



Zorginstituut Nederland

ZorgMagazine

Kwartaalblad van Zorginstituut Nederland | juni 2015

Bestuursvoorzitter Arnold Moerkamp

“Eindeloos
polderen is er
niet meer bij”

**EXTRA EDITIE
JAAROVERZICHT
2014**

Jaaroverzicht 2014

In deze extra editie van *ZorgMagazine* blikken we terug op 2014. Arnold Moerkamp, bestuursvoorzitter van Zorginstituut Nederland, vertelt over de veranderingen die het instituut vorig jaar heeft doorgemaakt. Op 1 april ging het toenmalige College voor zorgverzekeringen verder als Zorginstituut Nederland, waarbij niet alleen de naam wijzigde maar ook het takenpakket uitbreidde. Naast de oude taken – pakketbeheer en de uitvoering van burgerregelingen – zijn daar bevordering van de kwaliteit van de zorg en innovatie van zorgberoepen en opleidingen bijgekomen. Hoewel het instituut met deze taken in 2013 al begonnen was, kreeg het in 2014 ook echt doorzettingsmacht; het vermogen om wanneer partijen in de zorg er niet uitkomen knopen door te hakken, bijvoorbeeld bij de totstandkoming van kwaliteitsstandaarden. “Eindeloos polderen is er niet meer bij”, zegt Arnold Moerkamp dan ook in dit nummer.

Een belangrijke gebeurtenis in 2014 was ook de benoeming van bestuurslid Bert Boer tot bijzonder hoogleraar aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam. Daarmee kreeg het Zorginstituut er een tweede hoogleraar bij. Eerder al was Diana Delnoij in Tilburg als bijzonder hoogleraar benoemd. Wat onderzoeken zij? En wat levert dat op voor het Zorginstituut?

Verder vertelt woordvoerder Michiel Geldof in dit nummer welke vragen over de activiteiten van het Zorginstituut er in 2014 leefden bij journalisten van kranten, tijdschriften, tv en radio. En tot slot in deze extra editie enkele voorbeelden van het werk van Zorginstituut Nederland, zoals de maatregelen die het instituut samen met beroepsgroepen, verzekeraars en patiënten trof om in de mondzorg tot gepast gebruik te komen en een verhaal over het initiatief Change Day dat zich heel concreet met de verbetering van de zorg bezig houdt.

Annette van der Elst
aelst@zinl.nl



4



10



12



24



18

4 “Eindeloos polderen is er niet meer bij”

2014 was een jaar van uitbreiden en loslaten, zegt Arnold Moerkamp, bestuursvoorzitter van Zorginstituut Nederland. Sinds vorig jaar werkt het instituut op volle kracht om ervoor te zorgen dat burgers van kwalitatief goede zorg verzekerd zijn.

9 Takenpakket Zorginstituut Nederland

Zorginstituut Nederland kreeg in 2014 een breder takenpakket. Aan de oude taken pakketbeheer en de uitvoering van de burgerregelingen zijn bevordering van de kwaliteit van de zorg en de innovatie van beroepen en opleidingen toegevoegd.

10 Zorginstituut informeert buitenlanders over zorg in Nederland

Het Zorginstituut is door de minister aangewezen als het nationaal contactpunt

grensoverschrijdende zorg. Ieder land moet zo'n contactpunt hebben om burgers van andere EU-landen te informeren over de zorg in dat land. Het doel ervan is de mobiliteit van patiënten te bevorderen.

12 Gepast gebruik implantaatgedragen gebitsprothesen

Steeds meer mensen kregen de afgelopen jaren een implantaatgedragen gebitsprothese, terwijl ze daar eigenlijk geen indicatie voor hebben. Het Zorginstituut nam in 2014 samen met de verschillende beroepsgroepen, verzekeraars en patiënten maatregelen om tot gepast gebruik te komen.

15 Zorginstituut Nederland en de media

Waarmee kwam het Zorginstituut in 2014 in het nieuws? En wat haalde het nieuws – opvallend genoeg – niet? Michiel Geldof, woordvoerder van het Zorginstituut, gaat in op zes zaken.

18 De hoogleraren van Zorginstituut Nederland

Met de aanstelling van Bert Boer als bijzonder hoogleraar aan de Erasmus Universiteit beschikt het Zorginstituut sinds 2014 over twee bijzonder hoogleraren. Eerder al was Diana Delnoij benoemd tot hoogleraar aan de Universiteit van Tilburg. Wat onderzoeken zij? En wat levert dat op voor het instituut?

24 Patiëntgerichtheid vragenlijsten

Bianca Wiering doet onderzoek naar de vragenlijsten waarmee patiënten de kwaliteit van de ontvangen zorg kunnen beoordelen. Diana Delnoij is haar promotor. Het Zorginstituut kijkt uit naar de uitkomsten van haar onderzoek.

25 De waarde beoordelen van innovaties

Payam Abrishami werkt bij Zorginstituut Nederland én doet zijn promotie-onderzoek bij Bert Boer. Abrishami onderzoekt hoe we de waarde van zorginnovaties kunnen beoordelen.

26 Stil staan bij goede dingen in de zorg

In 2014 organiseerde het Zorginstituut voor het eerst Change Day. Kleine verbeteringen, groot effect, was de gedachte achter deze dag waarop werkers in de zorg een belofte voor verbetering deden om elkaar te inspireren.



Arnold Moerkamp: "We werken het liefst op basis van overleg samen met het veld."

Bestuursvoorzitter Arnold Moerkamp over 2014

“Eindeloos polderen is er niet meer bij”

Zorginstituut Nederland ging op 1 april 2014 officieel van start. Een jaar later draait de organisatie op volle toeren en raakt de buitenwereld langzaam maar zeker vertrouwd met de (nieuwe) rollen die het Zorginstituut vervult. Toch is en blijft resultaat een kwestie van lange adem, vindt bestuursvoorzitter Arnold Moerkamp.

Meneer Moerkamp, hoe zou u het afgelopen jaar typeren?

“Het was een jaar van uitbreiden en loslaten. Het loslaten zit ‘m in de uitvoerende verzekeringstaken. We innen nu nog de achterstallige premies bij wanbetalers, verzekeren illegalen en anderen die geen zorgverzekering hebben afgesloten en verrekenen de zorgkosten van mensen die in het buitenland wonen. Het ministerie van VWS kwam vorig jaar met het voornemen om die uitvoerende taken te bundelen bij een instituut. Vandaar dat het Centraal Administratie Kantoor (CAK) deze verzekeringstaken vanaf 2016 voor zijn rekening zal nemen. Met de voorbereidingen daarvoor zijn we vorig jaar begonnen. De overdracht moet immers zorgvuldig gebeuren. Het splitsen van de organisatie is een ingrijpende operatie. It-systemen, mensen van de onderdelen die zich bezighouden met de uitvoerende verzekeringstaken en een aantal medewerkers van de staf en ondersteuning moeten straks allemaal over naar het CAK.

“De uitbreiding van het instituut is al zichtbaarder voor de buitenwereld. Sinds 1 april vorig jaar verenigen we pakketbeheer, de vernieuwing van beroepen en opleidingen en bevordering van goede zorg in één organisatie. Vooral de publieke bemoeienis met de kwaliteit van de zorg is iets nieuws.

Traditioneel was dit uitsluitend een taak van de dokters. Met ons Kwaliteitsinstituut is een nieuwe speler op het toneel verschenen.”

Gaat de overheid op de stoel van de dokter zitten?

“Nee, zeker niet. Kwaliteit van zorg wordt in de spreekkamer bepaald en dat zal altijd zo blijven. Het neemt niet weg dat de overheid als verantwoordelijke voor het systeem van de zorg een taak heeft op dit gebied. Als je bijvoorbeeld wilt dat burgers kunnen kiezen voor een goede zorgverlener is informatie over de kwaliteit nodig. Het Kwaliteitsinstituut zorgt ervoor dat die informatie beschikbaar komt. Dan moet je natuurlijk wel eerst hebben afgesproken wat goede zorg inhoudt. Het Kwaliteitsinstituut bevordert dan ook de totstandkoming van kwaliteitsstandaarden, waar richtlijnen een belangrijk onderdeel van zijn. Kwaliteitsstandaarden beschrijven, zeg maar, de ingrediënten waaruit goede zorg bestaat. Artsen en andere zorgverleners geven daar samen met patiënten in de praktijk invulling aan.”

Dat klinkt nog vrijblijvend.

“We werken het liefst op basis van overleg samen met het veld. Maar het Zorginstituut heeft sinds vorig jaar april ook doorzettingsmacht. Het betekent dat we de totstand-

“We houden op dit moment ook de kwaliteit van de verpleeghuizen scherp in de gaten”

koming van kwaliteitstandaarden kunnen overnemen van de veldpartijen en met bindende kwaliteitskaders kunnen komen. Bij de spoedzorg bewandelen we die weg al. En we houden op dit moment ook de kwaliteit van de verpleeghuizen scherp in de gaten. Deze sector holt nog te veel van incident naar incident. We willen daarom dat de verpleeghuizen in een kwaliteitsstandaard inzichtelijk gaan maken waaraan goede verpleegkundige zorg moet voldoen. We zullen vervolgens niet aarzelen om onze doorzettingsmacht te gebruiken als wij daar aanleiding toe zien. Als we er in overleg met het veld niet uitkomen, hakken we zelf knopen door. Eindeloos polderen is er niet meer bij.”

In de langdurige zorg bestaat traditioneel veel weerstand tegen het gebruik van professionele standaarden. Is men in de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg al wat meer gewend aan het idee?

“Ik zie daar nog weinig ontwikkeling in. Je kunt de kwaliteit van de langdurige zorg natuurlijk ook niet in een paar eenvoudige indicatoren vangen. In de curatieve zorg kun je bekijken in hoeverre mensen zijn genezen van hun medische klachten en hoe ze na hun behandeling functioneren. In de langdurige zorg draait het niet om beter worden, maar om de kwaliteit van leven. Hoe mensen deze kwaliteit van leven ervaren is per individu verschillend. Je kunt daar een beeld van vormen door je in mensen te verdiepen en met hen in gesprek te gaan: de zogenoemde narratieve methode. Als je vervolgens een aantal van deze gesprekken analyseert, kun je vast wel iets zeggen over wat goede zorg is en hoe je die kunt meten. Dat iedereen verschillend is en je dus niet kunt meten wat goede zorg is, dat antwoord vind ik te gemakkelijk en daarmee nemen we geen genoegen. Als je geen benul hebt van wat goede zorg is, wat geef je dan mee aan de medewerkers die bij jouw instelling werken? Hoe kun je dan goede verpleegkundigen en verzorgenden opleiden?”

Criticasters, ook in de politiek, zijn beducht voor het samengaan van het Kwaliteitsinstituut en pakketbeheer binnen één organisatie. Zij vrezen dat bewaken van de kwaliteit dan ondergeschikt wordt aan het beheer van het pakket. En in hun ogen valt beheer deels samen met beperken van het verzekerde pakket. Is die vrees terecht?
“Wij zien vooral kansen. Pakketbeheer en kwaliteitsbewaking horen inhoudelijk gezien heel erg bij elkaar. Binnen het pakketbeheer staat voorop dat zorg effectief moet zijn. Wanneer dat niet het geval is, hoort zorg niet

thuis in het basispakket. Om effectief te zijn, moet zorg zeker van goede kwaliteit zijn. Omgekeerd moet kwalitatief goede zorg ook doelmatig zijn – een van de criteria die we bij het pakketbeheer hanteren. Het is bekend dat bij kinderen nog regelmatig de amandelen worden geknipt, terwijl dit eigenlijk niet nodig is. Ook als dat medisch-technisch op een goede manier gebeurt, kun je er vraagtekens bij zetten of je dan kwalitatief goede zorg biedt. Wat ons betreft is kwaliteit niet alleen de dingen goed doen, maar ook de goede dingen doen. Zo kom je terecht bij



Arnold Moerkamp: “Als we er in overleg met het veld niet uitkomen, hakken we zelf knopen door. Eindeloos polderen is er niet meer bij.”

het onderwerp gepast gebruik van zorg, dat we zowel vanuit het pakketbeheer als het Kwaliteitsinstituut proberen te bevorderen. De missie van het Zorginstituut is niet voor niets: ‘Zorgen dat burgers van kwalitatief goede zorg verzekerd zijn, niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk.’”

Waar liggen die kansen waarover u spreekt?

“Voor de meeste zorg geldt een open systeem. Als het zorg is die de beroepsgroepen plegen te bieden en bewezen effectief is, behoort deze zorg tot het verzekerde pakket. Die effectiviteit toetst het Zorginstituut gericht. Wanneer de effectiviteit niet in orde is, kunnen we zorg uitsluiten van het verzekerde pakket. In de praktijk is het echter zelden zo zwart-wit. Zorg blijkt dan voor een bepaalde groep patiënten wél te werken en voor anderen weer niet. Daarom willen we in overleg met de beroepsgroepen kijken voor welke indicaties een interventie werkt en voor welke niet. Deze indicatie-interventiecombinaties kunnen vervolgens een plek krijgen in de richtlijnen van die beroepsgroepen. Bevorderen dat er goede richtlijnen komen en dat die ook worden toegepast, is een taak van het Kwaliteitsinstituut. Hier kunnen pakketbeheer en kwaliteitsbewaking elkaar dus uitstekend versterken. Minister Schippers ziet die voordelen ook. Dat heeft ze recent nog laten weten in een brief aan de Kamer. Gedragsverandering in de spreekkamer in plaats van de botte bijl van de pakketmaatregel: daar mikken we op met deze aanpak. Natuurlijk is succes niet op voorhand verzekerd. Maar het inspireert wel veel meer dan de klassieke aanpak van het pakketbeheer. Zeker voor de mensen die het in de praktijk moeten doen.”

Gebeurt dit al of is het nog toekomstmuziek?

“Het Programma Zinnige Zorg werkt sinds vorig jaar op deze manier. Het Zorginstituut screent binnen dit programma het hele verzekerde pakket. Waar we mogelijkheden tot verbetering zien, gaan we samen met veldpartijen de diepte in. Voor de knie- en heupprothesen heeft dit vorig jaar al geresulteerd in aangepaste richtlijnen en afspraken over de toepassing hiervan in de praktijk. Het moet er onder andere toe leiden dat minder mensen een risicovolle operatie ondergaan zonder dat ze erop vooruitgaan. We doorlopen eenzelfde traject nu ook voor de oncologie en de hart- en vaatziekten.”

Gepast gebruik, gedragsverandering in de spreekkamer: het klinkt mooi, maar is het niet dweilen met de kraan open? De manier waarop de zorg gefinancierd wordt, zet artsen aan om vooral zo veel mogelijk te produceren ...

“Artsen die patiënten puur en alleen behandelen om zo veel mogelijk geld te verdienen, zijn op de vingers van één hand te tellen. Het is hun eer te na als professional. Maar er is natuurlijk altijd een grijs gebied. In situaties waarin het niet in één oogopslag helder is of behandeling gepast is, kunnen bekostigingsprikkelers een rol spelen. Daarom denk ik dat we hier als overheid uiteindelijk ook naar moeten kijken. Maar bekostiging zit niet in het takenpakket van Zorginstituut Nederland. Daar gaan de Nederlandse Zorgautoriteit en het ministerie van VWS over. Het Zorginstituut probeert via een zorginhoudelijke aanpak tot gepast gebruik te komen. Constateren we vervolgens dat onze inspanningen teniet worden gedaan door verkeerde prikkels? Dan zullen we dit zeker signaleren. We willen niet aan een onmogelijke opdracht werken.”

“Het was een jaar van uitbreiden en loslaten”

Een ingewikkeld onderwerp waarmee het Zorginstituut zich bezighoudt, is kosten-effectiviteit. U wees eerder op de noodzaak van een maatschappelijk debat over dit onderwerp. Ziet u hierin een rol voor het Zorginstituut?

“Ik constateer dat er al veel genuanceerder over dit onderwerp wordt gepraat dan enkele jaren geleden. Toen in 2012 ons conceptadvies in de publiciteit kwam over de medicijnen voor de ziekten van Pompe en Fabry leek kosteneffectiviteit nog onbespreekbaar. Het heeft ook gewoon tijd nodig. We hebben in Nederland altijd voldoende geld gehad voor gezondheidszorg. Nu worden er maxima gesteld aan de budgetten. Als we dan dure, niet effectieve zorg blijven vergoeden, betekent dat onvermijdelijk dat andere, goede zorg niet meer wordt verleend. Vaak zal dat zorg zijn aan mensen die niet zo makkelijk aandacht krijgen in de media, bijvoorbeeld omdat hun aandoening niet levensbedreigend is. Onderzoek in Engeland toont aan dat daar vooral de geestelijke gezondheidszorg het kind van de rekening is. Misschien dat we

“Gestaag Volharden Overwint. Dat zou ook het motto van het Zorginstituut kunnen zijn”



Dat bij kinderen nog regelmatig de amandelen worden genknijpt terwijl dit eigenlijk niet nodig is, is volgens Arnold Moerkamp een duidelijk voorbeeld van kwalitatief minder goede zorg.

dit ook eens voor de Nederlandse situatie in beeld moeten brengen. Dan krijg je een beter debat. Verder blijven wij als Zorginstituut gewoon adviseren over dit onderwerp: zowel over kosteneffectiviteit in algemene zin als over de toepassing bij de beoordeling van specifieke interventies. Wat hier vervolgens mee gebeurt, is aan de politiek.”

De naamsbekendheid van het Zorginstituut onder burgers en zorgverleners is nog gering, valt mij op. Is dat niet zorgelijk voor een organisatie met zo'n belangrijke maatschappelijke taak?

“Ik maak me hier geen zorgen over. Het Zorginstituut opereert op een dusdanig macroniveau dat de meeste burgers weinig met ons te maken hebben. Dat is natuurlijk anders voor mensen die te maken hebben met de uitvoerende verzekeringstaken. Bij hen zijn wij zeker niet onbekend! Onze naamsbekendheid onder belangenorganisaties, de politiek en andere voor ons werk relevante partijen is dik in orde. Dat hebben we recent nog onderzocht.”

U vertelde al dat het Kwaliteitsinstituut patiënten wil voorlichten over wat goede zorg is en waar die te vinden is. Lukt dat al?
 “Zoals wel meer taken die wij uitvoeren, is dit een zaak van de lange adem. Website KiesBeter.nl is het belangrijkste instrument dat het Kwaliteitsinstituut heeft voor deze taak. Het kost tijd om kwalitatief goede content voor deze site te verzamelen. Over de kwaliteit van de zorg zijn veel gegevens voorhanden. Maar hoe objectief en relevant zijn die? Nu kan het nog gebeuren dat één verzekeraar een ziekenhuis op nummer één zet voor de behandeling van borstkanker en een andere verzekeraar op basis van zijn gegevens het ziekenhuis juist niet contracteert voor deze zorg. KiesBeter is een overheidsite en dat betekent dat we extra zorgvuldig te werk moeten gaan. Eerst samen met patiënten-vertegenwoordigers, beroepsgroepen en verzekeraars vaststellen welke kwaliteitsgegevens relevant zijn, vervolgens deze gegevens verzamelen en tot slot ze publiceren: dat is de volgorde.”

Dat kost zoals u al zei tijd en zoveel geduld hebben politiek en burgers niet...

“Ho, ho, in de tussentijd staan we niet stil natuurlijk! KiesBeter bevat nu al een schat aan informatie over allerlei aandoeningen. We zijn druk doende om die publieksvriendelijker aan te bieden. We gaan ook nadrukkelijker doorverwijzen naar andere sites met kwaliteitsinformatie. Bijvoorbeeld naar zorgkaartnederland.nl, de recensiesite van patiënten- en consumentenorganisatie NPCF. Sowieso wordt KiesBeter continu verbeterd en uitgebreid. In de zomer van dit jaar volgen bijvoorbeeld nieuwe kwaliteitsgegevens voor een groot aantal aandoeningen.” Desondanks zullen er altijd mensen en partijen zijn die het allemaal te langzaam en te weinig vinden. Omgaan met ongeduld en kritiek hoort bij het werk van het Zorginstituut. Als kind was ik lid van de rooms-katholieke sportvereniging GVO: Gestaag Volharden Overwint. Dat zou ook het motto van het Zorginstituut kunnen zijn. Vasthouden aan je lijn, consistent en consequent in je aanpak zijn: zo kom je uiteindelijk tot resultaten waar de maatschappij echt baat bij heeft.”

Taken van Zorginstituut Nederland

Het College voor zorgverzekeringen ging op 1 april 2014 over in Zorginstituut Nederland. Het instituut kreeg een breder takenpakket. Aan de ‘oude’ taken pakketbeheer en de uitvoering van de burgerregelingen zijn de bevordering en zichtbaar maken van de kwaliteit van de zorg en de innovatie van beroepen en opleidingen toegevoegd. Pakketbeheer en de nieuwe taken vallen onder de sector Zorg. De uitvoering van de burgerregelingen valt onder de sector Verzekeringen. In april 2014 is het definitieve besluit genomen om per 1 januari 2016 de burgerregelingen van het Zorginstituut aan het CAK over te dragen.

Zorginstituut Verzekeringen

Iedereen die in Nederland woont of werkt, is verplicht een zorgverzekering af te sluiten. Wie dat niet doet, is onverzekerd, wie dat wel doet maar de premie niet betaalt, is een wanbetaler.

Aantal onverzekerden

1 januari 2014	28.740
31 december 2014	29.454

Aantal wanbetalers

1 januari 2014	322.9222
31 december 2014	329.291

Mensen die vanwege hun geloofsovertuiging geen volksverzekering willen afsluiten, betalen een bijdragevervangende belasting die de Belastingdienst overdraagt aan het Zorginstituut, dat daarmee een soort spaartegoed voor zorgkosten opbouwt voor deze zogenoemde gemoedsbezwaarden.

Aantal gemoedsbezwaarden

2014	3650 huishoudens
------	------------------

Het Zorginstituut is ook verantwoordelijk voor de uitvoering van de vergoeding van zorg die verzekerden die in bepaalde landen wonen buiten Nederland, de verdragslanden. Het gaat om mensen met een pensioen of uitkering die in zo'n verdragsland wonen of in het buitenland woonachtige gezinsleden van mensen die in Nederland werken en premie betalen.

Aantal verdragsgerechtigden

Gezinsleden van verzekerden	
2013	33.847
2014	31.972

Gepensioneerden

2013	100.590
2014	102.625

Totaal aantal verdragsgerechtigden

2013	134.437
2014	134.624

Zorginstituut Zorg

De bevordering van kwalitatief goede zorg, niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk, is leidend voor de activiteiten van de afdeling Zorginstituut Zorg. Hiervoor voert het instituut taken uit op het gebied van pakketbeheer, kwaliteitsbevordering en innovatie van zorgberoepen & opleidingen.

Pakketbeheer bestaat uit adviseren, duiden en monitoren. De adviezen aan de minister van VWS gaan over de vraag of bepaalde zorgvormen wel of niet tot het verzekerde zorgpakket zouden moeten behoren. Duiden houdt in dat het instituut uitlegt of een bepaalde vorm van zorg volgens de bestaande regels tot de verzekerde zorg (Zorgverzekeringswet en AWBZ) behoort. Het Zorginstituut toetst de zorg dan aan de (wettelijke) criteria 'plegen te bieden' en 'de stand van wetenschap en praktijk'. De uitkomst hiervan wordt vastgelegd in een standpunt. Tot slot doet het instituut onder meer onderzoek naar de toegankelijkheid van de zorg en ook of bepaalde maatregelen wel uitvoerbaar zijn. Die onderzoeken resulteren in monitors, scans en signalementen.

De taken van het programma **Kwaliteit** kregen met de officiële start van Zorginstituut Nederland een wettelijke basis. De taken zijn: partijen in de zorg stimuleren om kwaliteitsstandaarden en bijbehorende meetinstrumenten op te stellen; ondersteuning bieden bij de implementatie daarvan; innovatie in de zorg, en *best practices* in de care stimuleren; de kwaliteit van de verleende zorg inzichtelijk maken zodat patiënten betere keuzes kunnen maken; bevorderen van gepast gebruik. Kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten die voldoen aan het Toetsingskader neemt het Zorginstituut op in het Register.

In het programma **Innovatie zorgberoepen & opleidingen** adviseert Zorginstituut Nederland toekomstgericht en sectoroverstijgend over de vernieuwingen en verbeteringen van beroepen en opleidingen in de zorg. Het doel is om een nieuwe beroepenstructuur en daarop afgestemde opleidingen voor de hele zorg te ontwikkelen. In december 2014 is de commissie Innovatie zorgberoepen & opleidingen begonnen aan een advies dat in april 2015 aan minister Schippers (VWS) is overhandigd.

ADVIEZEN



STANDPUNTEN ZVW EN AWBZ



PAKKETMONITORS



PRODUCTEN OPGENOMEN IN HET REGISTER



De cijfers zijn afkomstig uit het Jaarverslag 2014 van Zorginstituut Nederland, dat op dit moment ter goedkeuring bij het ministerie van VWS ligt. Tot de officiële goedkeuring zijn deze cijfers onder voorbehoud.

Grensoverschrijdende zorg

Zorginstituut informeert buitenlanders over Nederlandse zorg

Zorginstituut Nederland is ervoor verantwoordelijk informatie over de Nederlandse zorg aan buitenlanders te verstrekken. In 2014 heeft het instituut daarvoor een website ingericht. Deze site informeert mensen in andere EU-landen over de mogelijkheden als zij kiezen voor medische behandeling in Nederland.

Tekst: Jos Leijen | Beeld: Eduard Ernst

Ieder land van de Europese Unie moet een zogeheten nationaal contactpunt grensoverschrijdende zorg (NCP) hebben. Voor ons land is dat Zorginstituut Nederland. De eis om een centraal punt in te richten waar buitenlanders informatie kunnen vinden over de zorg in dat land, vloeit voort uit de Europese patiëntenrichtlijn voor grensoverschrijdende zorg, die het Europees Parlement en de Europese Raad in 2011 hebben aangenomen. Het doel ervan is de mobiliteit van patiënten bevorderen; Europese burgers zouden moeten kunnen kiezen voor een medische behandeling in een ander EU-land dan hun eigen land. Om die keuze goed en overwogen te kunnen maken, moeten patiënten wel betrouwbare informatie hebben over de zorg in andere landen. Ieder NCP moet die informatie over zijn eigen land beschikbaar stellen aan burgers uit andere EU-landen.

Snel in de lucht

Eind 2013 is deze richtlijn van kracht geworden, vervolgens wees het ministerie van VWS Zorginstituut Nederland aan als het nationaal contactpunt grensoverschrijdende zorg. "Het was heel kort dag en de site moest op 25 oktober 2013 al 'in de lucht' zijn", vertelt

Annemiek van Rooy, afdelingshoofd van het Informatiecentrum Burgers van Zorginstituut Nederland. "We kozen er daarom voor om met een simpele site te beginnen. Eigenlijk was het niet meer dan een welkomspagina en een contactformulier waar mensen hun vragen konden stellen. Wij zorgden er dan voor dat zij binnen vijf werkdagen een antwoord kregen." Tegelijk werd een projectteam samengesteld om de website te vullen, zodat bezoekers er de informatie zouden kunnen vinden die ze zochten. Een van de leden van het team was Véronique Kuijter. Zij is redacteur en voorlichter van het NCP. "We hebben een Europees rapport van adviesbureau PriceWaterhouseCoopers als startpunt genomen", vertelt zij. "Daarin staat wat er op de website zou moeten staan. Vervolgens zijn we informatie gaan verzamelen en gaan schrijven. In juni 2014 konden we 'live' met de vernieuwde site."

Engelstalig

Om de inhoud van de site bij elkaar te brengen, heeft Van Rooy veel contact gehad met allerlei organisaties in zorgland, zoals patiëntenfederatie NPCF, Zorgverzekeraars Nederland, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de beroepsverenigingen. "Hoe leeft het onderwerp daar? Welke

gegevens hebben zij beschikbaar? Hoe kunnen wij die gebruiken voor onze website? Voor veel informatie linken we via onze site door naar andere websites, zoals KiesBeter, Zorgkaart Nederland of Zelfstandige Klinieken Nederland."

De website is in eerste instantie bedoeld voor inwoners van andere EU-landen die willen weten wat erbij komt kijken als ze in Nederland een behandeling willen ondergaan. De site is daarom behalve in de Nederlandse taal ook in het Engels beschikbaar. "Het is wel jammer dat veel van de sites waar we naar doorlinken uitsluitend of grotendeels in het Nederlands zijn", zegt Kuijter. "Waar mogelijk, leiden we mensen natuurlijk wel door naar Engelstalige informatie."

Nederlanders

Het NCP biedt ook informatie aan mensen die in Nederland wonen en een behandeling in het buitenland overwegen, zij het summier. "We geven alleen algemene informatie", zegt Van Rooy. "Belangrijk is dat mensen altijd eerst contact opnemen met hun zorgverzekeraar. De polisvoorwaarden van de verzekeraar zijn leidend. Die kennen wij niet. Verder verwijzen we door naar de Nationale contactpunten in andere EU-landen. Daar kunnen mensen specifieke informatie vinden over de zorg in die landen. Zoals wij informatie bieden over zorg in Nederland."

Het Nederlandse NCP is een puur digitale aangelegenheid. "We hebben geen telefoonnummer op de site staan", zegt Kuijter. "We informeren mensen, we geven geen advies op maat. Wel verwijzen we door naar andere organisaties die eventueel kunnen adviseren. En bezoekers kunnen via een contactformulier



Europese burgers moeten kunnen kiezen voor een medische behandeling in een ander EU-land dan hun eigen land.

vragen stellen. We sturen dan een ontvangstbevestiging en beantwoorden de vraag binnen vijf dagen."

Kloppende informatie

Kuijter neemt als voorlichter zelf de beantwoording van de vragen op zich. Ze weet zich daarbij ondersteund door René van der Wissel, bij Zorginstituut Nederland expert op het gebied van Europese regelgeving. "Vaak zijn het vragen die niet bij ons horen, maar bijvoorbeeld bij de Sociale Verzekeringsbank (SVB)", gaat Kuijter verder. "Dan leg ik dat uit aan de vragensteller en verwijs hem of haar door. Heeft de vraag wel betrekking op grensoverschrijdende zorg, dan stel ik een conceptantwoord op. René checkt het dan vaak inhoudelijk nog even, zodat we ervan

verzekerd zijn dat we kloppende informatie verstrekken."

Kuijter geeft een voorbeeld van een recente vraag. Een vrouw liet haar moeder uit Bulgarije overkomen en wilde haar een uitgebreide medische controle laten ondergaan. Zij vroeg zich af welke papieren haar moeder mee moest nemen en of ze genoeg had aan haar eigen zorgverzekering. Het NCP raadde haar aan om eerst contact te zoeken met het Bulgaarse ziekenfonds van haar moeder en Kuijter legde uit wat de verschillen zijn tussen de Europese Verordening en de Europese patiëntenrichtlijn; dat kan namelijk gevolgen hebben voor de vergoeding. Een andere vraag komt van een Franse onderzoeker die in Italië woont en werkt. Hij komt voor een half jaar naar Nederland. Hij

"De NCP's in veel andere Europese landen hebben wél telefonische dienstverlening, en soms zelfs kantoren waar mensen met vragen terecht kunnen."

heeft diabetes type 1, gebruikt daarvoor een insulinepomp en wil daarom weten of hij in Nederland de benodigdheden kan krijgen voor de pomp en om zijn glucosespiegel te monitoren. "Daarvoor kan hij zijn European Health Insurance Card (EHIC) gebruiken", zegt Kuijter. "Als hij aan bepaalde voorwaarden voldoet, kan ook zijn Italiaanse ziekenfonds deze benodigdheden vergoeden op basis van de Europese patiëntenrichtlijn."

Anders in het buitenland

De NCP's in veel andere Europese landen hebben wél telefonische dienstverlening, en soms zelfs kantoren waar mensen met vragen terecht kunnen. "Het verschil heeft te maken met de manier waarop de zorg gefinancierd is", weet Kuijter. "Als er een nationale ziektekostenverzekering is, is daar vaak ook het NCP ondergebracht, bijvoorbeeld bij de National Health Service in Groot-Brittannië. Dan kan de adviseur bij het contactpunt bij de gegevens van de patiënt en kan hij een passend advies geven."

Een bijkomende overweging om de dienstverlening uitsluitend via internet te laten verlopen, is dat er nog betrekkelijk weinig vragen binnenkomen bij het NCP. Van Rooy: "Wil je mensen telefonisch bedienen, dat moet er wel altijd iemand bereikbaar zijn om mensen te woord te staan." In het eerste kwartaal van 2015 kwamen er 31 vragen binnen. De helft daarvan lag niet op terrein van het NCP. De vragers zijn daarom doorverwezen naar andere instanties. De Nederlandstalige homepage werd 3735 keer bezocht, de Engelstalige 1054 keer. De pagina over behandeling in een ander EU-land kreeg 566 bezoekers. Opmerkelijk was dat zij langer op de pagina bleven hangen dan bezoekers van andere pagina's; gemiddeld 4,5 minuut.

Gepast gebruik implantaatgedragen gebitsprothese

Partijen zien zelf toe op uitvoering maatregelen



Het afgelopen decennium kregen steeds meer mensen een implantaatgedragen gebitsprothese. Lang niet iedereen heeft daar een indicatie voor. Dit was voor Zorginstituut Nederland aanleiding om de zorg rond deze voorziening onder de loep te nemen. In 2014 stelde het een aantal maatregelen voor gepast gebruik voor, in nauw overleg met betrokken partijen.

Tekst: Florentijn van Rootselaar

Beeld: Ron Zwagemaker

De uitgaven voor implantaatgedragen gebitsprothesen, ofwel een klikgebit, zijn in het afgelopen decennium vertienvoudigd. Deze prothese wordt in principe alleen geplaatst bij mensen zonder tanden en met een ernstig geslonken kaak, bij wie een conventionele prothese niet meer past. De prothese wordt

vergoed vanuit het basispakket. Is het aantal mensen dat deze prothese écht nodig heeft zo sterk toegenomen en verklaart dat de gestegen uitgaven? Volgens Erwin Abbink, die bij het Zorginstituut verantwoordelijk is voor deze kwestie, is dat niet het geval. “Steeds meer mensen kregen de voorziening, terwijl ze daar geen indicatie voor hadden”, zegt hij. Dat bleek uit een onderzoek dat het Zorginstituut, toen nog het CVZ, in 2013 liet doen.

Gepast gebruik bevorderen

Het is een duidelijk voorbeeld van ongepast gebruik van de verzekerde zorg, vervolgt Abbink. Om deze situatie het hoofd te bieden, stelde het Zorginstituut vorig jaar voor een aantal maatregelen te treffen om het gepast gebruik van deze zorg te bevorderen. Het Zorginstituut deed dit in samenspraak met betrokken partijen: kaakchirurgen, tandartsen, tandprothetici,

“Het belangrijkste is dat partijen zelf uitvoering geven aan de uitwerking van de maatregelen”

zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties. Maatregelen treffen en ook uitvoeren is van groot belang, zo maakte het Zorginstituut de betrokkenen duidelijk. Want als er geen oplossing gevonden werd voor dit ongepaste gebruik van deze voorziening zou de minister een pakketmaatregel kunnen nemen. Dan zou de zorg mogelijk uit het pakket gehaald worden. “En dat is wel het laatste wat we willen”, zegt Abbink. “Want juist de groep die deze zorg echt nodig heeft, kan die moeilijk zelf betalen. Vooral de armste mensen hebben zo’n prothese nodig, en die kost tussen de tweeënehalf en drieduizend euro. Je zou ook de eigen bijdrage kunnen verhogen, maar een bedrag van bijvoorbeeld vijf- tot zeventienhonderd euro is voor deze groep ook erg moeilijk zomaar te betalen.”

Problemen in kaart gebracht

Het was een kwestie waar het Zorginstituut samen met de verschillende partijen een oplossing voor wilde vinden. Het Zorginstituut

koos daarbij voor een andere benadering, een bijzondere benadering, vindt Abbink. “We besloten nauw samen te werken met alle partijen, met de zorgverleners, verzekeraars, patiëntenorganisaties. Ook de Zorgautoriteit (NZa), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en het ministerie van VWS zijn bij dit proces betrokken. Samen met deze partijen hebben we de problemen in kaart gebracht.” Vervolgens zijn deze analyse en de oplossingen die de partijen aandroegen, verwerkt en geconcretiseerd in een rapport. Maar eenvoudig een nieuw rapport schrijven met een serie maatregelen is niet voldoende, voegt hij toe. “In het verleden onderzochten we een probleem, gaven we een mooi rapport aan de minister, de partijen kregen er ook een en dan was het vervolgens de vraag of daar iets mee gebeurde.”

Focus op uitvoering

Om werkelijk gepast gebruik van de plaatsing van implantaatgedragen gebitsprothesen

Maatregelen

Het Zorginstituut stelde in 2014, in samenspraak met partijen een aantal maatregelen voor om het gepast gebruik te bevorderen en de kostenstijging voor de implantaatgedragen gebitsprothesen terug te dringen. Erwin Abbink licht ze toe.

1. Er moeten **richtlijnen** voor deze behandeling komen, richtlijnen ontbreken sowieso grotendeels in de mondzorg. In 2012 constateerde de Gezondheidsraad al dat de richtlijnontwikkeling in deze sector wel op een erg laag pitje staat, ook internationaal. En dat maakt het ook moeilijker om goede zorg te leveren. Op basis van die richtlijnen kunnen wij komen tot een duidelijker indicatie voor de implantaatgedragen gebitsprothese. Die ontwikkeling van richtlijnen past ook nog eens in de bredere taak van het Zorginstituut.

2. De **diagnostiek moet op een centraal punt** gebeuren, vooral als het om diagnostiek van de boven-

kaak gaat. Want die is vaak lastiger te doen dan bij de onderkaak.

3. Nu is het vaak onduidelijk wie de **regie** voert, wat de zorg duurder en slechter maakt. We moeten naar één regisseur. Soms is niemand meer de hoofdverantwoordelijke voor de behandeling. Het komt soms voor dat door onduidelijke communicatie tussen verschillende zorgverleners implantaten opnieuw moeten worden geplaatst. Dat is vervelend voor de patiënt en het maakt de zorg duurder. De hoofdverantwoordelijke is verantwoordelijk voor goede afspraken met de andere zorgverleners, ook is de hoofdverantwoordelijke de aanspreekpersoon voor de patiënt en de verzekeraar.

4. Het **honorarium van de zorgverlener** moet worden aangepast. Als leek kun je je voorstellen dat het eenvoudiger is om een implantaat te plaatsen als je helemaal geen tanden en kiezen in de kaak hebt,

dan wanneer je een element moet vervangen tussen bestaande elementen. Maar nu is voor beide handelingen een tarief, mogelijk dat het tarief voor het werk in die tandeloze mond omlaag kan. En misschien kan het tarief voor het werken in de betande kaak wat omhoog. Verder is het tarief gedateerd. In het verleden was het best complex om een implantaat te zetten, maar tegenwoordig is dat eenvoudiger geworden omdat de technieken nu beter zijn. Zorgverleners hebben ook meer ervaring waardoor er minder tijd nodig is dan vroeger.

5. Er moet een maximumbedrag komen voor **materiaal- en techniekkosten**. Je ziet van alles, van dure implantaten tot goedkopere. Niets is geregeld, materiaal en techniekkosten zijn vrij.

6. Het laatste maar niet het onbelangrijkste punt is dat de **eigen bijdrage** moet worden aangepast.

De gedachtegang was dat mensen voor de conventionele en implantaatgedragen prothese ongeveer evenveel kwijt zijn, als je zoals nu mensen 25 procent laat betalen van de kosten voor de conventionele en 125 euro voor de implantaatgedragen. Maar de laatste tijd zijn bij toepassing van deze regel de implantaatgedragen prothesen voor de verzekerden goedkoper. Dus je krijgt nu een mooiere voorziening voor minder geld. Die perverse prikkel willen we er uithalen.

We hebben nu geadviseerd om over de hele linie een bijdrage van tien procent in te voeren. Dat betekent een verlaging van de eigen bijdrage aan de conventionele prothese, de implantaatgedragen in de bovenkaak wordt iets duurder en voor een implantaatgedragen in de onderkaak blijven de kosten ongeveer gelijk.

Wat is een implantaatgedragen gebitsprothese?

De implantaatgedragen gebitsprothese is bedoeld voor mensen zonder tanden met een sterk geslonken kaak. De implantaten (twee tot vier) zijn kunstwortels die aangebracht worden op de plek waar vroeger de tanden of kiezen zaten. Het kunstgebit wordt aan de implantaten bevestigd.



te bevorderen, maken het Zorginstituut en de verschillende partijen zich sterk om de in het rapport genoemde maatregelen ook daadwerkelijk en binnen afzienbare tijd uit te voeren. “Daarbij zijn wij niet in de lead”, benadrukt Abbink. Zo stelden de verschillende zorgverleners, de verzekeraars en de patiëntenorganisaties de ‘Coördinatiegroep Implantaatgedragen gebitsprothesen’ in. Deze groep ziet toe op de uitvoering van de maatregelen. Abbink: “Door op deze manier te werk te gaan, is er meer draagvlak voor de maatregelen en de kans is ook groter dat er daadwerkelijk iets mee gebeurt. Het belangrijkste is dat partijen zelf uitvoering geven aan de uitwerking van de maatregelen.”

Om welke maatregelen gaat het?

“Er is een hele serie maatregelen voorgesteld. Een daarvan is de verlaging van de eigen bijdrage van de conventionele prothese. Maar ook is voorgesteld om de diagnostiek op een centraal punt te doen, het honorarium van de zorgverleners te verlagen en een maximum te stellen aan materiaal- en techniekkosten. Door alle maatregelen samen zullen de jaarlijkse kosten naar verwachting zo’n tien miljoen euro minder worden.”

Blijkt uit de trage start van de uitvoering van deze maatregelen niet dat het nodig is om als Zorginstituut wat meer dwang uit te oefenen?

“Nee, want ondertussen wordt er hard aan gewerkt. Iedereen beseft ook: als we er niet samen uitkomen, zou deze zorg weleens uit het pakket kunnen worden gehaald. En dat wil niemand.”

Waarom willen veel mensen die gebitsprothese, ook als ze genoeg hebben aan een conventionele?

“Ik kan me wel voorstellen dat iedereen zo’n prothese wil, en dat het voor tandartsen moeilijk is om die niet te geven. Stel, je hoort iemand op een verjaardagsfeestje praten over z’n fijne prothese. Dan denk je toch, ‘die wil ik ook wel.’ Dan wordt het lastig voor de zorgverzekeraar en voor de tandarts om te zeggen dat je er niet voor in aanmerking komt. Ook omdat de richtlijnen ontbreken, waardoor het lastig is een goede indicatie te geven. Je bent ervoor geïndiceerd wanneer je een sterk geslonken tandeloze kaak hebt. ‘Tandeloos’ is nog makkelijk, maar ‘sterk geslonken’ is lastiger te interpreteren.

En een tandarts zal zo’n prothese ook graag geven omdat het tandheelkundig *state of the art* is – als tandarts verleen je de beste zorg als je iemand zo’n prothese geeft. Het is in alle opzichten een prettige voorziening, maar zo hebben we het niet met ons allen afgesproken. We gaan ervan uit dat als een gewone gebitsprothese nog voldoende functioneert, iemand daarmee goed geholpen is en niet in aanmerking komt voor een duurdere voorziening. De Zorgverzekeringswet is gebaseerd op het principe dat we de zorg zo goedkoop mogelijk moet zijn, dure zorg verlenen we alleen als het moet. Het gaat om gepast gebruik.”

“‘Tandeloos’ is nog makkelijk, maar ‘sterk geslonken’ is lastiger te interpreteren”

Wat gaat er nu gebeuren?

“Op 15 juni hebben we een volgende bijeenkomst, die kan een aanleiding zijn om een brief te schrijven over de vorderingen. Misschien constateren we dan dat er zoveel schot zit in de plannen dat de minister besluit om vanaf begin volgend jaar toch al de eigen bijdrage voor het conventionele kunstgebit te verlagen. En anders moeten we daar nog een jaar op wachten. Want die eigen bijdrage kan alleen maar omlaag als alle andere maatregelen zijn uitgevoerd en geïmplementeerd. Aanvankelijk dachten we dat die nieuwe eigen bijdrage voor de verzekerde per 1 januari 2016 kon worden ingevoerd, nu ziet het ernaar uit dat het weleens een jaar later kan worden. Het blijkt dat de uitvoering van alle maatregelen toch meer tijd kost.”

Het rapport Implantaatgedragen gebitsprothesen verscheen op 30 juni 2014 en is te vinden op de www.zorginstituutnederland.nl

Woordvoerder Michiel Geldof over de media-aandacht voor Zorginstituut Nederland

“Reacties zijn soms echt heftig”

Waarmee kwam Zorginstituut Nederland in 2014 in het nieuws? En wat haalde het nieuws – opvallend genoeg – niet? Michiel Geldof, woordvoerder van het Zorginstituut, gaat in op zes zaken.

Tekst: Florentijn van Rootselaar

Beeld: Ron Zwagemaker, Arie Kievit (HH)

Blaasspoelvroestoffen

In 2014 verwierp de rechter een standpunt van het Zorginstituut – een unicum, zegt woordvoerder Michiel Geldof. “We zouden ten onrechte hebben geoordeeld dat blaasspoelvroestoffen niet tot de verzekerde zorg behoren. Door die uitspraak moesten we ons standpunt intrekken en moest het middel nog enige tijd worden vergoed – wat leidde tot veel ophef en ons in een lastig parket bracht. Na een hoger beroep kregen we alsnog gelijk en is deze behandeling niet langer deel van het basispakket.”

Wat zijn blaasspoelvroestoffen?

“Blaasspoelvroestoffen worden voorgeschreven als je te vaak aandrang voelt om te plassen. Het middel werd al tientallen jaren vergoed, maar zorgverzekeraars vroegen aan ons of dat wel terecht was, ook omdat de behandeling niet goedkoop is. Patiënten moeten met regelmaat naar het ziekenhuis, waar de spoelvroestof wordt ingebracht. Wij hebben vorig jaar naar aanleiding van deze vragen gekeken naar bewijslast voor de effectiviteit van de behandeling. Die bleek er niet voldoende te zijn – deze zorg is onvoldoende aantoonbaar effectief, oordeelden wij. En dat resulteerde in het standpunt dat deze zorg niet voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk en daarom geen verzekerde zorg is.

Na ons standpunt kregen we forse kritiek van de patiëntenbeweging. Die reacties waren echt heftig. De patiënten zijn ook naar de



Ook een plastische correctie van sterk overhangende oogleden behoort niet tot het verzekerde pakket. Dat roept dikwijls vragen op.

rechter gestapt. Die oordeelde snel dat we ons weliswaar beroepen op de stand van wetenschap en praktijk, maar dat we in dit geval alleen naar de wetenschap hadden gekeken. Deze mensen waren toch erg tevreden? Daar wreekt zich het jargon dat wij gebruiken.

“Daar wreekt zich het jargon dat wij gebruiken”

Ons gaat het er niet om dat er mensen in de praktijk te vinden zijn die baat zeggen te hebben bij een bepaalde behandeling, wat telt zijn de objectieve gegevens over de effectiviteit bij een groep die voldoende groot is. Voor ons als instituut had het oordeel van de rechter ook vervelende

gevolgen. Nu de rechter had geoordeeld dat onze methodiek niet op orde was, meenden journalisten argumenten in handen te hebben voor andere gevallen. Telkens was er wel weer een patiënt die een bepaald middel niet vergoed kreeg – terwijl hij niet zonder zou kunnen. De vraag was waarom we een patiënt een middel onthielden, terwijl de rechter toch had vastgesteld dat we in een vergelijkbare zaak ook geen goed oordeel hadden geveld. Als we goed naar de ‘praktijk’ zouden kijken, zou blijken dat ook die andere patiënt wel recht had op een vergoeding van bepaalde geneesmiddelen. Maar in hoger beroep kregen we dus wel gelijk.”

Spoedzorg

Het idee is dat betrokken partijen in de zorg zelf kwaliteitsnormen en standaard-



Zorginstituut Nederland kijkt op verzoek van betrokken partijen naar de hele organisatie van de spoedzorg.

den ontwikkelen. Maar als ze daar echt niet uitkomen, kan het Zorginstituut sinds 1 april 2014 – dus sinds de officiële oprichting ervan – gebruikmaken van zijn doorzettingsmacht: de normen kunnen opgelegd worden. Geldof: “Die macht paste ons instituut in dat jaar voor het eerst – en tot nu toe voor het laatst – toe bij de discussie over de spoedzorg omdat de betrokken partijen verdeeld bleven over die normen.”

Wat is het probleem?

“In 2013 lanceerde Zorgverzekeraars Nederland het plan om het aantal ziekenhuizen te verminderen waar complexe spoedeisende zorg geleverd wordt: traumazorg, neurologische zorg, cardiologische zorg, vaat-chirurgische zorg, geboortezorg en zorg bij een heupfractuur. Dit zou een tweesnijdend zwaard zijn; de kwaliteit van de zorg zou toenemen dankzij specialisatie en de kosten worden beheersbaar doordat er minder afdelingen open hoeven te blijven en er minder teams op de been zijn. Deze plannen stuitten op weerstand van de ziekenhuizen en de

specialisten. Patiënten zouden worden benodigd in hun keuze, daarnaast zou in sommige delen van het land de aanrijtijd van ambulances flink worden verlengd. Bovendien kan volgens deze tegenstanders de spoedzorg niet los worden gezien van de niet-acute zorg; wanneer cardiologische spoedzorg bij een ziekenhuis weggaat, heeft dat gevolgen voor de reguliere cardiologische zorg. Er komen minder patiënten binnen, wat op den duur de totale hartzorg uitholt. De ziekenhuizen legden de zaak voor aan de Autoriteit Consument & Markt, die de argumenten van de tegenstanders onderschreef en aan de verzekeraars een onderbouwing vroeg waarom concentratie opweegt tegen het nadeel van minder keuzevrijheid van de patiënt. Een voorwaarde voor concentratie is dat er breed gedragen kwaliteitsstandaarden zijn, maar het zag er niet uit dat de verschillende partijen het eens zouden worden over die standaarden. Om die reden riepen de verzekeraars in de zomer van 2014 de hulp van Zorginstituut Nederland in.”

“De overheveling van delen van de AWBZ is de grootste verandering in de zorg in de afgelopen jaren, toch zijn wij daar relatief weinig over benaderd”

Wat gebeurt er nu?

“Er is een commissie met wijzen opgesteld die die normen gestalte moeten geven, en ook is op verzoek van de patiëntenfederatie NPCF de vraag verbreed en kijkt de commissie nu naar de hele organisatie van de spoedzorg. De kwestie leidde tot veel media-aandacht, vaak kritisch. Als het de partijen zelf niet lukt, was de vraag, waarom zou het dan wel lukken onder aanvoering van het Zorginstituut? Het is ook de eerste echte proeve van bekwaamheid van het Kwaliteitsinstituut, het onderdeel van het Zorginstituut dat zich bezighoudt met verbetering van de kwaliteit van de zorg: tot nu toe zijn er wel veel normen tot stand gekomen, maar dat komt vooral door de inspanningen van de andere partijen – en dat is ook de bedoeling. Maar nu moet het instituut echt iets afdwingen, dat is toch iets heel anders.”

Kun je je voorstellen dat de reacties wat kritisch zijn?

“Dat wel, er zijn in het kwaliteitsdomein al veel vruchteloze pogingen ondernomen – ook door andere partijen – om die kwaliteitsnormen gestalte te geven. Ik kan me voorstellen dat mensen nu denken: eerst zien, dan geloven.”

AWBZ

2014 was het jaar waarin de eerste voorbereidingen werden getroffen voor de inkrimping van de AWBZ (nu Wlz) in 2015. De zorg die in 2014 nog onder de AWBZ viel, zou in 2015 onder meer de verantwoordelijkheid worden van gemeenten. Geldof: “Dat is de grootste verandering in de zorg in de afgelopen jaren, toch zijn wij daar relatief weinig over benaderd. Terwijl wij de AWBZ zelfs als wettelijke taak hebben. Je merkt toch dat we er iets minder capaciteit voor hebben,

mensen associëren ons niet meteen met dit domein.”

“Een keer kregen we wat meer aandacht toen een van onze medewerkers tijdens een congres sprak over de overgang van de AWBZ naar de Wlz. Hij had puntsgewijs wat moeilijkheden benoemd, waar een journalist een puntig stukje van had gemaakt voor een medisch vakblad. Dat leidde tot de nodige vragen van journalisten.”

GGZ

2014 was wat media-aandacht betreft vooral het jaar van de GGZ, zegt Geldof. “Je zag grote weerstand, onder meer toen ons rapport over verslavingszorg verscheen, ook al hadden we geoordeeld dat bijna alle verslavingszorg verzekerde zorg is. Er werd veel geschreven over de enorme bezuinigingen in de GGZ, maar er werd niet bewust bezuinigd, en de facto gebeurde dat ook niet. Maar men bleef dat frame van bezuinigingen maar gebruiken: er zou een kaalslag zijn in de GGZ.”

Hoe is dat frame te verklaren?

“Je zou kunnen betogen dat er wel bezuinigd werd. Zorg bij ingrijpende gebeurtenissen in het leven, zoals overlijden, scheiden – zo had Schippers gezegd – werd niet meer vergoed. Maar dat was eigenlijk al zo, al werd dat uitgangspunt nu strenger gehanteerd.”

Plastische chirurgie

Sinds 2005 zijn er voortdurend kritische vragen over de plastisch-chirurgische zorg, zegt Geldof. “Maar 2014 was het hoogtepunt tot nu toe. Toen kwam het bij *Radar*.”

“Hoe het probleem is ontstaan? In 2005 haalde de toenmalige minister van gezondheidszorg, Hoogervorst, die zorg uit het pakket. Alle plastisch-cosmetische zorg. Ook als er wel een medische noodzaak voor was zoals bij oogleden die voor je ogen hangen, of als je – na een geslaagde afvalpoging – een vetschort hebt dat tot schimmelplekken leidt. Ook borstvergroting en -verkleining gingen uit het pakket.”

“Hoogervorst had kunnen besluiten de plastische chirurgie waarvoor een medische indicatie was te handhaven, maar hij was bang voor substitutie: een arts zou ten onrechte kunnen aanvinken dat er een medische noodzaak was. Die beslissing achtervolgt me al tien jaar, sinds het uit het pakket is. Ieder jaar komt er wel een journalist die zich niet kan voorstellen dat die zorg nooit vergoed wordt. Maar sinds

het consumentenprogramma *Radar* daar in 2014 een heel nummer van maakte, is het nog erger geworden. Het is een feuilleton geworden op tv, er is een meldlijn waarop duizenden mensen zich hebben gemeld. Het Zorginstituut heeft die beslissing niet genomen, dat was minister Hoogervorst. Maar het is wel een verhaal waar kritiek op mogelijk is: je zou kunnen zeggen dat een instituut dat over de samenstelling van het basispakket gaat hier wel meer het voortouw in mag nemen. We hebben ook mensen in huis die zeer deskundig zijn op dit terrein, het snijvlak van richtlijnontwikkeling en pakket-beheer. Het is ook een relevant onderwerp om ons mee te positioneren: politiek krijgt het veel aandacht, er worden Kamervragen over gesteld; in de media is er veel aandacht voor, en het is een onderwerp waar iedereen zich iets bij kan voorstellen.”

“Schipper gaat nu – onder druk van *Radar* – wél met de beroepsgroepen bespreken of er toch mogelijkheden zijn om die zorg soms te vergoeden. Dan zouden er wel heldere richtlijnen moeten komen. En als die ontwikkeld worden, worden wij er toch weer bij betrokken.”

Davos

Sommige mensen met astma mogen – wanneer ze onvoldoende baat hebben bij bestaande therapieën – naar Davos, dat wordt zelfs vergoed door de basisverzekering. Geldof: “Vaak vragen critici zich af hoe dat kan terwijl we zulke strenge criteria gebruiken voor de basisverzekering. Op zichzelf vinden ze dit niet zo'n probleem, problematisch wordt het voor die mensen pas als middelen tegen een andere ziekte niet in het pakket zitten – of wanneer een kuur in Davos voor andere longaandoeningen niet wordt vergoed, zoals bij taaislijmziekte. Toch zijn er goede redenen voor de opname van Davos voor een specifieke groep astmapatiënten in het pakket. Er is voldoende aangetoond dat die tocht naar Davos effectief is voor een bepaalde categorie mensen, van een bepaalde leeftijd en die onvoldoende reageren op andere behandelingen in ons vochtige klimaat. Toch is het maar moeilijk te verkroppen, bijvoorbeeld voor de mensen die de blaaspoelvlloeistoffen niet meer krijgen. Daarom moet ik me regelmatig in de media verantwoorden voor de opname van die reis naar Davos in het basispakket.”



Woordvoerder Michiel Geldof. “Ik moet me regelmatig in de media verantwoorden voor de opname van die reis naar Davos in het basispakket.”

De bijzonder hoogleraren van het Zorginstituut

Met de aanstelling van Bert Boer aan de Erasmus Universiteit Rotterdam beschikt Zorginstituut Nederland sinds 2014 over twee bijzonder hoogleraren. Eerder al was Diana Delnoij benoemd tot hoogleraar aan de Universiteit van Tilburg. Wat onderzoeken zij? En wat levert dat op voor het Zorginstituut? *ZorgMagazine* zet het op een rijtje.



Hoogleraar Bert Boer

Onderbouwing keuzen in de zorg

Zorginstituut Nederland hanteert een reeks criteria om te bepalen of bepaalde zorg wel of niet tot het basispakket zorg behoort. Sluit de manier waarop het Zorginstituut deze criteria toepast aan bij de vragen die in de samenleving spelen? Dit is een van de thema's van het onderzoeksterrein van hoogleraar Bert Boer.



Bert Boer, betuurer van het Zorginstituut, hield op 14 december 2014 zijn inaugurale rede als hoogleraar.

Tekst: Noël Houben

Beeld: James Boast, Ron Zwagemaker

'Naar een hogere kwaliteit van keuzen in de zorg'. Dat is het belangrijkste thema van de onderzoeksagenda van Bert Boer. De bijzonder hoogleraar 'Beleid en onderzoek voor het beheer van het basispakket zorg' ging op 1 maart 2014 aan de slag bij de Erasmus Universiteit in Rotterdam. Op 14 december van dat jaar hield hij zijn oratie. Boers onderzoeksgebied past naadloos bij zijn functie als lid van de Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland. Pakketbeheer en de keuzen die hiermee samenhangen zijn namelijk een belangrijk aandachtsveld van hem.

Onmisbaar

"Wetenschappelijk onderzoek is onmisbaar wil het Zorginstituut zijn werk goed doen", stelt Boer. "Neem bijvoorbeeld de beoordeling van de effectiviteit van zorg: doet een geneesmiddel wat het moet doen? Bij de beoordeling daarvan heb je wetenschap-

"Wetenschap en onze praktijk waren gescheiden werelden, waarin niet dezelfde taal werd gesproken"

pelijke data nodig. Het bestaande onderzoek sluit echter niet altijd aan op de behoeften uit onze praktijk. Het waren in zekere zin gescheiden werelden, waarin niet dezelfde taal werd gesproken. Vandaar dat het Zorginstituut besloot twee leerstoelen te financieren, die van mij en die van Diana Delnoij. De bijzondere leerstoelen moeten bijdragen aan onderzoek dat is toegesneden op de vraagstukken waaraan het Zorginstituut werkt. De kloof dichtten tussen wetenschap en praktijk: daar draait het om."

Maatschappelijke vragen

De onderzoeksagenda van Bert Boer kent drie deelthema's. Binnen het thema 'criteria voor keuzen in het pakket' neemt Boer de pakketcriteria effectiviteit, noodzakelijk te verzekeren zorg en kosteneffectiviteit nader

onder de loep. Wat is het maatschappelijke draagvlak voor deze criteria? Sluit de manier waarop het Zorginstituut de criteria toepast aan bij de vragen die in de samenleving spelen? Over deze belangrijke kwesties is onlangs een promotieonderzoek van start gegaan. Binnen het deelthema 'omgaan met innovaties' draait het erom de waarde van vernieuwingen in de zorg te bepalen. Ook de wijze waarop met deze vernieuwingen kan worden omgegaan in het pakketbeheer en in de kwaliteitsstandaarden van zorgverleners komt aan bod. Payam Abrishami van het Zorginstituut doet zijn promotieonderzoek binnen dit deelthema (zie het interview met hem op de volgende pagina's). Het deelthema 'nieuwe vormen van beleid' is gericht op onder andere nieuwe, interactieve manieren om het pakketbeheer in te richten.

Hoe gebeurt dit in andere landen? Kan de wisselwerking tussen de maatschappelijke en wetenschappelijke beoordeling van zorg binnen het pakketbeheer anders worden ingericht? Onderzoekster Magali Boers is bezig met een promotieonderzoek binnen dit deelthema.

Academische werkplaats

De raakvlakken tussen de leerstoel van Bert Boer en het werkgebied van Zorginstituut Nederland zijn legio. Toch betekent dit niet automatisch dat nieuwe wetenschappelijke inzichten een plek krijgen in het dagelijkse werk in Diemen, beseft hij. "We richten daarom dit jaar een Academische Werkplaats Pakketbeheer in. Wetenschappers gaan daar aan de slag met praktische vraagstukken, in samenwerking met onze eigen medewerkers." Detacheringen, stages, onderwijsactiviteiten, deelname van beleidsmedewerkers aan wetenschappelijk onderzoek: dit zijn zomaar wat andere activiteiten die de kruisbestuiving tussen wetenschap en praktijk moeten bevorderen.

Spaarzaam college

Boer geeft slechts spaarzaam college. "De beperkte tijd die ik beschikbaar heb voor mijn bijzonder hoogleraarschap probeer ik zoveel mogelijk te benutten voor onderzoek. Ik begeleid wel een paar afstudeerders. Eén student schrijft zijn scriptie over eigen betalingen en de zorgverzekering. Eén andere student onderwerpt het wetsontwerp voor het beperken van de vrije artskeuze, dat in december is gesneuveld in de Eerste Kamer, aan een nadere analyse."

Adviseren

Boer heeft in het eerste jaar van zijn hoogleraarschap, samen met zijn promovendi, twee artikelen gepubliceerd in wetenschappelijke tijdschriften. Het artikel over de omgang met innovaties in de zorg, dat hij samen met Payam Abrishami schreef, leidde tot een presentatie bij de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen (KNAW). "Mijn oratie resulteerde in een uitnodiging van het ministerie van VWS voor nader advies over keuzen in de zorg. Ik heb goede hoop dat er in de loop van de tijd nog meer adviesverzoeken zullen komen. Ook op deze manier kan mijn bijzonder hoogleraarschap nuttig zijn voor het Zorginstituut. Het biedt mogelijkheden om de organisatie en ons werkgebied beter op de kaart te zetten."

De bijzonder hoogleraar: spanningsveld of brug?

Een bijzonder hoogleraar is een hoogleraar die niet door de universiteit wordt betaald. Hij of zij maakt ook geen deel uit van de officiële personeelsformatie. Speciale fondsen, stichtingen of bedrijven betalen de bijzonder hoogleraar, die de functie meestal in deeltijd vervult naast een andere baan. De aanstelling is vaak voor een begrensde periode, bijvoorbeeld vijf jaar. Universiteit en sponsor kunnen vervolgens gezamenlijk besluiten de aanstelling te verlengen.

Soms worden vraagtekens geplaatst bij het wetenschappelijk gehalte van de bijzondere leerstoelen. Universiteiten proberen deze risico's te ondervangen door strikte eisen te stellen aan de kwaliteit van de kandidaat en regelmatig een (wetenschappelijke) evaluatie te vragen. Critici vrezen verder dat bijzonder hoogleraren te maken kunnen krijgen met belangenconflicten. Wat gebeurt er als onderzoek uitkomsten oplevert die ongunstig uitpakken voor de organisatie die de leerstoel betaalt? Anderen roemen juist de kansen die een bijzonder hoogleraarschap biedt om de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek daadwerkelijk in de praktijk toe te passen. En andersom: om via de connecties van de bijzonder hoogleraar vitale praktijkgegevens te verkrijgen voor wetenschappelijk onderzoek.

Geen spanning

Deze 'brugfunctie' noemen zowel Bert Boer als Diana Delnoij een belangrijk voordeel van hun bijzonder hoogleraarschap. Een botsing van belangen heeft Delnoij nooit ervaren. "Ik werk bij een onafhankelijk instituut. De druk om je te conformeren aan een beleidslijn of iets dergelijks is daar minder groot dan bijvoorbeeld bij een ministerie het geval zou kunnen zijn. Maar het

is ook een kwestie van karakter. Ik ben met de pet van hoogleraar op niet anders dan ik ben als hoofd van het Kwaliteitsinstituut. Een gespleten persoonlijkheid past niet zo bij mij." Ook volgens Boer is er geen spanningsveld tussen zijn bijzonder hoogleraarschap en zijn functie bij het Zorginstituut Nederland. "Het Zorginstituut heeft vanouds een nauwe band met de wetenschap. Bij het beoordelen van medicijnen of zorginterventies kijken wij eerst en vooral naar relevante wetenschappelijke data, die we dan vertalen in beleid." Bovendien moet hij aan dezelfde wetenschappelijke normen voldoen als 'gewone' hoogleraren, benadrukt Boer. "Zonder een collegiale toetsing krijg je een wetenschappelijk artikel sowieso niet gepubliceerd."

Minder ingebed

Een verschil tussen een bijzonder en een 'gewone' hoogleraar zit in de beperkte tijd die eerstgenoemde beschikbaar heeft voor zijn wetenschappelijke werk: meestal één à anderhalve dag per week. Boer: "Een bijzonder hoogleraar heeft meestal ook een strikter afgebakend onderzoeksgebied. Je bent gebonden aan het werkterrein van de zendende organisatie." Delnoij merkt op dat je als bijzonder hoogleraar minder ingebed bent op de universiteit dan de collega's die voltijds bezig zijn met de wetenschap. "Gezien de beperkte tijd die ik heb voor mijn hoogleraarschap is het al een hele uitdaging om de verbinding te behouden met de collega's binnen het eigen instituut, laat staan met de andere faculteiten op de universiteit."

Hoogleraar Diana Delnoij

Gelegenheid voor reflectie

Hoe leidt het verzamelen van informatie over de kwaliteit van zorg tot verbetering daarvan? Dat is de hoofdvraag waarmee Diana Delnoij zich al sinds 2009 bezighoudt in haar functie als bijzonder hoogleraar 'Transparantie in de Zorg vanuit patiëntperspectief' aan de Universiteit Tilburg.

Diana Delnoij werd zes jaar geleden als hoogleraar in Tilburg aangesteld vanuit het Centrum Klantervaring Zorg. Het Zorginstituut Nederland nam dit bijzonder hoogleraarschap over toen zij daar in 2012 hoofd werd van het Kwaliteitsinstituut. Het Kwaliteitsinstituut heeft tot doel patiënten, zorgverleners en verzekeraars op allerlei manieren te helpen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Delnoij ervaart veel voordeel van haar dubbelfunctie. "Als mijn promovendi en ik iets ontdekken, kan ik het meteen gebruiken in mijn werk voor het Kwaliteitsinstituut. Dat is fantastisch."

Twee routes

Sinds haar overstap naar Diemen is de onderzoeksagenda van Delnoij breder geworden; aanvankelijk was haar opdracht om vooral vanuit het patiëntperspectief naar de kwaliteit van de zorg te kijken. "Ik onderscheid binnen mijn leerstoel twee routes hoe je de kwaliteit van zorg kan verbeteren", licht ze toe. De interne route bestaat eruit dat zorgverleners de kwaliteit van de door hun geleverde zorg zelf meten. Door de resultaten onderling te vergelijken, kunnen ze van elkaar leren. Daarnaast is er ook een externe route. Als informatie over de kwaliteit van de zorg openbaar is, kunnen patiënten de beste zorgverlener kiezen voor de behandeling van hun gezondheidsprobleem. Zorgverzekeraars kunnen vervolgens deze gegevens gebruiken om de beste zorg in te kopen. Delnoij: "Door deze informatie openbaar te maken, prikkel je de zorgverleners die het niet zo goed doen om beter te presteren."

Onderzoeksvragen

Delnoij heeft meerdere onderzoeksvragen geformuleerd. Dat zijn vragen als 'welke kwaliteitsinformatie is relevant voor patiënten', 'hoe kom je van kwaliteitsinformatie tot daadwerkelijke verbeteringen

in de zorg' en 'hoe kun je kwaliteitsinformatie presenteren zodat patiënten en verzekeraars verantwoord kunnen kiezen'. "Niet toevallig zijn dit vragen die ook het Kwaliteitsinstituut graag beantwoord zou zien."

Promovendi

Promovendi voeren het leeuwendeel van het onderzoek uit binnen de leerstoel van Delnoij. Ze begeleidt op dit moment elf studenten als eerste of tweede promotor. Een van hen is Bianca Wiering, die onderzoek doet naar Patient Reported Outcome Measures (PROMs, zie het interview met haar op de volgende pagina's). In hoeverre zijn de indicatoren die worden gebruikt om de kwaliteit van verpleegkundige zorg te meten bruikbaar voor verpleegkundigen zelf om de kwaliteit van hun werk te verbeteren? Daar doet Renate Kieft van beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland onderzoek naar. Een ander proefschrift draait om de rol van de patiënt bij het maken van keuzen in de zorg. Wat zijn het voor patiënten die doelbewust kiezen voor een bepaalde zorgverlener? En waarom maken andere mensen die keuze juist niet? Er vindt onder supervisie van Delnoij ook een promotieonderzoek plaats naar de ervaringen van patiënten met antroposofische zorg.

KiesBeter

Enkele proefschriften zijn al afgerond. Zo promoveerde Olga Damman in 2011 op de manier waarop je keuze-informatie het beste kunt presenteren op websites als KiesBeter.nl. Om het gebruik van deze informatie makkelijker te maken, moet ze beperkt blijven tot punten die mensen echt meewegen in hun keuze, aldus Damman. Ook moet helder zijn wat de informatie betekent en moet deze eenduidig worden gepresenteerd. Op dit moment zet Damman haar expertise in voor het verbeteren van KiesBeter.nl binnen een tijdelijk project van het Zorginstituut.



Diana Delnoij: "Na een dag in Tilburg ga ik met een frisse blik weer in Diemen aan de slag."

Ratings en reviews

Delnoij geeft niet vaak college. "Het instituut Tranzo, waaraan ik ben verbonden binnen de universiteit, richt zich puur op onderzoek en heeft geen onderwijsstaak. Ik begeleid wel elk jaar een groep veelbelovende studenten binnen het zogeheten *outreaching honors program* van de universiteit. Deze studenten willen zich specialiseren op de toepassing van wetenschappelijk onderzoek in de praktijk. Ze werken daarom aan een opdracht bij een maatschappelijke organisatie. Ik zorg dat mijn groepje een onderwerp aanpakt waar het Zorginstituut ook iets aan heeft. Zo

zijn de studenten de laatste keer in gesprek gegaan met mensen van zorgorganisaties die zich sterk betrokken voelen bij het onderwerp kwaliteit van zorg." Ook begeleidt Delnoij incidenteel afstudeerders. "Eén studente deed haar afstudeeronderzoek naar *ratings en reviews* op een zorgbeoordelingsite. Wat bleek? Je kunt van honderd patiënten een goed cijfer krijgen voor de zorg die je levert, maar één slechte recensie doet alles teniet. Mensen zullen op basis van dit negatieve commentaar meestal kiezen voor een andere zorgverlener."

"Je kunt van honderd patiënten een goed cijfer krijgen voor de zorg die je levert, maar één slechte recensie doet alles teniet"

Frisse blik

Het kost Delnoij weinig moeite de knop om te zetten als ze haar baan bij het Kwaliteitsinstituut één dag per week verruult voor de toga van de hoogleraar. De omgekeerde route verloopt al even probleemloos. "Er is een enorme overlap qua onderwerpen. Ik zeg weleens dat ik die ene dag als bijzonder hoogleraar gebruik voor reflectie. Doe ik de goede dingen in mijn functie als hoofd van het Kwaliteitsinstituut? Hoe zou het beter kunnen? Na een dag in Tilburg ga ik met een frisse blik weer in Diemen aan de slag."

Promovendus Bianca Wiering

Het Zorginstituut kijkt uit naar de onderzoeksresultaten

Bevatten vragenlijsten waarmee patiënten de kwaliteit van de ontvangen zorg kunnen beoordelen wel de juiste vragen? Bianca Wiering doet onderzoek naar de kwaliteit van deze vragenlijsten. Diana Delnoij is haar promotor.

Patient Reported Outcome Measures (PROMs) zijn vragenlijsten die gegevens opleveren over hoe patiënten de effectiviteit van een medische behandeling ervaren. Deze vragenlijsten zijn oorspronkelijk ontwikkeld om de behandeling van individuele patiënten te ondersteunen. PROMs worden echter steeds vaker gebruikt om meer algemeen de kwaliteit van zorg en zorgverleners te meten. Het idee is dat patiënten straks mede op basis van deze PROMs zelf een geschikte behandelaar kunnen kiezen. Maar hoe patiëntgericht zijn de PROMs eigenlijk? Bevatten ze wel de juiste vragen vanuit het oogpunt van de patiënt? Hiernaar doet Bianca Wiering sinds 2014 onderzoek aan de Tilburgse universiteit. Diana Delnoij is haar promotor.

Lastig vergelijken

“Er bestaat op dit moment nog geen richtlijn over hoe je een PROM moet opstellen”, schetst de onderzoekster. “Het gevolg daarvan is dat de vragenlijsten onderling sterk verschillen. En dat maakt vergelijking tussen zorgaanbieders lastig. Ook is het moeilijk om op basis van de huidige gegevens uitspraken te doen over de kwaliteit van zorg in algemene zin. Meer standaardisatie is dus gewenst.” Patiënten zijn ook lang niet altijd betrokken bij het opstellen van de PROMs en bij de interpreta-



Wiering: “Met Diana Delnoij als promotor is de kans groter dat er echt iets gebeurt met mijn onderzoek.”

tie van de uitkomsten, vervolgt ze. “Je kunt daardoor terecht vraagtekens plaatsen bij de patiëntgerichtheid van sommige vragenlijsten. Mijn onderzoek moet aanbevelingen opleveren hoe dit anders en beter kan.”

Geduld

Wiering is erg content met de begeleiding van Delnoij. “Diana heeft veel kennis op onderzoeksg gebied. Ze kan ook een brug naar de praktijk voor me slaan. Via haar kom ik makkelijk in contact met mensen in de praktijk van de zorg die mijn onderzoek verder kunnen helpen. Met Diana als promotor is de kans ook stukken groter dat er echt iets gebeurt met mijn onderzoek. Sterker nog, het Kwaliteitsinstituut kijkt

uit naar de uitkomsten.” Enig geduld is nog wel nodig wat dat betreft. Volgens de planning moet het promotieonderzoek in 2018 zijn afgerond.

Internationaal

De relevantie van het onderzoek beperkt zich niet tot Nederland. “Andere landen maken eveneens gebruik van PROMs bij het meten van de kwaliteit van de zorg. Het Verenigd Koninkrijk loopt voorop in deze ontwikkeling. Maar ook de PROMs in andere landen bevatten niet perse de informatie die patiënten belangrijk vinden. Ik hoop dat mijn onderzoek ook een steentje kan bijdragen aan de verbetering van de patiëntgerichtheid van deze vragenlijsten.”

Promovendus Payam Abrishami

Omgaan met innovaties in de zorg

Payam Abrishami werkt al geruime tijd bij Zorginstituut Nederland. Hij doet onderzoek naar de waarde van innovaties in de zorg.

Hoe kunnen we de waarde van complexe zorginnovaties en medische apparatuur beter begrijpen? Hoe kunnen we deze waarde beoordelen bij de afweging of innovaties thuis horen in het verzekerde pakket? Welke rol kunnen de verschillende partijen die betrokken zijn bij innovaties daarin spelen? En hoe kan het Zorginstituut zorgen dat het draagvlak en de rechtvaardigheid van zijn beslissingen over innovaties toenemen? Het zijn de kernvragen van het promotieonderzoek dat Payam Abrishami begin 2017 wil afronden.

Verbinding

Bovenstaande vragen passen naadloos binnen het deelthema ‘omgaan met innovaties’ van de leerstoel van Bert Boer. Niet verbazingwekkend dus dat naast professor Klasien Horstman van de Universiteit Maastricht Bert Boer promotor is voor dit onderzoek. Abrishami is een voorbeeld van de verbinding tussen onderzoek en praktijk die Boer tot stand wil brengen. Hij is in het dagelijks leven namelijk onderzoeker en adviseur bij Zorginstituut Nederland. Ook in deze baan is de beoordeling van innovaties zijn aandachtsgebied.

Aanbevelingen

“Zorgverleners beslissen meestal zelf of ze een vernieuwing gaan toepassen”, vertelt de onderzoeker. “Dit gebeurt vaak zonder dat hier een uitgebreide beoordeling aan voorafgaat. Dat dit het mogelijk maakt om veelbelovende innovaties snel in gebruik te

nemen, is een groot goed.

Maar je mag ook verwachten dat pas tot een grootschalige introductie van een vernieuwing wordt besloten als de toegevoegde waarde is aangetoond.”

Da Vincirobot

Dat die waarde van een vernieuwing is aangetoond, blijkt in de praktijk niet altijd het geval. Dat toont volgens Abrishami het voorbeeld van de Da Vincirobot aan, een high-techapparaat dat de chirurg helpt om moeilijke ingrepen bij prostaatkanker te verrichten. “Ik heb hier eerder voor het Zorginstituut – toen het CVZ – onderzoek naar gedaan”, vertelt de promovendus. “Tal van ziekenhuizen schaften zo’n dure operatierobot aan, terwijl de meerwaarde ten opzichte van conventionele chirurgie nog steeds omstreden is. In mijn promotieonderzoek zal ik met aanbevelingen komen hoe we met alle betrokken partijen de introductie van dergelijke innovaties zorgvuldig kunnen beoordelen.”

Scherpe lezer

Abrishami heeft veel profijt van de begeleiding door Bert Boer. “Hij is een scherpe lezer. Met twee of drie goedgekozen woorden bij een belangrijke passage in mijn onderzoek zet hij me soms echt aan het denken. Misschien is de gevolgtrekking die ik daar trek toch niet zo vanzelfsprekend. Of roept een bepaalde conclusie meer vragen op dan ze antwoorden biedt. Alleen om die reden al ben ik blij dat Bert mijn begeleider is.”



Abrishami: “Bert Boer is een scherpe lezer. Alleen al om die reden ben ik blij dat hij mijn begeleider is.”

Change Day

Stilstaan bij de goede dingen in de zorg

Kleine verbeteringen, groot effect. Met die gedachte organiseerde Zorginstituut Nederland in 2014 voor het eerst Change Day. Een dag waarop mensen die in de zorg werken, of bij het zorgbeleid betrokken zijn, een belofte voor verbetering in de zorg te doen om elkaar te inspireren. “We wildenilstaan bij de goede dingen in de zorg”, zegt organisatrice Ingie Roubouts van het Zorginstituut.

Tekst: Florentijn van Rootselaar

Beeld: Jiri Buller (HH)

Wijkverpleegkundige Caroline Smeets beloofde in juni 2014 dat ze haar rondes door de wijk voortaan per fiets zou maken. Want, zo zei ze: “Een fiets zorgt voor meer contacten in je wijk als wijkverpleegkundige; zo ben je een aanspreekpunt!” Al snel ontvangt ze een fiets van een collega.

Het is een favoriet voorbeeld van Ingie Roubouts, een van de mensen van het Zorginstituut die in 2014 Change Day in Nederland introduceerde, nadat de dag in Engeland al een succes was. Op Change Day doen werkers in de gezondheidszorg en het zorgbeleid een belofte om elkaar te inspireren goede zorg te leveren. “Ik was enthousiast over het idee door de vele concrete plannen. Neem een verpleegkundige uit Engeland. Zij had beloofd dat ze kinderen op de recoverkamer altijd een beer zou geven, zodat ze niet alleen zouden zijn als ze uit de narcose kwamen. Zo zorg je ervoor dat de kinderen zich meer op hun gemak voelen, minder verloren in die ruimte na zo'n ingreep. Het is een kleine handeling, maar het effect is groot.”

Samen met collega's van het Zorginstituut speelde Roubouts een voortrekkersrol in de introductie van deze dag. “We hebben toen achthonderd beloften opgehaald”, zegt Roubouts. Zo'n belofte delen de 'belovers' vervolgens met collega's en anderen, onder

meer via changedaynederland.nl en via de Facebookpagina van de dag. “Het is vooral bedoeld om stil te staan bij de goede dingen in de zorg. Zorg is vaak negatief in het nieuws, maar er gebeuren ook veel mooie dingen op de werkvloer. Als je die via Change Day aandacht geeft, krijgen die mensen daar ook erkenning voor. Verder kunnen ze elkaar inspireren. Zo creëer je een positieve flow.”

“Opvallend veel beloften gaan over een positieve houding, bijvoorbeeld over een poging om het contact met patiënten te verbeteren”

Waarom zet juist het Zorginstituut zich in voor deze dag?

“Zeker sinds het Kwaliteitsinstituut deel uitmaakt van onze organisatie is kwaliteit erg belangrijk voor ons. Maar hoezeer we die kwaliteit hier ook trachten te verbeteren, tegelijkertijd realiseren we ons heel goed dat de echte kwaliteit aan het bed geleverd wordt door zeer verantwoordelijke zorgprofessionals, mensen met vaak zware banen die zich elke dag weer inzetten voor die kwaliteit. Dat willen we graag zichtbaar

maken door ze een podium te bieden, waardoor je de goede dingen die er al zijn ook nog eens kunt versterken. Want samen sta je sterk.”

Doet u zelf ook mee aan Change Day?

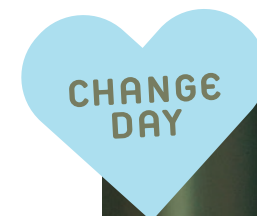
“Zeker, meerdere mensen binnen het Zorginstituut doen dat. Wij doen dat door vrijwilligerswerk. Vorig jaar draaide een groep medewerkers een dagje mee in een verpleeghuis. En in mei van dit jaar zijn we met collega's naar Artis geweest als begeleiders van een groep ouderen. Je merkt dat je mensen dan heel blij kunt maken. Een vrouw vroeg aan het eind van de dag of een van ons haar even naar het toilet kon brengen, ze realiseerde zich kennelijk niet dat die persoon ook mee was geweest naar Artis. Toen zei ze tegen hem: ‘Ik heb zo'n leuke dag gehad, het zijn zulke lieve mensen. Het is inspirerend om te zien dat je door zo'n kleine moeite zo veel voor mensen kunt betekenen.’”

Wat voor soort beloften worden gedaan?

“Opvallend veel beloften gaan over een positieve houding, bijvoorbeeld over een poging om het contact met patiënten te verbeteren. ‘Ik zorg dat ik mijn patiënten met een glimlach benader’, bijvoorbeeld. Of: ‘Ik zorg dat ik het mooie van mensen zie.’ Ook belooft een van de deelnemers: ‘Ik zorg dat mijn collega's in de zorg de patiënten in hun waarde laten.’”

Change Day Nederland

Met Change Day Nederland inspireren werknemers in de zorg elkaar door een persoonlijke belofte te doen voor verbetering van de zorg. Change Day is een begrip in Engeland, waar het allemaal begon, en wordt de afgelopen jaren ook in Australië, Canada, Zweden en Ierland gehouden. Zorginstituut Nederland heeft voor de invoering van deze actie het voortouw genomen. De eerste Change Day in Nederland vond plaats op donderdag 26 juni 2014, waarop ook staatssecretaris Martin van Rijn zijn inzet kenbaar maakte met de belofte: “Ik zorg dat de zorg weer dichterbij de mensen komt”. Change Day zal vanaf 2015 enigszins gewijzigd zijn. De nadruk ligt minder op de dag zelf – een belofte om de zorg zelf te verbeteren, kan het hele jaar door gemaakt worden. Ook is het idee van een keiharde belofte wat gerelativeerd, en gaat het meer om een actie. Op www.changedaynederland.nl zijn alle beloften verzameld.



Staatssecretaris van VWS Martin van Rijn beloofde op Change Day 2014 ervoor “te zorgen dat de zorg weer dichterbij de mensen komt.”

Hebben mensen zich aan die beloften gehouden?

“We hebben dat nog niet onderzocht, wel zijn we plan daar voor de volgende Change Day, in november, wat van te laten zien. Misschien maken we filmpjes van de mensen die toen de beloften hebben gedaan. We hebben wel gemerkt dat Change Day ook andere effecten had. Er zijn niet alleen die dag beloften gedaan, maar meerdere instellingen in de zorg hebben zich later ook

door dat idee laten inspireren. Het Radboud Universitair Medisch Centrum heeft het idee ook ingezet in hun verbeteringsbeleid. Zo'n Change Day, merkten ze daar, kan toch een momentum zijn om te oogsten bij de mensen.”

Kunt u al wat vertellen over die Change Day in november?

“De vorm zal wel wat anders zijn, want we hebben geleerd van onze ervaringen uit 2014. Dat jaar was een proeftuin, je oogst goede ideeën, je kijkt hoe je daarmee anderen kunt inspireren. Dit jaar gaan we wel wat veranderen. In 2014 kozen we nog voor een belofte, een idee dat afkomstig was uit Engeland. Maar in Nederland vinden we zo'n belofte toch wat hard. Daarom kiezen we dit jaar voor de vraag met welke actie mensen een positieve verandering in de zorg willen aanbrengen. Dat klinkt wat minder verplichtend, maar het effect kan even positief zijn.”



Zorg Magazine

Kwartaalblad van Zorginstituut Nederland.

Een abonnement op Zorg Magazine is kosteloos.

Voor het aanvragen of opzeggen van een abonnement,
evenals voor het wijzigen van uw gegevens kunt u contact
opnemen met het Zorginstituut:

bestel@zinl.nl

020 797 83 83

www.zorginstituutnederland.nl

Druk

De Bondt grafimedia communicatie bv, Barendrecht

Hoofredactie

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

Eindredactie

Annette van der Elst

Aan dit nummer werkten mee

James Boast, Jiri Buller, Eduard Ernst, Noël Houben,

Arie Kievit, Jos Leijen, Florentijn van Rootselaar,

Ron Zwagemaker