

Vergaderjaar 2009–2010

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 5

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 12 oktober 2009

Hierbij bied ik u – voorzien van mijn reactie – het advies «Geven en nemen in de spreekkamer» aan, dat de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg onlangs heeft uitgebracht.¹

In de reeds eerder uitgebrachte RVZ-adviezen «Vertrouwen in de arts» (kamerstuk 30 800 XVI, nr. 171) en «Goed patiëntschap» heeft de RVZ gekeken naar de afzonderlijke rollen van de zorgverlener en de patiënt. Het advies «Geven en nemen in de spreekkamer» is het vervolg op deze adviezen, waarbij met name de veranderende verhoudingen tussen zorgverlener en patiënt verder uitgewerkt worden.

Uitgangspunt bij de drie adviezen is de noodzaak van een goede relatie tussen zorgverlener en patiënt en helderheid over wederzijdse verantwoordelijkheden. De centrale vraag die de RVZ zich stelt is welke verantwoordelijkheden gelden voor de behandelaar en de patiënt om tot een effectieve en efficiënte zorgrelatie te komen.

Om die vraag te beantwoorden is de RVZ een brede discussie gestart tussen patiënten, zorgverleners, zorgorganisaties en verzekeraars. Hieruit kwam een debattenreeks voort, waarbij is samengewerkt met KNMG en NPCF. Dit heeft geleid tot lokale en regionale discussiebijeenkomsten en aanvullende activiteiten zoals aanvullende vragen aan de jaarlijkse monitor van het consumentenpanel van het NIVEL. De debattenreeks is afgesloten met een landelijke slotconferentie.

Deze intensieve aanpak heeft geleid tot dit advies en tot vijf aanbevelingen die de RVZ doet in dit advies. In het navolgende geef ik bij de aanbevelingen mijn reactie.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

1. Het bewaken en concretiseren van zorginhoudelijke autonomie (van de zorgverlener)

De RVZ ziet het belang van een patiënt die een meer verantwoordelijke houding aanneemt t.o.v. zijn eigen gezondheid. De overheid moet die verantwoordelijkheid concretiseren. Deze verduidelijking moet gestalte krijgen door formulering van goede richtlijnen waarin de Regieraad een aanjaagfunctie kan innemen.

De basis voor goede zorg is de vertrouwensband tussen cliënt en zorgverlener. Het gaat om wederzijds vertrouwen. De cliënt moet erop kunnen rekenen dat de zorg goed is, dat zijn rechten goed geregeld zijn en dat die rechten door de zorgverlener gerespecteerd worden. Belangrijke factoren daarbij zijn respect en keuzevrijheid. Wederzijds vertrouwen is anderzijds ook voor de zorgverlener de basis om aan de cliënt alle relevante vragen te kunnen stellen en met hem de mogelijkheden door te nemen voor de beste zorgverlening.

De cliënt heeft in die relatie zeker zijn eigen verantwoordelijkheid. Ik ben dat zeer eens met de RVZ. Het gaat om een verantwoordelijkheid zowel jegens zijn directe zorgverlener als jegens de samenleving. Kern ervan is dat ook de cliënt zich moet inspannen om resultaat uit de behandeling te halen. Dat is natuurlijk sterk afhankelijk van de mogelijkheden van de cliënt en dus per geval verschillend, maar het gaat om de grondhouding. Tegenover de zorgverlener betekent dat, dat de cliënt hem ook in staat moet stellen goede zorg te verlenen door bijvoorbeeld het geven van inlichtingen en medewerking. Van de cliënt mag worden verwacht dat hij binnen zijn vermogens meedenkt en -beslist over en meewerkt aan de behandeling, verpleging en verzorging. Hij dient goede adviezen op te volgen en leefregels in acht te nemen. Ook mag worden verwacht dat hij de algemeen geldende omgangsvormen in acht neemt en zorgverleners met respect tegemoet treedt. Dus geen agressief gedrag, geen onredelijke eisen en op tijd op afspraken verschijnen. Tot slot moet hij ook gewoon zijn zakelijke verplichtingen nakomen. Ik vind het ook de taak van zorgverleners om cliënten aan te spreken op onverantwoord gedrag en ook grenzen te stellen als dat nodig is.

Open communicatie, wederzijdse inspanningen en gezamenlijke besluiten tussen zorgverlener en cliënt zijn dus van belang. Het vraagt ook om beslissingsruimte in de spreekkamer tussen arts en patiënt. Om de betrokkenheid van de patiënt voor langere tijd te garanderen zijn soms concessies nodig op klinische behandelresultaten. Dat moet mogelijk zijn.

Richtlijnen opgesteld door de betrokken organisaties van zorgprofessionals samen met cliënten kunnen zorgverleners hierbij ondersteunen. Zoals de RVZ adviseert ben ik graag bereid om dit aspect onder de aandacht te brengen van de Regieraad die de richtlijnontwikkeling de komende periode een impuls moet gaan geven.

2. In richtlijnen en nascholing aandacht voor communicatie en het gebruik van zorgplannen

De RVZ hecht groot belang aan nascholing op het gebied van communicatievaardigheden en het gebruik van zorgplannen. Om vrijblijvendheid te voorkomen adviseert de RVZ ook een koppeling van deze nieuwe eisen voor nascholing met herregistratie.

Het aanleren van goede communicatievaardigheden behoort een belangrijk onderdeel van de opleiding van beroepsbeoefenaren in de zorg te zijn. In het merendeel van de beroeps- en opleidingsprofielen is dit ook al het geval. Het nieuwe Raamplan artsenopleiding 2009 van de NFU (Neder-

landse Federatie van de Universitaire medische centra) beschrijft bijvoorbeeld 7 competentiedomeinen waaraan een arts moet voldoen, waaronder het competentiedomein communicator.

Ook het gebruik van zorgplannen is van groot belang: om deze reden is het gebruik van zorgplannen in de langdurende zorg verplicht gesteld. Nascholing op het gebruik van zorgplannen in de praktijk is dan ook noodzakelijk. Dit RVZ-advies zal ik meegeven aan de desbetreffende beroepsorganisaties die verantwoordelijk zijn voor de invulling van de nascholing. Daarnaast zal ik de Regieraad die zich bezighoudt met het stimuleren van richtlijnen, attenderen op deze aanbeveling.

Wat betreft de koppeling van nascholing en herregistratie kan ik u melden dat vanaf 1 januari 2009 is gestart met herregistratie ingevolge de Wet BIG (de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg). Vanaf die datum moeten verpleegkundigen, verloskundigen en fysiotherapeuten zich elke vijf jaar herregistreren. Voor de overige beroepen (apothekers, artsen, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten en de tandartsen) volgt herregistratie op een later tijdstip. Er zijn twee afzonderlijke criteria voor herregistratie gesteld: werkervaring of scholing. Met deze aanpak is een eerste stap gezet waarbij voorwaarden worden gesteld voor herregistratie.

De tijd is nu nog niet rijp om nascholing op het terrein van communicatie en gebruik van zorgplannen, verplicht te stellen bij herregistratie. Naar verwachting zal deze koppeling in de toekomst wel zijn beslag krijgen als vervolg op de huidige aanpak waarbij de herregistratie aan de werkervaring wordt gekoppeld.

3. Initiatieven rondom coaching en scholing van patiënten actief ondersteunen

Gezien de huidige ontwikkelingen in de zorg is het van belang dat de overheid snel duidelijk is naar patiëntenorganisaties over hun rol richting patiënten en de randvoorwaarden die aanwezig moeten zijn om de patiëntenorganisaties deze rol te laten vervullen.

Voor een versterking van de positie van de individuele zorggebruiker zijn krachtige vertegenwoordigende organisaties noodzakelijk. Deze pgo-organisaties (patiënten, gehandicapten en/of ouderen) hebben een belangrijke rol in de stelsels van zorg en ondersteuning. Als ervaringsdeskundigen vervullen zij deze rol onder meer door het opzetten van lotgenotencontact, maar richten zij zich ook steeds meer op belangenbehartiging en voorlichting. Om deze rol te vervullen ondersteunen wij deze organisaties door middel van subsidies. Naast een basis- en ontwikkelingssubsidie voor structurele activiteiten en professionalisering, kunnen pgo-organisaties aanvullende projectsubsidie(s) ontvangen voor projecten die direct bijdragen aan de versterking van de positie van patiënten, gehandicapten en/of ouderen. Ook de organisaties die projecten rondom coaching en scholing willen uitvoeren en aan de criteria, oftewel randvoorwaarden, voldoen, kunnen worden ondersteund.

De RVZ heeft inmiddels een vervolgadvisie ter hand genomen waarin de raad zich richt op de vraag hoe voor de toekomst de veranderende zorgvraag te accommoderen in het nieuwe zorgstelsel; Hoe kan de vraagzijde als effectieve countervailing power binnen de veranderende bestuurlijke verhoudingen optreden. Ik verwacht dat dit advies kan bijdragen aan de versterking van de vraagzijde in de zorg (de derde partij) en hoop het advies spoedig te ontvangen.

4. Effectief gebruik van tijd stimuleren door een duidelijke taakverdeling tussen arts en (gespecialiseerde) verpleegkundigen en het stimuleren van een zelfstandige positie van de verpleegkundige in de zorgverlening.

Volgens de RVZ is effectief gebruik van tijd mogelijk door de gespecialiseerde verpleegkundige taken over te laten nemen van de arts, van belang daarbij is duidelijkheid over de functies en verantwoordelijkheidsverdeling, maar ook de produktgerelateerde financieringsystematiek. Daarmee wordt verpleegkundige zorg een zelfstandig onderdeel in de zorgverlening.

De RVZ bouwt in dit advies voort op eerdere aanbevelingen. Professionalisering van het verpleegkundig beroep is van groot belang. De verpleegkundig specialist neemt de plaats in tussen de verpleegkundige en de arts en krijgt onderzoekende en coachende taken. Daarbij is ook de organisatorische inbedding van de zelfstandige positie van de verpleegkundig specialist van belang.

In 2003 heeft de RVZ in het advies Taakherschikking in de Gezondheidszorg beleidsproblemen bij taakherschikking in vijf clusters ondergebracht: onzekerheid over de acceptatie van taakherschikking bij patiënten, domeindenken bij beroepsgroepen, onzekerheid over de effecten van taakherschikking, juridische obstakels en financiële barrières. Mijn voorganger heeft in antwoord hierop een aantal acties in gang gezet, waaronder het in het leven roepen van een centrale stuurgroep om de voortgang van de gewenste ontwikkelingen te stimuleren en de vernieuwingen in te voeren in de zorg.

In 2008 heeft de RVZ geadviseerd in het advies Zorginkoop. Dit advies gaat in op het kwaliteitstekort in combinatie met de sterke groei van de zorguitgaven, maar ook op de eerste lijn als ketenregisseur en fundholder voor de zorgverzekeraar. In mijn reactie op dit advies (Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 29 689, nr 216) geef ik daarover al aan dat ik het van belang acht om belemmeringen weg te nemen die het leveren van maatwerk in de ketenzorg kunnen bemoeilijken.

Mensen met chronische aandoeningen, zoals diabetes of COPD, hebben immers vaak levenslang zorg en ondersteuning nodig. Dat vraagt om zorg die het liefst dicht bij huis én in goede samenhang wordt verleend. Het vraagt erom dat de zorg rond de patiënt wordt georganiseerd, en niet de patiënt rond de zorg. Daarbij is het van belang oog te hebben voor het feit dat patiënten met chronische aandoeningen meerdere ziekten kunnen hebben. Dit vergt integrale zorgverlening. In mijn brief «Patiënt centraal door een omslag naar functionele bekostiging» van 22 december 2008 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 29 247, nr. 84) heb ik daarom aangekondigd de zorg voor chronisch zieken zoveel mogelijk integraal te willen bekostigen door middel van functionele bekostiging.

Door bekostiging te baseren op heldere op zorgstandaarden gebaseerde functieomschrijvingen, ontstaat een betaaltitel voor integrale zorg. Daarmee kan door de zorgverzekeraars de zorg integraal worden ingekocht en worden zorgaanbieders gestimuleerd om te gaan samenwerken in ketens die zijn vormgegeven rondom de zorgvraag. Doordat de samenwerking in de zorg wordt gestimuleerd kan de kwaliteit van de zorg worden verbeterd. De functiegerichte benadering van de zorg bevordert ook dat de zorg op de meest doelmatige en effectieve wijze wordt uitgevoerd.

Overigens wil ik het mogelijk maken dat nieuwe beroepen of oude beroepen met een nieuw deskundigheidsgebied bevoegdheden krijgen tot het zelfstandig indiceren van voorbehouden handelingen. Ik zal daartoe de

wet BIG (de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg) wijzigen. Deze beroepen worden middels AMvB geregeld, bijvoorbeeld de verpleegkundig specialist. Deze wetswijziging gaat naar alle waarschijnlijkheid nog dit jaar naar de Tweede Kamer.

5. Voortzetten van het debat

De RVZ pleit voor voortzetting van het debat rondom de definitie van goede zorgverlening. Voor patiënten, zorgverleners, instellingsbestuurders en zorgverzekeraars is hier een rol weggelegd.

Een mooi resultaat van de debattenreeks is dat de KNMG en de NPCF elkaar gevonden hebben rondom een belangrijk onderwerp. De KNMG geeft aan dat het heel belangrijk is voor een arts om feedback te krijgen van patiënten. Daarvoor moet wel voldoende capaciteit, tijd en gelegenheid worden gecreëerd. Communicatie in de opleiding en nascholing is voor de KNMG van groot belang. Vanuit de NPCF wordt vooral gekeken naar de veranderende rollen en verantwoordelijkheden van patiënt en hulpverlener. De NPCF ziet voor zichzelf en de aangesloten patiëntenorganisaties een rol in het bevorderen van zelfmanagement.

Een belangrijk resultaat van de debatreeks is dat NPCF en KNMG de intentie hebben uitgesproken actief verder te willen gaan met het debat over verhoudingen in de spreekkamer. Dat vind ik een zeer waardevol initiatief. Hiermee kan blijvend aandacht worden gevestigd op dit belangrijke thema.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink