



Zorginstituut Nederland

Zorginstituut magazine

kwartaalblad van
Zorginstituut Nederland
april 2018

Proef:
Blockchain in
de kraamzorg

Is er verdringing
in de zorg?

Intensivist/cardioloog Iwan van der Horst:

"Generaliseren is het
nieuwe specialiseren"

Inhoud

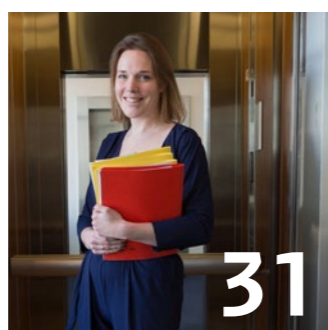
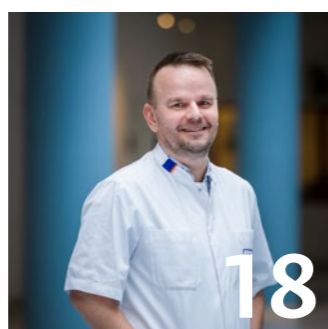
8 Blockchain in de kraamzorg
Met een praktijkproef in de kraamzorg verkent het Zorginstituut de mogelijkheden voor een betere gegevensuitwisseling, met gebruik van de blockchaintechnologie. Met een nieuwe app krijgt de moeder van de pasgeborene de regie over haar eigen zorggegevens.

13 Samen naar betere spoedzorg
In het Kwaliteitskader Spoedzorgketen beschrijven elf betrokken organisaties hoe ze willen samenwerken om altijd en tijdig kwalitatief goede spoedzorg te kunnen bieden. Een overzicht van de verbeterpunten.

14 Scholingsmodule persoonsgerichte zorg
Huisartsen zijn soms directiever dan ze zelf denken. In een scholingsmodule, ontwikkeld onder de vlag van het Zorginstituut, leren huisartsen en praktijkondersteuners hoe ze samen met de patiënt tot een besluit kunnen komen.

21 'Big data': schat aan informatie
Het Zorginstituut beschikt over een schat aan informatie over zorggebruik en zorgkosten. Binnen het programma 'Ontwikkeling Zorguitgaven' ontsluiten wij deze *big data* voor begroting, beleid, wetenschap én burgers.

28 Rapport 'Verdringing in de zorg'
Een recent onderzoek onder leiding van het Radboudumc toont geen direct causaal verband tussen dure therapieën en verdringing. Toch blijkt dat in de praktijk wel degelijk verschuivingen plaatsvinden. En soms zijn andere patiënten daarvan de dupe.



Rubrieken

- 7 Column Martin van der Graaff**
- 10 Tien vragen aan: Carin Uyl-de Groot**
- 16 Feiten & Cijfers**
- 18 De andere blik**
Intensivist/cardioloog Iwan van der Horst over de veranderende positie van de arts.
- 22 Zinnige Zorg**
Lopende trajecten binnen Zinnige Zorg.
- 26 Aan het bureau / aan het bed**
Theorie vs. praktijk over de afspraken rondom het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.
- 31 Elevator Pitch**
Het werk van Karin Siemeling van het Zorginstituut in 200 woorden gevat.
- 32 Over zorg gesproken**

Alternatieve feiten

Voorwoord



Op 22 februari 2017 introduceerde de perschef van Donald Trump het begrip 'alternative facts' om de lage opkomst rond de inauguratie te verhullen. Sindsdien leren we bewuster leven met alternatieve feiten en nepnieuws. Ook in Nederland. Ministers die ervoor waarschuwen. Een minister die zich er zelf evident schuldig aan maakt. Ik weet eerlijk gezegd niet of alternatieve feiten nu erger zijn dan helemaal geen feiten. Zo hebben we onlangs een nieuw geneesmiddel voor Spinale Musculaire Atrofie beoordeeld, Spinraza™ genaamd. Daar was in de media van *Telegraaf* tot *NOS Journaal* weinig nepnieuws bij. Gelukkig.

Wat ons als Zorginstituut dwars zit, is dat de farmaceutische industrie het ons eigenlijk onmogelijk maakt om tot een goede afweging te komen, omdat zij simpelweg geen feiten wil overleggen over de prijsvorming. Dat was terecht een diepe verzuchting in de Adviescommissie Pakket. En zoals steeds eindigt dit in prijsonderhandelingen door het ministerie van VWS. Onderhandelingen waarover al helemaal geen mededelingen worden gedaan, want dat heeft de industrie zo bedongen.

In een interview in *Het Financieele Dagblad* bepleitte ik meer transparantie in de prijsopbouw. Moet een medicijn echt zoveel kosten? Nu weet ik ook wel dat in de vrijemarkteconomie prijzen en kosten los staan van elkaar. Maar hier praten we over monopolisten, door de overheid beschermd met een patentrecht. Maar die overheid heeft ook de plicht zijn burgers te beschermen. Wij hebben in Nederland een zorgsysteem dat gebaseerd is op een verplichte solidariteit. Mag die burger dan waarvoor zijn premiegeld vragen en mag die burger die daar in geïnteresseerd is dan ook goed geïnformeerd zijn hoe het premiegeld besteed wordt? De groei van de dure geneesmiddelen is zonder opening van zaken te geven een potentiële bom onder de solidariteit. Ik stel voor om farmaceuten die niet bereid zijn controleerbaar inzicht te geven in hun prijzen dan maar niet langer ontvankelijk te verklaren in hun verzoek tot beoordeling voor de verzekering. Het verhaal dat de bedrijven zo'n groot ondernemingsrisico lopen en torenhoge ontwikkelkosten maken voor medicijnen voor kleine groepen hoort thuis in de categorie alternatieve feiten. Ontwikkeling en gebruik van innovatieve medicijnen levert maatschappelijke winst op, economisch en sociaal. Maar de verdeling daarvan is volkomen scheef. Dat farmabedrijven, aan wie door patentrecht een monopolie geschonken is, het leeuwendeel van die maatschappelijke winst in de vorm van bedrijfswinst in hun eigen zak steken is in de huidige verhoudingen niet meer uit te leggen. Dat spel van 'privatizing gains and socializing losses' wordt niet meer geaccepteerd.

Arnold Moerkamp
Voorzitter Zorginstituut Nederland

Korte berichten



Verbetersignalement niercelkanker toont aan: betere inzet kankermedicijnen mogelijk

Het Zorginstituut heeft op basis van onderzoek naar het gebruik van geneesmiddelen bij het uitgezaaid niercelcarcinoom een aantal potentiële verbeteringen voor de kankerzorg gesignaleerd. De conclusies over het gepast gebruik van oncolytics bij niercelkanker zijn namelijk ook van waarde voor andere vormen van kanker. Dit staat in het *Verbetersignalement dure oncolytics* dat het Zorginstituut begin dit jaar uitbracht aan minister Bruins voor Medische Zorg en Sport.

Verbeterpunten die in het rapport worden genoemd zijn onder meer de actualisatie van de behandelrichtlijn en het aan de bron registreren van patiënt- en ziektekenmerken die in de praktijk mogelijk bepalend zijn voor een behandelafweging.

Meer gepaste inzet van dure oncolytics ziet het Zorginstituut als een cruciale stap bij de behandeling van niercelkanker; niet alleen om meer gezondheidswinst te bereiken voor mensen met kanker, maar ook om de toegankelijkheid te waarborgen door het zo mogelijk vermijden van onnodige kosten. Vanwege de snelle ontwikkelingen rondom de introductie van nieuwe geneesmiddelen bij kanker is deze observatie ook bij andere kankertypen van belang.

Website Horizonscan is vernieuwd

De geheel vernieuwde website 'Horizonscan geneesmiddelen' bevat een overzicht van alle innovatieve middelen die de komende twee jaar op de markt zullen verschijnen. Met zijn nieuwe gedaante en de door iedereen zelf te raadplegen database is ook het inhoudelijke aanbod verruimd: zo zijn er meer (geschatte) prijzen én patiëntvolumes te vinden van op de markt te verwachten middelen. De mogelijke totale kosten per geneesmiddel worden daardoor inzichtelijker. Verder is door een nieuwe opzet en navigatiestructuur de toegang tot de informatie op de vernieuwde site vereenvoudigd. De informatie per geneesmiddel is overzichtelijk per rubriek weergegeven

en kan gefilterd worden op bijvoorbeeld aandoening of op de datum waarop het geneesmiddel op de markt wordt verwacht. De scan is tot stand gekomen met input van zeven inhoudelijke werkgroepen waarin ruim zeventig medisch specialisten, ziekenhuisapothekers, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars zitting hebben. Dankzij deze zorgbrede samenwerking kan er in Nederland van één Horizonscan gebruik gemaakt worden voor onder meer de plaatsbepaling in het totale behandelingsaanbod, het voorbereiden van de inkoop bij de farmaceutische industrie en contractonderhandelingen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen.

Nieuw in FK: prijzen en kosten van geneesmiddelen

Het Farmacotherapeutisch Kompas (FK) is vernieuwd en biedt nu ook overzichten van geneesmiddelenkosten en geneesmiddelprijzen. FK-gebruikers kunnen nu prijzen vergelijken van geneesmiddelen binnen een werkzame stof, een geneesmiddelgroep óf bij een gekozen indicatie. Daarnaast toont de site de eventuele eigen bijdrage van een

middel. Dat kan de voorschrijver helpen bij het beantwoorden van vragen van patiënten. De kostenoverzichten zijn op de naam van het *specialité* en op naam van generieke producten op te zoeken. Een generiek geneesmiddel is therapeutisch gelijkwaardig aan een origineel farmaceutisch product (*specialité*) waarvan het patent is verlopen.

Voor het goed kunnen vergelijken van geneesmiddelen worden de prijzen uitgedrukt in vergelijkbare eenheden. De kostengegevens worden maandelijks geactualiseerd en zijn afkomstig van Z-Index: de intermediair die zorginformatie verzamelt, controleert, verrijkt, koppelt, beheert en verspreidt.

Advies: ook ggz-patiënten hebben recht op integraal Wlz-pakket

In september 2017 heeft het Zorginstituut advies uitgebracht over de positionering van behandeling in de Wlz. De kernboodschap daarvan is dat bij institutionele zorg alle behandeling en aanvullende zorg (huisartsenzorg, farmaceutische zorg, tandheelkundige zorg, hulpmiddelen en paramedische zorg) ten laste van de Wlz moet komen.

Dat advies was geschreven voor de bestaande doelgroepen van de Wlz, dus cliënten met een andere grondslag dan psychiatrie. Begin maart 2018 heeft het Zorginstituut in een aanvullend advies voorgesteld deze handelswijze ook voor de ggz-doelgroep te laten gelden. Ook mensen met een psychiatrische stoornis, die blijvend

zijn aangewezen op 24-uurszorg of permanent toezicht, zijn aangewezen op integrale zorg. Ook zij hebben daarom recht op een integraal Wlz-pakket, inclusief behandeling en de aanvullende zorgvormen.

Bij implementatie van dit advies ontvangen zij straks vrijwel alle zorg vanuit de Wlz. Het Zorginstituut realiseert zich dat de implementatie van dit advies grote organisatorische veranderingen met zich meebrengt. De sector moet tijd en gelegenheid krijgen zich aan te passen aan de nieuwe situatie. Branche- en beroepsverenigingen moeten hier nauw bij betrokken worden.

Uitreiking Groene Vink 2018

Elk jaar reikt het Zorginstituut de Groene Vink uit als compliment aan softwareleveranciers die software ontwikkelen op basis van iStandaarden. Veertig softwareleveranciers ontvingen vorige maand het 'Groene Vink 2018'-kunstwerk tijdens een feestelijke bijeenkomst in Amsterdam.

De Groene Vink is een informeel keurmerk voor softwareleveranciers die werken met iStandaarden Wlz, Wmo, Jeugdwet en het Pgb,. Het geeft de zekerheid dat de berichten die binnen hun softwaresysteem gegenereerd worden, in orde zijn. Op die manier dragen softwareleveranciers bij aan een duurzaam informatiestelsel voor de zorg. Deze goed ontwikkelde software wordt elk jaar beloond



met een Groene Vink-kunstwerk dat gemaakt is bij een zorgaanbieder. De feestelijke uitreiking van de Groene Vink 2018 – de zesde editie – vond ditmaal plaats bij CRE8: de organisatie die dit jaar het ontwerp maakte en het

kunstwerk van 3D-geprint bio-plastic produceerde. CRE8 is een dagbesteding en 'digitale werkplaats voor ambachtslieden'. Hier worden jongeren met diverse zorgvragen opgeleid zodat zij meer kans maken op de arbeidsmarkt.

Meer informatie?

Meer informatie over deze nieuwsberichten kunt u vinden op www.zorginstituut-nederland.nl/actueel/nieuws

Advies: gesuperviseerde oefentherapie bij COPD in basispakket

Het Zorginstituut heeft in december 2016 een systeemadvies over fysiotherapie en oefentherapie uitgebracht. In dit advies gaven we aan hoe fysiotherapie en oefentherapie in de basisverzekering opgenomen zouden kunnen worden. Een vervolg van het advies is dat het Zorginstituut voor een aantal aandoeeningen adviseert of fysiotherapie en/of oefentherapie vanaf de eerste behandeling in de basisverzekering opgenomen kunnen worden. Eind maart brachten wij in dit kader het pakketadvies 'Gesuperviseerde oefentherapie bij COPD' uit. Hierin adviseren wij minister Bruins om oefentherapie onder supervisie van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) al vanaf de eerste behandeling te vergoeden. Dit geldt alleen voor patiënten met matig ernstige tot zeer ernstige COPD.

GVS-advies herbeoordeling Fampyra® bij MS

Het Zorginstituut heeft een herbeoordeling uitgevoerd voor het middel fampridine (Fampyra®) bij de behandeling van multiple sclerose (MS). Wij concluderen dat Fampyra® geen plaats verdient in het basispakket. Het is niet bewezen beter dan de gebruikelijke behandeling in Nederland, maar wel duurder. In zo'n geval geeft het Zorginstituut een negatief advies. De minister van VWS heeft op 1 april 2016 het middel voorwaardelijk toegelaten tot het basispakket voor een periode van twee jaar. Op dat moment was er ook nog geen bewijs voor de werking van het middel. De voorwaarde was dat patiënten in die periode deelnamen aan een onderzoek naar de (kosten)effectiviteit van Fampyra®. De minister van VWS heeft ons advies inmiddels overgenomen. Dit betekent dat na 1 april 2018 geen aanspraak meer bestaat op vergoeding van Fampyra®.

Standpunt gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) bij overgewicht en obesitas



In het standpunt 'Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie' uit 2009, concludeerde het Zorginstituut dat een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) een effectieve interventie bij overgewicht en obesitas is. Gecombineerde leefstijlinterventie wil zeggen: een combinatie van advies en begeleiding bij voeding en eetgewoonten, gezond bewegen en gedragsverandering die gericht is op het verwerven en behouden van een gezonde leefstijl. De interventie wordt in de vorm van een programma aangeboden (hetzij individueel, hetzij in een groep). In een addendum geeft het Zorginstituut meer duidelijkheid over de voorwaarden voor inkoop van gecombineerde leefstijlinterventies. De belangrijkste punten zijn samengevat in een factsheet, te downloaden op onze website.

"Wie zegt dat de robot de beste knip-, snij- en hechtacties uitvoert, toegesneden (excusez le mot) op mijn persoonlijke omstandigheden?"



Martin van der Graaff werkt als adviseur bij het Zorginstituut

Robotisering

column

De gezondheidszorg verliest steeds meer van zijn humane aspecten. De robot heeft een vaste plaats veroverd onder de behandelaars, waardoor zelfs de chirurg, de laatste specialist met het aura van de heerser over leven en dood, in beginsel overbodig wordt. Misschien denkt u: wat geeft dat nou? De mondige patiënt kiest zijn chirurg immers niet vanwege zijn vaardigheden op het gebied van sprankelende conversaties? Toch voel ik mij ongemakkelijk bij het idee dat een robot ooit aan mijn organen zou prutsen. Natuurlijk kan hij vaardigheden van mensen feilloos geautomatiseerd uitvoeren. Maar wie zegt dat het apparaat, als ik eronder lig, zonder meer de beste knip-, snij- en hechtacties uitvoert, toegesneden (excusez le mot) op mijn persoonlijke omstandigheden?

Ik weet iets van de geschiedenis van automaten en ben er niet helemaal gerust op. In 1770 deed een in een bureau ondergebrachte schaakautomaat, bediend door een als Turk verklede mechanische pop, de wereld versteld staan. Hij versloeg bijna iedereen, alleen tegen grootheden als Philidor moest hij het afleggen. Achteraf bleek er in het bureau voldoende ruimte om er een redelijk goede speler in te verbergen. Nu vrees ik dat zich analogieën voordoen in de zorg. Automaten volop, maar zullen ze ooit degenen overtreffen die de robots programmeren? Bovendien, de beschikbaarheid van techniek verleidt tot gebruik, maar de vraag of de inzet van de automaat de beste optie is wordt wellicht minder en minder gesteld.

Het is mede om die reden dat de focus op Zinnige Zorg als kernactiviteit van het Zorginstituut steeds belangrijker wordt. Daartoe wordt het Zorginstituut uitgebreid met een aantal nieuwe fte's, levende mensen in dit geval.

Nu staan ambtenaren, zoals bekend, bloot aan kritiek van buiten zodra ze voorstellen doen die voor de ene partij wat minder fijn uitpakken dan voor de andere. Daarom is het wellicht goed om die nieuwe medewerkers goed toe te rusten op confrontaties met teleurgestelde ketenpartners. Daarbij kan het zinvol zijn om gebruik te maken van een designelement van de schakende pop. De Turk had namelijk een als onprettig ervaren, starende en intimiderende blik. Volgens een psychologische wet ervaart degene die in contact komt met een duidelijk mechanisch wezen, een gevoel van onbehagen dat dieper gaat naarmate de uiterlijke verschijning van de robot menselijker trekken vertoont. (Voor de liefhebbers van psychologie: google op 'uncanny valley'.) Hierdoor afgeleid, leden veel tegenstanders van de schakende Turk onnodige nederlagen.

Het is dus een optie om gebruik te maken van deze kennis, en de nieuwe medewerkers te trainen in een streng overkomende werkwijze. Een alternatief is natuurlijk om te kiezen voor charmante, humane persoonlijkheden, die je kunt trainen op hartveroverend optreden. Dan komt de menselijkheid via een omweg alsnog terug in de zorg.

Blockchain in de zorg

Revolutionaire proef met kraamzorg-app

Met een praktijkproef in de kraamzorg verkent het Zorginstituut de mogelijkheden voor een betere gegevensuitwisseling. Een speciaal voor dit doel ontwikkelde app moet daaraan bijdragen. Met deze app krijgt de moeder van het kind de regie over haar eigen zorggegevens.

Tekst Robert van der Broek

Beeld Kees van de Veen

Twintig tot veertig moeders doen mee aan de praktijkproef. Aan hen is gevraagd of ze de app Mijn Zorg Log willen testen. Met die app mag de moeder de uren accorderen die na de bevalling zijn besteed aan kraamzorg. Op het moment dat zij dit doet, geeft zij direct het groene licht voor de financiële afhandeling: de werkgever kan de kraamverzorgster nog dezelfde dag uitbetalen en de verzekeraar keert uit aan de kraamzorgorganisatie.

De praktijkproef loopt tot en met april, daarna worden de resultaten geëvalueerd. Het Zorginstituut startte al in 2016 met de voorbereidingen en liet, om inzicht te krijgen in de mogelijkheden van blockchaintechnologie voor de zorg, een applicatie ontwikkelen. Blockchain is een nieuwe vorm van informatietechnologie die ook aan de basis ligt van cryptovaluta zoals bitcoin. Het wordt wel vergeleken met een grootboek waarin data *realtime* worden vastgelegd, gewijzigd en gedeeld. “We vermoeden dat blockchain veel potentie heeft om de gegevensuitwisseling in de zorg ingrijpend te veranderen”, aldus Peter Snaterse van het Zorginstituut. “Om dit in een werkelijke situatie te onderzoeken zijn we samen met VGZ en drie kraamzorgorganisaties de praktijkproef gestart.”

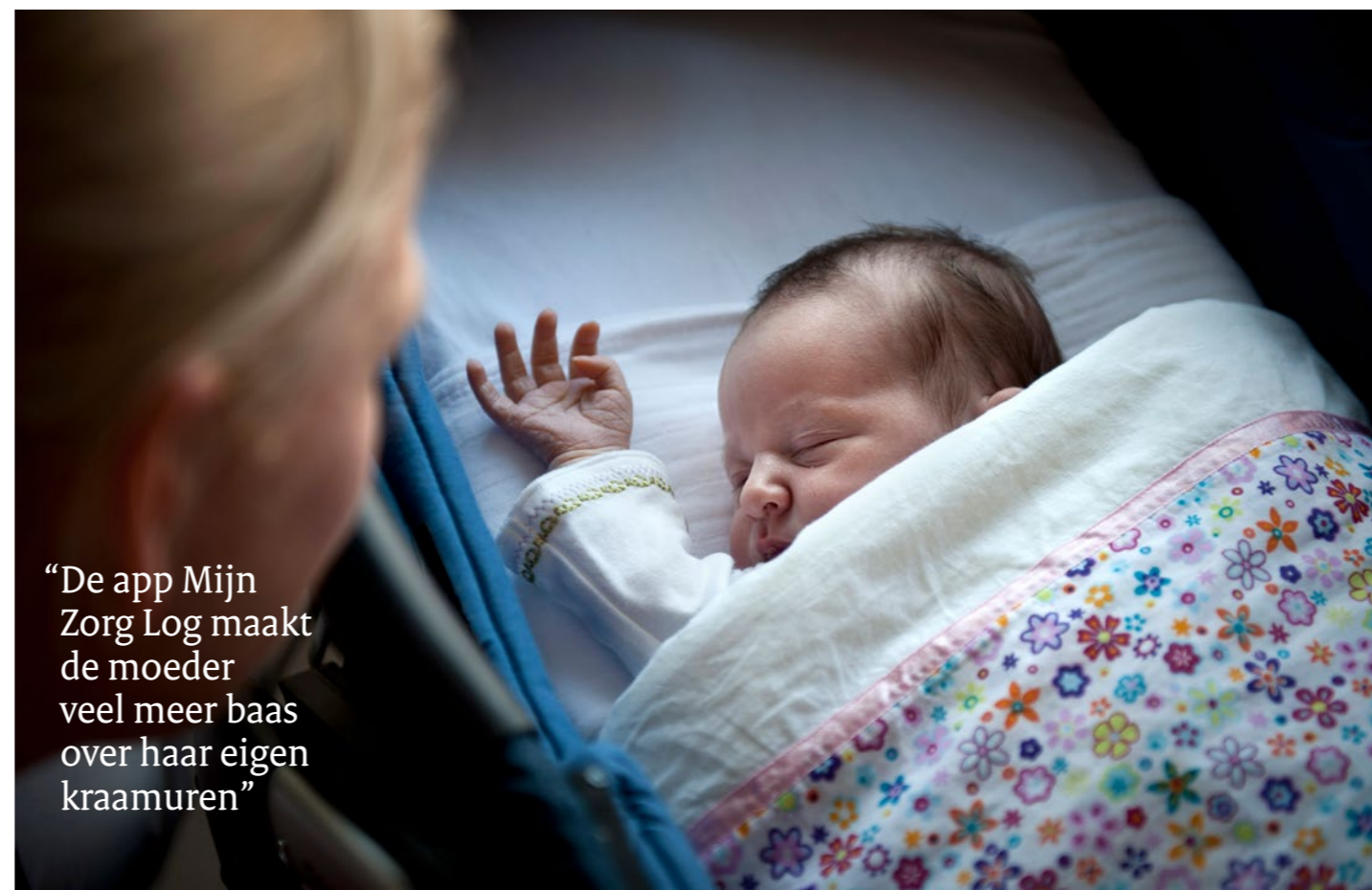
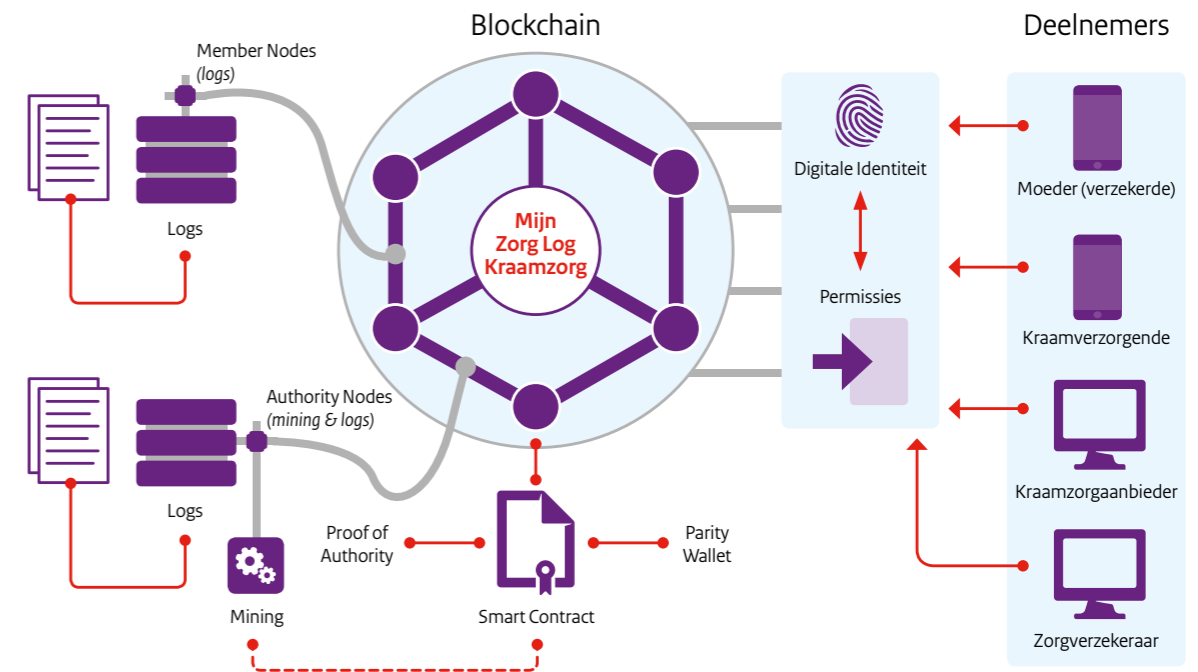
Baas over eigen uren

“De app Mijn Zorg Log maakt de moeder veel meer baas over haar eigen kraamuren”, zegt Bert Doppenberg van kraamzorgorganisatie LiemersCare. “Of de moeder en de kraamverzorgster de werkwijze omarmen, moet de praktijkproef uitwijzen. Dat we er ook mee besparen op administratieve lasten is een mooi bij-effect.”

De verwachting is dat de virtuele infrastructuur van blockchain vele malen efficiënter is dan de huidige werkwijze. Nu is het nog zo dat de kraamverzorgster een dossier bijhoudt op papier. De moeder wordt gevraagd

de kraamzorguren op papier te accorderen. Na akkoord stuurt de kraamverzorgster dat formulier naar haar werkgever, die de informatie in zijn eigen administratie verwerkt en een declaratie indient bij de verzekeraar. De verzekeraar moet deze declaratie eerst nog controleren om tot uitbetaling te kunnen overgaan. Een tijdrovend traject, dat bovendien foutgevoelig is. Mijn Zorg Log kan een flinke besparing op tijd en kosten opleveren. Daarbij komt het tegemoet aan het streven van de overheid om de burger meer centraal te stellen.

De werking van Mijn Zorg Log voor de Kraamzorg



“De app Mijn Zorg Log maakt de moeder veel meer baas over haar eigen kraamuren”

Toegevoegde waarde

Hugo te Kaat, projectleider vanuit VGZ, wil nog geen uitspraken doen over de verwachte uitkomst. “De voorwaarden voor deze proef zijn goed. We werken met een echt praktijkmodel, met echte mensen en situaties. We hebben alle relevante procedures voor kraamzorg in de blockchain verwerkt en juridisch getoetst. Het gezin kan het budget voor kraamzorg uitsluitend besteden bij de gecontracteerde aanbieders, binnen de voorgeschreven periode. Nu is het afwachten of de gebruikers hun zorggegevens aan het digitale netwerk durven toe te vertrouwen. Hoe de overdracht van virtueel geld op echt geld verloopt. En of blockchain bestand is tegen de dynamiek van de markt. Internet was in het begin ook nog onvolwassen. En nu kunnen we niet meer zonder.” Bert Doppenberg van LiemersCare is vooral benieuwd naar de bruikbaarheid van Mijn Zorg Log. “In de techniek heb ik vertrouwen, die is uitvoerig getest. Ik hoop vooral dat onze cliënten en medewerkers er een goed gevoel bij krijgen. Verandering moet natuurlijk aanvoelen.” ●

10

vragen aan Carin Uyl-de Groot

Tekst Jacqueline Schadee

Beeld De Beeldredactie | Guido Benschop

1 Wat is uw eerste ervaring met de gezondheidszorg?

“Als klein kind heb ik veel oorontstekingen gehad en een arm uit de kom, maar daar weet ik niets meer van. Wel weet ik dat ik als vijftienjarige bij de huisarts kwam met hoge koorts. Hij adviseerde me om uit te zieken, maar een bloedtest wees uit dat ik de ziekte van Pfeiffer had. Ik had de korte maar hevige variant en heb heel wat van school gemist. Gelukkig stond ik er goed voor.”

2 Als u geneeskunde had gestudeerd, wat voor dokter was u dan geworden?

“Toen ik uitgeloot werd voor geneeskunde, ben ik gezondheidswetenschappen gaan studeren. Als arts was ik misschien internist-oncoloog geworden – ik hou van puzzelen en het menselijk lichaam heeft mij altijd geboeid.”

3 Als u het in de zorg voor het zeggen had, wat zou u dan als eerste doen?

“Als eerste zou ik de positieve mindset willen terugbrengen op de werkvloer. Ik zou verpleegkundigen meer waardering geven en de administratieve druk terugbrengen. Daardoor kunnen verplegers en verzorgenden meer tijd en aandacht aan de patiënt besteden en wordt hun werk leuker, waardoor het personeelstekort afneemt. Ten tweede zou ik ervoor zorgen dat dure geneesmiddelen in

PERSONALIA

Prof.dr Carin Uyl-de Groot (1966) is hoogleraar ‘Health Technology Assessment’ aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Ook is ze directeur van het instituut voor Medical Technology Assessment (iMTA). Ze studeerde gezondheidswetenschappen en is hoofdonderzoeker van een aantal patiëntenregistraties op het gebied van kanker.

Voor het Zorginstituut analyseert prof.dr Uyl-de Groot de kosten-effectiviteit van dure geneesmiddelen. Ze is sinds 2013 lid van de Commissie Beoordeling Oncologische Middelen en sinds 2015 lid van de Gezondheidsraad. Carin Uyl-de Groot is getrouwd en heeft twee kinderen, die overigens allebei geneeskunde studeren.



“Ik verwacht dat *value based health care* een grote vlucht neemt. Het verzamelen van data in een register wordt vanzelfsprekend, waardoor het evalueren, en daarmee de gezondheidszorg, beter en efficiënter wordt”

prijs werden verlaagd, zodat de toegang tot deze middelen verbetert – dat is nu eenmaal mijn topic.”

4 Welke zorg hoort volgens u niet in het basispakket thuis?

“Ik weet niet precies wat er vergoed wordt, maar ik zou willen dat alle medische behandelingen even goed getest werden als farmaceutische middelen. Vermoedelijk zouden veel behandelingen de drempelwaarde niet halen. Kijk bijvoorbeeld naar de geestelijke gezondheidszorg. Ik snap dat evalueren daar lastig is, maar er valt nog veel te verbeteren.

Waar ook eens kritisch naar gekeken moet worden, zijn technologische hoogstandjes als operatierobotten en PET-CT-scans. Elk ziekenhuis wil zulke apparaten hebben, maar de toegevoegde waarde ervan is niet voor alle aandoeningen aangetoond. Macroeconomisch bekeken zou een verzekeraar deze technologieën alleen voor bepaalde ziekenhuizen moeten vergoeden.”

5 Welke zorg moet volgens u onmiddellijk in het basispakket?

“Voor zover ik weet, hebben we in Nederland al een vrij uitgebreid pakket. In mijn persoonlijke leven heb ik ervaren dat fysiotherapie bij een sub-hernia een operatie kan voorkomen. Deze vorm van zorg kan dus kosten besparen, maar ook hier is meer evaluatie nodig.

Preventie is ook belangrijk. Als mensen gezonder bewegen kun je veel klachten voorkomen, zoals fracturen bij patiënten met osteoporose. Het is lastig om politieke steun voor preventie te krijgen, omdat de positieve effecten pas op langere termijn merkbaar zijn.”

6 Wat doet u bij een zeurend pijntje: doormodderen of meteen naar de huisarts?

“De behandelkamer is niet mijn favoriete *place to be*, dus ik kijk het meestal even aan. Een paar jaar geleden liep ik ergens zó lang mee door dat een collega zei: ‘En nu ga je naar de dokter!’ Die collega was overigens wel arts.”

7 Wat is uw favoriete zorgwoord?

“Dat is ‘optimaal’, dus van de beste kwaliteit én doelmatig. We leven in een welvarend land, iedereen heeft recht op een zo goed mogelijke behandeling. Het gaat daarbij om medische zorg én aandacht.

Doelmatigheid verwijst naar de prijs-kwaliteitverhouding. We moeten ons realiseren dat je elke euro maar één keer kunt uitgeven. Als we het ene geneesmiddel vergoeden, is er misschien geen geld meer voor het andere. Dat is een proces van bewustwording.”

8 Stel, u ligt met een gebroken been op een tweepersoonskamer in het ziekenhuis. Naast wie wilt u liggen?

“Nou, als je met een gebroken been wordt opgenomen, is dat geen goede zaak. Ik zou mijn tweepersoonskamer het liefst delen met iemand met wie ik kan lachen. Een gezellig iemand. Bijvoorbeeld Bert Visscher. Als je niets ernstigs hebt, is het lekker om gewoon platte lol te hebben, denk ik. Slap lullen en lachen. Het is ook handig als je kamergenoot af en toe wat drinken wil halen.”

9 Wat vindt u de belangrijkste voorwaarde voor goede zorg?

“Goede zorg moet je uitvoeren, evalueren/monitoren en terugkoppelen. Ik houd me voornamelijk bezig met stap twee en drie: het evalueren en terugkoppelen van grote hoeveelheden data aan ziekenhuizen. Daardoor krijgen artsen een beter beeld van het effect van behandelingen en kunnen ze *value based health care* leveren: doelmatige en kwalitatief goede zorg op basis van evaluaties. Het verbeteren van de zorg moet een gezamenlijke missie zijn. Lijstjes maken van bijvoorbeeld de beste ziekenhuizen is, net als bij de oliebollen- en de haringtest, weinig behulpzaam. Gelukkig komt er steeds meer aandacht voor opbouwende feedback. Artsen zouden niet bang moeten zijn om hun data te delen en open moeten staan om van elkaar te leren.”

10 Hoe ziet de zorg en/of ons zorgstelsel er volgens u over 5 jaar uit?

“Ik verwacht dat *value based health care* een grote vlucht neemt. Het verzamelen van data in een register wordt vanzelfsprekend, waardoor het evalueren, en daarmee de gezondheidszorg, beter en efficiënter wordt. Verder vind ik dat je het centraliseren van behandelingen niet moet doordrijven. Bereikbaarheid is ook belangrijk. Zeker voor ouderen is het soms lastig om te reizen. En laten we vooral niet vergeten dat het Nederlandse zorgstelsel een van de beste van de wereld is, terwijl we - geloof ik - de laagste eigen bijdrage hebben van heel Europa!” ●

Nieuwe wet gegevensbescherming

Privacyschending patiënt strenger bestraft

Privacy is een groot goed. Zeker in de zorg willen patiënten dat hun gegevens beschermd en beveiligd zijn. Bestaande wetgeving voor bescherming van persoonsgegevens wordt vanaf 25 mei vervangen door de Europese privacywet, de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Op datalekken staan strenge sancties.

Tekst Loek Kusiak

Geen branche waar partijen zoveel gevoelige persoonsgegevens uitwisselen als in de zorg. Hierdoor kent de sector een hoog risico op privacyschendingen. De zorg was in 2017 verantwoordelijk voor bijna 30 procent van de meldingen bij de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) over datalekken. Daarvan was driekwart te herleiden op een persoonlijke fout van een medewerker.

“Een datalek kan het gevolg zijn van een computerhack. Maar wat ook als datalekken worden aangemerkt zijn het niet maken van een back-up van patiëntgegevens, het doorsturen van een e-mail naar de verkeerde personen of het in de trein laten liggen van een zorgplan met patiëntgegevens. En op datalekken staan boetes.” Aan het woord is Peter Schell, voorzitter van de Stichting Privacyzorg, een non-profitorganisatie die circa duizend geabonneerde zorgaanbieders – huisartspraktijken, apothekers, ziekenhuizen - helpt bij het beschermen van patiëntgegevens en te laten voldoen aan Europese wetgeving inzake de 'Algemene Verordening Gegevensbescherming' (AVG) die op 25 mei van kracht wordt en voor alle sectoren geldt. De AVG vervangt in Nederland de huidige Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) en geeft de AP bevoegdheid om hogere boetes uit te delen. Dus ook aan de arts die patiëntgegevens aan een farmaceut verkoopt.

Aanscherping

Onder de Wbp was de AP nog terughoudend met het uitdelen van boetes. Het bleef bij

waarschuwingen. Onder de nieuwe wetgeving zal de AP vrijwel zeker strenger optreden, verwacht Schell. Boetes van nu nog maximaal 820.000 euro kunnen dan oplopen tot 20 miljoen, hoewel dat bedrag vooral multinationals moet afschrikken de nieuwe privacywet niet te ontduiken.

“Op datalekken staan boetes”

Schell: “Een aantal eisen van de AVG zit al in bestaande zorgspecifieke wetgeving voor geneeskundige behandeling en cliëntenrechten. De AVG zorgt voor een aanscherping, voor een grotere verantwoordelijkheid bij de zorgaanbieder. De zorgaanbieder moet zowel naar de patiënt als naar de AP en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd met een administratie bewijzen dat voldaan wordt aan de privacyregels en dat ICT-systemen, ofwel de informatiebeveiliging, geen risico's opleveren bij de verwerking van persoonsgegevens.”

Registerplicht

In grote lijnen gaat het bij de AVG om een beoordeling door de zorgorganisatie op het effect van risicovolle verwerkingen van persoonsgegevens (*privacy impact assessment*). Dat is belangrijk bij het ontwerp van systemen en het aanleggen van databestanden (*privacy by design*). Ook geldt een 'registerplicht' voor alle verwerkingsactiviteiten van persoonsgegevens. Daarnaast moet in een 'verwerkersovereenkomst' tussen de zorgverlener

en partijen met wie deze samenwerkt, vastgelegd worden wie geautoriseerd is tot het inzien van patiëntgegevens. Ziekenhuizen delen ook veel medische gegevens van patiënten voor wetenschappelijk onderzoek, bijvoorbeeld met KWF Kankerbestrijding. Ze zijn voortaan verplicht hiervan een overzicht bij te houden.

Schell: “Zorgorganisaties raad ik aan persoonsgegevens te versleutelen en een tweefactorauthenticatie in te voeren, ofwel een extra beveiliging die jou als enige toegang geeft, ook al weet een ander het wachtwoord.” Het melden van datalekken aan de AP kan de Stichting Privacyzorg namens de zorgorganisatie doen. “Wij schrijven en versturen ook de brief naar de patiënt om hem over het datalek te informeren.”

De AVG verplicht organisaties die veel persoonsgegevens verwerken, zoals in de zorg, tot de aanstelling van een Functionaris Gegevensbescherming (FG). Dit is een onafhankelijk, aan geheimhouding gehouden persoon die toezicht houdt op de naleving van de privacyregels en klachten afhandelt. Om het voor kleine zorgorganisaties betaalbaar te houden, vervult Stichting Privacyzorg voor hen ook de rol van FG.

Schell: “Omdat de mens de zwakste schakel is in de informatiebeveiliging besteden we daar op voorlichtingsavonden voor zorgmedewerkers ook aandacht aan.” ●

Kwaliteitskader Spoedzorgketen:

Samen naar betere spoedzorg

Iedere patiënt die dat nodig heeft moet altijd en tijdig kwalitatief goede spoedzorg krijgen, vinden elf betrokken organisaties. In het Kwaliteitskader Spoedzorgketen, begin dit jaar aangeboden aan het Zorginstituut, beschrijven ze hoe ze willen samenwerken om dit doel te (blijven) realiseren.

Tekst Noël Houben

Beeld Ries van Wendel de Joode (HH)

Het kwaliteitskader bevat richtlijnen, normen en aanbevelingen voor de samenwerking tussen de 'schakels' in de spoedzorgketen. Onder deze keten vallen huisartsenspoedzorg, ambulancezorg, zorg van mobiele medische teams en acute zorg in het ziekenhuis. Elf partijen hebben het Kwaliteitskader Spoedzorgketen opgesteld: de Federatie Medisch Specialististen, Ambulancezorg Nederland, het Landelijke Netwerk Acute Zorg, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, NVZ Vereniging van Ziekenhuizen, het Nederlands Huisartsen Genootschap, beroepsvereniging van verpleegkundigen en verzorgenden

V&VN, Patiëntenfederatie Nederland, vereniging voor eerstelijnszorg Ineen en Zorgverzekeraars Nederland.

Goede afspraken

Enkele voorbeelden van verbeteringen die het kwaliteitskader moet bewerkstelligen zijn dat patiënten makkelijker en eerder op de goede plek terecht komen, dat er een soepelere informatieoverdracht is tussen zorgpartijen en dat de juiste expertise beschikbaar is. “Dit kunnen we onder andere bereiken door de huisartsenpost en de spoedeisende hulp van het ziekenhuis waar mogelijk bij elkaar te huisvesten”, vertelt Arold Reusken van het Landelijke Netwerk Acute Zorg (LNAZ). “Maar het kwaliteitskader wijst bijvoorbeeld ook op het belang van goede afspraken tus-

sen ambulancezorg en ziekenhuizen. Zodat ambulancemedewerkers altijd weten welke expertise aanwezig is in welk ziekenhuis.”

Patient journey

Het werken aan het kwaliteitskader startte in 2015, op initiatief van het Zorginstituut. In elf regio's brachten zorgmedewerkers met vertegenwoordigers van patiënten en zorgverzekeraars de kwaliteit van de spoedzorgketen in kaart. Elf zogenoemde ingangsklachten als benauwdheid, verwardheid, brandwonden en hoge koorts stonden hierbij centraal. Aan de hand van het pad wat patiënten vervolgens doorlopen, de *patient journey*, formuleerden de deelnemers verbeterpunten. “We wilden de direct betrokkenen laten vertellen wat in hun ogen beter kan”, schetst Marjolein de Booy van het Zorginstituut. “Met deze aanpak kregen we bovendien regionale verschillen in beeld.” De oogst van de gesprekken was een belangrijke bouwsteen voor het kwaliteitskader. Het LNAZ coördineerde vanaf 2017 de verdere ontwikkeling en bestuurlijke accordering van het kwaliteitskader. Reusken: “Het kwaliteitskader zegt wat we moeten regelen, beschrijft minimale vereisten. Het hoe bepalen de partijen in de regio's met elkaar. De regio's verschillen en daarom zullen ook de prioriteiten soms anders zijn. Spoedzorg is maatwerk.” ●

Toetsing

Het Zorginstituut is op verzoek van VWS gestart met een toetsing. Die moet uitwijzen of het kwaliteitskader kan leiden tot meerkosten. VWS wil vooraf geïnformeerd worden over mogelijk substantiële budgetoverschrijdingen, om waar nodig op de 'noodrem' te kunnen trappen. Ook enkele partijen achter het kwaliteitskader hebben om zo'n toetsing gevraagd. Aan de hand van de uitkomsten kunnen vervolgesprekken plaatsvinden over kosten, baten en financiering. Ook over de aanwezigheid van medische expertise op de spoedeisende hulp vindt nog nader overleg plaats.



Persoonsgericht(er) werken in de eerste lijn

Samen beslissen, hoe doe je dat?

Huisartsen zijn soms directiever dan ze zelf denken. Dat blijkt uit video-opnames die ze van hun eigen consulten maken voor de leergang 'Professionele effectiviteit in persoonsgerichte zorg'. In de scholingsmodule, die onder de vlag van het Zorginstituut werd ontwikkeld, leren huisartsen en praktijkondersteuners onder meer hoe ze samen met de patiënt tot een besluit kunnen komen.

Tekst Jacqueline Schadee

Beeld Wanz illustraties

"De meeste huisartsen vinden dat ze al persoonsgericht werken", vertelt adviseur Marjolein de Booy van het Zorginstituut. "Vergeleken met tweedelijns zorgverleners kennen zij de persoonlijke omstandigheden van een patiënt natuurlijk goed. Toch blijken ook huisartsen en praktijkondersteuners vaak geneigd om voor hun patiënt in te vulen wat hij of zij moet doen. Tegen iemand met een vasculair risico wordt bijvoorbeeld al snel gezegd: 'U moet meer bewegen en stoppen met roken', omdat dat nu eenmaal wetenschappelijk bewezen effect heeft. Maar alleen zeggen wat een patiënt moet doen of laten, is niet genoeg. Het werkt beter om samen na te gaan hoe iemands leefstijl kan worden aangepast, dat wil zeggen afgestemd op de situatie van de patiënt, en om gezamenlijk een besluit te nemen over een eventuele behandeling."

Om zover te komen, moet de zorgverlener wel anders in het gesprek gaan staan: minder

als alwetende deskundige, meer als begripvolle coach. "Dat maakt hun werk meteen een stuk leuker", aldus De Booy. Om huisartsen en praktijkondersteuners te helpen bij het aanleren van deze werkwijze, stimuleerde en faciliteerde het Zorginstituut de ontwikkeling van de nascholingsmodule 'Professionele effectiviteit in persoonsgerichte zorg. Samen beslissen: hoe doe je dat?' De cursus is opgezet door het NHG, het Nederlands Huisartsen Genootschap. De Booy: "Zonder begeleiding is het verrekke moeilijk om een kanteling te maken. Oude gewoontes roesten nu eenmaal niet."

"Alleen zeggen wat een patiënt moet doen of laten, is niet genoeg"

Persoonsgericht-proof

Ook de V&VN, InEen en de Patiëntenfederatie Nederland (PFN) waren betrokken bij de ontwikkeling van de scholingsmodule, die sinds afgelopen najaar bij de NHG wordt aangeboden. Liesbeth van der Jagt, senior wetenschappelijk medewerker bij het NHG en voorzitter van de stuurgroep: "Persoons-

gerichte zorg staat bij ons heel prominent op de agenda. Geen patiënt is hetzelfde en daar moet je als arts op inspelen. Deze scholingsmodule geeft handvatten voor het omgaan met die diversiteit. Het is een manier om tot meer persoonsgerichte zorg te komen. Daarnaast hebben we voor huisartsen en praktijkondersteuners twee kwaliteitsinstrumenten ontwikkeld: een *quickscan* waarmee de individuele professional kan nagaan in hoeverre hij of zij persoonsgericht werkt, en een tool waarmee eerstelijnszorgverleners kunnen zien of hun organisatie 'persoonsgericht-proof' is: zijn de spreekkamers gastvrij, de medewerkers klantvriendelijk? Krijgen patiënten het gevoel dat de praktijk rondom hen is georganiseerd? Ook hebben we geïnventariseerd welke vragen op dit gebied interessant zijn om nader te onderzoeken."

De leergang 'Professionele effectiviteit in persoonsgerichte zorg' bestaat uit vier bijeenkomsten van vier uur en is bedoeld voor huisartsen en hun praktijkondersteuners. Deelnemers leren onder meer hoe ze patiënten bij het zorgproces kunnen betrekken en hoe ze zelfmanagement kunnen stimuleren en ondersteunen. Ze bespreken het gespreksmodel voor gezamenlijke besluitvorming (de 'Handreiking Gezamenlijke

Handreiking Gezamenlijke besluitvorming

Het Zorginstituut zet zich al jaren in voor de ondersteuning van persoonsgerichte zorg in de huisartsenpraktijk. Het begon met de doorontwikkeling van het generiek individueel zorgplan (IZP) samen met partners uit het veld. Daarbij stellen zorgverlener en patiënt gezamenlijk vast wat het probleem is en welke ondersteuning gewenst is. Later kwam daar de 'Handreiking Gezamenlijke besluitvorming op basis van persoonlijke doelen' bij, die zorgverleners stap voor stap begeleidt bij het proces om via gezamenlijke besluitvorming te komen tot een individueel Zorgplan. De derde stap op weg naar persoonsgerichte zorg in de eerste lijn is de ontwikkeling van de scholingsmodule die in dit artikel wordt beschreven. De vierde stap is het doen van onderzoek, waarbij onderzocht wordt welke randvoorwaarden nodig zijn om persoonsgerichte zorg zo effectief mogelijk in te zetten.



ONDERZOEK DIVERSITEIT

Het Zorginstituut laat onderzoek doen naar de effectiviteit van persoonsgerichte zorg in de eerste lijn. Daarbij wordt in het bijzonder gekeken naar de invloed van diversiteit op het verlenen van persoonsgerichte zorg. Het onderzoek loopt van januari 2018 tot juli 2019 en wordt uitgevoerd door Pharos, expertisecentrum voor gezondheidsverschillen, en door Panaxea, een organisatie die de waarde van zorginnovaties in kaart brengt.

besluitvorming', zie kader) en oefenen met een (meer) coachende manier van werken. De cursus is een *blended training* en bestaat naast de bijeenkomsten uit e-learning en een praktijkopdracht. "Vooral de opdracht om jezelf op video op te nemen blijkt een eyeopener", vertelt Van der Jagt. "Je kijkt daarna met je groepsgenoten aan de hand van vaste 'observatiepunten' echt kritisch naar je consultvoering. Heb je de specifieke hulpvraag opgepikt? Signaleerde je de medisch relevante feiten en de emoties? Hoe zag je non-verbale communicatie eruit?" Dat deelnemers enthousiast zijn over de leergang blijkt wel uit de evaluaties: cursisten waarderen de leergang met een cijfer tussen de acht en de negen.

Waardevolle avonden

Huisarts Leonie Tromp van zorggroep RCH Midden-Brabant volgde de leergang eind 2017. Eerder was ze vanuit de zorggroep betrokken bij de ontwikkeling ervan. Nu kijkt ze terug op vier waardevolle avonden. "Ik vind het een heel leuke en leerzame scholing, over een heel belangrijk onderwerp. Vooral op het gebied van lifestyleverandering werkt de persoonsgerichte aanpak goed. Een voorbeeld: laatst kwam een vrouw met hoge bloeddruk bij mij. Die kun je een pil voorschrijven, maar na even praten bleek dat ze heel vaak soep

at, uit de magnetron. Toen hebben we afgesproken dat ze vaker zelf soep zou maken - die is een stuk minder zout."

"Wat ik leerde door de videotraining is dat ik nog meer bij de patiënt kan laten. Soms was ik te hard aan het werk." Het valt Leonie Tromp op dat sommige huisartsen bang zijn dat hun consult door een persoonsgerichte aanpak te lang gaat duren. Zij is daar zelf niet bang voor. "In het begin duren de consulten misschien wat langer, maar op de lange duur levert deze werkwijze tijdwinst op, omdat je elkaar beter begrijpt. Al zou ik het goed vinden als de praktijken kleiner werden en de consulten langer, zeker bij mensen die niet goed Nederlands spreken. Maar dat is aan de politiek."

Liesbeth van der Jagt: "Met de persoonsgerichte aanpak doe je je werk niet alleen beter, maar maak je het voor jezelf ook aantrekkelijker. Je hebt écht contact met je patiënten en ze gaan tevredener de deur uit. En als je het efficiënt organiseert, hoeft je consult niet langer te duren en zie je patiënten minder vaak terug op je spreekuur." ●

Meer over de nascholing: <https://www.nhg.org/scholing/professionele-effectiviteit-persoonsgerichte-zorg-samen-beslissen-het-hoe-en-waarom>

Feiten & Cijfers

Nederlands zorgstelsel hoogst gewaardeerd

Top 5

1. Nederland	924 punten
2. Zwitserland	898 punten
3. Denemarken	864 punten
4. Noorwegen	850 punten
5. Luxemburg	850 punten

Laatste 3

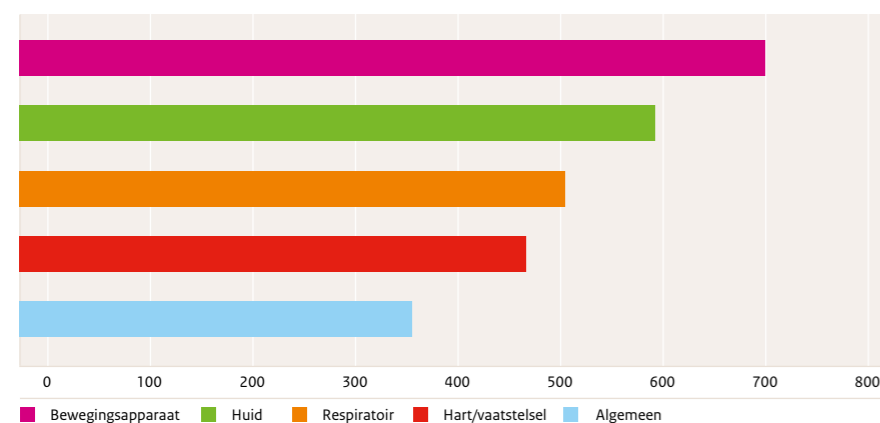
32. Griekenland	569 punten
33. Bulgarije	548 punten
34. Roemenië	439 punten

In 2017 scoorde Nederland met **924 van de 1.000 punten** bovenaan in de Euro Health Consumer Index (EHCI), een jaarlijkse waardering van de gezondheidszorg in de Europese landen.

BRON: EHCI

Klachten aan het bewegingsapparaat zijn de belangrijkste reden voor huisartsbezoek. Het gaat het vaakst om klachten aan de knie en de onderrug:

Aantal consulten per 1.000 patiënten



BRON: NIVEL ZORGREGISTRATIES

50%

van de Nederlanders weet niet of medische persoonsgegevens goed worden beschermd. **30%** maakt zich zorgen om de privacy van de gegevens.

BRON: KPMG



Het personeelstekort in de zorg dreigt sterk op te lopen tot **100.000 vacatures** in 2022.

BRON: UWV

1,23 miljoen mensen ontvingen via openbare apotheken in 2017 een laxeremiddel op basis van een combinatie met macrogol. **Daarmee heeft dit middel in 2017 de meeste gebruikers binnen het basispakket.**

BRON: STICHTING FARMACEUTISCHE KENGETALLEN (SFK)



2,6 miljard euro werd in 2017 uitgegeven aan wijkverpleging. Ruim **80 procent** daarvan ging naar langdurige zorg voor kwetsbare ouderen en chronisch zieken.

BRON: VEKTIS

67.000

mensen worstelen dagelijks met de gevolgen van **traumatisch hersenletsel.**

BRON: HERSENSTICHTING

320.000

ouderen belanden elk jaar **zonder medische noodzaak** in een ziekenhuisbed

BRON: ACTIZ

'Zorgjargon' nader verklaard

Soms zijn er van die termen of begrippen die je hoort van collega's, leest in rapporten of tegenkomt in diverse media. Woorden die al langer rondzingen in de organisatie en de zorg, en die we van elkaar overnemen, zonder exact te weten waar ze vandaan komen of wat ze precies betekenen. *Zorginstituut Magazine* gaat op zoek naar de achtergrond van zo'n woord en geeft nadere toelichting. Deze keer twee woorden: **'Poortfunctie** en **poortspecialist'**.

Associaties met het woord 'poortspecialist' gaan vrij snel richting een specialist in hekwerken of garagedeuren. Zoeken we het woord meer in de hoek van de zorg – wat voor de lezers van dit blad tenslotte toch meer voor de hand ligt – dan gaan de gedachten eerder uit naar de 'poortwachter'. Wat of wie was dat ook alweer? De term kreeg bekendheid in de Wet verbetering Poortwachter (WvP) uit 2002, maar dat betreft ziekteverzuimbeleid voor werkgevers; toch een andere discipline. Dichter bij de zorg heb je de poortwachter als metafoor voor de huisarts in de functie van 'filter'; hij houdt de wacht bij de poort en zorgt dat de doorstroom naar schaarse en duurdere tweedelijnsvoorzieningen beperkt blijft.

Is de 'poortspecialist' hiervan af te leiden? In zekere zin wel. De poortspecialist is namelijk de medisch specialist naar wie een patiënt wordt verwezen voor medisch-specialistische zorg. Hij is verantwoordelijk voor een juiste typering van een zorgtraject bij de geleverde zorg en heeft een zogenoemde 'poortfunctie': hij kan een zorgtraject voor medisch-specialistische zorg starten. Overigens kunnen ook enkele specifieke ondersteunende specialisten en niet-medisch-specialistische beroepsbeoefenaren de poortfunctie uitvoeren, maar daarmee zijn zij nog geen poortspecialist. Daarvoor moet je medisch specialist zijn.

De andere blik

“Generaliseren is het nieuwe specialiseren”

De dokter is al dan niet vrijwillig uit zijn ivoren toren gekomen. De medische macht zou zienderogen tanen. Iwan van der Horst, intensivist/cardioloog op de intensive care voor volwassenen van het Universitair Medisch Centrum Groningen en universitair hoofddocent aan de Rijksuniversiteit Groningen, denkt er het zijne van. De ‘macht’ van de dokter, zegt hij, schuilt in andere dingen dan in heer en meester zijn aan het ziekbed.

Tekst Els van Thiel Beeld De Beeldredactie | Kees van de Veen

“Ik werk op de intensive care (ic). Daar liggen ernstig zieke mensen die intensieve bewaking nodig hebben. Er is geen polikliniek waar patiënten met een lijstje met vooraf bedachte vragen komen. Het blijft de kunst om de informatie die beschikbaar is zo goed mogelijk uit te leggen aan de patiënt en als dat niet kan, aan zijn naaste familie. Jazeker, ook als de behandeling geavanceerd en ingewikkeld is.

Artsen denken op dit moment veel na over de autonomie die ze hebben - of juist niet meer hebben. Is hun macht en invloed aan het afkalven? Ik vind dat je altijd voor de inhoud moet gaan. Dát is je macht, als je dat onhandige woord dan toch wilt gebruiken. Je zo goed mogelijk voorbereiden op de problematiek van de patiënt en zorgen dat alle kennis en kunde daaromheen voorhanden is. En vervolgens je uiterste best doen om de patiënt - óók de patiënt die er zeer ernstig aan toe is - te informeren en in het proces te betrekken. Als iemand buiten bewustzijn is houdt het natuurlijk op, maar vaak is een gesprek op de ic toch wel mogelijk.”

“Heel goed je literatuur bijhouden, zo duidelijk mogelijk aan patiënten uitleggen wat er aan de hand is en welke hulp beschikbaar is. Op alle gebieden toegerust zijn voor je taak en zo samen met je team tot een weloverwogen beslissing komen. Dat is een definitie van macht die ver afstaat van die van de arts die in zijn eentje oordeelt over wat goed of niet goed is voor de patiënt. Professionele verantwoordelijkheid dragen, staan voor je beroep, zeg ik liever.”

Uitdagende puzzel

“Tegen het einde van de vorige eeuw ontstond er een hype rond het onderwerp, maar nu zou *evidence based medicine* op zijn retour zijn. Mensen die dat beweren, menen dat er alleen sprake is van *evidence* als er gerandomiseerd onderzoek heeft plaatsgevonden. Dat klopt niet, dokters moeten streven naar het *best beschikbare* bewijs en op basis daarvan samen met de patiënt tot de best mogelijke beslissing komen. Dat houdt in dat je vakliteratuur goed moet kunnen lezen. Je moet kunnen inschatten of die je in een bepaalde situatie wel of niet vooruit helpt en of de patiënt binnen de kaders van het onderzoek valt. Er zijn patiënten voor wie slechts beperkte *evidence* is. Dan moet je eerlijk zeggen: ‘mevrouw, meneer, er is nog niet veel onderzoek gedaan naar uw specifieke situatie.’ Daar komt bij dat *evidence based medicine* geen statisch gegeven is, het ontwikkelt zich en gaat met zijn tijd mee.”

“De patiënten op de ic hebben vaak niet één, maar verschillende aandoeningen tegelijk, die allemaal van belang zijn om wel of niet beter te kunnen worden. Er is echter geen specifieke informatie over de patiënt die met een zware longontsteking is opgenomen, daarnaast een hartinfarct heeft gehad en ook diabetes heeft. Of over mensen die herstellen van kanker en er nog een tweede of derde acuut probleem bij krijgen. Dat zijn unieke gevallen. We weten niet precies wat we moeten aanvangen met die comorbiditeit en multiproblematiek, kun je dan zeggen. Maar je kunt ook gaan puzzelen: over die losse onderdelen is wel informatie, laten we zo goed ▶



“Het is niet meer zo dat de verpleging er is voor de zorg en de dokter langskomt om de patiënt te onderzoeken en te behandelen. Het is teamwork”



“Als je net een drukke dienst hebt gehad, wil je weleens ongeduldig reageren als iemand met een wissel komt”

de medische professional functioneert niet altijd op zijn top. Welk moment van de dag is het? Ben je moe na een drukke dienst? Zit je goed in je vel? Op dit gebied valt nog veel te leren!”

“Het is niet meer zo dat de verpleging er is voor de zorg en de dokter langskomt om de patiënt te onderzoeken en te behandelen. Het is teamwork. Op de ic werken hooggekwalificeerde verpleegkundigen die de patiënten voortdurend in het oog houden en die heel dicht bij de mensen staan. Als zij erop vertrouwen dat het goed gaat, doe ik dat ook. Ze fungeren bij wijze van spreken als de zintuigen van de dokter.

Nieuwe kennis en nieuwe diagnostieken, hechtere samenwerking met andere beroepsgroepen en nieuwe typen patiënten. Als je niet verrast wilt worden en door al die veranderingen heen optimale zorg wilt blijven geven, dan moet je als dokter mee veranderen. Maar één ding verandert niet: de eindverantwoordelijkheid van de dokter.”

Brede blik

“Je kunt je als arts wel doorspecialiseren totdat je erg goed bent in één onderwerp, maar dat staat haaks op de ontwikkelingen. Met het oog op de nieuwe patiënten, mensen met verschillende aandoeningen tegelijk, is er behoefte aan generalisten, dokters die breed ontwikkeld zijn. Generaliseren is het nieuwe specialiseren, durf ik te beweren. Natuurlijk hebben we huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde. Maar ook binnen de acute zorg moeten er professionals zijn met een brede blik. Hier op de ic bouw ik op de kennis en kunde van mensen die specialist zijn in een deelgebied. Ik ben er specialist in om al die verhalen bij elkaar te brengen en samen te vatten. Er is zowel behoefte aan specialisten als aan generalisten. De patiënt moet ook terecht kunnen bij de dokter die alles weet van zijn aandoening.

Wat is er eigenlijk mooier dan iets voor mensen te kunnen betekenen in een beroep dat bij je past? Als ik mijn best doe in de kliniek, zelf slimmer word in mijn vak en dat als docent uitdraag aan jonge artsen, dan breidt zich dat uit. Als je ouder wordt ga je steeds beter beseffen dat het niet om de persoon van de dokter gaat, maar om waar hij of zij voor staat. Het hoeft niet elk moment perfect te zijn, maar na afloop van je dienst moet je kunnen denken: ik heb mijn best gedaan. We hebben als team zo goed mogelijke zorg gegeven.” ●

mogelijk alles wat bekend is op een rijtje zetten en zo proberen om tot de beste beslissing te komen.”

“Op de ic proberen we kritisch zieke mensen in leven te houden en ze stabiel te krijgen. Een mooie en dankbare taak. Daarnaast doe ik onderzoek en geef onderwijs. Die combinatie zet aan tot nadenken: hoe ver zijn we nu? En waar willen we meer van weten? De antwoorden leiden tot nieuwe stappen in mijn onderzoek en tot nieuwe thema's voor mijn studenten. Wat er in de kliniek gebeurt vertaal ik als het ware naar onderzoek en onderwijs. Ik vertel bijvoorbeeld over de uitdagende puzzels die zich voordoen. Want het is niet meer zo dat je simpelweg uitlegt wat longontsteking is, welke bacterie daarbij vaak een rol speelt en met welk antibioticum de patiënt weer opknapt.”

Pietluttigheden

“Mensen vragen soms of de dagelijkse omgang met ernstig zieke mensen ertoe leidt dat je minder geduld hebt met pietluttigheden. Dat is zo en dat geldt voor alle mensen die in hun werk te maken hebben met dood en verdriet. Als je net een drukke dienst hebt gehad, wil je weleens ongeduldig reageren als iemand met een wissel komt.

Daar besteed ik aandacht aan bij de lessen voor medische studenten en verpleegkundigen. Welke factoren spelen een rol bij het nemen van besluiten? Want ook

Big data zijn waardevol voor beleid en burger

Het Zorginstituut beschikt over een schat aan informatie over zorggebruik en zorgkosten. Binnen het programma ‘Ontwikkeling Zorguitgaven’ ontsluit het Zorginstituut deze *big data* voor begroting, beleid, wetenschap én burgers.

Tekst Noël Houben

Beeld Ron Zwagemaker

Het Zorginstituut beheert het Zorgverzekeringsfonds en het Fonds langdurige zorg. Deze fondsen bevatten de publieke premies voor Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet langdurige zorg (Wlz). Vanuit de fondsen vinden betalingen plaats aan zorgverzekeraars, zorgkantoren en zorginstellingen. Daarnaast komen (niet tot personen herleidbare) declaratiegegevens binnen over zorgkosten en zorggebruik van individuele burgers.

Goud waard

“Het inzicht in zorggebruik, zorgkosten en de ontwikkeling hiervan kan veel beter”, vertelt teammanager Paul Tigges van het Zorginstituut. “Die kennis vergroten wij door de *big data* die wij ontvangen als fondsbeheerder te analyseren. Hiervoor hebben we het programma ‘Ontwikkeling Zorguitgaven’ opgezet.”

De analyses die het Zorginstituut uitvoert, zijn waardevol voor het ministerie van VWS, zorgverzekeraars, zorgverleners en patiëntenverenigingen. Ze maken bijvoorbeeld de (financiële) gevolgen van beleid inzichtelijk én geven objectieve informatie om nieuw beleid op te baseren. Maar ook burgers zijn een doelgroep van de analyses. Zij betalen immers via belastingen en premies de zorg. Tigges: “De burger heeft dan zeker recht op inzicht in kosten en opbrengsten. Daarom zijn onze rapporten voor iedereen beschikbaar via onze website.”



Jan-Willem Dik en Paul Tigges

ZorgCijfers Monitor

Een voorbeeld van zo'n rapport is de eerste *ZorgCijfers Monitor*, die het Zorginstituut in februari publiceerde. In dit rapport vergelijkt het Zorginstituut de verblijfsduur in verpleeghuizen na de invoering van de Wlz op 1 januari 2015 met de situatie voor invoering. “Onze analyse maakt duidelijk dat de verblijfsduur nauwelijks korter is geworden”, zegt Business Intelligence Officer Jan-Willem Dik, met Christel van Dijk verantwoordelijk voor dit soort studies. “Dit is in tegenspraak met sommige geluiden uit de verpleeghuissector zelf.” Zorgpartijen kunnen het rapport gebruiken bij overleggen over beleid en bekostiging van de ouderenzorg. Toekomstige *ZorgCijfers Monitors* zullen andere onderwerpen belichten.

Gevraagd en ongevraagd

De analyses worden ook gebruikt om vragen te beantwoorden van het ministerie van VWS en het Zorginstituut zelf. Bijvoorbeeld over hoe vaak psychische problemen van minderjarigen worden gedeclareerd uit de Zorgverzekeringswet. Dik: “Andere zorgpar-

tijen kunnen eveneens bij ons aankloppen met vragen. We zullen daarnaast ongevraagd analyses uitvoeren. Stel dat bijvoorbeeld de kosten van de ziekenhuiszorg sterk stijgen. Dan kunnen wij met cijfermatig onderbouwde verklaringen komen.” Op de rol staan analyses waarin de hele verzekerde zorg onder de loep wordt genomen. Deze laten (oorzaken van) de ontwikkelingen in zorggebruik en zorgkosten over meerdere jaren zien. Dit kan met behulp van de *big data* veel gedetailleerder dan in het verleden mogelijk was. Het Zorginstituut wil analyses ook gebruiken om de effecten van beleids- en pakketwijzigingen te onderzoeken.

Onafhankelijk

Het Zorginstituut is de aangewezen partij om de analyses uit te voeren, meent Dik: “Wij zijn onafhankelijk. We kunnen onze studies bovendien verdiepen met de grote zorginhoudelijke kennis die we in huis hebben. Die maakt het mogelijk om de cijfers te duiden in de complexe context van de gezondheidszorg.” ●

Zinnige Zorg: Verbetersignalement pijn op de borst

Op alle vlakken de kwaliteit omhoog

Elk jaar melden zich meer dan een kwart miljoen mensen bij hun huisarts met pijn op de borst. Het is de meest voorkomende klacht bij patiënten met coronaire hartziekten en wordt ook wel ‘angina pectoris’ genoemd. Het Zorginstituut publiceerde onlangs samen met zorgpartijen een ‘Verbetersignalement’ om in het kader van het ‘Zinnige Zorg’-programma de zorg voor patiënten met pijn op de borst te optimaliseren.

Tekst Jos Leijen

“Patiënten moeten erop kunnen rekenen dat hun behandeling optimaal bijdraagt aan hun gezondheid”, zegt projectleider Joke Derksen. Maar op dit moment is het nog niet altijd duidelijk of patiënten inderdaad een optimale behandeling krijgen. Kernvragen daarbij zijn of de zorg voldoet aan de opvattingen over goede zorg en of de zorg patiëntgericht, effectief en doelmatig is. Het Zorginstituut heeft samen met zorgpartijen alle stappen in het zorgproces bij pijn op de borst onderzocht en verbeteracties geformuleerd. De betrokken partijen hebben al diverse verbeteracties ingezet en er worden afspraken en richtlijnen opgesteld.

“In alle fasen van het zorgproces zijn verbeteringen nodig”, aldus Derksen. “Het begint al bij de inschatting van de risico’s als een patiënt met de klacht ‘pijn op de borst’ bij de arts komt. Op basis van die risico-inschatting wordt de verdere behandeling bepaald.

Een handicap hierbij is dat er eigenlijk geen goede risicomodellen beschikbaar zijn waarover iedereen het eens is.”

Artsen varen deels op eigen ervaring en gevoel. Soms zijn er grote verschillen in aanpak tussen ziekenhuizen en tussen artsen onderling. Diagnose-instrumenten zoals ECG, hartecho, longfoto, kransslagaderfoto en fietstest worden vaak routinematig ingezet, hoewel dat lang niet altijd nodig is. Dat is onnodig belastend voor de patiënt en kan leiden tot verkeerde diagnoses en zelfs tot onnodige operaties.

Medicijnen

Soms worden patiënten gedotterd of geopereerd, terwijl zij vermoedelijk ook met alleen medicijnen goed behandeld kunnen worden. Uit apotheekgegevens blijkt dat 73 procent van de patiënten voorafgaand aan een dotterbehandeling of kransslagaderoperatie niet eerst de optimale medicijnen krijgt. Oorzaak hiervoor kan zijn dat de medicijnen niet voorgeschreven werden, maar ook dat patiënten ze niet ophaalden bij de apotheek.

“Het is belangrijk in de spreekkamer te bespreken of het lukt om de medicatie in te nemen en wat de impact van eventuele bijwerkingen is”, zegt Saskia Beeres, cardioloog bij het LUMC in Leiden en voor één dag per week verbonden aan het Zinnige Zorg-traject. “In het verbetersignalement hebben we afgesproken om, conform de richtlijn, eerst optimaal medicamenteus te behandelen voordat een dotterbehandeling of bypassoperatie wordt overwogen.”

Beeres raakte betrokken bij Zinnige Zorg

Rekenmeester

De afgesproken verbeteringen in het kader van Zinnige Zorg leveren naast kwaliteitswinst een vermijding van kosten op van 177 miljoen euro, blijkt uit de budgetimpactanalyse van Pieter ten Have, business intelligence adviseur bij het Zorginstituut. Zijn analyse geeft ook inzicht in hoe ziekenhuizen de zorg in praktijk brengen. Mogelijke onder- en overbehandeling van patiënten is daardoor zichtbaar geworden. Joke Derksen: “Door een goede samenwerking tussen mensen met deskundigheid op het gebied van zorg en van data weten we uit de berg aan beschikbare data de relevante informatie te halen. Pieter kan het ook nog eens goed uitleggen. Daar hebben we in het traject veel plezier van gehad. De budgetimpactanalyse is mede een handreiking aan partijen voor invulling van de hoofdlijnakkoorden.”

vanuit haar motivatie om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. “Saskia staat met twee benen in de zorgpraktijk”, zegt Derksen. “Dat is een belangrijke meerwaarde voor ons team. Daarnaast is ze een belangrijke schakel in de communicatie met ‘het veld’. Ze is immers een van hen.” Zelf ervaart Beeres haar nevenfunctie ook als een waardevolle kans om haar blik te verbreden.

Afstemming

Ook gaan partijen de afstemming tussen huisarts en het ziekenhuis verbeteren. “De aansluiting tussen eerste en tweede lijn kan beter”, zegt Derksen. “Patiënten krijgen soms bij de specialist een ander verhaal te horen dan bij hun huisarts. Ook is niet altijd duidelijk wie wat doet, bijvoorbeeld op het gebied van diagnostiek of begeleiding. De huisartsen (NHG) en de cardiologen (NVVC) maken hiervoor, samen ook met patiënten (Harteraad), een landelijke transmurale afspraak (LTA). We verwachten dat deze eind 2018 in concept gereed is.”

Verbeteracties

Algemeen



Betere afspraken tussen zorgprofessionals



Gedeelde besluitvorming



Zicht op kwaliteit wordt ontwikkeld

Diagnostiek



48% van de mensen met pijn op de borst krijgt mogelijk **onnodig** een hartecho



61% van de mensen met pijn op de borst krijgt mogelijk **onnodig** een fietstest



38% van de mensen met pijn op de borst krijgt mogelijk **onnodig** een longfoto



31% van de mensen met pijn op de borst krijgt mogelijk **onnodig** een foto van de kransslagader

Behandeling



eerst medicijnen dan pas operatie



36-63% van de patiënten wordt mogelijk **onnodig** geopereerd

Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) voor iedereen



28% van de mensen wordt mogelijk **onderbehandeld**

Follow up

22%

van de patiënten is drie jaar na een operatie aan de kransslagaders mogelijk **onnodig** nog steeds onder controle van de cardioloog voor deze diagnose



Hartrevalidatie



61% van de patiënten die een kransslagaderoperatie heeft ondergaan wordt mogelijk **onderbehandeld** doordat ze geen hartrevalidatie krijgen

Te vermijden kosten (per jaar)



€ 177.000.000

Er komt meer aandacht voor gedeelde besluitvorming tussen arts en patiënt. Daarvoor wordt informatie uit richtlijnen toegankelijk gemaakt voor patiënten, bijvoorbeeld in de vorm van keuzehulp. Patiënten kunnen dan daadwerkelijk meebeslissen over de behandeling. Verder worden er uitkomst-informatie ontwikkeld om arts en patiënt meer zicht te bieden op de kwaliteit en hen te ondersteunen bij kwaliteitsverbetering en keuze. Het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft al sinds 2014 een conceptstandaard voor stabiele angina pectoris op de plank liggen. Deze kan waarschijnlijk voor het einde van dit jaar uitgebracht worden nu in het verbetersignalement is afgesproken dat er een LTA komt.

Gezonder eten

Ook in andere stappen van de behandeling is winst te behalen. Bij pijn op de borst is goede medicatie belangrijk, maar vaak is ook verandering van levensstijl nodig: gezonder eten, meer bewegen, niet roken en minder drinken. Op dat vlak is een extra inspanning en extra begeleiding noodzakelijk. Alle patiënten moeten cardiovasculair risicomanagement (CVRM) aangeboden krijgen; dat gebeurt nog niet.

Patiënten die een kransslagaderoperatie hebben ondergaan, kunnen hun conditie en risico's extra verbeteren met speciale hartrevalidatie. Slechts een op de drie patiënten krijgt deze revalidatie. Of hartrevalidatie bijdraagt aan de gezondheid van mensen die met medicijnen of een dotter worden behandeld is wetenschappelijk niet duidelijk. Dat is een van de belangrijke kennislacunes.

“Er valt veel te verbeteren en partijen zijn al volop bezig”, zegt Derksen. “We krijgen bij de bijeenkomsten met zorgpartijen veel steun. Er is veel draagvlak. Het is nu aan de partijen in de zorg om de verbeteracties uit te voeren, de kwaliteit van de zorg te verbeteren en gezondheidswinst te realiseren. Het Zorginstituut zal volgen hoe het gaat en zo mogelijk ondersteunen. Het aantal patiënten met pijn op de borst stijgt. Dat geeft een extra stimulans om optimale zorg te bieden.” ●

U kunt het verbetersignalement downloaden op: www.zorginstituutnederland.nl, zoekterm 'pijn op de borst'

Verdiepend onderzoek Zinnige Zorg:

Gynaecologische aandoeningen

Samen met zorgpartijen onderzoekt het Zorginstituut het komende jaar hoe de zorg verbeterd kan worden bij bekkenbodemplachten en bij afwijkingen van het baarmoederhalsweefsel. Dit is de uitkomst van de screeningfase in het kader van Zinnige Zorg voor de zorggebieden 'geboortezorg' en 'zorg bij gynaecologische aandoeningen'.

Tekst Jos Leijen

Beeld Paul van Riel (HH)

Cytologische afwijkingen

Het aantal behandelingen van afwijkende cellen van de baarmoederhals (cervixcytologie) neemt licht toe. Daarnaast zijn er verschillen tussen behandelaars: de ene arts grijpt eerder in dan de andere. Het lijkt erop dat vrouwen mogelijk behandeld worden, terwijl dat (nog) niet nodig is. Dankzij de vernieuwing van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker worden meer vrouwen met een afwijking opgespoord.

"Bij het bevolkingsonderzoek wordt gekeken of vrouwen drager zijn van het humaan papillomavirus (HPV)", legt Romee Reijnsbach de Haan van het Zorginstituut uit. "HPV is verantwoordelijk voor 70 procent van alle gevallen van baarmoederhalskanker. Bij een langdurige infectie kunnen cellen van de baarmoederhals veranderen en kan kanker ontstaan. We spreken dan van afwijkende cervixcytologie. Als je deze afwijkingen tijdig opspoor, kun je voorkomen dat er kanker ontstaat." Ingrijpen is echter niet altijd nodig. Het lichaam kan het virus ook zelf opruimen en



niet alle afwijkende cytologie wordt kanker. De kans bestaat dat vrouwen toch behandeld worden, bijvoorbeeld omdat de patiënt heel bang is om kanker te krijgen. Maar behandeling is niet zonder risico: als een vrouw na de behandeling zwanger raakt, heeft ze een grotere kans op vroeggeboorte.

"In de verdiepingfase maken we samen met betrokken partijen het zorgtraject inzichtelijk", zegt Reijnsbach de Haan. "Verder bepalen we de onderzoeksvragen en wat we nodig hebben om die te beantwoorden. De resultaten gebruiken we als basis voor het 'Verbetersignalement', dat naar verwachting in de zomer van 2019 gereed is."

Bekkenbodemplachten

Het tweede thema voor de verdieping is bekkenbodemplachten. Deze klachten doen zich vooral voor na de bevalling en bij oudere vrouwen. Vrouwen met bekkenbodemplachten hebben daar veel last van. Bijvoorbeeld doordat ze urine verliezen of doordat interne organen verzakken (prolaps). Meer dan 40 procent

van de vrouwen boven de 40 jaar heeft een prolaps, met klachten zoals een zwaar gevoel in de onderbuik, pijn in de lage rug en klachten bij het plassen en de ontlasting.

"We hebben de indruk dat veel vrouwen niet de zorg zoeken die ze nodig hebben", zegt projectleider Uriëll Malanda. "Dat komt mogelijk door schaamte, doordat ze denken dat het erbij hoort, of doordat ze niet de juiste informatie krijgen. Daarnaast zien we een grote variatie in de behandeling van bekkenbodemplachten. Er lijkt niet altijd een stapsgewijze aanpak te zijn van lichte naar meer intensieve behandeling."

De verdiepingfase begint ook hier met het definiëren van de onderzoeksvragen. "We zoeken samen met het veld naar de juiste insteek en de juiste vragen", aldus Malanda. "Focussen we bijvoorbeeld vooral op bekkenbodemplachten na de bevalling, of nemen we alle vrouwen als doelgroep?" De projectleider verwacht dat het 'Verbetersignalement' na de zomervakantie van 2019 gereed is. ●

Bevalling

Aanvankelijk was naast de thema's cervixcytologie en bekkenbodemplachten ook bevalling als thema geselecteerd. Besloten is om hiervoor geen verbetersignalement op te stellen. "Het ging hierbij met name om continue begeleiding en pijnbestrijding", legt Zinnige Zorg-projectleider Uriëll Malanda uit. "De Zorgstandaard Integrale Geboortezorg en het bijbehorende implementatieplan geven hiervoor normen. De zorgpartijen zijn druk bezig met de invoering hiervan. Daarom gaan wij ons daar nu niet mee bemoeien. We volgen de implementatie van de zorgstandaard wel met grote belangstelling."



Diabeteszorg:

Kijken wat echt nodig is

Een nieuw type onderhuids geplaatste sensor die de bloedsuikerwaarden meet komt waarschijnlijk op korte termijn voor een bepaalde groep diabetespatiënten in het verzekerde pakket. Het is een nieuw succesje voor de Rondetafel Diabeteszorg, waarin betrokken partijen elke twee maanden overleggen. Er is nog wel discussie over de vraag of de technologie voor alle patiënten beschikbaar moet komen.

Tekst Jos Leijen

Beeld Roos Koole (HH)

De Rondetafel Diabeteszorg is in 2014 opgezet door de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) en het Zorginstituut. Het doel is om diabeteszorg te verbeteren en doelmatig en zinnig gebruik van medicijnen en hulpmiddelen te bevorderen. Naast het Zorginstituut en de NDF zitten alle belangrijke stakeholders aan tafel: patiënten, zorgverleners, verzekeraars en producenten.

Oplossingen zoeken

Erik Serné, diabetesarts bij het VUmc, is blij dat het overlegorgaan bestaat. "Een groot voordeel is dat we open met elkaar zoeken naar oplossingen voor problemen bij patiënten. De diabeteszorg in Nederland is heel goed, maar er zijn patiëntengroepen die beter geholpen kunnen worden. Bij de Rondetafel kijken we hoe we dat kunnen doen. Welke middelen zijn er? Wat is de toegevoegde waarde? Welk bewijs is er voor de effectiviteit? Wat zijn de kosten en baten?" Omdat alle betrokken partijen rond de tafel zitten, kunnen trajecten parallel worden ingezet. Het vaststellen van de medische behoefte bij patiënten, ontwikkeling van richtlijnen, beoordeling van wetenschappelijk bewijs en inschatten van de impact op de zorgkosten gaan hand in hand. "Doordat we die trajecten integreren boeken we veel tijdswinst", meent Serné.

Wat zijn de kosten en baten?"

Omdat alle betrokken partijen rond de tafel zitten, kunnen trajecten parallel worden ingezet. Het vaststellen van de medische behoefte bij patiënten, ontwikkeling van richtlijnen, beoordeling van wetenschappelijk bewijs en inschatten van de impact op de zorgkosten gaan hand in hand. "Doordat we die trajecten integreren boeken we veel tijdswinst", meent Serné.

Successen

De Rondetafel Diabeteszorg heeft al diverse successen geboekt. Zo stemde toenmalig minister Schippers in met de vergoeding van de combinatie van basale insuline plus bloedsuikerlagerende GLP1-medicatie voor bepaalde patiënten. En de zorgverzekeraars besloten in juli 2017 op advies van de Rondetafel om de vergoeding van Real Time Continue Glucose Monitoring (RTCGM) uit te breiden naar nieuwe doelgroepen. RTCGM werkt met een onderhuids geplaatste sensor die heel precies het bloedsuikergehalte

in de gaten houdt. De technologie werd al vergoed voor kinderen en zwangere vrouwen, en nu ook voor vrouwen die zwanger willen worden en mensen die vaak ernstige hypoglykemieën hebben of hypo's niet zelf voelen.

Goedkoper

Flash Glucose Monitoring (FGM) is gebaseerd op dezelfde principes als RTCGM, maar is een stuk goedkoper. "RTCGM heeft een bewezen meerwaarde. Als FGM en RTCGM even betrouwbaar het bloedsuiker meten, heeft FGM dezelfde meerwaarde", zegt Mona Wets van het Zorginstituut. "Mede hierdoor kwamen we sneller tot een conceptstandpunt om dit hulpmiddel beschikbaar te stellen voor patiënten die nu in aanmerking komen voor RTCGM. Partijen worden nu geconsulteerd en daarna maakt de Raad van Bestuur van het Zorginstituut het standpunt definitief."

Een actuele discussie is of FGM vergoed moet worden voor alle patiënten die frequent moeten vingerprikken om het bloedsuikergehalte te controleren. En welke grenswaarden dan zouden moeten gelden. "Een leven lang dagelijks vier tot acht vingerprikken uitvoeren klinkt als bizar en uit de tijd", zegt Serné. "Aan de andere kant is flash monitoring kostbaarder dan de gebruikelijke zorg. De flash monitor is voor bijna alle type-1-patiënten nice to have. Daarover bestaat geen twijfel. Lastiger is de vraag: voor welke patiënt geldt need to have?" ●



“Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg heeft een andere manier van denken over de verpleeghuiszorg teweeggebracht”

Hoe pakken de adviezen, richtlijnen, handreikingen of standpunten van het Zorginstituut in de praktijk uit? In hoeverre sluit dat wat ‘aan het bureau’ is bedacht aan op de dagelijkse praktijk ‘aan het bed’? Deze keer het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg dat onder regie van het Zorginstituut in januari 2017 tot stand kwam.

Tekst Jacqueline Schadee

Beeld De Beeldredactie | Marcel Krijgsman

aan het bureau

Margje Mahler was van 2014 tot 2018 portefeuillehouder Verpleeghuiszorg bij het Zorginstituut. Ze werkt een dag in de week als psycholoog in een verpleeghuis.

“Verpleeghuizen moeten een plek zijn waar je je dierbaren met een gerust hart onderbrengt en waar je als zorgprofessional graag werkt. Die gedachte vormde in 2015 aanleiding voor de opdracht aan de verpleeghuissector om een nieuw kwaliteitskader op te stellen.

Omdat de veldpartijen er samen niet uitkwamen, heeft het Zorginstituut in oktober 2016 de regie over het maken van een kwaliteitskader overgenomen. Drie maanden later was het gereed. Daarna hebben we samen met de betrokken partijen veel energie gestoken in de implementatie. Zo werd het kwaliteitskader in een toer door het land uitgebreid toegelicht en ziet het Zorginstituut er nu op toe dat partijen onderdelen ervan nader uitwerken, zoals de contextgebonden normen voor personeelssamenstelling.

De belangrijkste opdracht aan verpleeghuizen is om continu te werken aan goede zorg en om binnen en buiten de organisatie ruimte te creëren voor ‘leren en verbeteren’, waarbij reflectie op het eigen handelen een belangrijke rol speelt. Nieuw is dat zorgverleners en zorginstellingen in veel opzichten vrij worden gelaten. Het doel staat vast (bijvoorbeeld het opstellen van een kwaliteitsplan) maar hoe ze dat bereiken, mogen ze zelf weten. Als ze hun keuze maar kunnen uitleggen.

De verpleeghuiszorg is in veel gevallen te divers voor uniforme richtlijnen. We vertrouwen op de professionele verstandigheid van zorgverleners en gaan ervan uit dat zij, samen met de mensen om wie het gaat, de juiste keuzes kunnen maken in de vele dagelijkse dilemma’s.

Het is mooi om te zien dat nu ook andere instanties meebewegen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg is minder gefocust op het afvinken van lijstjes en doet meer ‘waardierend’ onderzoek. Zorgkantoren gaan anders inkoop. Het nieuwe kwaliteitskader heeft een andere manier van denken over de verpleeghuiszorg teweeggebracht.”



“Door het kwaliteitskader besteden we nu meer aandacht aan samenwerking met familieleden en mantelzorgers”

aan het bed

Marita de Kleijne – Peters verzorgende individuele gezondheidszorg (IG) bij Zorgcentrum Pantein.

“De belangrijkste verandering die het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg teweeg heeft gebracht, is dat er weer positieve aandacht is voor onze sector. Voorheen durfde je op een verjaardag bijna niet te vertellen dat je in een verpleeghuis werkte.

Door het nieuwe kwaliteitskader is er in onze organisatie meer aandacht voor opleiding gekomen. Alle medewerkers worden gefaciliteerd in het volgen van scholing waarmee ze kunnen doorgroeien. Ook start binnenkort een gespecialiseerde vervolopleiding voor verzorgenden op het gebied van psychogeriatric, de GVP, om het groeiend aantal bewoners met dementie beter te kunnen begeleiden.

Om medewerkers meer professionele invloed te geven heeft Pantein een VVAR opgericht, een adviesraad van verpleegkundigen en verzorgenden, waarin ik ook zitting heb. We volgen de ontwikkelingen in ons vak en geven gevraagd en ongevraagd advies. Zo hebben we laatst het nieuwe functiehuis tegen het licht gehouden en het bestuur geadviseerd mee te doen aan de ‘Participatiekliniek’: een traject waarbij medewerkers zich op allerlei manieren bekwamen in het ervaringsleren.

Door het nieuwe kwaliteitskader besteden we in ons zorgcentrum nu meer aandacht aan samenwerking met familieleden en mantelzorgers. Minimaal eens per kwartaal gaan we op een avond – letterlijk – samen om tafel zitten om te bespreken hoe het gaat. Waar iedereen ook heel enthousiast over is, zijn de nieuwe woonzorgassistenten. Zij houden de woonkamers schoon en gezellig, zetten koffie en kunnen ons alarmeren als dat nodig is. Dat geeft bewoners rust, de familie heeft een aanspreekpunt en wij kunnen ons concentreren op het werk waarvoor we zijn opgeleid.

Na de forse bezuinigingen in het verleden moet er nu wel extra personeel in dienst komen. Alleen dan kunnen we de zorg en aandacht leveren die de bewoners nodig hebben en waar het kwaliteitskader om vraagt.”

“Ziekenhuizen zouden meer moeten nadenken over gezondheidswinst”

Je kunt een euro maar één keer uitgeven

In een recent onderzoek van het Radboudumc is geen direct causaal verband gevonden tussen de komst van dure nieuwe therapieën en het verdwijnen van andere zorg. Toch blijkt uit interviews met zorgbestuurders en -professionals dat er wel degelijk verschuivingen plaatsvinden. En soms zijn andere patiënten daarvan de dupe.

Tekst Jos Leijen
Beeld Mrs. Peacock

Een euro kun je maar één keer uitgeven. Dat geldt voor ons huishouden, en ook voor de gezondheidszorg. We moeten keuzes maken. Daarbij kijken we niet alleen wat het kost, maar ook wat een uitgave ons oplevert. Een weekendje Londen is leuk, maar als we die nieuwe wasmachine niet kunnen kopen, lopen we de rest van het jaar in vieze kleren. Hetzelfde verschijnsel doet zich voor in de zorg. Als de minister besluit dat dure medicijnen vergoed worden, betekent dit dat ergens anders in de zorg eenzelfde bedrag niet kan worden uitgegeven. We noemen dit ‘verdringing’.

Welke verschuivingen vinden precies plaats door verdringing? Welke zorg wordt minder geboden? En wat zijn de gezondheidseffecten daarvan? In opdracht van het Zorginstituut ging een consortium van Universiteit Maastricht, Ecorys Nederland, VU Amster-

dam en UMC Utrecht onder leiding van het Radboudumc op zoek naar antwoorden op deze vragen. Jacqueline Zwaap en Joost Enzing begeleidden het onderzoek namens het Zorginstituut, samen met collega’s Arnold van Halteren en Saskia Knies. “Het onderzoek laat zien dat er verdringing plaatsvindt, maar een direct causaal verband is niet gevonden”, zegt Zwaap. “Je kunt niet zeggen: er gebeuren minder oogoperaties doordat we dure kankermedicijnen vergoeden. We zien wel dat er meer geld gaat naar oncologie en minder naar zenuwziekten, oog- en oorziekten en huidaandoeningen. Maar een een-op-eenrelatie is niet aan te tonen.”

Qaly

“Toch kun je wel zeggen dat op het niveau van de totale bevolking het geld ondoelmatig besteed wordt”, betoogt gezondheids-

econoom Enzing. Een centraal begrip hierbij is QALY, legt hij uit. Dit is de afkorting van *quality-adjusted life year*, ofwel een extra levensjaar in goede gezondheid. In de ziekenhuiszorg kost een QALY volgens het onderzoek gemiddeld 74.000 euro. Als een technologie of medicijn per patiënt per jaar veel meer kost, dan kun je meer gezondheidswinst behalen door het geld op een andere manier te besteden (zie kader op pagina 28).

Minder voor ggz

Het Nederlandse onderzoek was mede geïnspireerd door een Brits onderzoek naar verdringing bij de National Health Service, het openbare gezondheidsstelsel in Engeland. Daaruit bleek dat het toelaten van dure nieuwe voorzieningen ten koste gaat van andere voorzieningen, zoals de geestelijke gezondheidszorg. “Dat is een categorie patiënten met een zwakke positie die slecht voor zichzelf kunnen opkomen”, zegt Enzing. “Er zijn wellicht parallellen met de bezuinigingen op de ggz in Nederland, maar dat valt buiten de scope van ons onderzoek.” Het was lange tijd *not done* om een geldbedrag op een mensenleven te plakken, erkent Zwaap, en het is nog steeds omstreden.

Tegelijkertijd heb je bij een gegeven budget een instrument nodig dat je helpt om keuzes te maken en dat inzichtelijk maakt welke gezondheidswinst een nieuwe therapie brengt. “Het geeft je de mogelijkheid om een goede afweging te maken. Je kunt 30 miljoen per jaar uitgeven aan een medicijn voor een zeldzame ziekte, maar voor hetzelfde geld kun je een klein streekziekenhuis open houden. Het is belangrijk om dat aan het publiek duidelijk te maken.”

Zwaap en Enzing hopen dat het onderzoek ook begrip oplevert voor de afwegingen die het Zorginstituut maakt bij de advisering aan de minister. “Wij krijgen vaak de zwarte piet toegespeeld als we een negatief advies uitbrengen aan de minister”, vertelt Zwaap. “Gelukkig wordt dit al minder. Bij publiek en in de media groeit het besef dat we de zorgkosten niet ongeremd kunnen laten groeien en dat we keuzes moeten maken, hoe moeilijk die soms ook zijn.”

Operatie-robot

Een flink deel van het onderzoek bestaat uit de resultaten van 84 interviews met bestuurders, artsen, afdelingshoofden en andere betrokkenen in de ziekenhuiszorg (zie kader op pagina 30). ▶

Dilemma: 210 QALY's voor taaislijmziektepatiënten versus 1.140 voor mensen met andere aandoeningen

Orkambi is een medicijn tegen taaislijmziekte dat sinds 1 november is toegelaten tot het basispakket, na moeizame onderhandelingen met de fabrikant. De prijs van het medicijn is niet bekendgemaakt. Dat is onderdeel van de afspraken tussen de fabrikant en de minister.

Door de totale kosten van een voorziening en het aantal patiënten af te zetten tegen de gemiddelde kosten per gewonnen levensjaar in goede gezondheid kun je berekenen of die voorziening gezondheidswinst oplevert en een goede investering is.

De onderzoekers gaan bij Orkambi uit van totale kosten per jaar (budgetimpact) van 84,4 miljoen euro. Dat levert voor 210 taaislijmziektepatiënten een levensjaar in goede gezondheid op. De kosten per QALY zijn omgerekend iets meer dan 400.000 euro. Uitgaande van het gemiddelde bedrag per QALY van 78.000 euro zou je echter 1.140 levensjaren in goede gezondheid kunnen verkrijgen. Je levert dus 930 QALY in.

Orkambi is puur economisch gezien dus een slechte investering. Maar er kunnen ook andere overwegingen meespelen die de minister bewegen om een voorziening tot het basispakket toe te laten. In de onafhankelijke Adviescommissie Pakket van het Zorginstituut worden al deze factoren zorgvuldig gewikt en gewogen en meegenomen in het uiteindelijke advies aan de minister.

Zwaap: “Je kunt 30 miljoen per jaar uitgeven aan een medicijn voor een zeldzame ziekte, maar daarmee kun je ook een klein streekziekenhuis open houden”



Enzing: “Het is geen zwart-witkeuze: we kopen een operatierobot, maar dan schrappen we knieoperaties. Het werkt subtieler”

De discussie over verdringing spitst zich vaak toe op dure medicijnen bij kanker en zeldzame ziekten, maar voor het onderzoek zijn ook andere voorzieningen bekeken, zoals het bevolkingsonderzoek naar darmkanker en de Da Vinci operatierobot. “Uit de gesprekken kwam naar voren dat nieuwe medische technologieën niet direct te herleiden zijn tot verdringing van andere zorg”, zegt Enzing. “Het is geen zwart-witkeuze: ‘goed, we kopen een operatierobot, maar dan schrappen we knieoperaties.’ Het werkt subtieler. Het ziekenhuis komt met een reorganisatie om de efficiency te verhogen. Of de raad van bestuur heeft een speerpuntenbeleid, waarin bepaalde zorg extra aandacht krijgt. Het kan ook zijn dat zorg verschuift van een academisch ziekenhuis naar een algemeen ziekenhuis, of van de tweede lijn naar de eerste lijn.”

Sommige geïnterviewden signaleren wel dat de kwaliteit van de zorg onder druk komt te staan. Zo moest een patiënt langer wachten op een oogoperatie, terwijl zijn conditie verslechterde. Daardoor was er een hoger risico op een slechte uitkomst. Gelukkig voor de patiënt liep het goed af.

Kijken naar gezondheidswinst

Een direct oorzakelijk verband tussen dure therapieën en verdringing is niet aangetoond. Toch vinden de onderzoekers dat ziekenhuizen meer oog moeten hebben voor de gezondheidswinst per geïnvesteerde euro. “De Da Vinci robot is een prachtig hulpmiddel bij operaties”, zegt Zwaap. “Maar het resultaat van de operaties is niet beter. De investering levert dus geen gezondheidswinst op. Het enige voordeel lijkt tot nu toe dat de operateur het gemakkelijker heeft.” De onderzoekers adviseren ziekenhuizen om zo objectief mogelijk keuzes te maken. “Een voorziening komt alleen ter beoordeling bij het Zorginstituut als de kosten heel hoog zijn. Normaal gesproken wordt een technologie of geneesmiddel vergoed als de arts vindt dat het goede zorg is. Maar je zou ook de keerzijde moeten afwegen: wat betekent het voor de kwaliteit, voor de werkdruk, voor andere zorg.” ●

Meer informatie: www.zorginstituutnederland.nl, zoekterm ‘verdringing’.

VERDRINGING IN DE PRAKTIJK

Enkele citaten uit de interviews die in het kader van dit onderzoek hebben plaatsgevonden met bestuurders, artsen, afdelingshoofden en andere betrokkenen in de ziekenhuiszorg:

Verzekeraar:

“Het is natuurlijk wel heel ‘fancy’ als je in je ziekenhuis een robot hebt en die heet ook nog Da Vinci. Daar scoor je ook mee naar de buitenwereld. Dus wat is er gebeurd? Er zijn er 23 aangeschaft.”

Lid raad van bestuur:

“De afgelopen zeven jaar is de dure medicatie alleen al ieder jaar met elf miljoen gegroeid. Alleen de dure medicatie. En dan doen we verder nog helemaal niks. Niet nierpatiënten behandelen, niet nieuwe LVADS doen of wat anders. Met andere woorden, alleen de medicatie brengt ons al buiten het reguliere kader.”

Oncoloog:

“Men heeft weer een efficiëntieslag proberen te maken, alleen kan je wel merken dat die efficiency ten koste gaat van het personeel, in die zin dat mensen harder lopen en harder werken. Veel mensen lopen op hun tenen. Soms vraag je jezelf af: wanneer gaat dat een keer mis?”

Lid raad van bestuur:

“Dat miljoen zal elders moeten worden gevonden in de organisatie. Dat gebeurt voortdurend. Dit is zoals een ziekenhuis werkt. Het kan infectiepreventie zijn, een nieuw apparaat, een dringende verbouwing. Kosten die al dan niet gedekt leiden tot een zwaardere aanslag op je exploitatie. Dan zal je zorgen dat het ook mogelijk wordt gemaakt.”

Oogarts:

“We opereren soms mensen die vier à vijf maanden hebben moeten wachten. Medisch gezien is de Ausgangssituatie dan slechter. Dus dan mag je ook verwachten dat de uitkomst slechter is dan wanneer je direct had geopereerd. Die wachtlijsten zijn gewoon niet acceptabel.”

Verzekeraar:

“Veel academische ziekenhuizen zeggen: ‘De algemene KNO doen wij niet meer.’ Maar ze houden er geen rekening mee waar die basis-KNO dan heen gaat. Het budget moet dan verschuiven met de patiënt mee naar het andere ziekenhuis. Maar dat gebeurt niet. Dus de basiszorg doen ze niet meer en dat geld gebruiken ze om complexe zorg te doen. Dan heb je dus eigenlijk al in één academisch ziekenhuis die verdringing.”

Lid raad van bestuur:

“Voor sommige behandelingen hebben wij buitengewoon hoge wachtlijsten om te zorgen dat patiënten geweerd worden. Als je hier je amandelen wilt laten knippen, dan moet je volgens mij acht maanden wachten. Dat is een mechanisme.”

Afdelingshoofd oogheelkunde:

“Verzekeraars zijn bereid om ons geen plafond te geven voor die dure geneesmiddelen. Maar daar vragen ze wel degelijk iets voor terug. In ons geval, bijvoorbeeld, cataractchirurgie, daar moet je dan niet in gaan groeien. De verbinding tussen die twee klopt niet: als jij dit doet, dan moet jij dat niet doen. Dat vind ik onzin.”

Beeld Ron Zwagemaker



In de Elevator Pitch legt een medewerker van het Zorginstituut in 200 woorden uit wat voor werk hij/zij doet. Deze keer:

Karin Siemeling
Juridisch adviseur

“Ik werk al meer dan tien jaar bij het Zorginstituut, eerst gedetacheerd en vanaf 2009 in vaste dienst. De eerste jaren handelde ik voornamelijk juridische zaken af rond de burgerregelingen, zoals bezwaren en beroepsprocedures. Sinds 2013 werk ik voor pakketbeheer en kreeg ik contracten en aanbestedingen in mijn portefeuille. Sinds kort ondersteun ik ook de teams die zich bezighouden met de kwaliteitsbevordering van zorg. Een heel breed en afwisselend takenpakket dus. Mijn rol varieert per portefeuille. Voor de contracten en aanbestedingen voer ik juridische toetsen uit. Sinds ik onlangs de leergang aanbestedingsrecht voltooide, kan ik het team Inkoop nog beter ondersteunen bij aanbestedingsprocedures. Op het gebied van pakketbeheer en kwaliteit zijn wij als juridische stafafdeling ondersteunend aan onze zorginhoudelijke teams. Wij bieden hun, gevraagd en ongevraagd, juridisch advies en als het tot een rechtszaak komt – er lopen nu bijvoorbeeld twee civiele procedures over duidingen van het Zorginstituut – treden wij op als schakelpunt tussen Zorg en de advocaat die ons vertegenwoordigt. Tot slot nemen de Wob-verzoeken (Wet openbaarheid van bestuur) momenteel veel van mijn tijd in beslag. We krijgen circa tien verzoeken per jaar. Als die leiden tot procedures bij de rechtbank, bijvoorbeeld vanwege het achterhouden van bepaalde gevoelige informatie, vertegenwoordig ik het Zorginstituut in de rechtszaal. Dat vind ik wel een van de leukste aspecten van mijn werk!”

Elevator Pitch

Over zorg gesproken...

“Het werk is niet heel Instagramwaardig, maar ik was bijna nooit billen.”

Man over zijn werk in de verpleegzorg, in nrc.next (15 maart 2018).

“Laten we niet sikkeneurig doen over die 2,1 miljard euro. We wilden toch met zijn allen extra geld voor verpleeghuiszorg?”

Minister Hugo de Jonge van VWS, in Medisch Contact (15 februari 2018).

“We kunnen niet bepalen of de patiënt waar voor zijn premiegeld krijgt.”

Arnold Moerkamp, bestuursvoorzitter van het Zorginstituut, in Het Financieel Dagblad, (19 februari 2018).

“Een staatsfarmaceut zou helemaal niet misstaan in het rijtje NS, Gasunie en Tennet.”

Columnist Irene van Staveren pleit ervoor dat dure geneesmiddelen door de staat worden gemaakt, op trouw.nl (13 februari 2018).

“De cardiologie lijdt onder een machocultuur.”

Hoogleraar cardiologie voor vrouwen Angela Maas meent dat vrouwen met hart- en vaatziekten anders worden behandeld dan mannen, op topvrouwen.nl (25 januari 2018).

“Een tsunami van kwetsbare ouderen overspoelt de ziekenhuizen.”

Jeroen van den Oever, bestuurder van zorgaanbieder Fundis en RvB-lid van Actiz, over de gevolgen van het sluiten van verzorgingshuizen, op zorgvisie.nl (6 februari 2018).

“Het is net de Titanic.”

KPMG-onderzoeker Anna van Poucke vindt dat er te weinig wordt gedaan om de “fundamentele problemen” in ons zorgstelsel op te lossen, in Het Parool (8 maart 2018).

“Zorg moet af van protocollenfetisjisme.”

Kjeld Aij, hoofd anesthesiologie en operatieve zorg in het VUmc, tijdens het Skipr-congres (30 januari 2018).

“Bezettingnorm voor verpleeghuizen is zinloos.”

ANBO-directeur Liane den Haan, op zorgvisie.nl (15 februari 2018).

“We zijn geen autofabriek. Wij werken met mensen. Dat kun je niet vangen in regeltjes, protocollen, afvinklijstjes.”

Armand Girbes, hoofd van de Intensive Care en Medium Care van het VUmc, in nrc.next (18 januari 2018).