werken, zelfstandig wonen, vrienden zien, sporten. Hij wil blijven meedoen, maar het is natuurlijk duidelijk dat vooral ook zijn omgeving – familie, werkgever, vrienden – dat wil en hem dat laat blijken. Meedoen is pure noodzaak.

Hij maakt een plan om die doelen te bereiken en daarbij heeft hij hulp nodig. De behandelaar is dan een personalized coach die het zelfmanagement actief ondersteunt. Zo ontwikkelt zich iets heel bijzonders: een relatie tussen een patiënt en een professional waarin experience en expertise samenkomen en het effect bepalen ('the biggest challenge of collaborative care': 'bringing together the medical expertise of the clinician and the experience of the patient', Simmons et al., 2009). Daar is veel voor nodig: kennisopbouw bij de patiënt, coachingsvaardigheden bij de dokter, trouw aan plan en doel bij beiden en shared decision making (SDM, zie voor een definitie Elwyn et al., 2012). SDM en zelfmanagement horen bij elkaar, al kan SDM ook op iets anders, bijvoorbeeld het levenseinde, zijn gericht. SDM zou je kunnen typeren als het middel dat het vervangen van professionele zorg door zelfmanagement mogelijk maakt (zie Bodenheimer et al., 2002: 'Collaborative care and selfmanagement education are aspects of the patient-physician partnership paradigm'). En natuurlijk hebben patiënt en dokter decision aids nodig en die komen en snel tempo beschikbaar (zie voor het gebruik van deze aids in de praktijk bijvoorbeeld Arterburn et al., 2012). Weer een transitie in de spreekkamer. En weer met grote gevolgen voor de hoofdrolspelers en voor hun rollen.

SDM en zelfmanagement gaan dus verder dan informed consent, adherence of compliance en in feite ook dan therapietrouw. Die termen beschrijven de mate waarin de patiënt de adviezen van de dokter opvolgt. SDM en zelfmanagement gaan verder: er is concordantie, overeenstemming tussen patiënt en dokter over oorzaken, interventies en doelen. Een wezenlijk andere situatie.

De financiering van de kosten

Dat de explosieve groei van de zorguitgaven een probleem is, begint nu zelfs tot de Hollandse polder door te dringen. En dan is nood hoog. Wat te doen? Hebben die twee daar in de spreekkamer hier iets mee te maken? Wat kunnen zij er aan doen?

Zij krijgen er mee te maken, zij moeten iets doen. Onontkoombaar en onverbiddeijk dringt het financieel probleem de spreekkamer binnen. En het gesprek in die spreekkamer moet dus anders verlopen.

Berwick en Hackbarth (2012) schrijven over de verspilling in zorgland: overdiagnostiek en -behandeling, volstrekt onvoldoende coördinatie van zorg, zodat men langs elkaar heen werkt, onnodige complicaties optreden, vermijdbare heropnemingen of acute zorg nodig zijn en non-compliance, oorzaak van fouten, bijvoorbeeld voor en na operaties. Better care saves (not only lives, but also) money: 20% denken zij. Oud-minister Klink denkt aan een hoger percentage (Klink/Booz, 2012). Een lange stoet studies ondersteunt deze gedachte (zie bijvoorbeeld het signalement Verstandig kiezen van ZonMw, 2012). Hier liggen enorme kansen, zeggen die studies, al vanaf de jaren tachtig. Bijvoorbeeld die naar praktijkvariatie bij tonsillectomie, een wel wat afgekloven voorbeeld (zie verder KPMG Plexus (Marc Berg et al., 2012) en het visiedocument van de Orde van Medisch Specialisten, 2012). In plaats van de politieke reflex de tarieven, de honoraria en de budgetten te drukken, moet je iets doen aan het gedrag van de dokter. Die moet je belonen voor gezondheidswinst bij de patiënt. Niet voor door hem zelf geïndiceerde zorgproductie (RVZ, 2011: sturen op gezondheidsdoelen, zonder twijfel de beste manier om de verspilling in de zorg te verminderen).

Dit laatste – sturen op gezondheid als resultaatverplichting – is zeker noodzakelijk. Een voorwaarde voor de houdbaarheid van het zorgstelsel. En het zal ook het vertrouwen van de politiek in de dokter vergroten. Ook dat is hard nodig. Maar voldoende is het niet. Er moet nog iets gebeuren en wel met de solidariteit. De financiering van de gezondheidszorg berust op risicosolidariteit. Oud, ziek en arm, allemaal te wijten aan het noodlot. Het overkomt je. En dus moet een ander opdraaien voor de financiële gevolgen. Dat is zo ongeveer de essentie van de risicosolidariteit. Als steeds meer mensen het idee krijgen dat ongeluk en ongemak niet alleen door noodlot, maar ook door het gedrag van het slachtoffer ontstaan,

gaat de samenleving anders denken over risicosolidariteit.

Concreet: als ongezondheid iets met gedrag te maken heeft, moet je dan niet de dekking van het risico op ongezondheid van dat gedrag afhankelijk maken? Moet je solidariteit niet clausuleren (RVZ, 2005). De clausules in het solidariteitscontract gaan over therapietrouw, over leefstijl, over afspraken nakomen. Shared decision making (SDM) en het resultaat ervan, het behandel- of zorgplan, zijn de vehikels. Daarmee leggen patiënt en dokter interactief hun gedrag vast.

In deze redenering maak je solidariteit een agendapunt voor de spreekkamer. Ingrijpend is dat wel. Tot nu toe mocht de dokter zich immers niet met het risico op ongezondheid bemoeien. En hij wilde dat ook niet. Kort geleden zagen wij dat weer eens in de televisiegesprekken die Coen Verbraak voerde met artsen. Geen klacht, geen dokter. Iets vergelijkbaars is denkbaar rond het basispakket, de aanspraken van de burger op zorg. Dokters vinden sinds jaar en dag dat de politiek daarover gaat, niet zij. Ik volg de omgekeerde redeneerlijn: de solidariteit verplaatst zich. Van abstract en anoniem naar concreet en patiëntgericht, van het macro- naar het microniveau. Dat zou moeten betekenen dat de politieke discussie over het basispakket – en de ophef over de ziektes van Fabry en Pompe laat zien hoe beladen die discussie is – in de spreekkamer plaatsvindt.

De grote vraag voor de komende jaren is natuurlijk: zijn patiënten en dokters bereid het gesprek over kosten, over financiering en over clausulering van solidariteit met elkaar te voeren? Zien zij shared decision making, het behandelplan en (ondersteuning van) zelfmanagement als instrumenten om de solidariteit te behouden? Vinden dokters dat kostenbewustzijn hoort bij medisch handelen? De Commissie-Dunning zei daarover in 1991 dat alle medisch handelen onverbreekbaar is verbonden met zijn maatschappelijke omgeving. Dokters moeten dus kostenbewust zijn (Commissie keuzen in de zorg, 1991). Duidelijke taal, maar twintig jaar later nog geen gemeengoed onder medici.

Hoe werkt dit alles door in de spreekkamer?

'In al deze opzichten oriënteren mensen zich in het dagelijkse leven steeds meer op de groundbegrippen en basishoudingen van de professies, en nemen zij de bijbehorende gedragsstandaard over. Daarmee worden zij niet zelf professionals, maar veeleer professionals in de dop: proto-professionals. Deze proto-professionalisering – zoals het proces van medicalisering, psychologisering, juridisering en fiscalisering in het dagelijkse leven genoemd kan

worden – is het externe effect van het professionaliseringsproces. Het breidt zich uit naar steeds bredere kringen van leken; het wordt overgebracht door de cliënten van de professies, in het 'verborgen leerplan' van het formele onderwijs, en in toenemende mate via de massamedia, die de professionele arbeidsdeling overnemen als een redactionele categorisering van menselijke aangelegenheden.'

A.de Swaan, 1989

Dit zijn vijf velden van transitie. Velden die interacteren en waarop zich steeds weer dezelfde processen afspelen rond de trefwoorden kennis, keuze, klant. Processen die zich voor een groot deel autonoom voltrekken. Wetenschap, technologie en internet gaan hun eigen weg, kennen een eigen rationaliteit en dynamiek. Het idee dat je deze externe krachten kan beïnvloeden, bijvoorbeeld door overheidsingrijpen, is op zijn zachts gezegd naïef.

De processen op de vijf velden van transitie zijn niet alleen autonoom. Zij zijn ook disruptief en invasief. Zij dringen, van buiten komend, door tot in de haarvaten van de spreekkamer, in de relatie tussen patiënt en dokter. Zij nemen die relatie op sleeptouw. Hoe werkt dit door in die spreekkamer? Wat merken patiënt en dokter van het straatrumoer? En wat doen zij ermee?

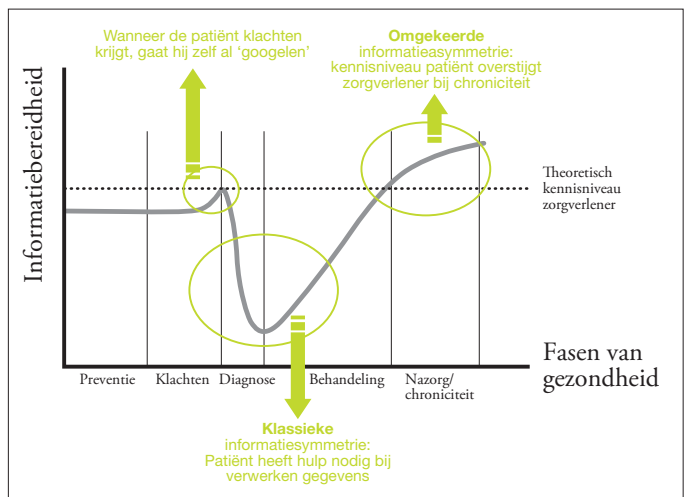
Internet en kennis

De kennisrevolutie die het internet teweegbrengt, verandert de rol van de patiënt en die van de dokter. De patiënt weet al veel op het moment dat hij de spreekkamer binnenstapt. Hij heeft zich verdiept in zijn ziekteverschijnselen en in de medische mogelijkheden. Maar de transparantie die het internet biedt over kwaliteit heeft hem ook in staat gesteld de dokter te kiezen die hij denkt nodig te hebben. Deze nieuwe patiënt komt dus anders de spreekkamer binnen. Het gesprek met de dokter begint anders, de diagnostiek verloopt niet langs de lijnen van het klassieke consult. En: de nieuwe patiënt is in feite een opdrachtgever van de dokter.

Het internet creëert een min of meer symmetrische kennisrelatie tussen patiënt en dokter. Zij zijn deskundig (bekwaam en dus bevoegd) op eigen

terrein. De patiënt, vooral de chronische, op dat van de ervaring, de dokter op dat van de medische expertise. De kunst van de nieuwe spreekkamer is natuurlijk de twee deskundigheden samen te smeden tot een gezamenlijk plan. Natuurlijk blijven er klassieke momenten van kennis-asymmetrie; een professional weet op zijn terrein meer dan de patiënt en die is soms bovendien overmand door emoties. Maar Gerads laat heel mooi zien dat deze momenten verschuiven (Gerads, 2010).

Informatiebereidheid van de patiënt in relatie tot fasen van gezondheid



Bron: Gerads/RVZ, 2010

Vooral in de rechter ellips, die van de chronische situatie, kan de asymmetrie zijn gekanteld: de patiënt weet, geholpen door PatientLikeMe en zijn vereniging, soms meer dan de dokter. De wolk van het niet weten trekt op.

Een van de meest fascinerende kanten van deze nieuwe spreekkamer is het medium dat de relatie tussen patiënt en arts reguleert, bijna als de arbiter in de ring. Het medium is, ik noemde het al, het Persoonlijk Gezondheids Dossier, gelinkt aan het EPD. Het PGD maakt alles transparant. Het gedrag van de patiënt en dat van de dokter. De twee weten alles over elkaar. Het PGD laat de patiënt zien wat de dokter moet doen

als het aan de richtlijn of aan de personalized medicine ligt. Het bevat de resultaatafspraken en de bijdragen die patiënt en dokter aan het resultaat moeten leveren. De vergelijking met een (tweemans)team dringt zich op. Net als in de tweemansbob, leidt alleen samenwerking tot winst. Dit is participatory medicine of collaborative care ten voeten uit (vergelijk Bas Bloem of Lucien Engelen (2011): de patiënt is lid van het behandelteam, maar in die rol dus ook medeverantwoordelijk voor het behandelresultaat!).

Van geneeskunde naar meetkunde

In de nieuwe spreekkamer bedrijven patiënt en dokter personalized medicine, vaak in de vorm van personalized coaching. Hier doet zich een interessante paradox voor. De modernste diagnostische technologie stuurt steeds dwingender de medische vervolgbeslissingen aan. Diagnostiek, dat wil zeggen de apparatuur, de computer, protocollert en standaardiseert, legt de dokter een gedetailleerd behandelformat op. En tegelijkertijd moet die dokter de patiënt personalized medicine bieden, niet alleen gen-personalized, ook preference-personalized. Wat stuurt hier eigenlijk: de standaard of de wens van de patiënt? SDM zal hier een oplossing moeten bieden, resulterend in het behandelplan.

Er is meer aan de hand. Predictive, Preventive en Preemptive medicine lokken de gezonde mens de spreekkamer in. Er is nog geen klacht, geen ziekte, er is een risico. Noem je de professional die tegenover de persoon at risk zit een arts, een geneesheer, een medicus, een dokter? Maar zijn gesprekspartner is geen patiënt, maar een gezond mens. Behoort de risico-analyse tot de geneeskunde en hoort zij thuis in het basispakket? Als dat zo is, dan wordt de verzuchting van de auteur van de Structuurnota Gezondheidszorg uit 1974, staatssecretaris Hendriks – ‘de zorgvraag is oneindig’ – werkelijkheid (Ministerie Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1974). Geneeskunde vol wensen, zonder grenzen.

De organisatie van de zorg

E-Health, zorg op afstand, geeft, zeker als het de vorm aanneemt van interactieve gezondheid 2.0, de patiënt een andere positie. Hij blijft thuis en communiceert van daaruit, op zelf gekozen tijden vaak, met zijn zorgverlener. Dat is heel anders dan het gesprek in de spreekkamer met alle emoties en ruis. Er is geen spreekkamer, alleen de vertrouwde omgeving. De patiënt communiceert daarin op een andere manier met de zorg: op de manier waarop hij altijd communiceert. E-Health normaliseert de betrek-

king tussen patiënt en dokter. De combinatie e-health en gezondheid 2.0 voegt daar nog iets aan toe: de 7 x 24 uur-interactie tussen de twee. Er is dan een permanente feedback en wel in twee richtingen. De ervaring hiermee leert overigens dat de patiënt heel terughoudend is in het gebruik van deze mogelijkheid; 2.0-dokters vertellen dat hun 2.0-patiënten hen bijna nooit op ongelegen momenten lastig vallen. Waar e-health face to face-consult vervangt, worden patiënten mensen. Opmerkelijk.

Maar hoe is het, bij deze verandering van landschap, met de oude, vertrouwde 1 op 1-relatie tussen patiënt en dokter? Die zal zich, door alle veranderingen in het zorgaanbod, ongetwijfeld minder vaak voordoen. De patiënt is vaker een groep, zie de IVF-poli van de gynaecoloog Jan Kremer. De dokter is vaker een team. Een team dat multidisciplinair werkt en dat taakherschikking tussen beroepen toepast. Een voorbeeld is het ACT-team in de geestelijke gezondheidszorg (ACT staat voor assertive community treatment). Wij weten eigenlijk nog heel weinig over het effect van het wegvallen van de 1 op 1-relatie, steeds vaker in combinatie met het verdwijnen van de face to face-relatie. Wat is het therapeutisch effect van 1 op 1 en face to face? En gaan wij dat missen? Het zal bij IVF-zorg anders uitpakken dan in de psychiatrie, maar veel meer weten wij er niet van. In de eerste lijn lijken patiënten er weinig moeite mee te hebben. Het lijkt soms wel alsof het een probleem van hulpverleners is.

De grotere drukte op de dansvloer rond de patiënt, in de gegeven situatie in de zorg het gevolg van chroniciteit en comorbiditeit, vraagt wel de aandacht. Die drukte maakt de patiënt onzeker en afhankelijk van een anoniem en onbegrijpelijk zorguniversum. Chronisch zieken vertellen vaak dat zij een groot deel van hun leven bezig zijn hun zorg te coördineren. Dat zij daarbij weinig hulp krijgen. En dat de ICT-ondersteuning, onontbeerlijk, bij de zorgaanbieders nog niet op orde is. Waar dus e-health en gezondheid 2.0 de patiënt onafhankelijk kunnen maken van het aanbod, leidt dat juist tot een grotere afhankelijkheid. Weer een paradox in het nieuwe zorglandschap.

Zelfmanagement

Deze paradox belemmert in de praktijk de groei van het zelfmanagement niet. Die zet heel duidelijk door om de eenvoudige reden dat de patiënt het wil. Over de gevolgen van zelfmanagement hebben wij nog niet goed nagedacht. Die liggen op twee terreinen.

De verschuiving van professionele zorgarbeid naar zelfmanagement (de ultieme taakherschikking!) zal op den duur een enorme impact hebben op de relatie tussen dokter en patiënt. 'Patients, not healthcare providers are the primary managers of their health conditions.' (Simmons et al., 2009). Deze verschuiving stelt de balans van rechten en plichten anders in. Als het gaat om gedrag, heeft vandaag de dag de dokter de plichten en de patiënt de rechten. De consequentie van zelfmanagement moet nu juist zijn dat er juridische gelijkwaardigheid ontstaat in de spreekkamer. Ook de patiënt heeft plichten. En de dokter, maar uiteindelijk ook de buitenwereld – zorgverzekeraars (en andere verzekeraars!), werkgevers – zal hem op die plichten wijzen en hem er aan houden. Zelfmanagement: dat is niet alleen zelf je zorg regelen, maar ook je gedrag aanpassen. Niet alleen de rol, ook de positie van de patiënt in het zorgstelsel verandert. De patiënt, een mens als ieder ander. En de verplichtingen maken hem niet zwakker, maar sterker. Geen recht, waar plicht is opgeheven, immers. Die plicht maakt van de patiënt een klant.

Gevolgen zijn er ook op het vlak van de shared decision making en het behandelplan. Dit zijn individuele projecten met unieke en persoonlijke uitkomsten. De zorgverlening, die er op volgt, is 'van de patiënt'. Iets heel anders dan one size fits all-zorg volgens het boekje. 'Van de patiënt' bindt en disciplineert beide partijen. Het is een contract, een medisch-juridisch model met impact. Patiënt en dokter moeten het naleven en de buitenwereld ziet daar scherp op toe. Ook hier dus weer: normalisering en disciplineren, die door transparantie en ICT voor iedereen zichtbaar en dus controleerbaar is. Normalisering en disciplineren: termen die de nieuwe spreekkamer beter typeren dan juridisering en economisering.

De financiering van de kosten

Scherp gesteld: zonder nieuwe spreekkamer, geen solidariteit. De bereidheid van gezonde burgers om voor hun zieke buurman te betalen is in the long run afhankelijk van het gedrag van patiënt-buurman en dokter. Die relatie moet de vorm van een 'resultaatverplichting' krijgen. Nu nog komen patiënt en dokter weg met de boterzachte 'inspanningsverplichting'. Nu nog stuurt de landelijke, politiek afgedwongen, aan stelsellogica en basispakket gekoppelde, solidariteit van buiten komend het gesprek in de spreekkamer. En in die spreekkamer regeert het 'recht op zorg'. Ik denk dat dit gaat veranderen: de spreekkamer, niet de politiek, bepaalt straks de vorm en de omvang van de solidariteit. Op dat moment zijn patiënt en

dokter op zichzelf aangewezen. Zij kunnen dan de gevolgen (zorguitgaven!) van hun shared decision making niet langer afwentelen op een anonieme collectiviteit buiten de deur.

Natuurlijk verandert dit het gesprek in de spreekkamer. Geld mag het gesprek niet vervuilen, is de dominante opvatting in de gezondheidszorg. Het is een vertrouwensrelatie en die moet je niet belasten met het speelgoed van de boze buitenwereld. Juridisering en economisering staan haaks op het begrip zorg, een veelgehanteerde vooronderstelling (zie bijvoorbeeld CEG, 2004). Maar stel nu eens dat deze vooronderstelling niet houdbaar is. Dan gebeurt wat eerder overal in de samenleving gebeurde. Onderhandeling in de spreekkamer. Formele besluitvorming over grenzen en wensen. De dokter als rechter (helpers weg!), als scheids- en soms ook scherpreechter. Of past dit niet bij SDM en zal er altijd een derde, arbitrerende, partij buiten de spreekkamer moeten zijn? Een zorgverzekeraar, een ander?’

Het staat buiten kijf dat de politiek de grenzen van de collectieve ruimte vaststelt. Dat de politiek over de samenstelling van het basispakket van de zorgverzekering gaat. Maar er is een veel belangrijkere kwestie: hoe passen wij dit toe bij deze patiënt? In de indicatiestelling, in het behandelplan, in het gesprek met de patiënt? En die kwestie hoort thuis in de spreekkamer, niet in de politiek. Een mooi voorbeeld is de dieetadvisering. Sinds kort is dat geen absoluut verzekerd recht meer. De huisarts beslist of een patiënt met COPD, diabetes of hart- of vaatziekte recht heeft op dieetadvisering. In dat geval kan hij de patiënt verwijzen naar een diëtist. Het gebeurt dus al. In het visiedocument De Medisch Specialist 2015 van de Orde van Medisch Specialisten en de Wetenschappelijke Verenigingen staat de uitslag van een enquête over deze kwestie: 52% van de specialisten is het niet met mij eens, 48% wel (Orde van Medisch Specialisten, 2012).

De praktiserend patiënt: hij komt eraan

'De mens is als een kanovaarder. Hij wordt mee-gevoerd op een continue stroom van stimuli in zijn fysieke en sociale omgeving, die vaak onbewust zijn gedrag beïnvloeden. Natuurlijk is het wel mogelijk om de koers enigermate bij te sturen, zeker voor de geoefender kanovaarder, maar de mogelijkheden daartoe zijn begrensd.'

Tiemeijer, 2011

Ik begon dit essay met een stelling: 'Krachten van buiten hebben bezit genomen van de spreekkamer (.....). Resultaat: een andere patiënt, een andere dokter. De mise en scène verandert snel.' Ik heb geprobeerd het gestelde aannemelijk te maken. Ik ben van mening dat dit is gelukt. Die praktiserend patiënt, die komt er.

Hoe weet ik dat zo zeker? Om een aantal redenen. Mensen willen kiezen, houden gedragseconomen ons voor (Van Dijk en Zeelenberg, 2009, maar vele anderen met hen, waaronder Potters en Prast, 2009). De krachten die op de spreekkamer inwerken zijn autonoom en invasief. Wetenschap, technologie en internet stoppen niet bij de voordeur. Hun spin off – kennis, keuze, klant – is overal elders in de samenleving gemeengoed. De transacties in de zorgsector verschillen niet principieel van die in die samenleving. En veel van wat ik beschreef brengt men, ook in de zorgsector, al met veel succes in de praktijk (e health, shared decision making, individuele zorgplannen, een preventieconsult, personalized medicine). Het gebeurt, het is onomkeerbaar.

Maar beslissend is voor mij de wens van de patiënt. De aanwijzingen dat patiënten de door mij beschreven richting willen inslaan en daadwerkelijk inslaan zijn overtuigend. Mensen willen niet alleen kiezen (zie boven), zij willen vooral greep hebben en houden op hun gezondheid. Gezondheid is voor hen noodzakelijk om mee te kunnen doen in de samenleving. En zij zien zorg als een middel dat zij voor dat doel moeten inzetten. In een land dat in 2020 voor een flink deel is bevolkt door mensen met een chronische ziekte en een of meer beperkingen, iets om rekening mee te houden.

Ik zou het voorgaande kunnen samenvatten in een paar statements:

- Kostenbeheersing, conditio sine qua non voor solidariteit, begint in de spreekkamer.
- Experience maal Expertise kwadrateert Effect ($E \times E = E^2$).
- Voor wat, hoort wat, ook in de zorg.
- Geen resultaat, geen geld. Gezondheid loont. Niet goed, geld terug.
- Kiezen en delen: opdracht voor dokter en patiënt.
- Van zz (zorg en ziekte) naar gg (gezondheid en gedrag).

Als dit de richting is, wat betekent dat dan voor de patiënt, voor de dokter en voor hun gesprek?

De patiënt praktiseert. Hij is geen slachtoffer en zeker geen 'derde partij'. Hij speelt de hoofdrol. Dit betekent dus, een consequentie die wij meestal verdonkeremanen, dat de patiënt verantwoordelijk is voor zijn daden. Voor zijn gezondheid én voor het zorgresultaat; die twee zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Hij kan die verantwoordelijkheid alleen dragen als de dokter hem helpt. Ziekte is geen noodlot, ontslaat ook niet van de verplichtingen des levens. En een 'recht op zorg' bestaat niet in abstracto, daar moet een prestatie tegenover staan. Ook als het om een verzekerde aanspraak gaat. Maar als de patiënt zijn prestatie levert, dan zit hij ook in de drivers seat. Presteren is chaufferen. Wie levert, krijgt zeggenschap.

De dokter is een zorgprofessional met publieke verantwoordelijkheid. Hij borgt publiek belang. 'De medici, met alle beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, dienen mede de verantwoordelijkheid voor de geldelijke gevolgen van hun handelen te dragen, omdat daarbij zowel de enkele patiënt als de gezondheidszorg als geheel wordt gediend' (Commissie Dunning (Keuzen in de zorg), 1991; dit komt een beetje in de buurt van de physician-citizen uit de JAMA van enkele jaren geleden). De dokter werkt, in het volle licht van de transparantie, volgens het principe 'leg uit en pas toe'. Hij bedrijft collaborative en personalized medicine. Zijn doel is niet compliance van de patiënt, maar concordantie met de patiënt. En bij therapietrouw denkt hij eerst aan zichzelf en dan pas aan de patiënt. Hij bevordert zelfmanagement als coach van de patiënt. De proto-professionalisering van De Swaan is voor hem niet het probleem, maar de oplossing.

De spreekkamer is digitaal. Is een voor iedereen zichtbaar, maar virtueel, podium. De spelers op het podium communiceren met elkaar vanuit de eigen vertrouwde omgeving. Hun medium is het Persoonlijk Gezondheidsdossier. De spelers, patiënt en dokter, vormen een team dat kiest en deelt (shared decision making). Het resultaat is een plan dat hen, maar ook externe partijen (de kijkers in de zaal) bindt. Betaling vindt plaats na hun performance en alleen bij resultaat. Het bindend karakter van SDM, van zelfmanagement, van het behandelplan is een absolute voorwaarde voor het succes van die formules.

Er zal nog wel wat moeten veranderen om dit staande praktijk te maken. Want, hoewel de contouren zichtbaar zijn in best practices, is dat nog niet het geval, laat staan dat het de standaard is.

Wat hebben patiënt en dokter nodig?

In de eerste plaats moeten wij de medisch-ethische en -juridische kaders herzien. De status van decision making, van een individueel behandelplan en van zelfmanagement zal een vaste plaats moeten krijgen in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo), in het patiëntenrecht, in de Wet Big, in het tuchtrecht (aansprakelijkheid!) en in zorgstandaarden en richtlijnen. Het toezicht op de kwaliteit van zorg door de Inspectie Gezondheidszorg zal moeten volgen. En meer in het algemeen moet de resultaatverplichting de inspanningsverplichting als juridisch-ethisch beginsel vervangen. Veel van dit alles kan men uitstekend civielrechtelijk afhandelen. Het gaat om normale transacties, om de gebruikelijke rechten, plichten en leveringsvoorwaarden. SDM, behandelplan en zelfmanagement moeten ook centraal staan in de opleidingen.

In de tweede plaats moet er zo snel mogelijk een patiëntvriendelijk Persoonlijk Gezondheidsdossier komen. Dit moet de compliance van zowel patiënt als dokter bevorderen en functioneel zijn voor de nieuwe spreekkamer: SDM, individueel behandelplan en zelfmanagement. Voor de aanbieders van ICT-diensten is dit geen probleem, alles ligt klaar. Maar blijkbaar is massale toepassing in de praktijk van de gezondheidszorg nog een brug te ver. Kiezen is nog een te grote opgave, delen zeker ook.

Ook de overheid en haar uitvoeringsorganen hebben een taak. Zij moeten de nieuwe spreekkamer mogelijk maken. Dat kan op veel manieren, maar een actief preventiebeleid zal de transitie 'van zz naar gg', toch voorwaar-

de nummer één, zeker helpen. Hou op met steeds weer zorg beter te belonen dan preventie (in het basispakket, in de bekostiging, in de verevening, in de richtlijnen). Geef een signaal af aan de burger en aan de professional. Draag iedereen op te sturen op gezondheidswinst en niet op verrichtingen. In toezicht en in kwaliteitsnormering zou 'gedrag' boven 'recht' moeten staan. En de besluitvorming over zorgaanspraken moeten wij verleggen naar personalized medicine en zorg op maat. Maar bovenal, zie verschillen als oplossing, niet als probleem.

Tenslotte de zorgverzekeraar. Consequent zou zijn: verzekeraar. Waarom zorg verzekeren, als wij gezond, schadevrij, willen leven? Bovendien, wat bepaalt onze gezondheid? Dat is toch vooral opleiding, werk, huis, gezin en vrienden. En het omgekeerde is ook waar: therapietrouw verhoogt de arbeidsproductiviteit. Die verschillende levensgebieden werken op elkaar in. Daarmee moet je dus in de financiering rekening houden. De verzekeraar dus. Die is heel belangrijk. Zonder hem geen nieuwe spreekkamer. Niet als regisseur, wel als derde partij, als honest broker. De contracten, in die nieuwe spreekkamer gesloten, zouden erg gediend zijn bij een arbiter, die de rol vervult van bemiddelaar – toezichthouder. Maar in de eerste plaats bekostigt hij niet zorgaanbod, maar realisatie van behandelplannen, als die voldoen aan de voorwaarden van SDM. Klachten vanuit de spreekkamer komen bij hem terecht. Het is geen 'driehoek' meer van patiënt, verzekeraar en zorgaanbieder, maar een van SDM (de te contracteren nieuwe spreekkamer), de verzekeraar als bekostigende instantie en zijn financiers: burgers, werkgevers, pensioenfondsen. De verzekeringspolis, de relatie verzekeraar – patiënt, heeft een hoog 'gg-gehalte'; het is geen zorg-, maar een gezondheidspolis. Deze polis moet die andere overeenkomst, de primaire, het behandelplan, ondersteunen.

Tot zover. Dit alles is eigenlijk niet meer dan een, naar mijn mening, consequente uitwerking van het missiestatement van de RVZ: 'van zz naar gg'. Dit statement had, toen de Raad er in 2010 mee kwam, een reden. De houdbaarheid van het zorgstelsel is in gevaar, in 2010 en nog steeds. Dit stelsel eist een te groot deel van de collectieve middelen op en is dus niet goed meer te financieren. Er is niet meer voldoende personeel. En het stelsel ziet geen kans de veranderende zorgvraag – chroniciteit, comorbiditeit – te beantwoorden. De RVZ zegt dat al meer dan 10 jaar en gelukkig is het gevoel van urgentie nu ook te merken in de hoogste kringen: politiek, sociale partners, de banken.

Nu de maatregelen nog. De politieke reflex is dan: afknijpen van de burger, lastenverzwaring, of afknijpen van het zorgaanbod via tarieven, honoraria of productie (Berwick en Hackbarth, 2012). Meestal gebeurt beide. Ook wil men nog wel eens het stelsel zelf veranderen. Niets is zeker in zorgland, behalve dat dit soort maatregelen niet werkt. Te ingewikkeld, te fraudegevoelig, te ad hoc. Niet toegerust op de paradoxen van de gezondheidszorg. Maar vooral: niet gerelateerd aan de spreekkamer. Aan de besluitvorming (SDM) die de kosten genereert. Aan de twee spelers die daar iets aan zouden kunnen doen, als zij dat zouden willen: patiënt en dokter.

Er is eigenlijk maar één alternatief voor lastenverzwaring en aanbodbeperking: de nieuwe spreekkamer, dus van zz naar gg. De zorg – en dan bedoel ik het gesprek over de zorg – moet veranderen (vgl. Institute of Medicine: ‘trying harder will not work; changing care will!’). Leg de verantwoordelijkheid voor de houdbaarheid van de zorg bij patiënt en dokter. Maar dek die verantwoordelijkheid wel toe met intelligente aansporingen. Het gaat niet vanzelf.

De komende tien jaar zullen in het teken staan – moeten staan – van verankering en formalisering van shared decision making, van het behandelplan en van zelfmanagement. Verankering in de kwaliteitsnormering en -borging en in het toezicht daarop, in de zorginkoop en de bekostiging, in de zorgverzekering en in het gebouw van beroepen en opleidingen. En formalisering: van idee en wens naar norm en standaard. Compliance niet aan een richtlijn of recept, maar aan SDM. De sturing van de gezondheidszorg krijgt een nieuw object: de nieuwe spreekkamer. De vrijblijvendheid voorbij.

‘Dat is mooi gezegd’, antwoordde Candide,
‘maar wij moeten onze tuin bewerken.’

Voltaire, Candide of het optimisme (vertaling Hans van Pinxteren, 2005)



Literatuur

- Arterburn, D., R. Wellman, E. Westbrook, C. Rutter, T. Ross, D. McCulloch, M. Handley en C. Jung, Introducing Decision Aids At Group Health Was Linked To Sharply Lower Hip And Knee Surgery Rates And Costs. *Health Affairs*, 2012, 31/9, 2094-2104.
- Berwick, D.M. en A.D. Hackbarth, Eliminating Waste in US Health Care. *JAMA*, 2012, 307/14, 1513-1516.
- Bodenheimer, Th., K. Lorig, H. Holman en K. Grumbach, Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care. *JAMA*, 2002, 288/19, 2469-2475.
- CEG (Centrum voor Ethiek en Gezondheid (RVZ), Economisering van zorg en beroepsethiek. Den Haag, RVZ/CEG 2004.
- Dunning, commissie, Kiezen en delen. Advies in hoofdzaken van de commissie Keuzen in de zorg. Den Haag, 1991.
- Dijk, E. van en M. Zeelenberg, De (ir)rationaliteit van de beslisser. In: Tiemeijer, W.L. et al. (red.), *De menselijke beslisser*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 2009.
- Duchateau, D.C. en M.D.H. Vink, Medisch-technologische ontwikkelingen zorg 20/20. Den Haag, RVZ, 2011.
- Elwyn, G. et al., Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *J Gen Intern Med*, published online, 23 mei 2012.
- Engelen, L., We doen alsof de patient niets kan. Interview met Lieke de Kwant. www.medischcontact.nl/tedxmaas-tricht.
- Engels, J. en W. Kistemaker, Nieuwe aanpak chronische zorg vraagt controlerende rol arts. *Medisch Contact* 2009, 50, 2094-2097.
- Gerads, R., Komt een patient bij zijn coach..... Een nieuwe blik op patiëntenbeleid. Den Haag, RVZ 2010.
- Goetz, Th. Practicing Patients. *The New York Times*, 23 maart 2008.
- Hilhorst, P., Straks is iedereen permanent patiënt. *VK Opinie*. www.volkskrant.nl, 24 juli 2012.
- Hood, L., zie Duchateau, D. (2011).
- Humphrey-Smith, I., Interview door Evert Pronk: Het genoom voorbij. *Medisch Contact* 2001, 56, 10, 362-364.
- Institute of Medicine (IoM), zie powerpointpresentatie C. Spreeuwenberg e.a. Platform Vitale Vaten, Congres Chronische Zorg Utrecht, 29 juni 2012.
- Kennedy, J., De dienende dokter. Er vindt een assertiviteitsrevolutie plaats in de spreekkamer. *NRC*, 13 januari 2007.
- Klink, A. et al.(Booz), *Kwaliteit als medicijn. Aanpak voor betere zorg en lagere kosten*. Amsterdam, Booz and Company Inc., 2012.
- KPMG Plexus, *Meten en contracteren van zorguitkomsten: de heilige graal binnen handbereik*. Amsterdam, KPMG Plexus 2012.
- Kremer, J., zie *Farma Magazine*, *Gezondheid 2.0 in de praktijk: de digitale IVF-poli van UMC Radbouw*, 9, 2010.
- Maillette de Buy Wenniger, L., *Waarom een patiënt zijn bloeddrukmedicatie niet inneemt*. *Internetnieuwsbrief Strategie en Informatie B.V.*, 2012, waarin een verwijzing naar *BMJ*. 2012, 344, 3953.
- Meer, V. van der, M.J. Bakker, W.B. van der Hout, K.F. Rabe, P.J. Sterk, J. Kievit, W.J.J. Assendelft en J.K. Sont (2010), *Zelfmanagement van astma via internet*. *Ntvg*, 154.
- Mimetas, 'Organen-op-een-chip' gaan de markt op. *Universiteit Leiden*, internetbericht 17 juli 2012.
- Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, *Structuurnota Gezondheidszorg*. Den Haag, Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1974.
- Nivel (Heijmans, M. et al.), *Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken*. Rapportage 2010. Utrecht, Nivel, 2010.
- Nivel (Ursum, J. et al.), *Zorg voor chronisch zieken*. *Organisatie van zorg, zelfmanagement, zelfredzaamheid en participatie*. Utrecht, Nivel, 2012.
- Orde van Medisch Specialist en Wetenschappelijke Verenigingen, *De Medisch Specialist* 2015. Utrecht, oktober 2012.
- Ovidius, *Metamorphosen*. Amsterdam, Athenaeum. Van Genneep, 1993.

Pluut, B., Health 2.0 arts@work: Amir Hannan (2). Internet-berichten 25 februari 2009 en 22 februari 2011.

Potters, J. en H. Prast, Gedragseconomie in de praktijk. In: Tiemeijer, W.L. et al. (red.), De menselijke beslisser. Amsterdam, Amsterdam University Press, 2009.

Rijken, M., Een stevig fundament van zelfmanagement. Health Management Forum 2009, 15, 6-8.

RVZ, Zorg voor je gezondheid! Den Haag, RVZ, 2010.

RVZ, Sturen op gezondheidsdoelen, Den Haag, RVZ, 2011.

RVZ (A.P.T. Jeurissen), Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: signalement, Den Haag, RVZ, 2005.

Simmons, L., N.J. Baker, J. Schaefer, D. Miller en S. Anders, Activation of Patients for Successful Self-Management. J. Ambulatory Care Management 2009, 32, 1, 16-23.

Swaan, A. de, Zorg en de staat. Amsterdam, Bert Bakker, 1989.

Tiemeijer, W.L., Hoe mensen keuzen maken. De psychologie van het beslissen. Amsterdam, Amsterdam University Press, 2011.

Tiemeijer, W.L., C.A. Thomas en H.M. Prast (red.), De menselijke beslisser. Over de psychologie van keuze en gedrag, Amsterdam, Amsterdam University Press, 2009.

Tolstoj, L., De dood van Iwan Iljitsj, Amsterdam, Meulenhoff, 1978.

ZonMw, Signalement Verstandig kiezen. Den Haag, ZonMw, september 2012.

Voltaire, Candide of het optimisme. Amstel Uitgevers BV, 2005.



Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 19404

2500 CK Den Haag

Telefoon: 070 340 50 60

Fax: 070 340 75 75

E-mail: mail@rvz.net

www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: Studio Koelewijn Brüggewirth

Redactie: Kees Kaptein Teksten

Fotografie: Eveline Renaud (omslag)

en Rene Verleg (pagina 4 en 25)

Drukwerk: OBT bv

Uitgave: November 2012

U kunt deze publicaties downloaden
via onze website www.rvz.net