



College voor Zorgverzekeringen

CVZ magazine

EXTRA EDITIE
JAAROVERZICHT
2012

**CVZ bestuursvoorzitter
Arnold Moerkamp**
'De integratie is geslaagd'

Marian Kaljouw
'Elke veertien dagen komt er een
nieuwe zorgopleiding bij'

| Van goede zorg verzekerd |

www.cvz.nl

Niet alleen voor de bestuurlijke elite

Barack Obama werd herkozen als president van de VS, het kabinet-Rutte I viel, er kwamen verkiezingen en Rutte II trad aan. Wielrenner Lance Armstrong ontkende dat hij doping had gebruikt en stelde dat er een heksenjacht op hem was geopend... Zomaar enkele feiten uit 2012. Gebeurtenissen die niet afgesloten zijn, maar een vervolg hebben. Obama en Rutte II voeren hun programma uit. Het bleek dat Armstrong had gelogen, wat hem niet in de laatste plaats ook door die hardnekkige ontkenning in een volstrekt ander licht zette. Het maakte van hem een gevallen held.

Wat ook doorloopt zijn de gebeurtenissen die direct te maken hebben met het CVZ en het werk dat het verricht. Vanuit die invalshoek is dit jaaroverzicht 2012 – in de vorm van een CVZ magazine – geschreven: wat waren de grote gebeurtenissen? Wat waren de belangrijke adviezen, standpunten en monitors die het CVZ uitbracht? En welke uitwerking hebben deze evenementen als je kijkt vanuit het heden?

2012 was voor het CVZ een bijzonder jaar. Allereerst vanwege de integratie van twee nieuwe onderdelen: het Kwaliteitsinstituut en Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen. Maar ook de roep om bezuinigingen op de

zorg vroeg om aandacht bij het CVZ. De integratie van de nieuwe onderdelen is geslaagd, zegt bestuursvoorzitter Arnold Moerkamp in een interview. Ook met de inhoudelijke integratie van pakketbeheer en kwaliteitsverbetering is een begin gemaakt. De visie van het CVZ over de noodzaak tot gepast gebruik sluit goed aan bij die van het Kwaliteitsinstituut dat door middel van richtlijnen en professionele standaarden zinnige en zuinige zorg wil bevorderen.

Het begrip kosteneffectiviteit is in 2012 ook steeds vaker gevallen. Minister Schippers van VWS vroeg het CVZ om te onderzoeken hoe dit pakketcriterium wettelijk verankerd kan worden. Maar het speelde ook een rol bij de beoordeling van de geneesmiddelen voor de ziekten van Pompe en Fabry. Een debat over kosteneffectiviteit is hard nodig, zeggen Moerkamp en bestuurder Bert Boer in dit nummer. Een debat dat breed moet worden gevoerd, niet alleen door de bestuurlijke elite. In 2012 is daarvoor een aanzet gegeven, het staat dit jaar en komende jaren hoog op de agenda van het CVZ.

Annette van der Elst
Aelst@cvz.nl

Voortaan vier taken

Het CVZ is zowel een advies- als uitvoeringsorganisatie voor de wettelijke ziektekostenverzekeringen: de Zvw en de AWBZ. Het CVZ heeft een belangrijk aandeel in het op peil houden van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg. Dit aandeel levert het CVZ door het uitvoeren van de taak Pakketbeheer. Daarnaast is het CVZ verantwoordelijk voor de uitvoering van regeling van specifieke groepen verzekerden.

In 2012 is het CVZ uitgebreid met Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen en het Kwaliteitsinstituut. Innovatie Zorgberoepen heeft tot doel de vernieuwing en verbetering van zorgberoepen en opleidingen. De taak van het Kwaliteitsinstituut is stimuleren van permanente verbetering van de kwaliteit van zorg.

Volg het CVZ op twitter en blijf op de hoogte van het laatste nieuws:

@CVZactueel 



Arnold Moerkamp

Zorg niet achter Haags of Diemens bureau regelen

Kort

15 In korte tijd zorg verbeteren

16 De cijfers

25 Gebruik antidepressiva blijft stijgen

32 'Zonder zorg was ik nooit gekomen waar ik nu ben.'

In de rubriek *In de zorg met...* deze keer: PvdA-Tweede Kamerlid Otwin van Dijk.



8 Het gaat om tegengaan van verspilling

CVZ-bestuurder Bert Boer over dure zorg aan het levenseinde, gepast gebruik en solidariteit.

10 Alternatieve besparingen ivf

Gynaecoloog Bart Fauser over de voorstellen uit 2012 om te bezuinigen op de kosten van ivf. "Het was een redelijk advies."

12 'De therapie is duur. Daar had ik zeker ook voor'

Dr. Ans van der Ploeg blikt terug op de commotie rond de plannen om vergoeding van geneesmiddelen voor behandeling van de ziekten van Pompe en Fabry aan banden te leggen. In 2012 is de basis gelegd voor het Kwaliteitsinstituut. Een overzicht van de activiteiten.

20 'In het streven naar kwaliteit vinden we elkaar'

Marcel Daniels van de Orde van Medisch Specialisten over het Kwaliteitsinstituut.

23 'Een handvat, maar ook een perverse prikkel'

Twee huisartsen over richtlijnen in de huisartsenpraktijk.

27 'Toenemende behoefte aan generalisten'

Marian Kaljouw over de zorgvraag in de toekomst en de wildgroei aan zorgberoepen en opleidingen.

30 'We hebben meer begrip voor elkaar'

In vier dossiers werkt het CVZ samen met het UWV. Hoe verloopt die samenwerking?

CVZ-voorzitter Arnold Moerkamp

‘De letters ‘CVZ’ zijn al van het dak gehaald’

Met de integratie van het Kwaliteitsinstituut in oprichting en de nieuwe taak Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen was 2012 voor het CVZ een bijzonder jaar. Maar ook de roep om te bezuinigen op de uitgaven voor zorg vroeg aandacht. En in de media was het CVZ mikpunt van kritiek over wat we wel de ‘affaire Pompe en Fabry’ kunnen noemen. Bestuursvoorzitter Arnold Moerkamp kijkt terug.

Tekst: Annette van der Elst | Beeld: Ron Zwagemaker, Werry Crone (HH)

Integratie van twee nieuwe onderdelen is een ingewikkeld proces, zegt Arnold Moerkamp. “Maar we zijn erin geslaagd om per 1 januari 2013 als een nieuwe organisatie van start te gaan. Nog wel onder de naam CVZ.”

Formeel is de reorganisatie nog geen feit? “De zaken zijn nog niet bij wet geregeld. De Tweede Kamer heeft ingestemd, nu nog de de Eerste Kamer. Na de zomer is een plenaire behandeling gevolgd door stemming. Waarschijnlijk kunnen we vanaf 1 januari 2014 echt

als Zorginstituut Nederland van start gaan. De letters CVZ zijn al van het dak gehaald.”

Ondertussen zijn er in 2012 al verschillende projecten in gang gezet.

“Ja, en dat gaat voortvarend. Zo is ondermeer een concept van het Toetsingskader – met criteria waaraan kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten moeten voldoen – gereed en er lopen pilots: projecten die door organisaties in de zorg bedacht en uitgevoerd worden en tot doel hebben de zorg te verbeteren. Het Kwaliteitsinstituut ondersteunt deze projecten, maar wil daar vooral van leren. Bijvoorbeeld over het ontwikkelen

van randvoorwaarden en het wegnemen van obstakels voor het leveren van kwalitatief goede en doelmatige perinatale zorg. Verder heeft de commissie Innovatie Zorgberoepen een viertal onderzoeken afgerond naar de stand van zaken op het gebied van beroepen en opleidingen in de zorg en de verwachte zorgvraag in de toekomst.”

Is voor de buitenwereld wel duidelijk dat het Kwaliteitsinstituut en Innovatie Zorgberoepen bij het CVZ horen, evenals de vertegenwoordigers ervan?

“Alle taken van het Kwaliteitsinstituut zijn straks bij wet taken van Zorginstituut



“Je kunt een patiënt niet in een computer stoppen. Zorg verlenen blijft mensenwerk.”

het Kwaliteitsinstituut is zinnige en zuinige zorg. Dat sluit heel goed aan bij de langer bestaande visie van het CVZ om te sturen op gepast gebruik. We hebben met het Kwaliteitsinstituut meer instrumenten om dat te doen. In plaats van de vraag of iets al dan niet in het verzekerde pakket moet, ga je meer werken vanuit indicaties: een behandeling kan voor de ene specifieke aandoening wel geïndiceerd zijn maar voor een andere niet. Het liefst leg je dat vast in richtlijnen en professionele standaarden van de beroeps-groepen zelf en niet in regelgeving.”

Zijn die richtlijnen bindend?

“Nee, en dat moeten we zo houden. Het is de dokter geraden om van richtlijnen af te wijken als er een mensenleven mee gemoeid is. In beginsel blijven richtlijnen richtlijnen! Je kunt een patiënt niet in een computer stoppen. Zorg verlenen blijft mensenwerk. Daar zullen we een gerechtvaardigd vertrouwen in moeten hebben. En ik zeg met nadruk ‘gerechtvaardigd’, want een naïef vertrouwen dat het goed gaat kunnen we niet hebben. De rechtvaardiging vereist transparantie.”

Nederland. Dat geldt ook voor Beroepen & Opleidingen. Het is logisch en wenselijk dat de voorzitters van de adviescommissies van de nieuwe onderdelen (respectievelijk Jan Kimpen en Marjan Kaljouw, *avde*) een profiel in de buitenwereld hebben. Juist omdat we het zorgveld nauw willen betrekken bij de projecten en activiteiten. Maar de formele bevoegdheden en de verantwoordelijkheid liggen uiteindelijk bij de Raad van Bestuur van het toekomstige Zorginstituut.”

En die Raad van Bestuur blijft bestaan uit Marian Grobbink, Bert Boer en u? “Ja.”

Het Kwaliteitsinstituut i.o. is al een samenvoeging van verschillende organisaties, en dan nog eens ondergebracht bij het CVZ.

Was dat niet lastig?

“We zagen duidelijke verschillen in werkwijze en benadering. ‘Wij deden het zo...wij zo’, hoorde je nogal eens zeggen. Maar iedereen heeft het voortreffelijk opgepakt, open en lerend.”

Is er ook een inhoudelijke integratie tussen pakketbeheer – al jaren een taak van het CVZ – en kwaliteitsbevordering op gang gekomen?

“Ja, een van de belangrijke doelstellingen van

11 maart



Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen gaat als een aparte organisatorische eenheid bij het CVZ aan de slag. Voorzitter van deze commissie is dr. Marian Kaljouw.

april

Het CVZ-pakketadvies komt uit. Centraal staat daarin de balans tussen zorgen over de betaalbaarheid van de zorg en het streven naar een collectief verzekerd pakket waarin toegankelijkheid, betaalbaarheid en goede kwaliteit van zorg gewaarborgd zijn.

12 april



De Adviescommissie Kwaliteit van het Kwaliteitsinstituut in oprichting gaat van start. Prof. dr. Jan Kimpen is voorzitter van de commissie. De dagelijkse leiding van het Kwaliteitsinstituut komt te liggen bij prof. dr. Diana Delnoij.

23 april

Val van kabinet Rutte I.

12 juni

Het conceptadvies over vergoeding van medicijnen voor de ziekten van Pompe en van Fabry haalt de media. Vele reacties – in allerlei toonaarden – over wel of niet vergoeden van dure medicijnen waarvan de effectiviteit niet goed is vastgesteld volgen.

12 september

Tweede Kamerverkiezingen.

24 september

De Adviescommissie Pakket bij het CVZ adviseert de geneesmiddelen voor behandeling van de ziekten van Pompe en van Fabry onder voorwaarden te blijven vergoeden. De Raad van Bestuur neemt dit advies over, en doet de minister de suggestie om een aparte financiering voor dit soort medicijnen in

het leven te roepen. De minister neemt deze suggestie niet over.

Het Kwaliteitsinstituut zet daarbij in op professionele standaarden?

“Er valt nog veel te verbeteren. Met goede professionele standaarden weten zorgaanbieders waaraan ze minimaal moet voldoen en patiënten weten wat ze kunnen verwachten. Op dit moment zijn de richtlijnen en standaarden bij lange na niet dekkend. En ook de inhoud ervan voldoet niet altijd aan de criteria. Zo noemde ik net al de pilot voor perinatale zorg. Daarin werken onder meer verloskundigen, gynaecologen, ambulancepersoneel en kraamzorg gezamenlijk aan een zorgstandaard die het hele zorgpad beschrijft. Deze standaard moet obstakels wegnemen die goede zorg voor de aanstaande moeder en haar kind in de weg staan.”

2012 was ook het jaar van de bezuinigingen. Het kabinet Rutte II kondigde aan forse bezuinigingen in de zorg te willen realiseren. Wat betekende dit voor het CVZ?

“Op verzoek van het ministerie keek het CVZ naar de mogelijkheid om 1,3 miljard euro te besparen op zorg voor lage ziektebelasting. Wij hebben duidelijk gezegd: je kunt een ranking maken, maar is het verstandig? We gaven de winstwaarschuwing dat je risico's voor de gezondheid loopt. Stukken uit het pakket snijden, leidt in eerste instantie tot besparingen in de boeken, maar kan op de langere termijn juist leiden tot overbehandeling en dus stijging van kosten. Als je tien procent uit het pakket verwijdert, hebben artsen namelijk tijd om tien procent meer te behandelen. Gepast gebruik is meer van de lange adem. Ik noem dit verschil in visie de strijd tussen 'shifTERS', die een trendbreuk voorstaan, en 'hellinghoekers', die de curve van de groei willen bijbuigen. Gepast gebruik is afhankelijk van gedrag van zorgverleners. De politiek, en ook het Centraal Planbureau, willen geen financiële waarde toekennen aan maatregelen die

gebaseerd zijn op gedragsverandering. Dat is spijtig, want gedrag is de kern en bepaalt uiteindelijk wat er in de spreekkamer gebeurt. De professional moet in gesprek met de cliënt vaststellen wat goede zorg is, niet meer dan nodig, niet minder dan noodzakelijk. Neem antidepressiva. Je kunt niet zeggen: we halen vergoeding hiervoor uit het pakket. En je kunt niet vanachter een Haags of Diemens bureau regelen wanneer iemand moet stoppen met deze geneesmiddelen. Wat je wel kunt doen is in de richtlijnen opnemen dat je voorzichtig voorschrijft, alleen bij bepaalde indicaties. En hoewel richtlijnen niet bindend zijn, kun je een arts er wel op aanspreken wanneer deze systematisch en veel meer in vergelijking met collega's van de richtlijn

“Een strijd tussen 'shifTERS' en hellinghoekers”

blijkt af te wijken. Misschien heeft hij daar redenen voor – een afwijkende patiëntenpopulatie, bijvoorbeeld – maar misschien schrijft hij te gemakkelijk voor. En dan kan een verzekeraar, bijvoorbeeld, ingrijpen via bonussen of contracten.”

Vorig jaar zorgde het conceptadvies van het CVZ over geneesmiddelen voor de ziekten van Pompe en Fabry voor veel commotie. In het advies stond deze dure middelen niet langer voor nieuwe gevallen te vergoeden. Het uiteindelijke advies luidde die middelen te blijven vergoeden. Wat heeft het CVZ hiervan geleerd?

“Die kwestie heeft geleid tot een externe evaluatie met als belangrijkste uitkomst dat de gehanteerde werkwijze niet juist was. Daarbij maakten we een onderscheid tussen de technisch-wetenschappelijke beoordeling

en de maatschappelijke en ethische gevolgen van deze beoordeling. De commotie ontstond na de eerste beoordeling, het conceptadvies, waarin stond dat vergoeding bij volwassenen weinig kosteneffectief is en daarom niet langer vergoed zou moeten worden. Later oordeelde de Adviescommissie Pakket anders. Deze werkwijze kan niet meer, we hebben geleerd dat je niet waardevrij kunt beoordelen en dat je de maatschappelijke en ethische vragen al eerder moet stellen. Bij de vraag naar al dan niet vergoeden van dure geneesmiddelen besef je dat je voor een echt dilemma staat. Er is geen goed antwoord! Al zijn je utilistische argumenten nog zo goed – waarbij je kijkt naar de waarde voor de grote groep – als er een mens zodanig baat heeft bij zo'n middel dat hij kan blijven leven, dan is niet vergoeden ervan in dat geval voor die persoon meedogenloos.”

U noemt het begrip kosteneffectiviteit. In 2012 is het CVZ begonnen te onderzoeken hoe dit criterium bij pakketbeheer wettelijk verankerd kan worden. Dat zou een hele stap zijn, want tot nu toe is geen enkele zorgvorm louter vanwege te hoge kosten van vergoeding uitgesloten.

“We moeten hier een breed maatschappelijk debat over voeren, en niet alleen met de bestuurlijke elite. Daarbij speelt ook de vraag: hoe acceptabel is het om een effectieve zorgvorm van vergoeding uit te sluiten wanneer er nog zoveel verspilling is, in een context waarbij we gepast gebruik van zorg veel meer willen stimuleren. Bovendien zou je het niet moeten hebben over kostenbesparingen, maar over een rechtvaardige verdeling van de schaarse middelen. In dat perspectief speelt kosteneffectiviteit een belangrijke rol. We willen allemaal waar voor ons geld.”

2 oktober

Kick-off pilots. Het Kwaliteitsinstituut wil leren van projecten die gericht zijn op verbetering van de kwaliteit van de zorg. Zes projecten die zijn opgezet door verschillende organisaties en samenwerkingsverbanden stelden zich voor.

5 november

Installatie Rutte II (Rutte-Ascher). Het regeerakkoord legt voor de zorg accent op het wegnemen van perverse volumepraktijken, beperken medisch-specialistische zorg, versterken rol van verzekeraars, concentratie acute zorg, stringenter pakketbeheer, en overheveling van delen van de AWBZ.

17 december



De Commissie Farmaceutische Hulp (CFH) neemt afscheid van prof. dr. Jan Schellens, die 8 jaar lang voorzitter was van deze commissie. Met zijn afscheid kwam ook een einde aan deze commissie. Per 1 januari 2013 zijn de CFH en de

Duidingscommissie samengevoegd tot de Wetenschappelijke Adviesraad (WAR), onder voorzitterschap van prof. dr. Patrick Bossuyt. De WAR bestaat uit vier subcommissies.



CVZ-bestuursvoorzitter Arnold Moerkamp: “Je kunt niet vanachter een Haags of Diemens bureau de zorg in de praktijk regelen.”



Op de eerste rij van links naar rechts Bert Boer, Job Kievit, Werner Brouwer en Anemone Bögels, de sprekers op het Pakketdebat.

Bert Boer over dure zorg aan levenseinde

‘Het gaat over tegengaan van verspilling’

Het CVZ organiseert ieder jaar een pakketdebat over een actuele kwestie. In 2012 is het onderwerp *Levensverlengende zorg...tegen (w)elke prijs?* De noodzaak van reflectie op dit onderwerp zal de komende jaren toenemen, ook bij het CVZ en in de politiek. “We willen met dit debat een aanzet geven tot een breed te voeren maatschappelijk debat”, zegt CVZ-bestuurder Bert Boer.

Tekst: Annette van der Elst | Beeld: Paul van Riel

Het onderwerp van het pakketdebat – hoe ver gaan we met het verlenen van dure zorg aan het levenseinde? – heeft allereerst veel te maken met een belangrijke missie van het CVZ: zinnige en zuinige zorg, oftewel gepast gebruik. Want zorg die aan het levenseinde wordt gegeven, kan veelal verspilling zijn. Verspilling van middelen, van geld, maar ook verspilling van de kwaliteit van leven. Bert Boer: “We moeten niet uit het oog verliezen dat we het hebben over zorg die voor- en nadelen heeft. Kankerbehandelingen met cytostatica zijn in principe toxisch, bestralingen of andere ingrijpende operaties kunnen mutilerend zijn. Het gaat dan over de juiste afweging tussen de baten van een behandeling en de schade die je aanbrengt. En die afweging is per individu, per patiënt anders.”

Die afweging tussen baten en schade voor de patiënt en de kwaliteit van zijn leven verloopt niet altijd goed?

“Het komt te vaak voor dat arts en patiënt elkaar in de greep houden, om met Job Kievit, chirurg en lid van onze Adviescommissie Pakket, te spreken. Dan willen ze beiden, om verschillende redenen, niet erkennen dat verdere behandeling geen zin meer heeft, en zelfs tot schade kan leiden. De arts is bang de patiënt die nog hoop koestert teleur te stellen. De patiënt wil en kan het uiterst moeilijke en pijnlijke gegeven niet onder ogen zien dat zijn leven ten einde loopt en er medisch-technologisch niets meer voor hem te doen is. Dan kijkt de arts of hij

“Is het niet kosteneffectiever als artsen en andere zorgverleners meer aandacht geven aan de patiënt?”

toch nog iets kan aanbieden, nog een chemokuur, bestraling of een andere ingrijpende behandeling. Wat daarbij meespeelt, is de vrees van de patiënt om de aandacht van de arts te verliezen wanneer hij accepteert dat verdere behandeling niet meer zinnig is.”

Een oplossing is dan dat de arts de patiënt zorg en aandacht van een andere aard moet geven?

“Het hart van de zorg is aandacht, dat zou zich ook moeten vertalen in de basishouding van de arts. Aandacht geven betekent de dialoog aangaan met de patiënt. Pas in een sfeer van aandacht en openheid kun je als arts met de patiënt een gesprek aangaan over de voor- en nadelen van doorbehandelen. En wat ook belangrijk is: je kunt er dan achterkomen wat iemands beweegredenen zijn om door te willen gaan met behandelingen, soms tegen beter weten in. Wat schuilt er achter de zorgvraag?”

Wat moet er gebeuren om die sfeer in de spreekkamer te verkrijgen?

“Of een arts deze basishouding heeft, is niet louter afhankelijk van zijn of haar persoonlijkheid of instelling. Een belangrijke voorwaarde is dat er in de opleiding, trainingen en nascholingen aandacht is voor juist dit punt. Hoe wij de zorg, het zorgsysteem, hebben georganiseerd is minstens zo belangrijk. Willen we dat artsen de tijd en ruimte hebben om met hun patiënten het gesprek aan te gaan, ook zeer moeilijke gesprekken? Dan zal dat ook gehonoreerd moeten worden. Els Borst, voormalig minister van Volksgezondheid, noemde deze honorering ‘kijk- en luistergeld’.

Ik vraag me zelfs af of het niet kosteneffectiever is als artsen en andere zorgverleners meer aandacht geven aan de patiënt. Het zou goed zijn om een kosteneffectiviteitsonderzoek van persoonlijke aandacht te doen. Ik vermoed dat het niet alleen als prettiger door de patiënt wordt ervaren, maar dat het ook tot objectieerbare betere zorg leidt. Door persoonlijke aandacht te geven, komt relevante informatie in beeld voor medische besluitvorming. Waarschijnlijk zal ook de therapietrouw toenemen.”

Kosteneffectiviteit

De vraag naar de grenzen van zorg aan het levenseinde heeft niet alleen te maken met verspilling. Het geeft ook te maken met de grenzen van de solidariteit en daarmee met kosteneffectiviteit – een pakketcriterium dat mogelijk steeds meer gewicht gaat krijgen?

“Als de economische grenzen van zorg in zicht komen, zal er op een hoger niveau moeten worden besloten

of bepaalde behandelingen in bepaalde situaties nog wel in het basispakket kunnen. Een instrument bij deze beslissingen is het principe van kosteneffectiviteit – een principe dat het huidige kabinet wettelijk wil verankeren – waarbij de kosten van een interventie gerelateerd worden aan het effect. Zijn die kosten gerechtvaardigd als het effect gering is? Die vraag speelt bij de beoordeling van veel zorg al een rol. En deze wordt bij dure zorg aan het levenseinde erg nijpend.”

Want dan gaat het over leven en dood?

“De bereidheid om collectief dure zorg, met een minder groot effect, te betalen, neemt toe naarmate de ziekte ernstiger is. En bij zorg aan het levenseinde – zorg die bijvoorbeeld nog met enkele maanden het leven verlengt – vinden veel mensen het over het algemeen niet acceptabel om het principe van kosteneffectiviteit toe te passen. Toch zullen we hierover moeten nadenken. Immers, de vraag is hoever je kunt gaan? Wat je uitgeeft aan een groep, kun je niet meer uitgeven aan een andere groep. Dat is een groot, bijna onmenselijk dilemma, waar je op een gegeven moment wel een keuze in zult moeten maken.”

Dergelijke beslissingen zullen dus moeten worden genomen? Door wie?

“Dat is een onderwerp dat bij artsen sterk leeft. Zij willen die beslissing, waarbij ze de collectieve en individuele belangen tegen elkaar moeten afwegen, niet nemen. En terecht. We kunnen individuele artsen in hun contact en zorg voor een individuele patiënt niet vragen om de economische grenzen van zorg te bepalen. Dat moeten we op een hoger niveau doen. Ten tweede mogen kosten nooit op een zichzelf staand criterium zijn. Bij zorg aan het einde van het leven moet je allerlei afwegingen maken: hoeveel schade je berokkent en hoeveel gezondheidswinst je boekt.”

Qaly's?

“Om de waarde van een zorginterventie te kunnen meten, zul je een dergelijk instrument moeten hebben. Maar dat moet je wel zorgvuldig doen. Zijn bijvoorbeeld de effecten van een interventie op de partner van een zieke meegenomen? En een intrinsiek probleem: hoe ga je ermee rekenen? Je moet er voorzichtig mee omgaan, niet als een rekenmachine. Zo'n kwantitatieve methode zal altijd op een bepaald punt tekortschieten. Vandaar dat wij onze pakketadviezen altijd nog laten toetsen door de ACP, de Adviescommissie pakket. Deze commissie wijst op de maatschappelijke gevolgen van pakketbeslissingen.

Maar uiteindelijk zullen dit soort keuzes door de politiek, en dus de samenleving moeten worden gemaakt. Niet door het CVZ. Wij kunnen wel de argumenten op een rij zetten en zorgen dat het debat inhoudelijk zo goed mogelijk gevoerd wordt. Een debat waarin het niet alleen gaat over kosten, maar over tegengaan van verspilling, rechtvaardigheid en wat we onder solidariteit verstaan.”

Naar aanleiding van het Pakketdebat 2012 publiceerde het CVZ in 2013 *Levensverlengende zorg...tegen elke prijs?* Deze bundel geschreven door Annette van der Elst bevat onder meer interviews met zorgethici, zorg-economen, artsen en patiënten en een verslag van het debat.

Alternatieve besparingen ivf

Leeftijdsgrens van 43 jaar

Geen vergoeding van ivf voor vrouwen boven 43 jaar, terugplaatsen van slechts een embryo bij vrouwen tot 38 jaar en afwachtend beleid bij vrouwen met een goede kans om spontaan zwanger te worden. Dat adviseerde het CVZ in 2012. Hoogleraar gynaecologie Bart Fauser vindt het een redelijk advies.

Tekst: Sigrîd Starremans | Beeld: Jorgen Caris (HH)

In het regeerakkoord van 2010 nam het kabinet Rutte I zich voor om te bezuinigen op de kosten van ivf. Een bezuinig van 30 miljoen euro moest worden gerealiseerd door het aantal te vergoeden ivf-pogingen terug te brengen van drie naar één. Dit leidde tot grote commotie; veel vrouwen worden immers zwanger na twee of drie pogingen. De Tweede Kamer drong bij minister Schippers van Volksgezondheid te zoeken naar alternatieve besparingsmogelijkheden. Zij legde deze vraag neer bij de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie en de Vereniging voor mensen met vruchtbaarheidsproblemen (Freya), die zich gezamenlijk over de kwestie bogen. Deze werkgroep kwam met een aantal alternatieve mogelijkheden om tot besparing van de kosten voor ivf te komen.

Doelmatiger

Het CVZ concludeerde in 2012 dat deze alternatieven patiënten meer ontzien. De bezuinigingen worden, zegt het in de *Uitvoeringstoets alternatieven ivf-pakketmaatregel*, niet uitsluitend bereikt door beperking van vergoeding maar vooral ook door doelmatigheidswinst. Het CVZ verwerkte de voorstellen in een advies aan de minister. Tot de voorgestelde maatregelen behoren

onder meer terugplaatsen van één embryo in plaats van twee bij de eerste twee ivf-pogingen bij vrouwen tot 38 jaar. Een ander belangrijke maatregel is te wachten met ivf bij vrouwen met een goede prognose om 'spontaan' zwanger te worden. Ook doelmatig medicijngebruik door te kiezen voor even effectieve maar goedkopere medicijnen behoort tot de voorstellen, evenals op maat aanbieden van deze middelen voor hormonale stimulatie. Een belangrijk onder-

“Mogelijk vervangen we over een aantal jaar het leeftijdscriterium voor de vrouw door een betrouwbaarder criterium.”

deel van de voorstellen is de leeftijdsgrens: vrouwen boven 43 jaar krijgen een ivf-poging niet langer vergoed.

Bart Fauser is hoogleraar gynaecologie aan de Universiteit Utrecht en was lid van de werkgroep van gynaecologen en patiënten. Hij is tevreden over de alternatieve voorstellen, en licht de keuze van deze werkgroep hiervoor toe.

Is het stellen van een leeftijdsgrens van 43 jaar niet een heel rigide maatregel? Biologisch gezien is 43 jaar geen harde grens.

Ik vind die maatregel verdedigbaar. De overheid wilde aanvankelijk fors bezuinigen op het budget door de vergoeding voor ivf-behandelingen terug te brengen van drie naar één poging. Als beroepsgroep waren we daar niet blij mee. Met deze maatregel worden minder stellen de dupe. En het is natuurlijk wel zo dat de doelmatigheid van de behandeling met het vorderen van de leeftijd snel afneemt.

Is het geen optie om 'zachtere' criteria te nemen? Bijvoorbeeld om te onderzoeken hoe ver vrouwen van de overgang afzitten? Of te bekijken in hoeverre de hormoontherapie aanslaat?

Die criteria zijn nog niet hard genoeg. Gelukkig kunnen we steeds beter per individu voorspellen wat de kansen zijn op zwangerschap via ivf. Meten van het zogeheten anti-müllerhormoon (AMH) in het bloed is bijvoorbeeld ook een optie. Met deze bepaling kun je het aantal eicellen van een vrouw voorspellen en dus de kans op een succesvolle ivf (waarbij meerdere eicellen noodzakelijk zijn, red.) Het zou kunnen dat over een aantal jaar het leeftijdscriterium voor de vrouw wordt vervangen door een AMH-criterium omdat dat betrouwbaarder is. Maar zover is het nu nog niet.



De resultaten van ivf-behandelingen worden steeds beter

Pakketbeheer

Het CVZ adviseert als pakketbeheerder over de inhoud en omvang van het verzekerde pakket (Zw en AWBZ). Dit gebeurt door middel van pakketadviezen aan de minister van Volksgezondheid. Het is aan de politiek om deze adviezen al dan niet over te nemen. In 2012 zijn veel voorgestelde maatregelen overgenomen, waaronder de maximum leeftijd voor vergoeding van in vitro fertilisatie (ivf). Een ander belangrijk pakketadvies in 2012 was het voorstel om brillenglazen voor kinderen van 0 tot 18 jaar met een ernstige oog-aandoening voortaan te vergoeden. Door de groei van het oog zijn de brillenglazen bij kinderen soms snel aan vervanging toe, waardoor zij meerdere keren per jaar nieuwe

glazen nodig kunnen hebben. Ouders geven bij jonge kinderen om praktische redenen vaak de voorkeur aan een bril boven contactlenzen (die bij medische indicatie wel vergoed worden). Het CVZ adviseert in het rapport *Brillenglazen 0-18 jaar* om brillenglazen alleen te vergoeden als er sprake is van een situatie waarbij deze vaker dan een keer per twaalf maanden vervangen moeten worden. De eerste aanschaf komt wel altijd voor eigen rekening. Minister Schippers zegde in juni 2012 toe dat er per 1 januari 2013 een vergoedingsmogelijkheid met een eigen bijdrage komt voor brillenglazen voor kinderen met een medische indicatie voor lenzen.

Hoe gaat dat in de praktijk? Wat doen artsen met een vrouw die 43,5 half is? Denkt u dat daarmee gesjoemeld wordt?

Ik denk het niet. Een grens is een grens, daar zullen we ons aan moeten houden. Leeftijd is bovendien een criterium dat makkelijk te controleren is. Ook daarom is voor deze maatregel gekozen.

Een andere maatregel is afwachtend beleid bij alle vrouwen met een goede prognose om op een natuurlijke manier zwanger te raken. Creëer je daarmee geen averechts effect? De kans op een succesvol ivf wordt immers steeds kleiner.

Je kunt ook zeggen dat als je niet wacht, je enorm aan overbehandeling doet. Dan stel je vrouwen bloot aan de belasting en de risico's van de behandeling en de samenleving aan hoge kosten. Terwijl een aanzienlijk percentage van die vrouwen ook zwanger geworden zou zijn zonder behandeling.

Kunnen vrouwen na hun 43ste wel terecht als ze de behandeling zelf betalen?

Zeker, dit is een maatregel die alleen vanwege financiële redenen is genomen.

Wat vindt u van de andere maatregelen als de terugplaatsing van één embryo in plaats van twee?

Hoe je het ook wendt of keert, meerling-zwangerschappen brengen hogere risico's en kosten met zich mee voor moeder en kind dan eenlingzwangerschappen. De resultaten van ivf-behandelingen worden steeds beter. Daarom plaatsen we de afgelopen jaren in ieder geval vaker maar één embryo terug. Vanuit kostenoverwegingen is dat nu nog een stukje opgerekt.

Werpen de maatregelen al vruchten af? Worden er kosten bespaard?

Het is nog te vroeg om de effecten daarvan te zien. Wel zijn besparingen waar te nemen in de vergoeding van medicijnen. Een andere maatregel was namelijk om goedkopere medicijnen te gebruiken, die even effectief maar wel minder gebruiksvriendelijk zijn. Naar aanleiding van deze maatregel is een enorm debat op gang gekomen over de kosten van medicijnen. Onder druk van deze discussie is de kostprijs van de nieuwe medicijnen omlaag gegaan.

Debat over geneesmiddel tegen Pompe en Fabry

‘De therapie is duur. Daar had ik zeker oog voor’

In 2012 ontstond grote ophef over de vergoeding van de therapie voor de ziekten van Pompe en van Fabry. Hoogleraar Ans van der Ploeg van het Pompe Expertisecentrum in Rotterdam blikt terug op dat jaar. En ze spreekt over nieuw, baanbrekend onderzoek naar de ziekte van Pompe.

Tekst: Florentijn van Rootselaar | Beeld: Joost van den Broek (HH)

Baby's met de ziekte van Pompe werden zelden ouder dan een jaar. Dat veranderde in de jaren negentig. Ans van der Ploeg had samen met een collega een medicijn – enzymtherapie – ontwikkeld tegen deze spierziekte. In 1999 werd wereldwijd een klinische test bij baby's gedaan. De therapie bleek bijzonder succesvol: patiënten die zonder het middel overleden zouden zijn, konden weer lopen. In de zomer van 2012 ontstond discussie over het middel: in een conceptadvies van het CVZ over vergoeding van de middelen voor de ziekten van Pompe stond dat vergoeding van deze middelen alleen nog zou moeten gelden voor baby's. Oudere kinderen en volwassenen werden grotendeels uitgesloten. De behandeling zou te veel kosten in verhouding tot de gezondheidswinst die het opleverde. “De verhouding tussen kosten en baten is onacceptabel” concludeerde het CVZ. De kosten per Quality Adjusted Life Year (qaly) zijn voor de ziekte van Pompe bij die oudere groep gemiddeld vijftien miljoen euro. De bedoeling was dat alle betrokken partijen konden reageren op het concept, waarna

een definitief advies zou volgen. Ans van der Ploeg was een van de mensen die reageerde tijdens een bijeenkomst bij het CVZ. “Wij maken ons grote zorgen” waren de eerste woorden van haar bijdrage.

“Onderhandelen over de prijs van geneesmiddelen, bij voorkeur in internationaal verband”

Dilemma

“We stonden voor een lastig dilemma”, zegt Van der Ploeg van het Pompe Expertisecentrum aan het Erasmus MC: “Aan de ene kant konden we nu voor het eerst iets doen aan Pompe. Ik wilde mijn patiënten zo goed mogelijk helpen, en ook de wetenschap verder brengen; die doorbraak leert ons veel nieuwe dingen over Pompe, maar ook over spierziekten in het algemeen. Aan de andere kant is de therapie erg duur. Daar had ik zeker wel oog voor, ik begrijp heel goed de maatschappelijke verantwoordelijkheid die je hebt als

Herbeoordelingen weesgeneesmiddelen

Het CVZ moest in 2012 opnieuw beoordelen of de geneesmiddelen voor de ziekten van Pompe en Fabry vergoed zouden worden. Ze waren eerder tijdelijk toegelaten tot het pakket omdat er nog onvoldoende bekend was over het effect. Er was nog onvoldoende onderzoek gedaan naar deze dure weesgeneesmiddelen – medicijnen voor ernstige kwalen waar kleine groepen aan lijden. De eerste stap in de procedure was een beoordeling door de Commissie Farmaceutische Hulp (CFH) van het CVZ. Deze commissie vond dat de geneesmiddelen voor een grote groep gemiddeld weinig effecten scoren, terwijl de kosten ervan zeer hoog zijn. De leden concludeerden dat deze middelen niet voldoen aan de criteria om voor vergoeding vanuit de basisverzekering in aanmerking te komen. Zoals gebruikelijk bij deze procedures volgde na de assessmentfase de zogenoemde appraisalfase, waarbij het rapport wordt voorgelegd aan veldpartijen en vervolgens aan de Adviescommissie Pakket (ACP) van het CVZ. Uiteindelijk adviseerde deze commissie op maatschappelijke gronden dat behandeling via een separate financiering buiten de Zvw voortgezet zou moeten worden voortgezet. Dus niet langer een algemene aanspraak, maar wel vergoeding voor wie deze behandeling effectief is.



Dr. Ans van der Ploeg met één van haar patiënten.

je een dergelijke therapie voorschrijft.” Van der Ploeg kijkt ‘met gemengde gevoelens’ terug op de discussie. “Het dilemma werd te eenzijdig belicht. De discussie ging erg veel over de kosten en te weinig over die andere twee zaken: de behandeling van patiënten en de innovaties in de wetenschap.”

Onrust

De discussie over Pompe leidde tot grote onrust en angst onder patiënten, zegt Van der Ploeg. “Kinderen pikten de discussie snel op. En die kunnen heel confronterend zijn. Dan hoor je als ouder de vraag: ‘Mama, ga ik nu dood?’ Ook voor volwassenen had het debat grote gevolgen. Ze leefden met de hoop dat het dankzij het medicijn beter met ze zou gaan. Nu waren ze bang voor de toekomst. Ze vroegen zich af of ze hun baan wel konden houden. Hoe moest het verder met hun gezin? En waren ze straks in staat om zichzelf te redden? De kans was groot dat ze in een rolstoel terecht zouden komen.” Ten onrechte maakt het CVZ onderscheid tussen baby's en de oudere groep, zei Van der Ploeg tijdens de bijeenkomst bij het CVZ. “De ziekte van Pompe is een spierziekte

“We moeten veel eerder de vraag stellen hoe duur medicijnen mogen zijn.”

die zich op elke willekeurige leeftijd kan presenteren. De oorzaak van de ziekte is voor iedereen gelijk. Alle patiënten hebben een erfelijk tekort van hetzelfde eiwit, dat wordt aangevuld door toediening van alglucosidase alfa, het medicijn waar het om gaat. Het is tegen de wetenschappelijke logica in om alleen baby's met de ziekte van Pompe te behandelen en alle andere patiënten, het merendeel van de patiënten, niet.”

Gouden standaard

Waarom wordt dat onderscheid tussen baby's en de rest dan gemaakt? Dat komt doordat de trials zo waren opgezet, legt Van der Ploeg uit. Er werd apart onderzoek gedaan naar beide groepen. Bij baby's was al aangetoond door trials dat de therapie werkte. “Trials met baby's zijn eenvoudiger. Zonder behandeling overlijden ze binnen een jaar. Je weet dan ook binnen een jaar of de therapie werkt. Het effect op de baby is

de *proof of principle*. Maar daarna moet je het effect ook bij volwassenen onderzoeken, dat duurt veel langer dan het onderzoek bij baby's. Je hebt andere ijkpunten: de longfunctie, kunnen ze lopen? In 2006 waren de eerste trials met de therapie bij volwassenen, in 2010 volgde de eerste publicatie. Maar het feit dat dit onderzoek minder ver was betekent niet dat om twee wezenlijk verschillende groepen gaat.” Een klinische trial is wel de gouden standaard, licht Van der Ploeg toe, maar die zegt lang niet alles over de echte wereld. “Daar is sprake van een ziekte, die bij iedere patiënt weer anders uitpakt. Die verscheidenheid is kenmerkend voor een chronische ziekte. Er is naast een trial veel aanvullend onderzoek nodig om een goed beeld te krijgen. Bij een chronische ziekte is het verwerven van kennis een ontwikkelingsproces, een leerproces. Hoe verloopt de ziekte? Voor wie werkt de therapie? Je leert gaandeweg het proces.

“Trials met baby’s zijn eenvoudiger.”



Epiloog

Na de bijeenkomst bij het CVZ – een vergadering van de Adviescommissie Pakket – waar ook Van der Ploeg sprak, besloot het CVZ te adviseren om de vergoeding vooralsnog voort te zetten via het basispakket. Wel zou op termijn een aparte financieringsvorm in moeten worden gesteld voor dure (wees)geneesmiddelen zoals de medicijnen voor mensen met Pompe. Ook zou met de fabrikanten onderhandeld moeten worden over de kosten van de medicijnen. Minister Schippers van Volksgezondheid besloot om het voorstel voor een aparte financieringsvorm voor dure weesgeneesmiddelen niet over te nemen van het CVZ. Wel vond ze net als het CVZ dat de therapie ook in 2013 vergoed moet worden uit het basispakket. En de onderhandeling met fabrikanten over de kosten vindt ze cruciaal: “Een bevredigende uitkomst van deze onderhandelingen is essentieel voor de voortzetting van de vergoeding van deze weesgeneesmiddelen. Ik ga ervan uit dat alle partijen zich dit realiseren. Zij hebben de grootste invloed of in 2014 deze geneesmiddelen tegen maatschappelijk aanvaardbare kosten vergoed worden aan deze kwetsbare patiëntengroep. Ik ga ervan uit dat fabrikanten zich dit ook zullen realiseren en zich zullen inspannen en hun prijsbeleid hierop zullen

Maar dan is de voorwaarde wel dat je de therapie langere tijd kunt toepassen.” In de loop van de tijd had Van der Ploeg al veel relevante informatie gekregen. “Sinds 2002 hadden we samen met patiëntenorganisaties informatie verzameld, onder meer over het natuurlijk beloop van de ziekte. Daardoor was onze kennis van het ziektebeeld – ook bij volwassenen – zelfs zonder klinische trials steeds groter geworden.”

Spijkracht

Na het CVZ-advies is nog opzienbarend onderzoek gedaan naar Pompe bij de oudere groep, zegt Van der Ploeg. “Er is een onderzoek gepubliceerd waaruit blijkt dat de therapie een significant effect heeft bij volwassenen. De spierkracht neemt toe door de therapie en de longfunctie stabiliseert. De behandeling heeft bij 60 procent een positief effect op de longfunctie in liggende positie. Bij zittende mensen blijkt het middel in 85 procent van de gevallen een positief effect te hebben. Je leert nu ook te kijken naar dat soort pragmatische factoren. Misschien kunnen de richtlijnen voor het gebruik door dit soort uitkomsten ook worden aangescherpt. Uit een recent verschenen onderzoek blijkt verder dat de behandeling het leven verlengt. De gemiddelde winst is twee jaar. Daarbij moet wel bedacht worden dat eerst de meest ernstige en vergevorderde gevallen behandeld zijn, terwijl je bij voorkeur vroeg wilt starten. Dan zijn de resultaten waarschijnlijk ook beter.”

Hoe verder?

Hoe nu verder met de behandeling van Pompe? Moet er een aparte commissie in worden gesteld die de behandelde artsen adviseert bij het starten en stoppen van een behandeling? Van der Ploeg: “Nu al wordt elke patiënt besproken binnen een indicatieteam van zo’n tien artsen: onder meer een neuroloog, een kinderarts, een internist en ook een apotheker. De vraag is: komt iemand in aanmerking voor therapie? Overigens is de opdracht voor zo’n team nu ook steeds meer om terug te kijken. Wat levert de behandeling met de enzymtherapie op? En nee, in een dergelijk team horen geen andere mensen te zitten om toezicht te houden. Geen verzekeraars bijvoorbeeld. De beslissing hoe we moeten behandelen is iets voor dokters.” Van der Ploeg heeft wel andere aanbevelingen. Er moet onderhandeld worden over de prijs, bij voorkeur in internationaal verband. En – Van der Ploeg komt er een paar keer op terug – we moeten veel eerder de vraag stellen hoe duur medicijnen mogen zijn. “Wat is een realistische prijs? Die discussie moet niet gevoerd worden als het medicijn er al is, zoals bij Pompe. Daar moeten we het over hebben voordat het op de markt is. Als het één keer effectief blijkt te zijn, is het moeilijk om het niet meer te vergoeden. Dat hebben we nu wel geleerd.”

Kwaliteitsinstituut klaar voor de start

In korte tijd zorg verbeteren

In 2012 zijn de voorbereidingen getroffen om het CVZ om te zetten in het Zorginstituut Nederland. Tegelijkertijd is de basis gelegd voor het Kwaliteitsinstituut. Dit onderdeel van het CVZ en straks van Zorginstituut Nederland gaat een belangrijk rol spelen bij de bundeling van initiatieven om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Tekst: Jos Leijen

Vooruitlopend op de officiële oprichting van het Kwaliteitsinstituut kwam in april 2012 de Adviescommissie Kwaliteit voor de eerste keer bij elkaar. Deze commissie bestaat uit vijftien onafhankelijke deskundigen die het Kwaliteitsinstituut adviseren, onder meer over de Meerjarenagenda en de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten. Voorzitter van de Adviescommissie is prof. dr. Jan Kimpen, die ook voorzitter is van de Raad van Bestuur van het UMC Utrecht. “Veel partijen, zoals artsorganisaties en patiëntenverenigingen, werken los van elkaar aan standaarden voor de zorg”, constateert Kimpen. “Door dit soort initiatieven te bundelen, kun je in een korte tijd de kwaliteit van de zorg substantieel verbeteren. Het kwaliteitsinstituut kan hierbij een belangrijke rol spelen.” Het Kwaliteitsinstituut zoekt samenwerking met de academische wereld en de praktijk van de zorg. In 2012 heeft de programma-organisatie uitgebreid kennisgemaakt met koepels en verenigingen. Daarnaast zijn er twee conferenties geweest waar mensen uit de zorg van gedachten konden wisselen over wat zij van het Kwaliteitsinstituut verwachten.

Toetsingskader

Het Toetsingskader is een wettelijk instrument om de kwaliteit van professionele standaarden en meetinstrumenten te borgen.

Dit Toetsingskader geeft het Kwaliteitsinstituut onder meer de mogelijkheid om patiënten en cliënten te betrekken bij de ontwikkeling van een professionele standaard. In oktober 2012 heeft de Adviescommissie Kwaliteit het voorlopige Toetsingskader vastgesteld. Een projectgroep onder aanvoering van prof. dr. Reinout van Schilfgaarde heeft dit voorlopige Toetsingskader verder uitgewerkt. Schilfgaarde: “We hebben alle denkbare componenten geïnventariseerd en geven per type professionele standaard aan uit welke hoofdstukken die minimaal moet bestaan.” Binnenkort wordt het resultaat voorgelegd aan

naar de werkwijze bij deze pilots. Voorbeelden zijn het ontwikkelen en implementeren van een informatiestandaard voor cardiometabole aandoeningen, de koppeling van gegevensbronnen bij darmkanker en de ontwikkeling van een brede gedragen zorgstandaard voor geboortezorg.

Meerjarenagenda

Het Kwaliteitsinstituut heeft een Meerjarenagenda opgesteld om goede afspraken te maken met alle partijen in de zorg. In de agenda worden ook termijnen vastgelegd waarbinnen projecten afgerond moeten zijn. Het Kwaliteitsinstituut bewaakt deze termijnen. Wanneer een traject

“Veel partijen, zoals artsorganisaties en patiëntenverenigingen, werken los van elkaar aan standaarden voor de zorg”

organisaties van artsen en andere professionals. Alle professionele standaarden en meetinstrumenten worden vervolgens getoetst aan het Toetsingskader. Als ze voldoen aan het Toetsingskader worden ze opgenomen in het register van het Kwaliteitsinstituut.

Leren van projecten

Het Kwaliteitsinstituut wil leren van projecten die de kwaliteit van zorg willen verbeteren. Daarvoor heeft het zes zogenaamde pilotprojecten geadopteerd. Het Kwaliteitsinstituut kijkt mee

stagneert, kan het Kwaliteitsinstituut te hulp schieten. Dit kan variëren van een goed gesprek om het proces vlot te trekken tot het overnemen van de regie. De Meerjarenagenda 2013 bestaat uit drie thema’s met daarin projecten: Het thema ‘ontwikkeling en herziening kwaliteitsstandaard’ met de projecten obesitas bij kinderen, chronische nier schade en hartfalen. Het thema ‘toepassing kwaliteitsstandaard’ met de projecten polyfarmacie, en astma en COPD. Tot slot is er een overstijgend thema multi-en co-morbiditeit.

Zorg

BIJEENKOMSTEN RONDE TAFEL

05

Het CVZ vormt sinds 2010 samen met DBC Onderhoud, artsorganisatie KNMG, patiëntenorganisatie NPCF, de NZa, ZonMw, ZN en de Regieraad Kwaliteit van Zorg de zogeheten ronde tafel gepast gebruik.

SUCCESVOL BEËINDIGDE TAFELS

03

Parkinsonnet, DICA, Praktijkvariatie

NIEUWE TAFELS

02

Implanteerbare Cardioverter Defibrillator, Implementatie ivf

POLISSEN

19

Het CVZ beoordeelt de (model) polissen van zorgverzekeraars op hun inhoudelijke juistheid.

GENEESMIDDELEN

27

Beoordeelde extramurale geneesmiddelen

30

Beoordeelde intramurale geneesmiddelen

04

Wetenschappelijke adviezen

28

Vooroverleggen met geneesmiddelen-fabrikanten

UITGEBRACHTE ADVIEZEN EN SIGNALEMENTEN

03 in- en uit-stroomadviezen

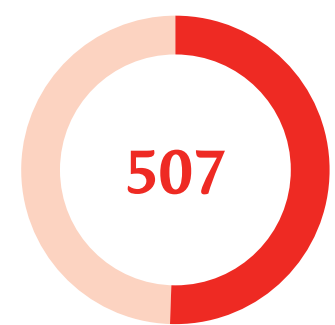
08 systeemadviezen

01 doorlichtingsonderzoeken

DUIDINGEN

834

Door middel van duidingen beantwoordt het CVZ de vraag of een bepaalde zorgvorm tot de verzekerde pakket (Zvw en AWBZ) behoort. Deze duidingen resulteren in standpunten en adviezen aan de SKGZ en het CIZ, de NZa en DBC-Onderhoud.



Adviezen aan het CIZ over geschillen tussen verzekerden en het CIZ over indicatie-besluiten AWBZ.

05

Adviezen aan DBC-Onderhoud over de vraag of er sprake is van een te verzekeren prestatie.



Adviezen aan de SKGZ over geschillen tussen verzekerden en zorgverzekeraars over pakketbeslissingen.

04

Standpunten aan de NZa over welke zorg in een prestatie-omschrijving als verzekerde zorg is.

Verzekeringen

HET AANTAL WANBETALERS OP 31 DECEMBER 2012

300.368

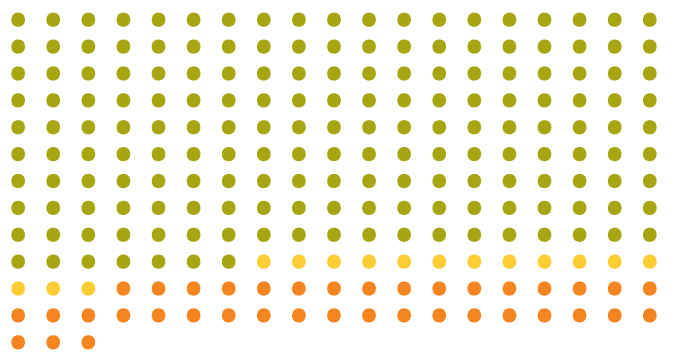
114.843 wanbetalers in 2012 aangemeld bij het CVZ

132.040 wanbetalers in 2012 afgemeld bij het CVZ

TOTAAL AANTAL GEMELDE ONVERZEKERDEN

242.656

186.451 Personen sloten alsnog een verzekering af.
16.002 Personen zijn via het CVZ ambtshalve verzekerd
40.203 Personen eind 2012 nog onverzekerd.



IN 2012 WAREN ER

192.003

Verzekerden in het buitenland (verdragsgerechtigden), waarvoor het CVZ de Zvw uitvoerde.

22.000

Declaraties van zorgverleners die zorg hebben verleend aan onverzekerbare vreemdelingen en een compensatie krijgen voor de gederfde inkomsten.

Informatie

Informatie over de ontwikkelingen in het pakket is van grote waarde voor de uitvoeringspraktijk. Het CVZ geeft op verschillende manieren inzicht in deze ontwikkelingen.

VRAGEN OVER HET VERZEKERDE PAKKET



3.126

We verstrekten actief informatie over de inhoud en de omvang van verzekerde zorg via de website, kompassen, kennisbundels en zzp-gidsen.



Vier keer per jaar verschaft het CVZ aan VWS uitgebreide overzichten vanuit de AZR (AWBZ brede zorgregistratie).

AANTAL BEZOEKER WWW.MEDICIJNKOSTEN.NL

200.000

MILJOEN BEKEKEN PAGINA'S

1.5

INFORMATIE

Op deze website kunnen verzekerden informatie vinden over de actuele kosten en vergoedingen van geneesmiddelen

AANTAL BEZOEKERS WWW.GIPDATABANK

25.000

ABONNEES GIPPEILINGEN

500

UPDATE'S FK

04

Het CVZ geeft via de GIPdatabank een cijfermatig overzicht van het gebruik van genees- en hulpmiddelen.

GIPeilingen is een publicatie dat inzicht geeft in de ontwikkelingen en het gebruik van genees- en hulpmiddelenzorg en de daarmee samenhangende kosten.

Met het Farmacotherapeutisch Kompas (FK) informeert het CVZ artsen en apothekers over verantwoord medicijngebruik.

WWW.CVZ.NL/ZORGCIJFERS



Maakt inzichtelijk hoe de gelden de afgelopen 5 jaar zijn verdeeld over de verschillende zorgvormen.

WWW.ZORGVOORINNOVEREN.NL



Informatie over voorwaarden en criteria om innovaties tot het verzekerde pakket toegelaten te krijgen.

Jaarrekening

BALANS CVZ

Activa x € 1000	31 dec 2012	31 dec 2011
Vaste activa		
Immateriële vaste activa	1.692	2.956
Materiële vaste activa	1.250	2.092
Financiële vaste activa	124	166
Totaal vaste activa	3.066	5.214
Viottende activa		
Rekening-courant	644	725
Zorgverzekeringsfondsen		
Overige vorderingen	1.699	2.650
	2.363	3.375
Liquide middelen	24.372	22.709
Totaal viottende activa	26.735	26.084
Totaal activa	29.801	31.298

Passiva x € 1000	31 dec 2012	31 dec 2011
Eigen vermogen		
Bestemmingsreserves	3.339	3.150
Egalisatiereserve	1.006	1.195
Onverdeeld resultaat	360	-
Totaal eigen vermogen	4.705	4.345
Fondsen		
Bestemmingsfondsen	43	1.093
Egalisatierekening	1.330	2.662
Voorzieningen	2.179	1.774

Kortlopende schulden	31 dec 2012	31 dec 2011
Schulden uit hoofde van projecten	11.342	9.815
Crediteuren	1.401	936
Overige schulden	8.801	10.673
	21.544	21.424
Totaal passiva	29.801	31.298

Dit is de voorlopige jaarrekening 2012, in afwachting van de goedkeuring van het ministerie van VWS

Specialisten over Kwaliteitsinstituut

‘Meer tijd voor een goed gesprek’

Marcel Daniëls van de Orde van Medisch Specialisten is blij met de komst van het Kwaliteitsinstituut. Het instituut brengt kennis en initiatieven bij elkaar. “Dat is prettig want dan hebben we met één gesprekspartner te maken en niet met allemaal losse loketten.”

Tekst: Jos Leijen | Beeld: Evelynne Jacq (HH)

“Het Kwaliteitsinstituut wil allereerst aan de zijlijn toekijken wat er gebeurt op het gebied van richtlijnen en zorgstandaarden’ en vervolgens ingrijpen waar het niet vlot. Als beroepsgroep gaan wij er alles aan doen om te zorgen dat ingrijpen niet nodig is”, begint Daniëls, voorzitter van de Raad Kwaliteit van de Orde van Medisch Specialisten. Deze raad werkt aan betere zorg door richtlijnen te ontwikkelen en actueel te houden, en door visitaties bij zorgaanbieders af te leggen. “In het streven naar kwaliteit vinden de Raad Kwaliteit en het Kwaliteitsinstituut elkaar.”

De Orde heeft zijn Raad Kwaliteit en nu komt er ook een Kwaliteitsinstituut. Is het zo mis met de kwaliteit van de zorg dat die organisaties nodig zijn?

“De zorg in Nederland staat op een hoog niveau. Maar dat gaat niet vanzelf en er valt

nog altijd veel te verbeteren. De Inspectie voor de Gezondheidszorg stelde onlangs vast dat sommige specialisten slordig omgaan met de richtlijnen en dat daardoor zelfs verkeerde operaties worden gedaan. Dat is

“Het is niet de bedoeling dat een zorgstandaard leidt tot standaard zorg”

onacceptabel. Verder verdient de medicatie-overdracht in de keten aandacht en zijn artsen nog te weinig bezig met kostenbeheersing in de gezondheidszorg.”

Wat moeten we verstaan onder ‘kwaliteit van zorg’?

“Kwaliteit van zorg is een containerbegrip. Goede kwaliteit heeft diverse dimensies. Het

gaat niet alleen over de inhoud en of men werkt volgens de richtlijnen; goede zorg betekent ook dat zorg toegankelijk is, doelmatig en tijdig is. Daarnaast is de communicatie tussen arts en patiënt heel belangrijk. Hoe informeert de arts zijn patiënt? Daarvoor is ook steeds meer aandacht.”

Hoe maak je die kwaliteit inzichtelijk?

“Dat is ingewikkeld. Welke indicatoren gebruik je daarvoor? En hoe meet je die? Ik ben cardioloog. Je kunt de kwaliteit van zorg bij een hartaanval meten door te kijken hoeveel patiënten overleven, maar je kunt ook kijken hoeveel mensen na drie maanden weer aan het werk zijn. En sommige zaken zijn moeilijk te meten, zoals de manier waarop de arts communiceert met zijn patiënt.”

Hoe belangrijk is een zorgstandaard voor de kwaliteit van zorg?

“Een zorgstandaard beschrijft de best passende zorg vanuit het perspectief van de patiënt. Wat daarmee wordt bedoeld is niet altijd duidelijk. Ik worstel daar ook mee. Als medisch specialist kijk je naar de aandoening en wat je eraan kunt doen. Een patiënt is meer bezig met andere vragen: wat betekent het voor mij? Wanneer kan ik weer aan het werk? Daar heeft een medisch-



Marcel Daniëls van de Orde van Specialisten: “Ik heb een groot vertrouwen in de medische stand in Nederland.”

specialistische richtlijn niet altijd oog voor. De zorgstandaard zou dat bij elkaar kunnen brengen. Een zorgstandaard gaat ook in op andere aspecten van de behandeling, zoals de organisatie van de zorg, de rol van de huisarts en de praktijkondersteuner en wat van de patiënt zelf wordt verwacht. Dat laatste zou een meerwaarde kunnen bieden: als het beter lukt om de motivatie van de patiënt aan te spreken en hem binnen zijn ziekte te activeren, dan helpt dat de kwaliteit.”

Hoe dwingend moet een richtlijn of zorgstandaard zijn?

“Een richtlijn is een kapstok voor de dokter. Maar iedere patiënt is anders. Het is niet de bedoeling dat een zorgstandaard leidt tot standaard zorg. Een richtlijn is een uitstekend hulpmiddel, maar gaat uit van een gemiddelde. Als arts is het je taak om voor die individuele patiënt de beste behandeling te bedenken. Daarbij kan het voorkomen dat je afwijkt van de richtlijn. Maar dat moet je dan wel kunnen onderbouwen.”

Wat zou u ervan vinden als een zorgstandaard de leidraad wordt voor vergoeding door verzekeraars?

“Bekostiging, vergoeding is een lastig onderwerp. We hebben inmiddels kunnen vaststel-

len dat bekostiging volgens verrichtingen verkeerde prikkels geeft en de kosten doet stijgen. Je kunt ook sturen op de uitkomst van de zorg, dus op het resultaat van de behandeling. Maar daar zitten ook veel haken en ogen aan. Bij een staaroperatie is het niet zo moeilijk; je kunt de ogen meten voor en na de operatie. Maar bij diabetes wordt het al een stuk ingewikkelder. Je zou ook kunnen kijken of een richtlijn of zorgstandaard wordt gevolgd, maar wat als je daar om goede redenen van afwijkt?”

Er is een toenemende roep om ook eens te kijken of een goed gesprek vergoed kan worden.

“Het zou kunnen dat wanneer je artsen hiervoor beloond, en ze meer de tijd kunnen nemen voor hun patiënt, de zorgconsumptie afneemt. Als je patiënten beter kunt informeren en samen een goede keuze kunt maken voor een therapie, voorkom je dat dingen onnodig worden gedaan. Ik zal een voorbeeld geven. Een patiënt heeft een versleten heup. Dan kun je die heup vervangen. Maar dat is een ingrijpend traject. Misschien is die patiënt wel tevreden als hij driehonderd meter kan lopen. Dan kun je die dure ingreep achterwege laten.”

“Ik merk dat patiënten beter geïnformeerd zijn. Dat vind ik prettig”

Via internet hebben patiënten toegang tot richtlijnen. Welke gevolgen heeft dat voor de relatie arts-patiënt?

“Ik merk dat patiënten beter geïnformeerd zijn. Dat vind ik prettig; daardoor kun je beter het gesprek voeren. Als dokter moet je wel goed uitleggen waarom je een richtlijn wel of niet volgt. Het is goed dat mensen zelf nadenken. Ik leg daar mijn kennis en ervaring naast en samen zoek je naar de optimale behandeling. Als een patiënt bijvoorbeeld een CT-scan eist, steek ik tijd in de uitleg van voor- en nadelen. Jammer genoeg is die tijd niet altijd beschikbaar, daar hebben artsen het simpelweg te druk voor.”

U zit zelf ziek thuis met een gebroken rugwervel. Hoe ondergaat u de behandeling?

“Ik viel van een ladder terwijl ik aan het klussen was. Ik zit nu drie weken in een gipskaset en ik moet nog vijf weken. Er zijn leukere dingen. Ik had geen tijd om me van tevoren te verdiepen in richtlijnen; ik moest acuut naar het ziekenhuis. Maar ook bij een chronische aandoening zou ik met een gerust hart naar de dokter gaan. Ik heb een groot vertrouwen in de medische stand in Nederland. Huisartsen en specialisten zijn hartstikke goed in hun vak. Uit eigen ervaring kan ik wel zeggen dat de acute zorg heel goed werkt.”



De Zeven Linden

Huisartsenpraktijk de Zeven Linden in Voorhout is een duopraktijk van Erna Sleebom (65) en Sander Muller (40). Elzelyne Balkema (29) volgt de specialisatie tot huisarts aan de Vrije Universiteit en werkt drie dagen per week in de praktijk. Sleebom was ten tijde van het interview op vakantie en kon niet bij het gesprek aanwezig zijn.

Richtlijnen in de huisartsenpraktijk

‘Een handvat, maar ook een perverse prikkel’

Zorgverzekeraars prikkelen huisartsen soms om medicijnen voor te schrijven terwijl dat niet altijd in het belang is van de patiënt.” Huisarts Sander Muller en huisarts in opleiding Elzelyne Balkema over richtlijnen in de huisartsenpraktijk.

Tekst Jos Leijen | Beeld Ron Zwagemaker

Zeker voor jonge artsen geeft een richtlijn houvast, maar zaligmakend is de richtlijn niet, zegt de Voorhoutse huisarts Sander Muller. “Het is niet zo dat je met een richtlijn in de hand alles kunt duiden. Een diagnose stel je ambachtelijk. Daar komt *fingerspitzengefühl* bij kijken en ervaring. En moet je zelf de oorzaak van een klacht uitvogelen, en daarmee ook een richting voor de behandeling. Een richtlijn is een startpunt.” Patiënten zijn niet altijd één-op-één aan een richtlijn te koppelen zijn, benadrukt huisarts in opleiding Elzelyne Balkema. Ze loopt stage bij de Zeven Linden, de praktijk van Muller. “Het komt voor dat patiënten niet alle genoemde symptomen hebben of symptomen die op verschillende ziektebeelden wijzen. In die gevallen kan ik nu nog terugvallen op de ervaren huisarts en even overleggen in welke richting ik het beste kan zoeken. In de

opleiding en in de praktijk leer ik om zelf die afwegingen te maken.”

Muller: “Soms vallen patiënten tussen verschillende richtlijnen. En er kunnen goede redenen zijn om van de richtlijn af te wijken. Dan komt het aan op je kwaliteit als huisarts en je ervaring.” Als een arts afwijkt van de richtlijn moet hij dat wel onderbouwen en vermelden in het medisch dossier van de patiënt. Muller: “Dat is belangrijk voor als de patiënt met een andere behandelaar te maken krijgt, maar ook voor als er iets misgaat en je je moet verantwoorden tegenover bijvoorbeeld de Inspectie Gezondheidszorg.”

Bonus kwijt

Een richtlijn kan ook ongewenste effecten hebben, stelt Muller vast. Als voorbeeld noemt hij het protocol voor diabetes mellitus. Daarin staat dat huisartsen cholesterolverlagende medicijnen moeten voorschrijven aan mensen met suikerziekte. De zorg-



Elzelyne Balkema en Sander Muller: "Soms vallen patiënten tussen verschillende richtlijnen."

Bijhouden

De richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) zijn essentiële leerstof bij de specialisatie huisartsgeneeskunde, vertelt Balkema. Tweemaal per jaar leggen de huisartsen in opleiding een toets af, die voor een groot deel gaat over hun kennis van de NHG-Standaarden. Het leren van de richtlijnen vergt veel tijd en inspanning, want het zijn er veel en ze zijn omvangrijk. Gelukkig zijn ze ook te raadplegen via internet. Balkema: "Ik heb ze bij de hand bij een consult om te controleren of ik geen dingen over het hoofd zie."

Muller werkt sinds 2009 als huisarts en heeft zich de richtlijnen inmiddels eigen gemaakt. Voor hem is het vooral een kwestie van bijhouden. Gemiddeld zo'n zes tot acht keer per jaar publiceert de NHG nieuwe of aangepaste richtlijnen. "De vakbladen stellen ons daarvan op de hoogte. Vooral in het begin was dat veel werk. Nu lees ik de standaarden vlotter door, omdat veel al bekend is. Aan het begin van een gewijzigde standaard staat bijvoorbeeld wat er veranderd is."

De Zeven Linden heeft vrijwel altijd een huisarts in opleiding in de praktijk. Dat is voor de huisartsen een extra stok achter de deur om de richtlijnen bij te houden, zegt Muller. "Wij moeten zelf scherp blijven en ontwikkelingen bijhouden om die te bespreken met de AIOS (arts in opleiding tot specialist, red.). Aan het eind van de dagdelen evalueren we alle casussen en bekijken we hoe de arts in opleiding tot haar oordeel is gekomen."

Mondige patiënt

De richtlijnen en samenvattingen daarvan zijn ook toegankelijk voor het publiek, bijvoorbeeld via thuisarts.nl. En huisartsen geven patiënten na het consult een folder mee over de website. Muller en Balkema vinden dat een goede ontwikkeling. "Ik ben daar heel blij mee", zegt Muller. "Het past bij de mondige patiënt. Het is prettig als mensen zich van tevoren informeren. Het praat gemakkelijker. Vervolgens is het aan mij als huisarts om de symptomen te duiden en een behandeling voor te schrijven."

Muller waarschuwt voor een mogelijke schijnzekerheid door de richtlijnen. "Patiënten moeten niet de indruk krijgen dat we alles weten en voor elke kwaal een oplossing hebben. De richtlijnen geven aan wat we kunnen doen, en in veel gevallen helpt het. Maar we weten nog heel veel niet. Vaak is het bewijs niet zo sterk en is er nog meer onderzoek nodig. De geneeskunde blijft zich ontwikkelen."

Richtlijnen voor huisartsen

Huisartsen volgen over het algemeen de NHG-Standaarden. In de richtlijnen zijn de laatste medische inzichten verwerkt en ze dragen bij aan een eenduidige behandeling. Een richtlijn is opgebouwd uit diverse onderdelen. Na een omschrijving van de begrippen volgt een overzicht van 'alarmsymptomen'. Als die zich voordoen, is directe actie gewenst. Verder geeft de richtlijn aanwijzingen voor vragen die de arts kan stellen aan de patiënt en suggesties voor lichamelijke en aanvullend onderzoek. Daarnaast zijn er aanwijzingen voor de te volgen therapie en controles en doorverwijzing naar een specialist.

verzekeraar gebruikt de protocollen om afspraken te maken over kwaliteit van geleverde zorg.

Om de kwaliteit van zorg controleerbaar en zichtbaar te maken, wil de zorgverzekeraar bijvoorbeeld weten bij hoeveel procent van de mensen met suikerziekte huisartsen daadwerkelijk een cholesterolverlager voorschrijven. Als de huisarts dan bijvoorbeeld een score van meer dan 85 procent haalt, dan wordt hij beloond met een bonus bovenop de basisvergoeding voor de zorg voor diabetespatiënten.

Muller: "Maar het kan ook zijn dat we minder voorschrijven, bijvoorbeeld omdat patiënten ondanks hun diabetes een acceptabel cholesterolgehalte hebben, of omdat ze veel last hebben van bijwerkingen. In goed overleg met de patiënt kunnen we dan besluiten om geen of minder cholesterolverlagers te slikken. Dan wijken we dus af van de richtlijn. Als de huisarts dan de prestatie-indicator niet haalt, loopt hij de bonus mis. Als huisarts wil je maatwerk en persoonlijke zorg leveren, maar met dit systeem kun je dan daarvoor financieel gestraft worden. Dat steekt. Er zit iets tegenstrijdigs in dit systeem, het geeft ook een 'perverse' prikkel om meer behandeling of medicatie voor te schrijven dan in bepaalde gevallen nodig is."

Pakketscan depressie

Gebruik antidepressiva blijft stijgen

Het CVZ bracht in april 2012 de *Pakketscan depressie* uit. Een opvallende conclusie: antidepressiva worden te vaak en te langdurig voorgeschreven. De beroepsorganisaties van psychiaters, psychologen en huisartsen proberen met aangepaste richtlijnen en standaarden gepaste zorg te realiseren. Maar de praktijk blijkt weerbarstig.

Tekst Noël Houben

Meer dan zeventig procent van de patiënten met een depressie krijgt antidepressiva voorgeschreven, zo maakt de *CVZ-Pakketscan depressie* uit 2012 duidelijk. Daaronder zijn ook veel mensen met relatief milde klachten. Onderzoek heeft aangetoond dat antidepressiva voor deze groep maar beperkt werkt. Dat was in 2009 voor de beroepsorganisaties om de multidisciplinaire richtlijn angst en depressie te herzien.

Getrapte zorg

"*Stepped care*, getrapte zorg, staat sindsdien voorop", vertelt hoogleraar psychiatrie Ton van Balkom, namens de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) voorzitter van de richtlijnencommissie. "Dit betekent dat bij lichte depressie en angststoornissen de nadruk ligt op voorlichten en activeren. Door bijvoorbeeld op tijd naar bed te gaan, voldoende te bewegen en naar buiten te gaan, verdwijnen klachten vaak al. Medicatie en psychotherapie komen pas in beeld bij een ernstigere depressie of angststoornis. Of bij herhaaldelijk optreden van lichtere klachten."

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) heeft de multidisciplinaire richtlijn in

2012 vertaald en nader uitgewerkt voor de eigen beroepsgroep. Zowel over de multidisciplinaire richtlijn als over de herziene NHG-Standaard depressie zijn professionals geïnformeerd op symposia en congressen en in de nascholing. Patiënten kunnen voor informatie en voorlichting terecht op internet: onder andere op thuisarts.nl.

"Opvattingen en gedrag van artsen veranderen kost tijd"

Artsen veranderen

Toch blijft het aantal gebruikers van antidepressiva groeien: met zo'n 40.000 in 2011 ten opzichte van peiljaar 2007, aldus de laatste *GI Peilingen* van het CVZ over medicijn- en

hulpmiddelengebruik. De voorlopige cijfers duiden ook voor 2012 op een (licht) stijgend gebruik. Mariëlle van Avendonk, voorzitter van de werkgroep depressie en angst van het NHG, wijst erop dat het tijd kost om het gedrag en de opvattingen van artsen en patiënten te veranderen. "Iemand die al twintig jaar op een bepaalde manier werkt, zal dit niet automatisch van vandaag op morgen veranderen. Dit is dus een onderwerp waar we aandacht aan moeten blijven schenken. Onze herziene standaard is ook pas van 2012. Mogelijk laten de cijfers over 2013 een ander beeld zien."

Weinig te besteden

Volgens Van Avendonk kunnen ook sociaal-economische factoren meespelen. "Relatief veel mensen met een depressie hebben het niet breed. Nu veel psychische behandelmethoden niet meer of nog maar beperkt worden vergoed, kan dat leiden tot het vaker voorschrijven van relatief goedkope medicijnen. Ik verwacht daarom een positief effect van praktijkondersteuners GGZ in huisartsenpraktijken, die taken van de huisarts kunnen overnemen bij de behandeling van patiënten met psychische problemen." Hoogleraar Van Balkom pleit voor een intensievere samenwerking tussen eerste en tweede lijn. "Dit is belangrijk als je getrapte zorg wilt realiseren. Onze doelstelling is overigens het leveren van gepaste zorg, niet minder antidepressiva voorschrijven. Dit kan ook betekenen dat sommige patiënten die nu nog geen antidepressiva gebruiken deze in de toekomst wel krijgen. Het neemt niet weg dat er nu waarschijnlijk overbehandeling met antidepressiva plaatsvindt. En dat is zonder meer onwenselijk."

Pakketscan depressie

De *Pakketscan depressie* is de derde in een reeks doorlichtingsonderzoeken van de verzekerde zorg en kwam in april 2012 uit. Het CVZ vergelijkt in een pakketscan zorgaanbod, zorgvraag en verzekerde zorg met elkaar. De depressiescan concludeert dat naast overbehandeling ook onderbehandeling regelmatig voorkomt.



*Marian Kaljouw:
“Specialiseren is straks
eerder uitzondering
dan regel. Daar ben ik
van overtuigd.”*

Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen

Toenemende behoefte aan generalisten

Het CVZ stelde in 2012 de Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen in. Deze adviseert de minister van VWS over de gewenste ontwikkeling van beroepen en opleidingen in de zorg. De commissie beleefde een vliegende start.

Tekst: Noël Houben | Beeld: Ron Zwagemaker

Een toekomstgerichte beroepen- en opleidingsstructuur ontwikkelen. Dat is het doel van de achtkoppige adviescommissie onder voorzitterschap van Marian Kaljouw. Zo moet de gezondheidszorg ook in de toekomst kwalitatief hoogwaardig, doelmatig en toegankelijk blijven. “Ik vind het een goede keuze om onze commissie onder te brengen bij het CVZ”, zegt Kaljouw. “Er bestaan veel dwarsverbanden tussen de verschillende onderdelen. Zo heeft ons werk een duidelijke link met het verbeteren van de zorgkwaliteit, een andere taak van de organisatie.”

2400 beroepen in de zorg

Welke beroepen en opleidingen zijn er in de zorg? Welke innovaties zijn er nu al op dit gebied? Wat zijn de belangrijkste ontwikkelingen in de gezondheidszorg? En wat zijn in 2030 de meest voorkomende aandoeeningen en gezondheidsrisico's? Met vier

quickscans beantwoorde de commissie in 2012 deze vragen. De quickscans brengen de huidige situatie in kaart en bieden een eerste vooruitblik richting de toekomst. Ze dienen daarmee als basis voor meer specifieke en regiogerichte vervolgonderzoeken.

Er zijn maar liefst 2400 verschillende beroepen en 1700 unieke opleidingen in de zorg, zo bleek uit de eerstgenoemde quickscan. Bijna 1,2 miljoen mensen werken in de sector. Voor 2,2 miljoen Nederlanders is een zorgopleiding de hoogst behaalde scholing. Voor het onderzoek gold wel een ruime definitie van zorg. Zo werden crècheleidsters ook meegenomen in de inventarisatie.

Ziekenhuisarts

Negentien nieuwe beroepen, functies en opleidingen: dat was de oogst van het onderzoek, de quickscan, naar innovaties binnen beroepen en opleidingen in de zorg. Het is slechts een momentopname, stelt Kaljouw. “Elke veertien dagen komt er een nieuwe

Marian Kaljouw

*Dr. Marian Kaljouw specialiseerde zich na haar opleiding tot verpleegkundige in cardiac care en intensive care. Zij volgde diverse (management-)opleidingen. In 1998 behaalde ze haar doctoraat aan de Universiteit Maastricht met het proefschrift *Behoeften van familieleden van intensive care patiënten*. Van 2006 tot 2012 was Kaljouw voorzitter van beroepsorganisatie Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Daarnaast is ze sinds 1987 directeur van de St. Antonius Academie in Nieuwegein, het opleidingsinstituut van het St. Antonius Ziekenhuis.*

zorgopleiding bij.” Technologische ontwikkelingen en het ontstaan van steeds meer gespecialiseerde functies zijn hier oorzaken van.

De vergaande specialisatie leidt trouwens tot een toenemende behoefte aan generalisten, die de inzet van al deze specialisten in goede banen moeten leiden. De introductie van de ziekenhuisarts in 2012 is daarvan een voorbeeld. “Dit is gewoon een noodverband”, vindt Kaljouw. “Terwijl er vooral behoefte is aan generalisten blijven veel zorgmedewerkers zich almaar verder specialiseren. Maar in de toekomst is er geen levende ziel meer die bijvoorbeeld alleen diabetes heeft. Multimorbiditeit wordt de standaard. Cliënten willen dan geen vijf verschillende specialisten aan hun bed. Het is daarom efficiënter om de opleidingen van zorgmedewerkers af te stemmen op de meest voorkomende (combinaties van) aandoeningen. Daar willen we dan ook naartoe. Natuurlijk houd je ook een behoefte aan specialisten. Bijvoorbeeld voor ingewikkelde, hoogtechnologische zorg. Maar specialiseren wordt straks eerder de uitzondering dan de regel. Daar ben ik van overtuigd.”

Weinig structureel

Een andere oorzaak van het ontstaan van nieuwe opleidingen is dat beroepsgroepen

behoefte hebben aan een hoger opleidingsniveau, zo blijkt uit de onderzoeken. HBO-beroepen als verpleegkundige en fysiotherapeut kennen daardoor sinds enige tijd vervolgoopleidingen op universitair niveau. Opmerkelijk is dat er nieuwe opleidingen worden ontwikkeld voor beroepen die er nog niet zijn en misschien ook wel nooit komen. De zorgpraktijk zit bijvoorbeeld niet te wachten op HBO-psychologen. Toch bieden onderwijsinstellingen deze opleiding aan,

“Er zijn nieuwe opleidingen voor beroepen die er nog niet zijn en misschien ook wel nooit komen”

omdat ze verwachten dat er belangstelling voor bestaat onder studenten. “Studenten hebben betekend geld voor deze scholen en geld betekent overleven.” Bij andere innovaties sluiten opleiding en praktijk beter op elkaar aan. De nieuwe opleiding voor verpleegkundig endoscopist is nuttig in het licht van het bevolkingsonderzoek naar darmkanker. Dat onderzoek beleeft op dit moment een voorzichtige start.

Een belangrijke constatering in het rapport is dat veel innovaties eerder projectmatig dan structureel van aard zijn. Vaak verdwijnt een nieuwe opleiding of een nieuw beroep als de subsidie ophoudt. Innovaties worden verder onvoldoende gedeeld. Opleidingen en beroepsgroepen lijken hun kennis het liefst voor zichzelf te houden.

Langer gezond

De commissie heeft scenario's voor de toekomst in beeld gebracht door gezaghebbende rapporten en adviezen naast elkaar te leggen. Er bestaat veel overlap tussen deze studies, zo toonde de derde quickscan aan. Veelgenoemde prognoses zijn onder andere dat Nederlanders in de toekomst langer gezond blijven, maar dat ze meer zorg nodig hebben, ze vaker aan één of meer chronische aandoeningen lijden en er toenemende aandacht moet zijn voor leefstijl en gedrag. Oplossingen voor knelpunten in de zorg zijn te vinden in technologie en ICT, vergroting van de zelfredzaamheid en het opzetten van multidisciplinaire en integrale behandelcentra.

2030

Voor de Adviescommissie geldt 2030 als stip op de horizon. De zorgvraag in dit jaar is samen met de verwachte maatschappelijke

“Vaak verdwijnt een nieuwe opleiding of een nieuw beroep als de subsidie ophoudt”



Marian Kaljouw: “Ik ben geen seconde bang dat onze rapporten in de la verdwijnen.”

Vooruitblik: draagvlak is vereist

Onderzoeksinstituut TNO brengt in dit jaar voor vier regio's gedetailleerd de zorgvraag in 2030 in kaart. Friesland wordt op dit moment onder de loep genomen. Amsterdam, Rotterdam en de Regio Vechtdal in Oost-Nederland volgen later in 2013. TNO maakt per regio zorgprofielen en -prognoses. TNO koppelt bovendien databestanden van zorgverzekeraars, gemeenten, provincies, GGD'en andere organisaties met elkaar.

Op basis van deze gegevens bespreekt de Adviescommissie Innovatie Beroepen & Opleidingen vervolgens met lokale belanghebbenden welke beroepen en opleidingen in een bepaald gebied in 2030 nodig zijn. De onderzochte regio's zijn representatief voor de rest van Nederland, vertelt Kaljouw.

“De zorgvraag in Zeeland is bijvoorbeeld heel goed vergelijkbaar met die in Friesland. Daarom is het niet nodig dat TNO elke regio onderzoekt.”

Daarnaast doet de adviescommissie in 2013 een beroep op de Nationale Denktank. Deze bestaat uit twintig jonge, getalenteerde mensen met uiteenlopende expertise. De Nationale Denktank buigt zich dit jaar over het thema Zorg voor gezondheid. “We bevragen deze bollebozen over wat er nodig is om mensen zolang mogelijk zelfstandig te laten functioneren”, zegt Kaljouw. De commissie organiseert daarnaast 35 focusgroepen van patiënten, professionals, bestuurders, beleidsmakers, verzekeraars en mensen uit het zorgonderwijs. Aan hen worden dezelfde vragen voorgelegd

als aan de Nationale Denktank. De Jaarbeurs in Utrecht vormt op 13 december het toneel van het Nationaal Zorgberoependebat. Hier presenteert de adviescommissie alle bevindingen aan het zorgveld. Een eerste opzet van de nieuwe beroepenstructuur staat voor 2014 gepland. “Eerst de zorgvraag bepalen, dan de beroepen vaststellen die hierbij horen en vervolgens zorgen dat je mensen opleidt voor deze beroepen: dit is het pad dat we als adviescommissie bewandelen. Bij al deze stappen zullen we belanghebbenden nauw betrekken. Want draagvlak is een vereiste als je tot een nieuwe beroepen- en opleidingsstructuur wilt komen. Die kun je niet opleggen.”

en technologische ontwikkelingen maatgevend bij het bepalen wat er straks nodig is aan beroepen en opleidingen. De vierde quickscan ging dan ook specifiek over de zorgvraag in 2030. De studie concentreerde zich op de twaalf grootste aandoeningen. Mensen zullen vooral meer lijden aan aandoeningen als dementie, beroerte, coronaire hartziekten, chronische luchtwegobstructie COPD, artrose en diabetes mellitus-2. De vergrijzing speelt daarbij een rol, gevorderde leeftijd is immers een belangrijke factor bij deze aandoeningen. Maar ook overgewicht, onvoldoende beweging, drankgebruik, stress en een laag inkomen gecombineerd met een lage opleiding zijn veelvoorkomende gezondheidsrisico's in 2030.

Regionale verschillen

De studie toont grote verschillen aan tussen regio's. Zuid-Limburg is het gebied met de grootste krimp en vergrijzing van de bevolking. Eén op de drie inwoners is daar in 2030 ouder dan 65 jaar. Maar omdat deze ontwikkeling al in het verleden is ingezet, groeit

het aantal mensen dat in 2030 lijdt aan de onderzochte aandoeningen hier minder dan in andere regio's. Flevoland kent nu juist een relatief jonge bevolking, die straks gelijktijdig ouder wordt. Daarom voert deze regio alle 'ranglijsten' aan wat betreft de toename van aandoeningen en klachten in 2030. Het aantal demente mensen zal in Flevoland bijvoorbeeld naar verwachting met meer dan 130 procent stijgen. Ook qua gezondheidsrisico's zijn er aanzienlijke regionale verschillen.

Bureaulades

In de quickscans staat weinig over de stijgende zorgkosten. En dat terwijl dit onderwerp de politiek-maatschappelijke discussies domineert. “Dat is een bewuste keuze”, stelt Kaljouw. “Wij vinden dat de inhoud voorop moet staan als je een nieuwe beroepen- en opleidingsstructuur wilt vormgeven. Niet terugbrengen van kosten. Zodra we de zorgvraag helemaal in kaart hebben gebracht, komen we aan beantwoording van deze vraag toe. Dan moeten we zaken bekijken als: wat kan de cliënt zelf? Wat komt voor

rekening van de omgeving? Wat kunnen we oplossen met technologie en e-health en wat moeten zorgprofessionals doen? Belangrijk daarbij is wat de samenleving over heeft voor de zorg. Dus we gaan de discussie over de kosten wel degelijk voeren. Maar wel op het juiste moment.”

De bureaulades van de ministeries liggen vol met genegeerde adviezen en rapporten. Staat dit lot ook Kaljouw en haar commissie ook te wachten? “Daar ben ik geen seconde bang voor”, reageert ze. “Voor het eerst staan bij ons de zorgbehoeften van burgers centraal, niet de wensen van organisaties en professionals. Daarmee zit het met het maatschappelijke draagvlak voor ons werk wel goed. De urgentie is bovendien groot door de vergrijzing en de crisis. We moeten zuinig omgaan met de beschikbare middelen voor de zorg. Doorgaan op het huidige pad is dan geen optie meer. Want dat loopt dood.”

Meer informatie over de Adviescommissie en de quickscans vindt u op www.cvz.nl.

“Elke veertien dagen komt er een nieuwe zorgopleiding bij”



Samenwerking UWV-CVZ

‘We hebben meer begrip voor elkaar’

In vier dossiers werkt het CVZ al jaren nauw samen met het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV). Hoe verloopt die samenwerking?

Tekst: Dik Binnendijk | Beeld: Ron Zwagemaker

Het CVZ en UWV wisselen gegevens uit voor de uitvoering van de regelingen voor onverzekerden, wanbetalers en verdragsgerechtigden. En ook voor de risicoverevening, waarbij het CVZ onder zorgverzekeraars financiële middelen verdeelt op basis van het zorgkostenrisicoprofiel van hun verzekerdenpopulaties, heeft het CVZ gegevens van het UWV nodig. UWV heeft de beschikking over de inkomstgegevens van iedere Nederlander die een regulier dienstverband, een uitkering, AOW of pensioen heeft. Alleen de inkomstgegevens van zelfstandigen zitten

niet in de gegevensbank van UWV; die zijn bij de Belastingdienst geregistreerd.

Informatie pingpongen

“Onze gegevensbank, de polisadministratie, bevat een schat aan informatie en daar doe ik zaken mee,” vertelt Maarten Dekker, strategisch accountmanager bij UWV. Niet zonder zelfspot noemt hij zich ook wel gegevensmakelaar. “De Belastingdienst, het CBS, pensioenfondsen, verzekeraars en zorgpartijen zoals CVZ en CAK behoren tot mijn klanten. Ik behartig hun belangen hier bij UWV, maar onze primaire UWV-taak blijft uitkeringen verstrekken en mensen aan

werk helpen. Wij pingpongen fors allerlei informatie heen en weer. Daardoor kunnen wij ervoor zorgen dat bijvoorbeeld CVZ z’n werk effectiever en efficiënter kan uitvoeren. Zij kunnen mij een berichtje sturen: kunnen jullie van 10.000 burgers uitzoeken waar iemand werkt? En dan krijgen ze daar bij wijze van spreken binnen een kwartier een antwoord op.”

Zwerfers en miljoenairs

In totaal zijn er in ons land zo’n 160.000 onverzekerden. Bij ruim tachtig procent gaat het om zelfstandigen of mensen zonder inkomen. Slechts een kleine twintig procent

staan in het UWV-bestand en heeft een relatief hoog inkomen. Dekker: “Ik zeg altijd heel onbeschaamd dat het gaat om zwerfers en de miljoenairs.” Het CVZ maant deze mensen zich te verzekeren, of doet dit ambtshalve zelf. Met 300.000 personen zijn de wanbetalers een veel grotere groep. Deze hebben zich wel verzekerd, maar betalen de premie niet. De zorgverzekeraar meldt een klant die zes maanden premie-achterstand heeft bij het CVZ, die dan de premie-incasso overneemt. Daarnaast legt het CVZ de wanbetaler een bestuurlijke boete van rond de dertig euro per maand op. Wanbetalers houden door deze regeling het recht op zorg.

“Dit persoonlijk contact werkt veel beter dan elkaar met mails bombarderen”

Het CVZ krijgt op verzoek gegevens van UWV over de bron van inkomsten – uitkering of salaris uit loondienst – en kan eventueel de verschuldigde premie inhouden op de uitkeringen. Dekker: “Wij zorgen er dan weer voor dat er geldstromen vanuit UWV naar het CVZ gaan.” Bij ongeveer 100.000 wanbetalers wordt de premie plus boete op het salaris uit loondienst of uitkering ingehouden, bij de overigen via een acceptgiro.

Pensionado's

Een complex dossier zijn de verdragsgerechtigden: veelal gepensioneerde Nederlanders die in het buitenland wonen maar nog steeds verplicht verzekerd zijn en dus Zvw-premie dienen te betalen. Behalve de Belastingdienst en de pensioenfondsen spelen vooral de Sociale Verzekeringbank (SVB) en UWV een belangrijke rol in de informatievoorziening. “De SVB weet welke gepensioneerden naar het buitenland vertrekken en UWV registreert dit van mensen met een WAO- of WIA-uitkering,” zegt Dekker. “Maar de informatie-uitwisseling rond die verdragsgerechtigden of pensionado's is erg ingewikkeld. Kijk, de uitkeringssystemen van UWV en de SVB zijn niet gemaakt om de Zvw te beheren of te registreren of iemand naar Spanje, Griekenland of Barbados vertrekt. Wij verstrekken vanuit UWV elke maand zo’n 1,3 miljoen uitkeringen. Bij verdragsgerechtigden hebben we te maken

met een groep van 5000 of 6000 mensen. De verschillende belangen van het CVZ en UWV maakten het lastig om elkaar goed te begrijpen.

Complex

Zeker in het verleden kwam het regelmatig voor dat UWV en het CVZ met de ruggen naar elkaar toestonden, zegt Dekker. Hij geeft een voorbeeld. “Problemen in de uitvoering doen zich nu met name voor bij de inhouding van zorgpremies en boetes bij wanbetalers en onverzekerden. Als je in een maand bijvoorbeeld van 10.000 wanbetalers geen 130 euro kunt innen, dan gaat het om een bedrag van 1,3 miljoen euro. Waar de fout ligt, doet er nu niet even toe. Maar dat geld ben je gewoon kwijt omdat je volgens de wet alleen kunt inhouden voor de actuele periode. Je mag niet een maand later twee maal die premie opeisen. Nou, dan vallen er wel eens onvriendelijke woorden.”

Conflicten escaleerden zo gemakkelijk en kwamen snel terecht op het niveau van de Raden van Bestuur (RvB) van UWV en het CVZ. Dekker: “We zijn in 2011 begonnen om die stap richting raden van bestuur te voorkomen. We hebben een bestuurlijk overleg ingericht met de directeur ‘Uitkeren’ van UWV en met Ingeborg Hensen, afdelingshoofd van de sector Verzekering, regelingen burgers van het CVZ. Ook nu kunnen er nog problemen ontstaan, maar we hebben daaromheen veel beheersmaatregelen gezet.” In 2012 zijn al deze verbetering verder vormgegeven. Er is meer begrip voor elkaar en er is er tussen het CVZ en UWV veel meer contact, zegt Dekker. “Als er zich een probleem voordoet, dan zie ik dat mijn collega's in de keten sneller bij elkaar op bezoek gaan. Dit persoonlijk contact werkt veel beter dan elkaar met mails bombarderen.”

Crisis

Dekker merkt dat mensen steeds meer schulden maken, waarschijnlijk als gevolg van de economische crisis. “Dat betekent dat we extra belast worden om al die beslagleggingachtige dingen te doen, of het nu gaat over wanbetaling, een belastingsschuld of een onbetaalde rekening van Wehkamp. Dat zijn dure activiteiten voor ons. Ik juich ook daarom de initiatieven toe van verschillende gemeentes om te voorkomen dat mensen nog verder in de financiële afgrond zakken, zoals het project Vroeg Eropaf in Amsterdam.”

Veranderingen

Het CVZ heeft in 2012 drie projecten voorbereid die in 2013 in werking komen. Zo zal voortaan de bestuurlijke boete van dertig procent (bij wanbetalers) op de zorgtoeslag kunnen worden ingehouden. Bij wanbetalers met een uitkering wordt in 2013 het hele bedrag (premie plus boete) ingehouden op de uitkering; zij krijgen dan geen aparte acceptgiro meer voor de boete – deze maatregel moet voorkomen dat de schulden verder oplopen. Tot slot controleert het CVZ in 2013 ook periodiek of broninhouding mogelijk is. Tot en met 2012 gebeurde dit alleen bij aanmelding van een wanbetaler.

Minder klachten

Het CVZ voert regelingen uit voor burgers die een bijzondere positie innemen in het zorgverzekeringssysteem. Dit zijn de regelingen voor: verdragsgerechtigden; wanbetalers; onverzekerden; gemoedsbezaarden; en onverzekerbare vreemdelingen. In totaal gaat het om ruim 800.000 burgers. De uitvoering van deze regelingen is in 2012 sterk verbeterd – dit geldt met name bij complexe regelingen zoals de Regeling verdragsgerechtigden. Het aantal bezwaren en klachten is dan ook sterk teruggelopen en uit de positieve reacties van klanten en van de Nationale Ombudsman is gebleken dat de dienstverlening aan de burgers redelijk goed verloopt. Vooral de informele aanpak blijkt succesvol. Ook de telefonische bereikbaarheid is verbeterd. En er zijn maatregelen getroffen op het terrein van gegarandeerde postverzending.

In de zorg met...

Otwin van Dijk

Tekst: Els van Thiel | Beeld Ron Zwagemaker

Op uw achttiende kreeg u een zwemongeluk. Sindsdien bent u rolstoelgebruiker. Wat is de invloed van deze ervaringen op uw werk als politicus?

Zonder zorg en revalidatie was ik nooit gekomen waar ik nu ben. Zonder rolstoel kom ik letterlijk nergens. Mijn ervaringen hebben me tot een warm voorstander van maatwerk gemaakt. Toen ik een hoge dwarslaesie kreeg – dat betekent dat ik ook wat mankeer aan mijn armen en handen – kwam ik in aanmerking voor een rolstoel van 5000 gulden waarin je geduwd kon worden, maar ook kon ik een elektrische krijgen van 40.000 gulden. Laat mij nou mezelf rollen in een sportrolstoel, zei ik als jonge vent. Zo'n stoel kost maar 1000 gulden meer dan een gewone duwrolstoel, en is vele malen goedkoper dan een elektrische. Wat ik niet heb moeten bellen, schrijven en soebatten om niet het standaardpakket te krijgen, maar een voor mij geschikte rolstoel – die niet eens de duurste was. De hervorming van de zorg is niet alleen een financiële opgave, maar ook een organisatorische. De 'rare' dingen moeten uit het systeem.

Waar haalde u op uw achttiende de moed vandaan om door te gaan?

Toen de revalidatiearts vertelde dat ik nooit meer zou kunnen lopen, keek ik hem glazig aan en zei dat het echt wel goed kwam. Ik heb het een maand of drie, vier volledig ontkend. Toen het tot me doordrong dat het niet tijdelijk was, maakte ik een korte, maar hevige crisis door, ik heb vierentwintig uur lang gehuild. Daarna besloot ik mijn best te gaan doen. Ik ontdekte dat ik toch nog heel veel kon. De eerste keer dat je de tandpasta weer op de tandenborstel krijgt, wauw! Studeren ging goed, autorijden ook. Als je maar begint met dingen te doen en het werkt, is dat de allergrootste stimulans.

U bent sinds september 2012 voor woordvoerder zorg voor de PvdA-fractie in de Tweede Kamer. Daar hebt u vooral ook te maken met voorstellen tot hervormingen van het stelsel.

Voor mij is 2012 het jaar waarin het besef doorbrak dat er iets moet gebeuren om de zorg voor ons allemaal beschikbaar te houden. Hervorming van de AWBZ en de

Wmo is een precair onderwerp, want het gaat om kwetsbare mensen. Ik ben ervan overtuigd dat niets doen het stelsel financieel en organisatorisch zal laten exploderen. Het gaat om de balans: enerzijds mensen aansporen om de eigen problemen op te lossen en anderzijds de zorg door de overheid als het echt nodig is. Toen ik wethouder was in Doetinchem, stond eenzaamheid onder ouderen hoog op de agenda. Terecht, want niets is zo erg als het gevoel dat je er niet meer bij hoort. Mijn reflex was: meer ouderenadviseurs aanstellen die op huisbezoek gingen om mensen weer bij de samenleving te betrekken. Op werkbezoek zag ik dat ze soms bij drie, vier mensen op één galerij aanbelden. Goed bedoeld, maar het is beter om de burens met elkaar in contact te brengen. Je moet altijd proberen mensen sterker te maken.

Het Kwaliteitsinstituut, dat in 2012 onderdeel van het CVZ werd, houdt zich bezig met de ontwikkeling van zorgstandaarden. Hebt u ervaren dat richtlijnen, kwaliteitsstandaarden en protocollen de zorg die u kreeg verbeterden?

In de curatieve zorg is kwaliteit scherper, mathematischer te definiëren dan in de langdurige zorg. In de langdurige zorg gaat het meer om kwaliteit van leven en om relationele aspecten. Of het klikt tussen jou en de hulpverlener, bijvoorbeeld. Ik hoop dat het Kwaliteitsinstituut dat belangrijke verschil goed voor ogen blijft houden.

In de langdurige zorg hebben we jarenlang de neiging gehad om alles vast te leggen in kwaliteitsprotocollen. Neem het voorbeeld van de maaltijdthermometers. Als mensen samen koken in kleinschalige woonvormen gaat erom dat het gezellig is, dat er gepraat en gelachen wordt en dat het eten goed smaakt. Dat is veel belangrijker dan dat de temperatuur van de maaltijd exact aan de standaard voldoet. Weg met dat ding.

En nogmaals: maatwerk is de sleutel. Toen ik klaar rechte wilde gaan studeren, werden er vraagtekens gezet bij de vergoeding van de vervoerskosten. Was zo'n studie wel nodig? Mensen zoals ik kregen toch een uitkering? Het kostte inderdaad geld, maar het resultaat is dat ik nu zelfstandig kan functioneren en financieel mijn eigen broek ophoud.

Otwin van Dijk

Otwin van Dijk is sinds september 2012 lid van de Tweede Kamer voor de PvdA. Hij houdt zich bezig met langdurige zorg, het persoonsgebonden budget, de AWBZ en de Wmo. Van Dijk was acht jaar wethouder in Doetinchem met in zijn portefeuille onder meer zorg, sociale zaken, werkgelegenheid en wijkaanpak. Hij leidt een commissie in de Tweede Kamer over toegankelijkheid van voorzieningen voor gehandicapten. Eerder was hij beleidsjurist bij de gemeente Nijmegen.





CVZ magazine

Kwartaalblad van het CVZ. Een abonnement op het CVZ magazine is kosteloos. Voor het aanvragen of opzeggen van een abonnement, evenals voor het wijzigen van uw gegevens kunt u contact opnemen met het CVZ:

bestel@cvz.nl

020 797 83 83

www.cvz.nl

Druk

De Bondt grafimedia communicatie bv, Barendrecht

Hoofdreductie

Michiel Geldof (uitgever), Annette van der Elst (productie)

Eindreductie

Annette van der Elst

Aan dit nummer werkten mee

Dik Binnendijk, Jorgen Caris, Werry Crone, Joost van den Broek, Rogier van der Haak, Noël Houben, Evelyne Jacq, Jos Leijen, Frank Muller, Paul van Riel, Florentijn van Rootselaar, Sigrid Starremans, Els van Thiel, Michiel Wijnbergh en Ron Zwagemaker