



Zorginstituut Nederland

Zorginstituut magazine

kwartaalblad van
Zorginstituut Nederland
april 2017

“Verpleeghuis
wordt lerende
organisatie”

7 bijdragen aan
meer transparantie
in de zorg

FK-site is
vernieuwd

Hoe
doen jullie
dat?

VERPLEEGHUISZORG:
van elkaar leren!

Werkt dat
goed?



Inhoud

6 **Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg**

Nu het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is vastgesteld, blijft het Zorginstituut betrokken bij de implementatie van het nieuwe kader. Een van de belangrijkste punten daarin is dat verpleeghuizen 'lerende organisaties' moeten worden.

12 **Advies fysio- en oefentherapie**

Onlangs adviseerde het Zorginstituut onderzoek te doen naar de (kosten)effectiviteit van fysio- en oefentherapie. Per aandoening wordt onderzocht of therapie effectief is en dus in het basispakket kan worden opgenomen.

14 **FK-site is vernieuwd**

De website van het Farmacotherapeutisch Kompas (FK) is vernieuwd. Welke verbeteringen hebben wij doorgevoerd?

24 **Innovatie informatievoorziening**

Het Zorginstituut is betrokken bij diverse recente innovaties in de informatievoorziening in de zorg. Zoals de inzet van block-chain-techniek bij de ontwikkeling van een zorg-app, een digitaal logboek voor de zorg voor patiënten.

28 **Meer transparantie in de zorg**

Beschrijving van zeven projecten die in het kader van de subsidieregeling 'Transparantie over de Kwaliteit van Zorg' door het Zorginstituut worden ondersteund. Hoe dragen zij bij aan de transparantie in de zorg?



Rubrieken

9 **Column** Martin van der Graaff

10 **Tien vragen aan:** Marcel Daniëls

16 **Feiten & Cijfers**

18 **De andere blik**

Specialist ouderengeneeskunde Nienke Nieuwenhuizen vindt dat we eerst over goede palliatieve zorg moeten praten, voordat euthanasie ter sprake komt.

21 **Zinnige Zorg**

Lopende trajecten binnen Zinnige Zorg.

26 **Aan het bureau / aan het bed**

Theorie vs. praktijk over de duiding *Medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige ggz.*

31 **Elevator Pitch**

Het werk van Tiana van Grinsven van het Zorginstituut in 200 woorden gevat.

32 **Over zorg gesproken**

Rollen

voorwoord

Na de succesvolle overdracht van de burgerregelingen aan het CAK in Den Haag, is het Zorginstituut het nieuwe jaar begonnen met een veel compactere organisatie. Een organisatie met een duidelijke focus: ervoor zorgen dat burgers in ons land van goede zorg verzekerd zijn, niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk. Fonds-beheer, het klassieke pakketbeheer, onze kwaliteitstaken, onze activiteiten om zinnige zorg te bevorderen zijn instrumenteel aan die missie.

De inzet van verschillende instrumenten betekent ook een verschil in invulling van onze rol in het zorgstelsel. Ten principale is onze rol die van openbaar bestuur. Hoeveel expertise we ook in huis hebben op het gebied van verzekeren en op medisch gebied, de legitimiteit van ons handelen vloeit altijd voort uit het feit dat we het publieke belang dienen.

De concrete invulling van die rol kan heel wisselend zijn en is afhankelijk van wetgeving, maar ook van de context. Dat raakt direct aan het samenspel van het Zorginstituut als publiek orgaan met de partijen in de samenleving. De accenten in dat samenspel veranderen met de tijd. Burgers eisen nu meer ruimte voor zichzelf op en overheidsbemoeienis is niet vanzelfsprekend. Overheden zijn zich dat bewust en denken dan veel in termen van burgerparticipatie. In het rapport *Loslaten in vertrouwen* uit 2012 keerde de Raad voor het openbaar bestuur (Rob) dat radicaal om: niet de burger participeert in het handelen van de overheid, maar burger en samenleving staan centraal en de overheid voegt daar iets aan toe. In dat nieuwe paradigma introduceerde de Rob de 'overheidsparticipatietrap'. Op die trap varieert de rolinvulling van het openbaar bestuur van loslaten, via faciliteren, stimuleren en regisseren tot uitiem reguleren.

Dit geldt dus ook voor het Zorginstituut. Voor een aantal taken zoals bijvoorbeeld risico-verevening, maar ook het bepalen van het basispakket voor de verzekering is regulering – uitgaande van een solidaire samenleving – onvermijdelijk. Bij de manier waarop gebruik wordt gemaakt van het basispakket past primair een stimulerende of regisserende rol. Met onze verbeteringsignalen in het kader van Zinnige Zorg doen we handreikingen die partijen in de private driehoek (aanbieders, burgers, verzekeraars) in praktijk moeten brengen. We voegen daar publiek beschikbaar inzicht toe dat het mogelijk maakt de driehoek beter te laten functioneren. Een regulerende rol is alleen aan de orde als partijen hun rol verzaken. Want het is niet vrijblijvend. De burger moet kunnen rekenen op doelmatige zorg. In hun belang kan de publieke driehoek van IGZ, NZa en het Zorginstituut wel regulerend optreden. Met onze kwaliteitstaken zullen we doorgaans in een faciliterende of stimulerende rol zitten. Kwaliteit van zorg en leven wordt niet vanachter een Diemens bureau bedacht, laat staan geleverd. Dat doen professionele zorgverleners en patiënten in de spreekkamer. Wat we toevoegen zijn de ingrediënten om de kwaliteitscirkel beter te laten draaien door publiekelijk kenbaar te maken wat partijen afspreken wat goede zorg is en te laten zien wat daarvan de uitkomsten zijn. Het op gang houden van de kwaliteitscirkel en het bieden van inzichten aan burgers om keuzen te maken is niet vrijblijvend. Onze rol kan gaandeweg een traject verschuiven van faciliteren en stimuleren naar regisseren of zelfs reguleren. Dat laatste is bijvoorbeeld gebeurd bij de vaststelling van kwaliteitsindicatoren, de spoedzorg, de geboortezorg, de intensive care en de verpleeghuiszorg.

U kunt ons dus in een verscheidenheid van rollen tegenkomen, afhankelijk van het taakgebied en van de situatie rond een concreet onderwerp. Maar altijd staat voorop dat we opereren vanuit het publiek belang, het belang van 17 miljoen inwoners van dit land.

Arnold Moerkamp
Voorzitter Zorginstituut Nederland



Korte berichten

Nieuw IVF-beleid levert besparingen én betere zorg



Sinds 2013 hebben gynaecologen (NVOG), patiënten (Freya) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) samengewerkt om de uitgaven aan IVF te verminderen. Dit heeft niet alleen geleid tot vermindering van kosten, maar ook tot belangrijke kwaliteitsverbeteringen. Dat concludeerde het Zorginstituut onlangs in de *Definitieve rapportage opbrengsten van alternatieve maatregelen IVF*. Sinds 2013 zijn er door terugplaatsing van één embryo bij gelijkblijvende zwangerschapskansen minder meerlingzwangerschappen geweest en zijn daarmee gepaard gaande risico's vermeden. Vrouwen van

43 jaar en ouder komen niet meer in aanmerking voor vergoeding van vruchtbaarheidgerelateerde zorg en medicatie wordt doelmatiger voorgeschreven. Ook zijn meer vrouwen op natuurlijke wijze zwanger geworden door bij een goede prognose niet direct een behandeling in te zetten. Dankzij deze maatregelen is de beoogde besparing van ten minste 30 miljoen euro per jaar aantoonbaar gerealiseerd. De totale vermindering in uitgaven komt ten opzichte van 2012 uit op 33,2 miljoen in 2013 en 37,85 miljoen euro in 2014.

Betere afspraken ggz-verblijfszorg noodzakelijk

Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten moeten betere afspraken maken rond de verblijfszorg in de ggz. Zo moet er onder meer een ontslagprotocol komen voor cliënten in ggz-instellingen. Dit stelt het Zorginstituut in het rapport *Medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige ggz*. Het rapport beschrijft de criteria waaraan goede verblijfszorg volgens behandelaren en cliënten moet voldoen. Cliënten dreigden tussen wal en schip te vallen door onduidelijkheid over de vergoeding van verblijf in een ggz-instelling. *Lees meer over dit rapport in de rubriek Aan het bureau/aan het bed, pagina 26 en 27.*

Onderzoek biedt houvast voor verstandiger antibioticagebruik

Het voorschrijven van antibiotica door de huisarts kan beter; dit blijkt uit een onderzoek van het Zorginstituut en het NIVEL. Het Zorginstituut concludeert dat verstandiger antibioticagebruik met name wordt bevorderd door het gesprek tussen patiënt en huisarts over het wel of niet voorschrijven hiervan. Voor hoesten, neusbijholteontsteking of blaasontsteking worden regelmatig antibiotica voorgeschreven, ook als daar volgens de richtlijn geen indicatie voor is. De geïnterviewde huisartsen geven aan dat wensen, voorkeuren en omstandigheden van patiënten soms een rol spelen bij het afwijken van richtlijnen. Het is de vraag in hoeverre huisartsen op de hoogte zijn van de wensen van hun patiënten. Patiënten die voor deze drie aandoeningen bij hun huisarts zijn geweest zeggen namelijk dat zij niet altijd met de huisarts over antibiotica hebben gesproken. Als dat wel gebeurt, vraagt de huisarts volgens patiënten meestal niet naar hun mening.

Bijna 144 miljoen euro minder zorguitgaven in 2019

De in 2016 door het Zorginstituut uitgebrachte standpunten en adviezen over de samenstelling van het basispakket zullen in 2019 leiden tot bijna 144 miljoen euro minder uitgaven. Dit ondanks het gegeven dat het basispakket vorig jaar is uitgebreid met zorg ter waarde van bijna 125 miljoen euro. De financiële effecten van de beoordelingen worden gerealiseerd doordat niet-effectieve zorg wordt uitgesloten, maar ook doordat effectieve zorg deel uit gaat (of blijft) maken van het basispakket. Dat staat in het *Overzicht financiële effecten rapporten Zorginstituut – verslagjaar 2016*, dat het Zorginstituut begin maart aan minister Schippers van VWS uitbracht.

Oefentherapie bij artrose in basispakket

Oefentherapie bij artrose van heup en knie kan voor maximaal twaalf behandelingen in het basispakket opgenomen worden. Het gaat hierbij om oefentherapie onder supervisie van een fysio- of oefentherapeut, waarbij de behandeling meestal acht tot twaalf weken duurt. Oefentherapie bij reuma heeft géén plaats in het basispakket. Dat adviseerde het Zorginstituut vorige maand in het rapport *Fysio- en oefentherapie bij artrose aan heup en knie, reumatoïde artritis en spondyloartritis en radiculair syndroom (hernia) met motorische uitval* aan minister Schippers.

Als oefentherapie bij artrose conform ons voorstel in het basispakket wordt opgenomen, resulteert dat in een besparing van 5 miljoen euro per jaar, vooral als gevolg van uitstel van protheseplaatsingen.

Vierde Zorginstituut Nederland Lezing

De vierde Zorginstituut Nederland Lezing vindt op 5 april 2017 plaats in de Veerensmederij te Amersfoort. Ditmaal spreekt Peter van Lieshout de lezing uit. Van Lieshout is afgestudeerd psycholoog en filosoof, gepromoveerd in de wijsbegeerte en sinds 1992 hoogleraar Theorie van de Zorg aan de Universiteit Utrecht. Vanuit een politiek-filosofische invalshoek belicht hij een zeer actueel thema: 'Rechtvaardigheid in de zorg in relatie tot economische schaarste'. Rosanne Hertzberger treedt deze middag als coreferent op. Hertzberger promoveerde in 2014 aan de UvA als microbioloog op metabolisme van melkzuurbacteriën en deed postdoctoraal onderzoek aan de Washington University in St. Louis. In april komt haar boek *Ode aan de E-nummers* uit.



Hoogleraar Peter van Lieshout.

Voor meer informatie of aanmelding, zie: www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/zorginstituut-nederland-lezing.



Brochure over levering langdurige zorg

Mensen met een indicatie voor de Wet langdurige zorg (Wlz) kunnen op verschillende manieren zorg krijgen. Zij kunnen in een instelling gaan wonen of thuis zorg krijgen. Om mensen goed te informeren over de mogelijkheden heeft het Zorginstituut de brochure *Hoe wilt u uw zorg in 2017 geleverd hebben in de Wet langdurige zorg?* ontwikkeld. Op basis van deze informatie kunnen mensen betere keuzen maken in de zorg die zij vanuit de Wlz ontvangen.

Meer informatie?
Meer informatie over deze nieuwsberichten kunt u vinden op www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws

Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg

“Verpleeghuizen moeten lerende organisaties worden”

De kogel is door de kerk: de verpleeghuiszorg heeft sinds half januari een nieuw Kwaliteitskader. Daarin staat welke zorg cliënten en hun naasten van een verpleeghuis mogen verwachten. Het kader is opgesteld door de Kwaliteitsraad van het Zorginstituut, nadat partijen in de sector daar zelf niet in waren geslaagd.

Tekst Jacqueline Schadee

Beeld Mrs. Peacock (illustratie),

De Beeldredactie | Medea Huisman (foto)

Het kwaliteitskader gaat ervan uit dat mensen in het veld zelf het beste weten hoe de kwaliteit kan worden verbeterd. Hoe verpleeghuizen precies moeten veranderen, staat er dus niet in. “Het veld is nu aan zet”, vertelt Sjaak Wijma, die als lid van de Raad van Bestuur van het Zorginstituut nauw betrokken is bij de ontwikkelingen rond het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. “Verpleeghuizen moeten nu op eigen wijze invulling gaan geven aan de nieuwe uitgangspunten.” Het Zorginstituut blijft wel betrokken bij de kwaliteitsverbetering van de verpleegzorg en zal toezien op de implementatie van het nieuwe kwaliteitskader. Vertegenwoordigers van het Zorginstituut gaan deze zomer samen met partners van het overheidsprogramma ‘Waardigheid en Trots’ in verschillende regio’s het kwaliteitskader toelichten. Daarna blijft het Zorginstituut op de achtergrond beschikbaar als adviesverlener en vraagbaak. Sjaak Wijma wordt voorzitter van een stuurgroep, bestaande uit afgevaardigden van sectorpartijen die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de diverse opdrachten uit het kader. Deze partijen zullen daarbij gebruikmaken van resultaten uit onderzoek en van de kennis en expertise van kennisinstituten en zogenaamde ‘koplopers’.

Leren en verbeteren

Een van de belangrijkste punten in het nieuwe kwaliteitskader is dat verpleeghuizen

‘lerende organisaties’ moeten worden. Niet alleen door binnenshuis aandacht te besteden aan leren en verbeteren, maar ook door te willen leren van elkáár.

Binnen de verpleegsector zijn er grote verschillen. De ene instelling doet het – met hetzelfde budget en een vergelijkbare omvang – beter dan de andere. Bij sommige verpleeghuizen zijn cliënten en hun naasten dik tevreden over de zorg, bij andere niet. Het ene huis heeft veel verloop onder het personeel, bij het andere blijven medewerkers jarenlang aan boord. Blijkbaar is er binnen de sector wel kennis aanwezig over de manier waarop kwaliteit kan worden geleverd, maar is die nog niet bij iedereen bekend. Daarom moeten instellingen volgens Wijma bij elkaar langsgaan en openstaan voor elkaars manier van werken: “Je kunt zó veel leren door bij elkaar in de keuken te kijken. Natuurlijk kun je niet alles wat bij de burens werkt een-op-een overnemen, bijvoorbeeld omdat je een heel ander gebouw hebt of een ander type bewoners. Maar het contact brengt je vaak wel op ideeën.”

De regels rondom dat ‘leren’ worden in het kader minder strak vastgelegd dan bijvoorbeeld de basiseisen voor de veiligheid. Toch is ‘leren’ ook weer niet vrijblijvend. Wijma: “Niet alles hoeft meteen te lukken. Maar je moet als organisatie wel aangeven waar je naartoe wilt, hoe je dat denkt te bereiken, en wat je tot nu toe gedaan hebt. Na een jaar

Lerende netwerken

Om instellingen te stimuleren en te helpen bij het ‘leren van elkaar’, moeten zij een ‘lerend netwerk’ vormen met minimaal twee andere instellingen van een andere koepel, en ervaringen delen door elkaar te bezoeken, te consulteren en samen te komen voor intervisie.



alleen maar zeggen: ‘Het lukte niet’ is een slecht verhaal.”

Openbaar

Een ander belangrijk punt in het nieuwe kwaliteitskader is dat instellingen verplicht worden om bepaalde kwaliteitsinformatie openbaar te maken. Het gaat onder andere om informatie over basisveiligheid, cliëntwaarderingen en om het kwaliteitsplan met resultaat van de verbeteracties: die moeten op de website van de zorginstelling te vinden zijn. “Deze kwaliteitsgegevens zijn interessant voor zowel cliënten, zorgverzekeraars als

voor de instellingen zelf. Het kan toekomstige cliënten helpen om een keuze te maken tussen verschillende verpleeghuizen; zorgverzekeraars kunnen er hun inkoopbeleid op baseren, en instellingen kunnen er hun kwaliteitsbeleid mee aanscherpen. Ook voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg zijn de gegevens relevant”, aldus Wijma. “Het is nadrukkelijk niet de bedoeling dat het maken van het openbare kwaliteitsverslag uitgroeit tot een extra bureaucratische taak: het verslag moet juist tal van andere verplichte verslagen vervangen.”

“Je kunt zó veel leren door bij elkaar in de keuken te kijken. Natuurlijk kun je niet alles een-op-een overnemen, maar het brengt je vaak wel op ideeën”

Instellingen hoeven niet bang te zijn dat de inspectie de kwaliteitsinformatie zal gebruiken voor het maken van ranglijstjes. “Het gaat er niet om wie de beste is”, aldus Wijma. “Het gaat om het delen van informatie: wat heb je bereikt en hoe heb je dat gedaan? Maar ook: wat heb je nog niet bereikt en waarom niet? Dat houdt je als organisatie scherp en andere partijen kunnen er hun voordeel mee doen.”

Personeelssamenstelling

Op het gebied van de veelbesproken personeelsnorm maakt het Zorginstituut een pas op de plaats. Een centrale norm voor alle verpleeghuizen, bijvoorbeeld ‘twee verzorgers per acht bewoners’, waar Hugo Borst in zijn manifest voor pleit, komt er niet. Zo’n algemene norm gaat namelijk voorbij aan de kwalificaties van de personeelsleden, aan regionale verschillen en aan de uiteenlopende zorgbehoeften van cliënten. Wijma: “Acht mensen met dementie in een gevorderd stadium hebben aan twee verzorgenden misschien niet genoeg, terwijl andere afdelingen prima uit de voeten kunnen met twee verzorgenden op een groep van twaalf. Er moet een norm komen op basis van de inhoud: een centrale norm staat maatwerk in de weg.” Voor de verpleeghuiszorg is wel een voorlopige norm opgesteld voor wat betreft het aantal verzorgenden tijdens intensieve zorgmomenten. De definitieve norm moet worden ontwikkeld door de sector zelf.

Reacties uit het veld

Over het algemeen zijn volgens Wijma de reacties op het nieuwe kwaliteitskader positief. “Maar voor sommige instellingen is het wel even schrikken dat het kader op veel gebieden niet tot achter de komma beschrijft ►



“Natuurlijk is hygiëne belangrijk, maar dat kan per persoon verschillen. De een wil dolgraag in een bubbelbad, voor de ander is een washandje voldoende”

hoe iets gedaan moet worden. Zo van: ‘Oei, nu moeten we zelf keuzes gaan maken.’ Andere instellingen vinden dat het kader zich weer te veel op details richt.”

Directeur Laurent de Vries van zorginstelling Viattence, met circa vijftien huizen in het oosten van het land, is blij met het nieuwe kwaliteitskader. Hij werd gehoord op een van de zittingen van de Kwaliteitsraad. “Wat ik heel goed vind, is dat het nieuwe kwaliteitskader gebaseerd is op de verwachtingen en de wensen van cliënten, niet op die van de zorginstellingen”, geeft De Vries aan. “Dat wil zeggen dat de zorg wordt georganiseerd rondom de cliënt. Dus niet: de bewoner

om zeven uur uit bed halen omdat dan de dienst van de verzorgende begint, maar de aanvangstijd van een dienst aanpassen aan het tijdstip waarop bewoners graag opstaan. Voor ons draait de verpleeghuiszorg om de verlangens van bewoners, niet om hun primaire behoeften. Want ja, iemand moet eten, maar wat wil hij of zij nou eigenlijk echt? Lekker eten! En wat lekker is, is voor iedereen verschillend. Voor persoonlijke hygiëne geldt iets vergelijkbaars. Natuurlijk is hygiëne belangrijk, maar hoe je daarvoor zorgt kan per persoon verschillen. De een wil dolgraag in een bubbelbad, voor de ander is een washandje voldoende. ‘Elke dag douchen’ werd in de discussie rondom de

verpleeghuiszorg opeens een *hot item*, alsof dat een basisbehoefte zou zijn. In onze huizen wonen veel mensen met een agrarische achtergrond. Die zijn niet gewend om elke dag te douchen en doe je daar dus ook geen plezier mee.”

Zingeving

“In onze organisatie is zingeving van belang”, vervolgt De Vries. “Niet als levensovertuiging, maar letterlijk: iemand zin geven in het leven. In een van onze huizen woont een zwaar dementerende vrouw met volledige afasie, die heel goed kan breien. Zij geeft nu breiëles aan een aantal zorgverleners, gewoon, omdat die het leuk vinden en het nooit geleerd hebben. Zo help je zo’n vrouw aan een zinvolle invulling van haar leven. Een ander groot winstpunt van het nieuwe kader is dat het lerend vermogen van een organisatie centraal komt te staan. Dat is belangrijker dan het voorkomen van incidenten. Je moet in een kwaliteitsplan duidelijk maken waar je staat, waar je naartoe wilt en welke hobbels je voorziet – en hoe je met die hobbels denkt om te gaan. Zo laat je zien dat je een lerende organisatie bent, in staat om veranderingen op te vangen. Met een afvinklijstje kom je niet meer weg. Door ook van elkáár te gaan leren, ontstaat er ruimte voor reflectie. Je vraagt elkaar waarom je dingen doet zoals je ze doet. Dat juich ik toe.”

“Voorheen werd de kwaliteit van de verpleeghuiszorg vooral bepaald door de curatie, maar tegenwoordig wordt er steeds minder behandeld. Mensen wonen gemiddeld nog maar zeven maanden in een verpleeghuis voordat ze overlijden. Verpleeghuiszorg wordt steeds meer verlengde palliatieve zorg, waarbij je je moet afvragen hoe je de laatste fase voor mensen zo aangenaam mogelijk kunt maken. Het gaat niet om lijstjes met eisen, maar om verlangens van bewoners. Naar mijn idee gaat werken in de zorg vooral over relatiemanagement: de kwaliteit van je zorg kun je afmeten aan de relatie tussen de patiënt en de zorgverlener. Het nieuwe kwaliteitskader geeft daar alle ruimte voor.” ●

Kwaliteit

column

Vroeger was kwaliteit in de gezondheidszorg vanzelfsprekend. Als je ziek was ging je naar de dokter. Deze man (want vroeger was dat altijd een man) was alwetend, stelde een feilloze diagnose en als hij je niet kon helpen, bracht een specialist heel misschien nog uitkomst. Vandaag de dag zijn veel deskundigen, ook medici, hun vroegere aureool kwijtgeraakt. Want wij zijn nu mondige patiënten en wij wantrouwen autoriteiten. Daar zijn we overigens niet gelukkiger van geworden. Op internet kun je veel feitenkennis opdoen over je vermeende ziekte, maar je kunt die feitenkennis slecht omzetten in een behandelplan. En soms lijkt het alsof je huisarts het ook niet kan. Want zij (tegenwoordig immers steeds vaker een vrouwelijke parttimer) vraagt aan je, nadat je haar je symptomen hebt verteld: “Wat denk je zelf dat het is?” Ergerlijk, want je wilt behandeld worden en niet geëxamineerd.

Maar jouw huisarts heeft geleerd dat zij (we houden het gemakshalve op een ‘zij’) in dialoog met de patiënt tot een behandeling moet komen. En zij weet dat zij hier ook op wordt afgerekend bij de talloze kwaliteitstoetsen die zij moet ondergaan. Maar jij, de patiënt, weet dat niet. Dus als je met haar advies naar buiten komt, begint de twijfel: is dit wel de goede aanpak? Even googelen en je vindt vier recensies over haar prestaties: gemiddeld een

zeven. Niet slecht, maar ook niet heel goed. Waarom geven die patiënten zo’n rapportcijfer? Het beoordelen van vaardigheden, van taartenbakken tot zangkwaliteiten, is in de mode. Dus waarom zou je niet ook de kwaliteit van huisartsenzorg meten? Prima, maar zorg is géén kwestie van smaak. Vakkennis die inhoudelijk en procedureel op orde is - dat moet het vertrekpunt zijn voor de beoordeling van de kwaliteit van zorg. Maar daarnaast heb je dat speciale extra dat van een goede vakvrouw een echte dokter maakt, en juist dat onttrekt zich aan onze turvende waarneming. Het is een koppig, complex en ondefinieerbaar mengsel van intuïtie, menslievendheid en vertrouwen inboezemend gedrag.

Ik was zes jaar toen onze huisarts zijn praktijk staakte en in het ziekenhuis ging werken. Hij kwam langs om afscheid te nemen. Daar stond hij, een lange, benige man met vuurrood haar, in onze piepkleine woonkamer. Een weemoedig moment. Mijn moeder mocht hem, ze zou hem missen, dat voelde ik. Hij boog zich naar mij over, nam mijn hand voorzichtig in de zijne en vroeg: “En jochie, wat wil jij later worden?” Verlegen antwoordde ik: “Ik weet het nog niet, meneer.” “Dan moet je maar dokter worden”, zei hij vriendelijk, “dat is een heel mooi vak.” En daar ging hij. Nog urenlang hing er in ons huis een zweem van zijn warme aanwezigheid. Probeer dat maar eens te meten.

“Het beoordelen van allerlei vaardigheden, van taartenbakken tot zangkwaliteiten, is in de mode. Dus waarom niet ook de huisartsenzorg meten? Omdat zorg géén kwestie van smaak is”

Martin van der Graaff werkt als adviseur bij het Zorginstituut



10

vragen aan
Marcel Daniëls

Tekst Jacqueline Schadee

Beeld De Beeldredactie | Herbert Wiggerman

1 Wat is uw eerste ervaring met de gezondheidszorg?

“Toen ik op de middelbare school zat, had ik een vakantiebaan als receptionist op een ziekenhuisafdeling. Ik verzamelde onderzoeksresultaten en deelde de post uit. Een geweldig baantje, waarin ik veel meekreeg van de zorg.

Mijn eerste ervaring als patiënt had ik drie jaar geleden. Bij het vegen van bladeren uit de dakgoot ben ik naar beneden gevallen. De ambulance was snel ter plaatse en bracht mij naar de eerstehulpafdeling van het Jeroen Bosch Ziekenhuis, waar snel de juiste diagnose werd gesteld. Het viel mij op hoe goed en professioneel de zorgketen georganiseerd was. Dat geeft vertrouwen!”

2 Wat was u geworden als u geen geneeskunde had gestudeerd?

“Dan was ik misschien iets heel anders gaan studeren: Nederlands. Ik heb altijd belangstelling gehad voor taal en literatuur. Mijn ouders waren noch arts, noch neerlandici: de belangstelling voor geneeskunde komt uit mijzelf. Al op de lagere school was ik gefascineerd door de werking van het hart. Hoe kan die spier blijven samentrekken, onafhankelijk van onze wil, vroeg ik mij af. Hoe kan dat jarenlang goed gaan? Ik hoefde na mijn studie dan ook niet na te denken over de vraag welke specialisatie ik zou kiezen.”

PERSONALIA

Marcel Daniëls (1959) is cardioloog in het Jeroen Bosch Ziekenhuis en sinds 1 januari 2017 voorzitter van de Federatie Medisch Specialisten. Hij studeerde geneeskunde in Leiden en promoveerde in Calgary, Canada. Daniëls woont in Sint Michielsgestel, is getrouwd en heeft drie kinderen.



"Artsen en patiënten beslissen samen wat de meest zinvolle zorg is. Dat kan dus per situatie verschillen"

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

"Ik zou de ICT-systemen zo inrichten dat patiëntgegevens daadwerkelijk toegankelijk worden voor alle behandelaars. Op dit moment hebben zorginstellingen wel een eigen Elektronisch Patiënten Dossier, maar dat sluit meestal niet aan op het systeem van andere instellingen of van de eerste lijn. Voor de veiligheid en de kwaliteit van de zorg is het belangrijk dat alle zorgverleners over dezelfde patiëntinformatie kunnen beschikken. Ook de kosten spelen mee: als je niet goed geïnformeerd bent, laat je misschien onderzoek doen dat elders al gedaan is. Het is wat mij betreft een politieke keuze om meer in ICT te investeren. Ik zou daar krachtig op willen inzetten."

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

"Ik vind dat een rijk land als Nederland alle zinvolle zorg in het basispakket moet hebben. En dat is niet alleen de zorg die in de richtlijnen als eerste wordt genoemd. Artsen en patiënten beslissen samen wat de meest zinvolle zorg is. Stel, voor de aandoening van mevrouw X zijn er drie behandelopties. Optie A staat bovenaan in de richtlijn, maar die kan bij mevrouw X niet worden uitgevoerd. Optie B vindt ze te ingrijpend. Dan blijft optie C over: misschien niet de beste behandeling volgens de richtlijn, maar wel de best passende zorg in dit geval. Wat zinnige zorg is, kan dus per situatie verschillen."

5 Welke zorg moet volgens u direct in het basispakket worden opgenomen?

"Alle noodzakelijke zorg hoort in het basispakket. Welke zorg daarin nu ontbreekt, kan ik voor andere vakgebieden niet overzien, maar wel voor de cardiologie. Veel hartpatiënten slikken bloedverdunders. Die zitten in het basispakket. Maar bloedverdunders vergroten het risico op bloedingen in de maag. Maagzuurremmers kunnen bloedingen voorkomen, maar die zitten niet zonder meer in het basispakket. Het risico is dat patiënten de maagzuurremmers achterwege laten en er meer maagbloedingen komen. Dus wat mij betreft komen maagzuurremmers in het basispakket. Verder vind ik dat behandelingen die hun nut bewezen hebben, direct in het basispakket kunnen. Nieuwe therapieën doorlopen in Nederland soms een onnodig lang bureaucratisch traject voordat ze worden bekostigd. Daardoor sukkelt Nederland op

sommige gebieden een beetje achter andere landen aan."

6 Wat doet u bij een zeurend pijntje? Doormodderen of naar de huisarts?

"Ik zie geen enkele reden om dan naar de huisarts te gaan. Ik zou het altijd even aankijken. Met acute klachten zoals pijn op de borst of een halfzijdige verlamming zou ik natuurlijk wel direct hulp inroepen."

7 Wat is uw favoriete zorgwoord?

"Ik heb alleen 'niet-favoriete' zorgwoorden, zoals 'Wij gaan dat met elkaar doen'. Daarmee bedoelt de spreker vaak dat de ander iets moet doen. Een ander 'niet-favoriet' zorgwoord is 'kwaliteitsregistratie'. We registreren geen kwaliteit, maar gegevens die pas na duiding behulpzaam kunnen zijn bij het verbeteren van de kwaliteit. Ranglijstjes op basis van de gegevens alleen, zetten mensen op het verkeerde been."

8 Stel, u ligt met een gebroken been in het ziekenhuis. Met wie wilt u uw tweepersoonskamer het liefste delen?

"Met mijn echtgenote."

9 Wat vindt u de belangrijkste voorwaarde voor goede zorg?

"Goede ICT-ondersteuning die de uitwisseling van gegevens en de communicatie rondom een patiënt mogelijk maakt. In het Visiedocument 2025 van de Federatie Medisch Specialisten benadrukken we het belang van goede ICT, voor nu én in de toekomst."

10 Hoe ziet ons zorgstelsel er volgens u over vijf jaar uit?

"Ik denk dat zorginstellingen meer regionaal zullen samenwerken. Vanuit Den Haag kunnen de grove contouren geschetst worden, waarna instellingen in de regio zelf de samenwerking zoeken. Daarbij kan ICT een verbindende factor zijn. Ook verwacht ik dat de grenzen tussen de eerste en de tweede lijn verder vervagen. Specialisten zullen vaker aanschuiven bij een consult van de huisarts, huisartsen zullen vaker naar het ziekenhuis gaan voor een patiëntbespreking. Wat ik *niet* hoop, is dat ons hele zorgstelsel na de verkiezingen op de schop gaat. Laten we alsjeblieft niet alles overhoop gooien, maar het huidige systeem verder uitwerken. Ons visiedocument *Medisch Specialist 2025* geeft daar een aanzet toe." ●

Systemadvies pleit voor nieuwe kwaliteitsstandaarden

Groeiscenario voor fysio- en oefentherapie

Fysio- en oefentherapie wordt als te verzekeren prestatie in de basisverzekering weer onderwerp van gesprek. In een pas uitgebracht systeemadvies beveelt het Zorginstituut de minister aan onderzoek te doen naar de (kosten)effectiviteit van fysio- en oefentherapie. Een brede beschouwing moet uitwijzen of een 'open omschreven aanspraak' tot de mogelijkheden behoort.

Tekst Robert van der Broek

Beeld Frank Muller (HH)

Tot de jaren negentig werd fysio- en oefentherapie volledig vergoed in het toenmalige Ziekenfonds. Met de invoering van kostenbesparende maatregelen gaven alleen bepaalde chronische indicaties (voor volwassenen) nog aanspraak op vergoeding uit de basisverzekering; de chronische lijst of lijst-Borst. Daarna kwam de bepaling dat de cliënt ook bij die aandoeningen de eerste negen behandelingen zelf diende te betalen, later werd dat verhoogd naar de eerste twaalf en vervolgens twintig behandelingen. Het gevolg was een verschuiving naar duurdere vormen van zorg. Denk aan ziekenhuisopnames, operaties of behandeling in een revalidatiecentrum. De minister concludeert dat deze knelpunten de maatschappij te veel geld kosten.

Bewezen effectief

Het Zorginstituut denkt samen met de betrokken beroeps- en patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars deze knelpunten te

kunnen oplossen. "Daarvoor moet fysio- en oefentherapie worden gelijkgetrokken met alle andere zorgvormen in de Zorgverzekeringswet (Zvw)", zegt adviseur Johan de Wit van het Zorginstituut. "De inhoud en omvang van de te verzekeren prestatie worden dan bepaald op basis van de wettelijke criteria 'recht op zorg zoals (para)medici plegen te bieden' en 'stand van wetenschap en praktijk'. Daarbij adviseert het Zorginstituut

pas tot die 'open omschrijving' over te gaan, als uit het vervolgvondst blijkt dat aan de randvoorwaarden van goede zorg, toegankelijkheid en betaalbaarheid is voldaan. De huidige beperkingen in de basisverzekering komen dan te vervallen."

Prioriteiten stellen

In het systeemadvies pleit het Zorginstituut voor een overgangstraject. In een tijdsbestek

Prioriteiten stellen om te versnellen

Door prioriteiten te stellen moet goede zorg voor een aandoening eerder in de basisverzekering instromen. Voor gesuperviseerde oefentherapie bij claudicatio intermittens ('etalagebenen') en bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie is dit al gedaan. Het Zorginstituut heeft ook al een positief advies uitgebracht over gesuperviseerde oefentherapie bij artrose van knie en heup. Nu zijn de aandoeningen aan de beurt waarbij een (relatief goedkopere) behandeling met fysio- en oefentherapie een duidelijk besparing oplevert, omdat hiermee bijvoorbeeld een dure operatie wordt voorkomen. Bij deze 'substitutie' wordt niet alleen gekeken naar de rol van fysio- of oefentherapie bij het verminderen van beperkingen die cliënten ondervinden in hun functioneren, maar ook naar de rol daarvan bij het verbeteren van hun participatie in de maatschappij.





"In ons toekomstbeeld ontstaat een nieuwe balans tussen de toegang tot goede zorg en de betaalbaarheid daarvan"

van 'enkele jaren' krijgen zorgaanbieders en patiëntenorganisaties de gelegenheid met elkaar kwaliteitsstandaarden te formuleren. Zij omschrijven wat goede fysio- en oefentherapie is, waar welke indicatie thuishoort, welke interventies nodig zijn en wat daarvoor de onderbouwing is. Volgens medisch adviseur Harald Miedema is het overgangstraject "een groeiscenario". In dat scenario zal het Zorginstituut met metingen en evaluaties monitoren of de te nemen besluiten beheersbaar zijn. "Kosteneffectiviteit is daarbij een belangrijk thema. Maar ook of de drempel van het eigen risico van 385 euro voor cliënten niet te hoog is om van deze zorg gebruik te maken wanneer daarvoor een indicatie bestaat."

Naar een nieuwe balans

Zorgaanbieders en patiëntenorganisaties geven aan extra financiering nodig te hebben voor de uitvoering van het overgangsscenario. Niet alleen voor het opstellen van kwaliteitsstandaarden, maar ook voor onderzoek naar de kosteneffectiviteit gebaseerd op het verbeteren van functioneren en participatie. Het Zorginstituut heeft de minister geadviseerd om daar budget voor vrij te maken. De Wit en Miedema zijn ervan overtuigd dat je door nu te investeren, straks oplopende kosten kan terugdringen. "Anderhalf miljard euro per jaar komt voor rekening van fysio- en oefentherapie in de basis- en aanvullende verzekering", aldus Harald Miedema. "In ons toekomstbeeld ontstaat een nieuwe balans tussen de toegang tot goede zorg en de betaalbaarheid daarvan. Of die balans kan worden bereikt, is afhankelijk van de wijze waarop betrokken partijen invulling geven aan de randvoorwaarden die voor het groeiscenario zijn benoemd." ●

"ZONDER FYSIOTHERAPIE BELANDEN MEER MENSEN OP DE POLI"

Fysiotherapeut Kees Tol* vindt het een goede zaak dat een open aanspraak op fysio- en oefentherapie mogelijk wordt. "De opname van oefentherapie bij claudicatio intermittens in de basisverzekering voor de eerste 37 behandelingen is een mooi voorbeeld. De weg is nu vrij voor andere chronische aandoeningen, waarvan bewezen is dat ze door beweeginterventies verbeteren. Voor COPD-patiënten is aangetoond dat oefentherapie helpt. Dat geldt ook voor mensen met hart- en vaatziekten, reuma, Parkinson, MS en diabetes. Ik zou graag zien dat de zorgverzekeraars voor elke indicatie een vast aantal behandelingen etiketteren. Houd die vervolgens buiten de behandelindex voor alle praktijken. Gemiddelden zorgen er alleen maar voor dat mensen niet het juiste aantal behandelingen krijgen. Het doel van opname in het basispakket is dat mensen die nu de zorg om financiële redenen niet kunnen betalen, straks die zorg wel kunnen krijgen. Dat heeft een positieve invloed op het ziekteverloop van hun aandoening, waardoor er mogelijk wordt bespaard op toekomstige, duurdere zorgkosten zoals ziekenhuisopname. Ga maar eens in het ziekenhuis kijken hoeveel patiënten, met welke comorbiditeit, daar een beroep doen op de zorg. Ik geloof dat een belangrijk deel van die patiënten op de Eerste Hulp niet leren hoe ze met hun aandoening moeten omgaan. Die begeleiding kunnen ze bij de fysiotherapeut wél krijgen en daarmee voorkomen we mogelijk dat ze opnieuw in het ziekenhuis belanden."

** Kees Tol is eigenaar van Douw & Tol in Volendam, een zogeheten PlusPraktijk die met alle zorgverzekeraars contracten heeft.*

Vernieuwd FK helpt nog beter bij het voorschrijven

De website van het Farmacotherapeutisch Kompas (FK) is vernieuwd. De geneesmiddeleninformatie is geactualiseerd en is sneller en beter te vinden. Daardoor ondersteunt deze nieuwe FK-website het voorschrijven van geneesmiddelen nog beter. Wat is het doel van deze goed bezochte site en welke verbeteringen hebben wij doorgevoerd?

Tekst Jacqueline Schadee

Wat is de dosering ook alweer? Is deze klacht een bijwerking? Is er een alternatief voor dit middel? Antwoorden op deze en vele andere vragen kunnen artsen en verpleegkundigen al 35 jaar vinden in het Farmacotherapeutisch Kompas, samengesteld door het Zorginstituut. De geneesmiddeleninformatie verscheen jarenlang alleen als boek, maar is sinds 2004 ook online te raadplegen.

230 duizend pageviews

Inmiddels wordt de FK-site dagelijks zo'n 125 duizend keer geraadpleegd en krijgt deze 230 duizend pageviews per werkdag. Circa 85 procent van de gebruikers is 'terugkerende bezoeker'. Het zijn cijfers waar de mensen achter de website met tevredenheid naar kijken. "Blijkbaar vinden mensen op de site wat ze zoeken", stelt Sandra Landa, manager van het kompas. Zij stuurt een team aan met tien redacteuren, twee bureauredacteuren en een aantal adviseurs dat ervoor zorgt dat de website *up to date* is en goed blijft werken. Bij het samenstellen van de inhoud van het FK zijn diverse in- en externe commissies en adviseurs betrokken. De teksten worden

aangeleverd door artsen en apothekers, die zich daarbij baseren op de meest recente wetenschappelijke inzichten. Om optimaal te kunnen inspelen op de wensen van de bezoekers, is ook een gebruikerspaneel nauw betrokken bij de inrichting van de site.

Actueel en onafhankelijk

Farmacotherapeutischkompas.nl is de enige website die actuele, complete en onafhankelijke informatie biedt over geneesmiddelen en farmacotherapie in Nederland. "Ik vermoed dat vrijwel alle huisartsen de website open hebben staan tijdens een consult", zegt Landa. "Er bestaan wel meer sites met medicijninformatie, maar die zijn niet gratis of met name gericht op patiënten, niet op zorgverleners."

In het FK staan alle in Nederland verkrijgbare geneesmiddelen die geregistreerd staan als 'geneesmiddelen voor mensen' bij het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) of de European Medicines Agency (EMA). Gebruikers vinden er geen informatie over homeopathische middelen of over geneesmiddelen die voornamelijk intramuraal gebruikt worden.

"Middelen waarvan de werking niet is aangetoond, moeten in onze visie niet worden voorgeschreven, al zijn ze nog zo goedkoop"

Voor alle geneesmiddelen staat de werking beschreven, de gewenste dosering en toedieningsvorm, de mogelijke bijwerkingen en de eventuele interactie met andere middelen. Naast informatie over specifieke geneesmiddelen bevat de site informatie over geneesmiddelgroepen en over de meest voorkomende indicaties. Deze drie tekstsoorten vullen elkaar aan en zijn door middel van links onderling verbonden, zodat ze gemakkelijk in combinatie geraadpleegd kunnen worden. Daarnaast bevat het FK *deeplinks* naar bijvoorbeeld het Lareb, waar nieuwe bijwerkingen gemeld moeten worden, en naar andere onafhankelijke en betrouwbare informatiebronnen.

“Ik vermoed dat vrijwel alle huisartsen de website open hebben staan tijdens een consult”

Gepast gebruik stimuleren

Het is geen toeval dat uitgerekend het Zorginstituut het Farmacotherapeutisch Kompas samenstelt. Landa: “Het FK sluit naadloos aan bij de wettelijke opdracht van het Zorginstituut om de kwaliteit en de doelmatigheid van de gezondheidszorg in Nederland te bevorderen. Wij zijn onafhankelijk én deskundig.

Het Zorginstituut stimuleert het gepast gebruik van medicijnen en therapieën en hanteert daarbij als uitgangspunt: ‘Niet meer dan nodig, niet minder dan noodzakelijk.’ Middelen waarvan de werking niet is aangetoond, moeten in onze visie dus niet worden voorgeschreven, al zijn ze nog zo goedkoop. Dure geneesmiddelen waarvan de werking is aangetoond, moeten alleen worden voorgeschreven als er geen ander middel beschikbaar is. Met dat uitgangspunt in het achterhoofd kunnen we via het Farmacotherapeutisch Kompas de kwaliteit van de zorg bevorderen en verspilling tegengaan.”

Over een aantal weken zullen op farmacotherapeutischkompas.nl ook de kosten van geneesmiddelen inzichtelijk worden gemaakt. ●

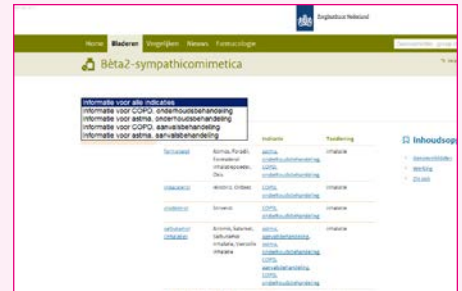
FK-site: wat is nieuw?

De verbetering van de FK-site is een continu proces. Hierbij zijn de wensen van de gebruikers leidend. Ook de recente verbeteringen zijn daar onderdeel van. Later dit jaar worden er nog meer verbeteringen doorgevoerd. Hieronder hebben we enkele verbeteringen en veranderingen aan de FK-site uitgelicht:

De inleidingen over farmacotherapie zijn vervangen door groepsteksten en indicatieteksten. Deze teksten zijn geactualiseerd op basis van in Nederland gangbare richtlijnen.



Er zijn geneesmiddelgroepsoverzichten.



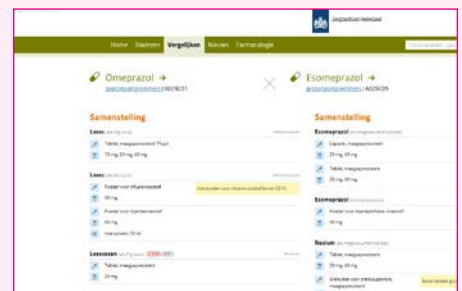
De zoekfunctie is uitgebreid: naast zoeken op geneesmiddel kan de gebruiker nu ook zoeken op geneesmiddelgroep (bijvoorbeeld diuretica) of vaak voorkomende indicaties (bijvoorbeeld hypertensie).



Er zijn links tussen de teksten, zodat de bezoeker van de site eenvoudig kan schakelen tussen de elkaar aanvullende geneesmiddeltekst, groepstekst en indicatietekst.



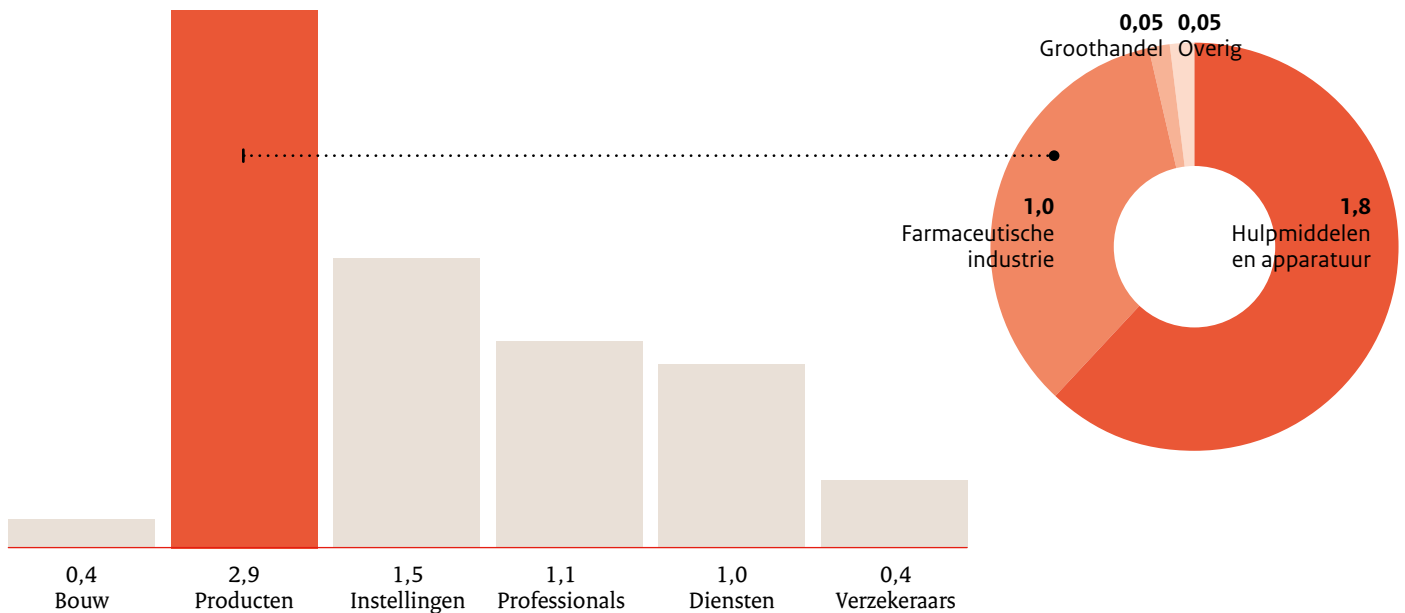
De bezoeker kan nu twee of meer willekeurige geneesmiddelteksten (of groepsteksten of indicatieteksten) naar keuze met elkaar vergelijken, bijvoorbeeld op bijwerkingen.



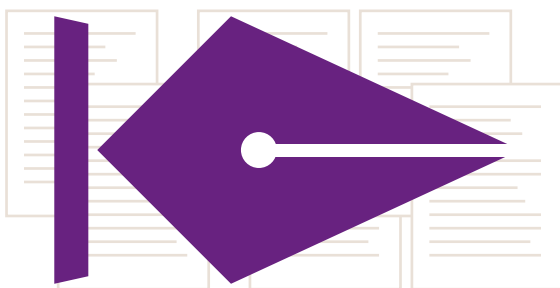
Feiten & Cijfers

Van de 7 miljard euro winst die in 2015 in de zorgsector werd gemaakt, ging het grootste deel naar de fabrikanten van rollators, operatie-instrumenten, röntgenapparatuur en andere hulpmiddelen: 1,8 miljard euro.

NAAR SUBSECTOREN, IN € MILJARD



BRON: ADVIESBUREAU GUPTA



3500 A4'tjes ofwel 1 kilometer papier zeggen **ggz-instellingen** ongeveer vol te schrijven om zich bij de zorgverzekeraars te verantwoorden voor hun geleverde zorg.

BRON: GGZ NEDERLAND

2,3 miljoen

verzekerden maakten in 2015 gebruik van hulpmiddelenzorg.

BRON: GIP/ZORGINSTITUUT



€ 711

waren volwassen Nederlanders in 2015 gemiddeld aan zorg kwijt, bovenop hun zorgpremie.

BRON: CBS

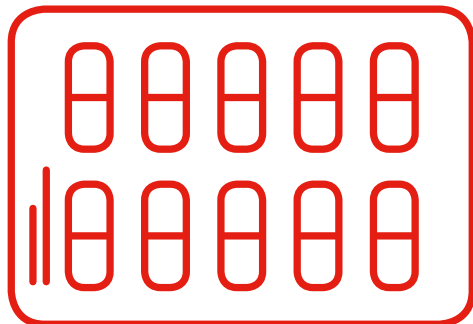


Ruim een **biljoen dollar** (circa 944 miljard euro) per jaar. Dat zijn de kosten van roken voor de wereldeconomie.

BRON: WHO EN HET NATIONAL CANCER INSTITUTE.

Ruim **€ 100.000 euro per patiënt per jaar**. Dat kosten de meeste kankermedicijnen die nu op de markt komen.

BRON: NOS



€ 107.000.000

De adviezen van het Zorginstituut hebben in 2016 tot een **besparing van 107 miljoen euro** geleid. De inschatting is dat de besparingen kunnen oplopen tot **144 miljoen euro in 2019**.

BRON: ZORGINSTITUUT

'Zorgjargon'

nader verklaard

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

Off-labelgebruik; bij gebrek aan een goede Nederlandse vertaling blijkt deze Engelse term in de geneesmiddelenwereld algemeen geaccepteerd. Maar wat houdt het precies in? De site van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) geeft de volgende adequate omschrijving: "Bij off-labelgebruik wordt een geneesmiddel voorgeschreven voor een indicatie, leeftijdsgroep of toepassing waar het middel niet voor is geregistreerd (...). Het CBG beoordeelt ieder geneesmiddel waarvoor in Nederland een handelsvergunning wordt verleend op werkzaamheid en risico's. Op basis van een positieve balans werkzaamheid en risico's wordt de indicatie toegekend. Deze indicatie staat in de patiëntenbijsluiter en in de samenvatting van de productkenmerken (SmPC) voor zorgverleners. Bij off-labelgebruik krijgt de patiënt een geneesmiddel dat:

- niet geïndiceerd is voor die aandoening
- niet geïndiceerd is voor een bepaalde toedieningswijze of dosering
- niet geregistreerd is voor die patiëntengroep"

Off-labelgebruik is alleen onder een aantal wettelijke voorwaarden toegestaan. Zo moet de arts het off-labelgebruik altijd van tevoren bespreken met de patiënt en met de apotheker, waarbij de werking van het middel en de risico's worden uitgelegd. Ook moet de behandelwijze in een behandelrichtlijn vastgelegd zijn.

Meer informatie over alle voorwaarden voor off-labelgebruik staat ook op www.farmacotherapeutischkompas.nl/algemeen/niet-geregistreerde-indicaties.

De andere blik

"Palliatieve zorg biedt ook wegen naar waardig levenseinde"

Nienke Nieuwenhuizen vindt dat we te veel praten over euthanasie, terwijl we het vaker zouden moeten hebben over goede zorg, palliatieve zorg en het nauwgezet afwegen van behandelingen. Zelfstandig specialist ouderengeneeskunde Nieuwenhuizen is sinds 2013 voorzitter-bestuurder van Verenso, de vereniging van specialisten in ouderengeneeskunde en lid van het federatiebestuur van de KNMG.

Tekst Els van Thiel **Beeld** De Beeldredactie | Diederik van der Laan

"Als specialisten ouderengeneeskunde werken wij aan de randen van de samenleving én aan de randen van het leven. Daar proberen we met veel mensen, aandacht en inzet goede zorg te geven. In het verpleeghuis zien we ook goede dingen gebeuren, dat verbaast buitenstaanders wel eens. We zien mensen die op de een of andere manier erin slagen hun leven vorm te geven. Heel anders dan een actieve veertiger of zestiger, maar toch. Het landelijke debat over voltooid leven en euthanasie vertoont naar mijn gevoel een soort verheerlijking, misschien zelfs romantisering van de zelfgekozen dood. En dat heeft consequenties voor mensen die hun leven wel door moeten worstelen, of misschien door willen worstelen.

In die landelijke discussie lijkt de dood soms wel een 'product' waar je al dan niet voor kunt kiezen. Maar euthanasie, ik kan het niet genoeg benadrukken, valt niet los te zien van palliatieve zorg. Palliatieve zorg biedt ook andere wegen naar een waardig en pijnloos levenseinde. Palliatieve sedatie bijvoorbeeld, en het staken of beperken van de behandeling.

Of dit onderwerp leeft in het verpleeghuis, wordt me vaak gevraagd. De bewoners van het verpleeghuis zijn mensen met zulke grote en complexe problemen dat ze er zelf meestal niet zo veel meer van vinden. En dat is meteen ook de kern van het probleem van euthanasie bij vergevorderde dementie. Mensen met dementie zijn zó ziek dat ze zelf niet meer om euthanasie zullen vragen. In die omstandigheden is een vrijwillig en consequent

verzoek om euthanasie niet meer mogelijk. Het zijn de mensen om de patiënten heen die erom vragen, partners, familie en mantelzorgers."

Moreel fundament

"Het is een thema dat mij als persoon sterk bezighoudt, maar het is ook in ons vakgebied natuurlijk erg belangrijk. Juridisch gezien kan een schriftelijke wilsverklaring de mondelinge verklaring vervangen. Maar wie de praktijk kent, weet hoe moeilijk het is om een goede afweging te maken van het lijden, de overtuiging van de vrijwilligheid en de uiteindelijke uitvoering van het verzoek. Niemand moet angst hebben dat er iets tegen zijn wil gebeurt.

Eenzijds is euthanasie nog steeds geen recht en een wilsverklaring geen 'waardebou'. Anderzijds moet men ook kunnen vertrouwen op het professionele oordeel van de arts dat euthanasie gerechtvaardigd kan zijn, ook – zij het in uitzonderlijke gevallen – bij dementie. Zoals het rapport van de commissie Schnabel aangeeft, biedt de huidige wet daarvoor voldoende ruimte. We mogen blij zijn met de mogelijkheden die er in Nederland zijn binnen de euthanasiewet. Maar mensen moeten nooit het gevoel krijgen dat ze om euthanasie zouden moeten vragen. Want wat bepaalt wat wij willen? De maatschappij oefent soms meer invloed uit dan we denken. De stem van de kwetsbaarsten hoor je niet. Maar die andere geluiden klinken luid door. Als je afhankelijk bent van anderen, bestaat de kans dat je door sociale druk ►



“Het landelijke debat over voltooid leven en euthanasie vertoont een soort verheerlijking, misschien zelfs romantisering van de zelfgekozen dood”

je leven als zinloos gaat ervaren. ‘Moet ik het ook opschrijven als ik geen euthanasie wil?’, vroeg een verpleeghuisbewoonster aan mij. En die mevrouw behoort niet eens tot de kwetsbaarste bewoners, ze is nog relatief vitaal. Soms merk ik dat de druk op collega’s toeneemt om iets te doen met de eerder afgegeven wilsverklaring. Maar euthanasie zou een gezamenlijke beslissing tussen arts en patiënt moeten zijn. Zonder de bevestiging van de patiënt dat die nog steeds achter zijn wilsverklaring staat, ontbreekt wat mij betreft het morele fundament. Zo’n wilsverklaring voert zichzelf niet uit, het is de arts die moet handelen en die krijgt daarbij een zware verantwoordelijkheid op zijn schouders.”

Kwaliteit

“Moet Verenso het debat stimuleren? Stelling nemen? Als vereniging van specialisten ouderengeneeskunde worstelen we met die vraag. Ik probeer in elk geval de dialoog open te houden en de complexiteit te tonen vanuit het perspectief van de dokter. Verenso verenigt ook dokters die misschien een ander standpunt innemen dan ik. Alle leden moeten zich thuis voelen bij Verenso. Maar vrijwel alle dokters zullen erkennen dat aandacht voor goede hulp en goede palliatieve zorg op nummer één moet staan, voordat we het over euthanasie gaan hebben. Dit onderwerp is natuurlijk niet het enige wat ons bezighoudt. Wij zijn vooral druk bezig met het verbeteren van de kwaliteit van zorg en van de kwaliteit van leven van onze cliënten. Maar wat is kwaliteit? Je denkt dat je het weet, maar als je er samen echt voor gaat zitten, heeft iedereen er weer een ander beeld bij. We moeten de black box die het verpleeghuis is zo snel mogelijk openen. Dat houdt in: onderzoek doen, data verzamelen en de kennis die er is ontsluiten. Ik verwacht en hoop dat het recente Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg van het Zorginstituut ons gaat helpen om meer grip op kwaliteit te krijgen.”

Worden we nu anders oud?

“Wat is oud? Ik word erg chagrijnig als ik de 55-plus-bus zie rijden. Jazeker, die bestaat. Alsof alle 55-plussers broos en breekbaar zijn! Ik ken mensen van vijfennegentig die op de fiets naar Albert Heijn gaan. De helft woont nog zelfstandig thuis. Oud is lang niet altijd kwetsbaar en afhankelijk. We moeten het onderhand tot ons laten doordringen dat ouderdom gewoon een levensfase is. En dat je dan anders in het leven staat dan wanneer je veertig of zestig bent. We krijgen in de toekomst een heel ander type ouderen, zeggen mensen vaak tegen mij. Daar ben ik het niet mee eens. Alleen de 60-plusser anno 2017 is een héél andere dan die van honderd jaar geleden, gewoon omdat we nu ouder worden dan toen. Als je het woord ‘bingo’ uitspreekt, wenden 60-plussers zich gruwend af. Maar als je echt oud bent, ziet de wereld er anders uit. Hij is kleiner geworden en het hoeft allemaal niet meer zo groots en meeslepend. Ik vind dat er nog veel onderzoek gedaan moet worden naar ouder worden en hoe je dat doet.



“We weten nog niet hoe je dat moet doen, lang leven. Hoog tijd dat we dat gaan leren!”

Iedereen kent de puberteit, weet dat er dan iets in je brein verandert en dat je daar soms een beetje raar van gaat doen. Op het einde van ons leven verandert er ook iets in je brein. Verwacht dus niet dat jij altijd dezelfde dingen leuk blijft vinden en nooit behoefte zult hebben om zomaar een beetje naar buiten te kijken. Ik ben veertig en heb zoals veel leeftijdsgenoten het idee dat alles nú moet en wel op stel en sprong: een leuke moeder zijn, carrière maken, promoveren, gezond leven, filosofie studeren, de marathon lopen. Als ik dan ’s avonds bekaf ben, bedenken dat ik nog mandala’s had moeten schilderen... Ik overdrijf een beetje, maar doel op een serieus maatschappelijk vraagstuk: waarom de druk zo leggen op de eerste veertig, vijftig jaar? Laten we wat meer gebruik maken van die langere levensduur. Laatst kwam ik iemand tegen die op zijn tachtigste was begonnen met het schilderen van iconen. Dat wil ik ook doen, was mijn eerste gedachte. Maar waarom begin ik er ook niet gewoon op m’n tachtigste mee? Toen viel er een last van me af. Niet alles hoeft nu. We weten alleen nog niet zo goed hoe je dat moet doen, lang leven. Hoog tijd dat we dat gaan leren!” ●

Zinnige zorg

Betere zorg en geen onnodige kosten

Kwalitatief goede zorg. Niet meer dan nodig, niet minder dan noodzakelijk. Onder dat motto startte het Zorginstituut in 2013 met programma Zinnige Zorg. Het doel is een dubbelslag te maken: de zorg verbeteren en onnodige kosten vermijden. Sindsdien zijn diverse trajecten gestart om diagnose en behandeling bij aandoeningen kritisch tegen het licht te houden. In deze nieuwe rubriek komen steeds een of twee van deze trajecten aan de orde. Hier schetsen we eerst de achtergronden van Zinnige Zorg.

Tekst Jos Leijen (p. 21 t/m 23)

Met het programma Zinnige Zorg van het Zorginstituut wordt het basispakket systematisch doorgelicht. In samenwerking met betrokken partijen onderzoeken we zeventien gebieden van aandoeningen. De belangrijkste vraag is of diagnostiek en behandeling patiëntgericht, effectief en doelmatig zijn. Samen met zorgpartijen zoeken we naar mogelijkheden om de zorg te verbeteren.

Vier fasen

Het traject bestaat per zorgdomein uit vier fasen: screening, verdieping, implementatie en evaluatie (zie illustratie). In de screening-fase bekijken medewerkers van het Zorginstituut met behandelaars, patiënten en verzekeraars wat er speelt en waar mogelijke knelpunten zitten. In de verdieping-fase worden deze zaken verder uitgewerkt en bedenken zorgpartijen en Zorginstituut hoe de zorg patiëntgericht, effectiever en doelmatiger kan. Deze fase wordt afgerond met een 'verbetersignalement'. Dit is een uitgebreide analyse van diagnostiek en behandeling en voorstellen voor verbetering. Vervolgens implementeren de zorgpartijen deze maatregelen; de implementatiefase. In de vierde fase evalueert het Zorginstituut of de maatregelen het gewenste effect hebben en worden ze eventueel bijgesteld.

Knie- en heupartrose

In 2013 was de diagnostiek en behandeling van knie- en heupartrose het eerste aandoeningsgebied dat in het kader van Zinnige Zorg tegen het licht werd gehouden. Hieruit kwamen verschillende voorstellen voor verbetering naar voren. Bij veel MRI-scans was de vraag of die echt nodig waren om artrose vast te stellen. Verder zou de fysiotherapeut een grotere rol kunnen krijgen, zodat een kunstheup of kunstknie minder snel nodig is. Tot slot zou de afstemming tussen huisartsen, fysiotherapeuten en specialisten

beter kunnen. Op dit moment werken de zorgpartijen aan verbetering. Zinnige Zorg houdt zoveel mogelijk rekening met verbetertrajecten die al lopen bij de verschillende disciplines. Een voorbeeld van zo'n traject is de Kwaliteits- en doelmatigheidsagenda. De partners van het *Hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg* werken hierin samen om de zorg op dertig onderwerpen te verbeteren. Waar mogelijk sluit het Zorginstituut hierbij aan.

Gezamenlijke opgave

Zinnige Zorg is een gezamenlijke opgave van het Zorginstituut, behandelaars, patiënten, verzekeraars en andere betrokken partijen. Het streven is om de belangen van deze partijen optimaal te verenigen. In 2015 zijn Zinnige Zorg-trajecten gestart voor kanker (zie het artikel op pagina 23) en hart- en vaatziekten. In 2016 zijn vier trajecten gestart: ademhaling, urinewegen en voortplantingsstelsel, geestelijke gezondheidszorg en zwangerschap. In 2017 starten nog eens vier trajecten. ▶

Werkwijze

SCREENINGSFASE

Doorlichten van een ICD-10 zorgdomein.
Met partijen in de zorg.

EVALUATIE

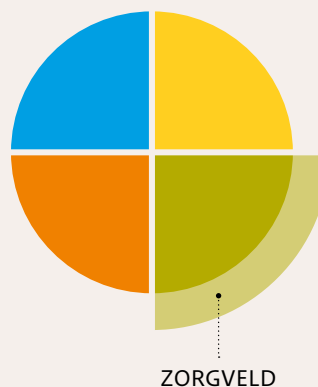
Evalueren van de implementatie en bereikte resultaten.
Door Zorginstituut Nederland

VERDIEPINGSFASE

Samenwerking met zorgpartijen om de juiste verbeteringsmaatregelen te ontwerpen.
Met partijen in de zorg.

IMPLEMENTATIE

Implementeren van verbeteringsmaatregelen.
Door partijen in de zorg



Zinnige Zorg in de ggz

Wat kunnen we doen om patiënten met een licht verstandelijke beperking te herkennen? Hoe kunnen gemeenten, ggz-instellingen en andere partijen beter samenwerken? Dit waren enkele kwesties die aan bod kwamen tijdens de startbijeenkomst Zinnige Zorg ggz. Partijen in de geestelijke gezondheidszorg gaan onder leiding van het Zorginstituut knelpunten inventariseren, oplossingen bedenken en die vervolgens invoeren.



Startbijeenkomst Zinnige Zorg in de ggz, 19 januari 2017.

Lise Rijnerse is namens het Zorginstituut programmaleider van Zinnige Zorg ggz. Zij kijkt tevreden terug op de startbijeenkomst van 19 januari. “Er is een brede wil om samen te werken en zaken te verbeteren”, constateert ze. Die eensgezindheid is nodig om tot resultaten te komen. “Zonder ‘het veld’ kunnen we weinig. De input van de ggz-partijen is essentieel. Zij weten waar het aan schort en waar verbeteringen wenselijk zijn. Vaak hebben ze ook goede ideeën over hoe dat het beste kan. Daar maken we graag gebruik van. Bovendien, als de zorgpartijen er niet achter staan, wordt het ook heel ingewikkeld om zaken te implementeren.”

Aandachtspunten

Alle betrokken partijen waren aanwezig bij de startbijeenkomst, van patiënten en gemeenten tot behandelaren en verzekeraars. Voorafgaand aan de bijeenkomst spraken medewerkers van het Zorginstituut met vertegenwoordigers van de diverse partijen. Daar kwam een eerste lijst van onderwerpen uit (zie kader). “Die onderwerpen hebben we besproken”, vertelt Rijnerse. “Hebben we de juiste keuze gemaakt? Waar zitten de knelpunten precies? Wat zou er moeten gebeuren?” Een van die onderwerpen is de diagnostiek. Het ontbreekt aan breed gedragen consensus

over ‘wat je bij de voordeur doet’. Behandelaren ontbreekt het soms aan tijd om iemand uitgebreid te testen, wat het risico vergoet dat een behandelaar de verkeerde diagnose stelt en dus ook de verkeerde behandeling begint. Een daaraan verwant knelpunt is het herkennen van een licht verstandelijke beperking bij cliënten. “Er zijn in Nederland circa twee miljoen mensen met een IQ tussen de 50 en 85”, zegt Rijnerse. “Stel dat zo’n cliënt met een depressie bij de behandelaar komt en de behandelaar de beperking niet herkent. Vaak is dan cognitieve gedragstherapie de eerste keus. Maar bij deze cliënt werkt dat niet, omdat hij het niet goed begrijpt. Dat is vervelend voor de cliënt en het geeft onnodige kosten.”

Dubbel werk voorkomen

De komende periode spist het Zorginstituut de onderwerpen verder toe. Er is regelmatig contact met onder meer de verenigingen van patiënten en behandelaren. Reinierse: “Er gebeurt al veel in de ggz. In 2015 is de *Agenda ggz voor gepast gebruik en transparantie* opgesteld. Het laatste wat we willen is dat we dubbel werk doen. Alleen als we een extra bijdrage kunnen leveren, pakken we zaken op die ook al onder de vlag van deze agenda gebeuren. Zoals het bevorderen van de samenwerking tussen de geestelijke

gezondheidszorg en het sociale domein. Er zijn *good practices* beschikbaar, zoals domeinoverstijgende digitale zorgnetwerken, waar we zinvolle informatie uit kunnen halen. We helpen deze informatie te ontsluiten, zodat deze ook elders gebruikt kan worden.”

In maart bespreekt het Zorginstituut de aangescherpte lijst met onderwerpen met de belanghebbenden. Daarna volgt nader onderzoek: gesprekken met behandelaren, patiënten en andere betrokkenen, literatuuronderzoek en kwantitatieve en kwalitatieve analyses. Begin 2018 wordt dan een programma voor verbetering op de geselecteerde onderwerpen gepresenteerd.

Aandachtspunten Zinnige Zorg ggz

- Ggz in de huisartsenpraktijk
- Diagnostiek GBGGZ/GGGZ
- E-mental-health bij behandeling
- Op- en afschalen
- Shared Decision Making (SDM)
- Samenwerking tussen domeinen
- Implementatie richtlijnen en zorgstandaarden
- Ggz en licht verstandelijke beperking
- Ggz en somatiek
- Farmacotherapie

Gepast gebruik geneesmiddelen bij prostaatkanker

Kanker was in 2015 het tweede ziektegebied waarmee het Zorginstituut en zorgpartijen aan de slag gingen in het kader van Zinnige Zorg. Onlangs verscheen het zogeheten verbeteringsignalement met aanbevelingen om gepast gebruik van geneesmiddelen in de laatste fase van prostaatkanker te bevorderen.

"Geneesmiddelen ingezet in de laatste levensfase hebben zelden relevante effecten, maar zijn wel belastend voor de patiënt. Uiteindelijk gaat het ook om de kwaliteit van het leven dat nog rest."

De zorgpartijen kwamen zelf met de suggestie om het medicijngebruik onder de loep te nemen, vertelt Yoka Kusumanto, projectleider bij het Zorginstituut. "Het gaat om het laatste stadium van prostaatkanker, in vaktermen: castratierefractair prostaatkarcinoom. De kanker is dan meestal uitgezaaid en niet te genezen. De behandeling is vooral gericht op de kwaliteit van leven."

De afgelopen jaren zijn er diverse nieuwe geneesmiddelen op de markt gekomen. Meestal gaat het om minder belastende behandelingen dan chemotherapie. Deze geneesmiddelen genezen niet, maar kunnen het ziekteproces wel vertragen en het leven verlengen. "Dat roept de vraag op wanneer je welke behandeling het beste kunt inzetten", zegt Rudy Dupree, adviseur bij het team oncologie bij het Zorginstituut.

Verbanden leggen

Om iets zinnigs te kunnen zeggen over mogelijke verbeteringen is het belangrijk om een beeld te hebben van de bestaande zorgpraktijk. Het Zorginstituut vroeg daarom het institute for Medical Technology Assessment (iMTA) van de Erasmus Universiteit om gegevens uit een bestaand patiëntregister te analyseren. De onderzoekers legden verbanden tussen bijvoorbeeld de behandeling en kenmerken van de patiënt, zoals leeftijd en het voorkomen van andere ziektes (co-morbiditeit). Mede op basis van dit onderzoek geeft het verbeteringsignalement drie wegen om te komen tot meer gepast gebruik van geneesmiddelen:

- Gepaste indicatiestelling.
- Goede afstemming tussen zorgprofessionals.
- Minder actieve behandeling in de laatste levensfase.

"De gepaste indicatiestelling gaat over de vraag wanneer je welke behandeling inzet en in welke volgorde", aldus Dupree. "Het onderzoek bracht aan het licht dat patiënten die volgens de richtlijn in aanmerking komen

voor chemotherapie, die in veel gevallen niet krijgen. Het onderzoek suggereert dat de arts bij de therapieselectie bredere kenmerken hanteert dan in de richtlijn staan, zoals leeftijd van de patiënt en co-morbiditeit. We bevelen aan patiëntkenmerken op te nemen in de richtlijn. Dat draagt bij aan uniforme voorschrijfcriteria."

Afstemming

"Het onderzoek geeft geen uitsluitsel of patiënten die geen chemotherapie kregen, gezien waren door een medisch oncoloog die over de chemotherapie gaat. Die informatie is niet altijd opgenomen in het patiëntendossier. Maar de medisch oncoloog kan op andere manieren betrokken zijn, bijvoorbeeld in overleg met verschillende medische disciplines. Voor de patiënt is het wenselijk dat hij zo lang mogelijk dezelfde behandelaar heeft, de uroloog. Maar ook dat die behandelaar op het juiste moment overlegt met de medisch oncoloog."

Hoe lang je doorgaat met behandelen is een ingewikkelde beslissing, merkt Kusumanto op. "Je weet niet hoe lang een patiënt nog te leven heeft. Het is een lastig thema, maar relevant omdat doorbehandelen tot het bittere einde niet in het belang is van de patiënt. Geneesmiddelen ingezet in de laatste levensfase hebben zelden relevante effecten, maar zijn wel belastend voor de patiënt. Uiteindelijk gaat het ook om de kwaliteit van het leven dat nog rest."

Hoe het gepast gebruik vorm krijgt, is aan de zorgpartijen. Zij zijn verantwoordelijk voor het formuleren en invoeren van maatregelen. In april 2017 organiseert het Zorginstituut een bijeenkomst voor alle betrokken partijen om afspraken te maken en te bespreken hoe zij die gaan uitvoeren. Het Zorginstituut monitort de totstandkoming van de afspraken, de implementatie en de resultaten. ●

Zorginstituut innoveert op gebied van informatievoorziening

Denken én doen

De eerste werkende blockchain in de zorg. Een vertaaltool die de overdracht van patiëntgegevens tussen zorgverleners makkelijker maakt. Het zijn zomaar wat voorbeelden van recente innovaties waar het Zorginstituut bij betrokken is. Het is een uitvloeisel van de IZO-Community, waarvan het Zorginstituut de organisator is.

Tekst Noël Houben

De IZO-Community - IZO staat voor Informatievoorziening Zorg en Ondersteuning - is in 2012 opgericht door het ministerie van VWS. Deelnemers zijn de uitvoerings- en brancheorganisaties in de zorg, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De belangrijke doelstellingen van de community zijn het verminderen van administratieve lasten en ervoor zorgen dat burgers de juiste zorg soepel en snel kunnen ontvangen. Een efficiënte, moderne informatievoorziening en informatie-uitwisseling tussen zorgpartijen moeten hieraan bijdragen. Daarbij kijken de deelnemers aan de community ook naar de mogelijkheden die nieuwe technieken bieden.

Het Zorginstituut heeft per 1 januari de rol van organisator overgenomen van VWS. Een logische keuze, vindt Chief Information Officer (CIO) Karel van den Broek van het Zorginstituut. "Het Zorginstituut is een spin in het web wat betreft de informatievoorziening in de zorg. We beheren onder meer de iStan-

daarden voor de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet (JW). Dit zijn landelijk vastgestelde standaarden voor berichten, die de basis vormen voor de digitale informatie-uitwisseling tussen zorgpartijen."

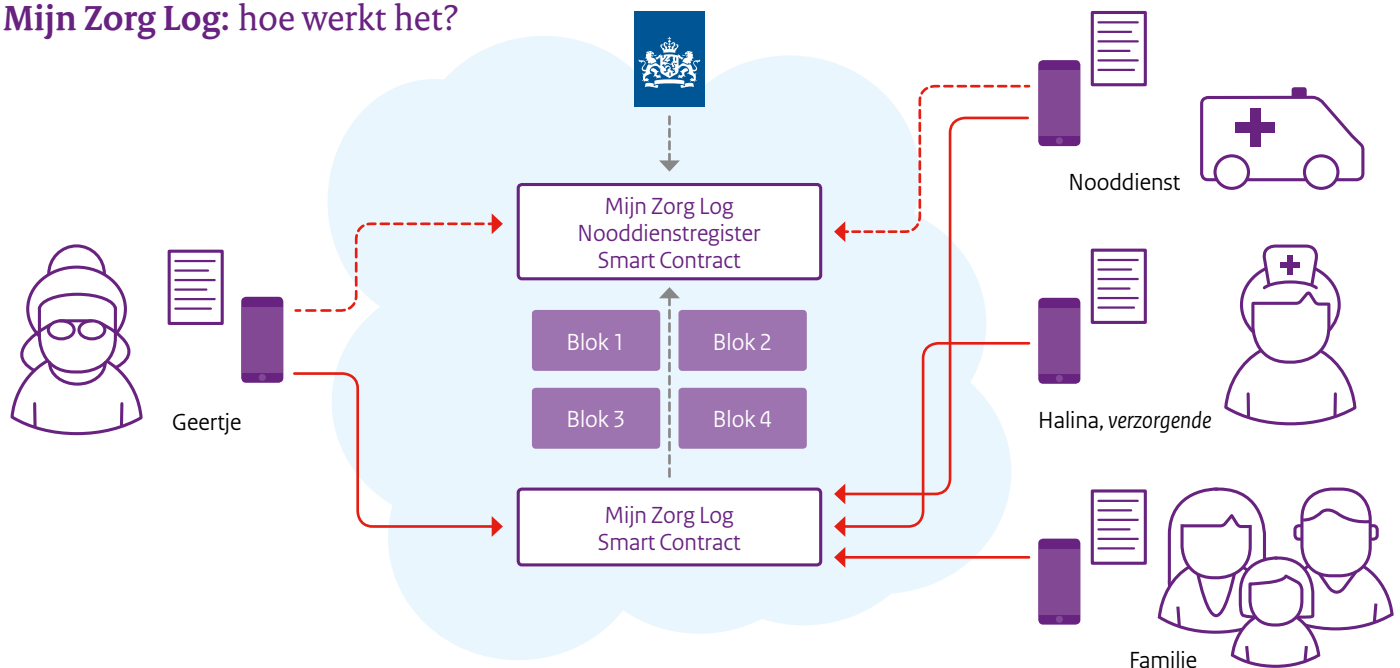
Geertje

Naast het begeleiden en organiseren van de activiteiten van de IZO-Community, speelt het Zorginstituut een rol bij het ontwikkelen van innovatieve oplossingen die de achterliggende doelstellingen dichterbij moeten brengen. Niet alleen denken, maar ook doen dus. Een voorbeeld daarvan is de blockchain (zie kader) voor de fictieve casus 'Geertje', die in november vorig jaar werd gepresenteerd. Geertje is een vrouw op leeftijd die dankzij zorg en ondersteuning thuis kan blijven wonen. Normaal gesproken ligt er in een dergelijke situatie een logboek op het aanrecht. Daarin houden zorgverleners en mantelzorgers bij wanneer ze contact hebben gehad met de cliënt en waarvoor. Met de casus Geertje in het achterhoofd is een app gebouwd waarmee cliënt, zorgverleners en familie samen een digitaal logboek kunnen



Schermontwerpen
van de Mijn Zorg
Log-app

Mijn Zorg Log: hoe werkt het?



"De burger beheert in de app wie welke informatie mag inzien of toevoegen"

WAT IS BLOCKCHAIN?

Blockchain is een online register van transacties. Het registreren van deze transacties gebeurt niet op één centrale plek, maar op een netwerk van computers. Elke transactie wordt door het netwerk van gebruikers gecontroleerd. Misbruik wordt daardoor moeilijk. Er ontstaat één waarheid voor iedereen. Tegelijkertijd zijn de uitgewisselde gegevens door encryptie beveiligd, zodat mensen die de transacties niet mogen zien buiten de deur worden gehouden. Blockchain is nu nog vooral bekend als de achterliggende techniek van de alternatieve munt Bitcoin. Maar transacties kunnen ook niet financieel van aard zijn, zoals bijvoorbeeld zorggegevens.

bijhouden. Ze beschikken daardoor op elk moment over de meest actuele informatie. Met één belangrijk uitgangspunt: de cliënt, in dit geval Geertje, bepaalt wie toegang krijgt tot de gegevens.

Appie

De casus Geertje wordt op dit moment doorontwikkeld aan de hand van fictief personage Appie. "Waar Geertje zorg ontving binnen één zorgdomein, de Wmo, heeft Appie met meerdere zorgdomeinen te maken", vertelt adviseur innovaties Idius Felix van het Zorginstituut. "De app moet daarom de mogelijkheid bieden om domeinoverschrijdend informatie uit te wisselen. Vanuit de app kunnen gebruikers ook toegang krijgen tot inhoudelijke informatie over de zorg, die niet is opgeslagen in de blockchain. We bouwen een mogelijkheid in om zorg en ondersteuning te kunnen valideren en betalen. Naast zorgverleners krijgen nu bovendien ook actoren als zorgverzekeraars en gemeenten een rol in de app."

Ook bij de doorontwikkeling van de app geldt dat de burger centraal staat, aldus Felix. "Hij of zij beheert in de app wie welke informatie mag inzien of toevoegen. Dat kan heel eenvoudig, door een QR-code van een nieuwe deelnemer te scannen met de smartphone en rechten toe te kennen. Door blockchain te gebruiken voor de informatieuitwisseling tussen partijen in de zorg, kunnen we processen vereenvoudigen. Dat biedt

mogelijkheden om de administratieve lasten te verlagen."

Mogelijkheden verkennen

De app is voorsnog niet te downloaden in de Apple Appstore of de Google Playstore, zegt communicatieadviseur Eva Piller. "We willen verkennen wat de mogelijkheden zijn van blockchain. Wat kan deze techniek op langere termijn betekenen voor cliënten en voor partijen in de zorg? Tegen welke problemen lopen we aan bij de ontwikkeling? De resultaten zullen we medio dit jaar delen binnen de IZO-Community. Dan zullen we ook kijken wat de vervolgstappen zijn." "Blockchain is een techniek in opkomst", vult Felix aan. "Het is verstandig hier vroegtijdig mee aan de slag te gaan. Anders word je straks overvallen door toepassingen waarop je niet voorbereid bent."

Voor Felix is het logisch dat het Zorginstituut pioniert op technisch gebied. "Wij spelen geen directe rol in het zorgproces en zijn onafhankelijk. Dat is belangrijk als je een pioniersrol wilt vervullen." Er is ook zeker een link met de kerntaken van het Zorginstituut, betoogt Van den Broek. "Neem het bevorderen van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Een betere informatievoorziening leidt op zichzelf al tot een betere kwaliteit. Maar het leidt ook tot betere data waarmee het Zorginstituut de kwaliteit van de zorg kan meten. Dit mes snijdt dus aan twee kanten." ●



“Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten moeten samen afspraken maken om de ketenzorg te verbeteren”

Hoe pakken de adviezen, richtlijnen, handreikingen of standpunten van het Zorginstituut in de praktijk uit? In hoeverre sluit dat wat ‘aan het bureau’ is bedacht, aan op de dagelijkse praktijk ‘aan het bed’? Deze keer onze duiding *Medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige ggz*.

Tekst Florentijn van Rootselaar

Beeld Zwagemaker, de Beeldredactie | Olaf Kraak

aan het *bureau*

Sandra Reus, adviseur langdurige zorg bij het Zorginstituut, is auteur van de duiding.

“De duiding was een heel traject. We begonnen met een vraag om verheldering: wanneer is opname van mensen die worden behandeld voor een psychische stoornis medisch noodzakelijk? Want alleen als er een medische noodzaak is, wordt die opname vergoed vanuit de Zvw. Daarover bieden we in de duiding meer duidelijkheid. Maar we ontdekten ook een knelpunt: na zo’n Zvw-opname kunnen patiënten lang niet altijd ergens terecht omdat ambulante vervolgvoorzieningen ontbreken. Het gaat om vervolgzorg in de Zvw-sector, zoals een tekort aan ambulante ggz-behandeling. Maar ook om voorzieningen in het sociaal domein; er is bijvoorbeeld geen huis. Dat was een lastige kwestie voor ons. Het verblijf is dan niet meer medisch noodzakelijk. Tegelijkertijd heeft de instelling een bepaalde (na)zorgplicht en kun je mensen niet zomaar op straat zetten. Daar hebben we iets op gevonden: als de opname niet meer medisch noodzakelijk is, maar het medisch niet verantwoord is om iemand uit de instelling te ontslaan omdat er geen vervolgvoorzieningen zijn, mag het langere verblijf nog even uit de Zvw worden betaald. Instelling en zorgverzekeraar moeten zich dan wel maximaal hebben ingespannen om langere opname te voorkomen.

Maar hiermee ben je er nog niet. We willen natuurlijk dat er wel een goede aansluiting komt tussen de instelling en de zorg die daarop volgt. Daarom benadrukken wij ook dat zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten met elkaar afspraken moeten maken om de ketenzorg te verbeteren. Daarvoor geven wij in het rapport verschillende aanbevelingen. Je kunt je bijvoorbeeld voorstellen dat een instelling niet pas vlak voor het ontslag van iemand aan de gemeente moet melden dat een huis nodig is. Alleen als partijen elkaar vinden, kunnen we goede zorg bieden.”



“Tijdens de ambulantisering moet één ding voorop staan: de ervaringen van de mensen om wie het gaat”

aan het *bed*

Alan Ralston, is psychiater bij de gesloten afdeling van Dijk en Duin in Castricum.

“Het is tegenwoordig lastiger om goede zorg te organiseren als iemand onze instelling verlaat. Dat komt doordat de opbouw van intensieve ambulante zorg achterblijft bij de klinische afbouw. Daarnaast vraagt deze problematiek coördinatie. Vooral in het sociale domein is overleg nodig met andere betrokkenen. Toch heb ik in de vijftien jaar dat ik klinisch werk als psychiater nog nooit iemand op straat gezet. Het is echter geen goede oplossing als je mensen dan maar op je afdeling houdt. Dat is onnodig duur en belastend voor mensen, zeker als ze op een gesloten afdeling zitten. Om na het verblijf bij ons toch zorg en ook onderdak voor mensen te vinden, besteden we veel tijd aan overleg met bijvoorbeeld woningbouwverenigingen, familie, wijkagent of sociale opvang. Dat is ook belangrijk omdat de problemen waarmee mensen bij ons worstelen complex zijn: de behoefte aan medische zorg is vaak verweven met huisvestingsproblemen of met problemen met werk. De samenwerking met die partijen verloopt bij ons goed, maar je hunkert af en toe wel naar wat meer doorzettingsmacht: iemand die beslissingen kan forceren in het belang van de patiënt. Bij al die samenwerking kan er daarnaast spanning ontstaan rond het beroepsgeheim. Je moet goed oppassen om als zorgverlener van een ggz-instelling niet zonder toestemming van de patiënt medische zaken aan bijvoorbeeld de gemeente of justitie te vertellen. Dat is een probleem voor de patiënt, maar ook voor de zorgverlener die zijn code schendt. Daarom is specifieke juridische verheldering voor dit domein onontbeerlijk. Tijdens het proces van ambulantisering moet één ding voorop staan: de ervaringen van de mensen om wie het gaat. Hoe kijken zij aan tegen die overgang naar ambulante zorg?”

Subsidieprogramma maakt zorg toegankelijker

Zeven bijdragen aan meer transparantie in de zorg

“Overal in de samenleving is informatie over prijs en kwaliteit met één muisklik beschikbaar. Maar als het gaat om onze gezondheid, het meest waardevolle wat we hebben, is die informatie er nauwelijks.” Dat schreef minister Schippers in 2014 aan de Tweede Kamer. Daarmee gaf zij het startschot voor het Jaar van de Transparantie, dat weer de basis vormde voor de subsidieregeling ‘Transparantie over de Kwaliteit van Zorg’.

Tekst Robert van der Broek

Beeld Ron Zwagemaker

In dit Jaar van de Transparantie leverden diverse partijen in met name de medisch specialistische zorg een extra inspanning om de beschikbaarheid en vindbaarheid van betrouwbare en begrijpelijke informatie voor patiënten een impuls te geven. Met de subsidieregeling ‘Transparantie over de Kwaliteit van Zorg’, die zich nu op de hele zorg richt, continueert en verbreedt het Zorginstituut de aandacht en ondersteuning voor projecten die een bijdrage leveren aan de transparantie van de zorg en de vind- en bruikbaarheid bevorderen van informatie over wat goede zorg is. Bij het beoordelen en verstrekken van deze ‘impulssubsidies’ kijkt het Zorginstituut naar de inbedding van de plannen in de dagelijkse praktijk. Dit programma en de projecten zijn een belangrijke stimulans voor die grotere beweging naar goede informatie voor de patiënt, die hierdoor samen met zijn of haar arts of zorgverlener verstandige keuzes kan maken.

Samen beslissen

Elk jaar stellen het ministerie van VWS en het Zorginstituut gezamenlijk een thema

vast voor projecten die transparantie van zorg invulling geven. In 2016 was het thema ‘Samen beslissen’. Het Zorginstituut heeft subsidie toegekend aan zeven projecten die een bijdrage leveren aan het proces van samen beslissen tussen patiënt en zorgverlener in de ggz, huisartsenpraktijk en de medisch-specialistische zorg. Willemijn Krol, programmacoördinator van het Zorginstituut, licht toe op welke criteria deze projecten zijn geselecteerd: “De gesubsidieerde projecten vallen op door hun inventieve, eenvoudige opzet en de aansluiting bij het thema ‘Samen beslissen’. Dit zijn pioniers, die wij in de uitwerking zullen faciliteren en waarvan wij de trajecten gaan monitoren. De ervaringen die daarbij worden opgedaan, kunnen weer tot voorbeeld strekken voor nieuwe zorgprojecten. Zo wordt informatie stap voor stap beter vindbaar en betrouwbaar. En komen de zorgvrager en de zorgverlener nog dichter bij elkaar.”

Op de volgende pagina’s belichten we de zeven projecten die in 2016 voor de subsidie in aanmerking kwamen.



SUBSIDIE-AANVRAAG 2017 GESTART

Inmiddels is ook de aanvraag voor de subsidieregeling 2017 geopend. Het thema voor 2017 is ‘Psychosociale gevolgen bij ingrijpende somatische aandoeningen’. Geïnteresseerden kunnen een aanvraag tot subsidie indienen. Op onze website staat alle informatie.



Willemijn Krol geeft een toelichting op de subsidieregeling

ren. ROM is de methodiek waarbij de toestand van de cliënten regelmatig wordt gemeten met het oog op evaluatie en eventueel bijsturing van de behandeling.

Bijdrage aan het thema 'Samen beslissen'

Bestaande instrumenten en informatie worden benut, toepasbaar en vindbaar gemaakt voor alle betrokkenen in de ggz: de professionals, zowel intramuraal als vrijgevestigd, de patiënten en hun naasten.

Bijzonderheden/voortgang

Voor een 'Train de Trainer'-cursus worden koppels van professionals en ervaringsdeskundigen geworven. De patiëntenpanels worden deels samengevoegd omdat er in de zoektocht naar tools voor cliënten vooral generieke instrumenten zijn gevonden waardoor een panel per doelgroep overbodig is geworden.



7x Samen beslissen

De volgende, door het Zorginstituut geselecteerde projecten gaan nu concreet invulling geven aan transparantie en kwaliteit van de zorg

- 1 Landelijk Platform GGz: Keuzewebsite met informatie over samen beslissen in het behandeltraject voor ggz**

Doel project

Deze website moet mensen helpen met het vinden van informatie over hun aandoening, mogelijke behandelingen, vergelijkingen tussen behandellocaties, ervaringen met zorg, vergoedingen en wachttijden. Het LPGGz wil zoveel mogelijk al beschikbare openbare keuze- en kwaliteitsinformatie bundelen en begrijpelijk aanbieden.

Bijdrage aan het thema 'Samen beslissen'

De behandelaar kan samen met de cliënt én de site het keuzeproces doorlopen en samen beslissen onder het motto shared decision making.

Bijzonderheden/voortgang

Het project werkt samen met de PSYHAG (NHG kaderhuisartsen GGz) en de landelijke vereniging POH GGz. Na ontwikkeling van de website komt er een doelgroepgerichte gebruikerscampagne.

- 2 Nederlands Instituut van Psychologen (NIP): Bevorderen van persoonsgerichte en gepaste zorg in de ggz**

Doel project

Persoonsgerichte en gepaste zorg in de ggz bevorderen door Routine Outcome Monitoring (ROM) en kwaliteitsstandaarden aan elkaar te verbinden. Met ROM krijgen professionals continu feedback, zodat zij leren hoe ze het proces van samen beslissen kunnen verbeter-

- 3 Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen (STZ): Formuleren en implementeren van 24 zorgpaden in 12 ziekenhuizen**

Doel project

Het delen van geleerde lessen en best practices in 24 zorgprocessen in 12 Nederlandse ziekenhuizen – 4 topklinisch, 2 academisch en 6 algemeen/categoriaal. Deze ervaringen worden direct geïmplementeerd en geborgd.

Bijdrage aan het thema 'Samen beslissen'

Het project geeft inzicht in de elementen die essentieel zijn voor succesvolle toepassing en borging van samen beslissen, zoals gedrag (empowerment van zorgverleners en patiënten), opleiding en feedback, koppeling met ICT-systemen, borging in richtlijnen en minimale basiseisen voor keuzehulpmiddelen.

Bijzonderheden/voortgang

29 ziekenhuizen hebben zich inmiddels aangemeld voor een informatiebijeenkomst. ►

Zij hebben een plan van aanpak uitgewerkt. Een onafhankelijke commissie geeft advies welke ziekenhuizen geselecteerd worden.



Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties (VSOP): Ontwikkelen van een generiek netwerkmodel voor zeldzame aandoeningen

Doel project

Het ontwikkelen van een generiek model voor persoonsgerichte zorg, dat kan worden ingebed in de samenwerkende zorgnetwerken voor zeldzame aandoeningen. Het model voorziet in een structurele verwijs- en samenwerkingssystematiek om tot transparante, interdisciplinaire samenwerking te komen.

Bijdrage aan het thema ‘Samen beslissen’

Goede en passende zorg is moeilijk te vinden voor patiënten met een van de zeventuizend ernstige zeldzame aandoeningen. Dit komt doordat integrale zorgnetwerken en zicht op individuele behandelingsopties ontbreken. Dit project maakt samen beslissen op beide niveaus mogelijk door generieke producten te ontwikkelen die vervolgens toepasbaar zijn voor specifieke zorgnetwerken, aandoeningen en behandelingen.

Bijzonderheden/voortgang

In de opstartfase is een quick-scan gemaakt van bestaande zorgnetwerken en keuze-informatie voor zeldzame aandoeningen. Een eerste conceptnetwerkmodel is afgerond. Op dit moment liggen tien pilots van patiëntenorganisaties en expertisecentra voor een selectie ter beoordeling.



Vereniging Volwassenen, Kinderen en Stofwisselingsziekten (VKS): Ontwikkelen en updaten van 25 zorgpaden voor zeldzame stofwisselingsaandoeningen

Doel project

Het formuleren van 25 zorgpaden voor stofwisselingsziekten aan de hand van het door VKS ontwikkelde model en op basis van consensus tussen de betrokken behandelaren en patiëntengroep. Tevens wordt een database gerealiseerd om de ontwikkeling en het onderhoud van de zorgpaden te vereenvoudigen.

Bijdrage aan het thema ‘Samen beslissen’

Door de geringe omvang van de patiëntengroep zijn er te weinig gegevens en capaciteit om Nederlandse richtlijnen te maken. De 25 zorgpaden vertalen de internationale richtlijnen naar toegankelijke informatie waarop patiënten hun voorkeuren en keuzes voor behandeling en/of behandelaar kunnen baseren.

Bijzonderheden/voortgang

De aandacht voor de ontwikkeling van zorgpaden voor stofwisselingsziekten zorgt inmiddels voor een intensivering van de communicatie tussen specialisten en multidisciplinaire afdelingen. Ervaringen worden gedeeld en multidisciplinaire spreekuren zijn opgestart.



Kennisnetwerk CVA-zorg Nederland: Implementeren van Samen beslissen in het zorgproces van revalidatie en CVA-zorg thuis

Doel project

Verbeteren van de informatieverstrekking over de mogelijkheden van zorgvormen in de regionale CVA-ketens. Generieke keuze-instrumenten worden ingebed in nascholingsprogramma's voor professionals in de CVA-zorgketen. Daarin krijgen gevolgen van het CVA die vragen om een andere dan de reguliere aanpak, specifieke aandacht. Zo kunnen keuzes, opties, voorkeuren en beslissingen beter worden gemaakt.

Bijdrage aan het thema ‘Samen beslissen’

Het verbeterprogramma bestaat uit drie deelprojecten. Deelproject 1 omvat een leernetwerk waaraan vier revalidatiecentra met ketenpartners meedoen. In deelproject 2 wordt een format voor een informatietool opgesteld. In deelproject 3 worden drie tot zes instrumenten CVA-proof gemaakt. Alle deelprojecten resulteren in een adviesrapport over toepassing door andere regio's en zorgverleners.

Bijzonderheden/voortgang

Inmiddels zijn op Thuisarts.nl twee keuzehulpen voor CVA-patiënten verschenen. Eén over mogelijke behandelingen bij enkel-voetafwijkingen, de andere over de behandeling bij verminderde arm-handfunctie. De keuzehulpen zijn bedoeld ter ondersteuning van het gesprek tussen de arts, therapeut en patiënt.



Patiëntenfederatie Nederland: Inventarisatie, doorontwikkeling en inbedding van Samen Beslissen in de huisartsenpraktijk met www.3goedevragen.nl

Doel project

Patiënten bewust maken van de actieve rol die zij kunnen spelen bij hun eigen gezondheid. Je bent beter af als je in de spreekkamer of bij de voorbereiding van een bezoek aan de zorgverlener de drie goede vragen stelt. De website 3goedevragen.nl moet bijdragen aan meer persoonsgerichte en vraaggestuurde zorg.

Bijdrage aan het thema ‘Samen beslissen’

Met drie goede vragen worden zorgverleners en patiënten in de eerste- en tweedelijnszorg op een en dezelfde manier aangesproken, wat de onderlinge communicatie zal verbeteren. De website verlaagt de drempel die de patiënt richting zijn of haar zorgverlener kan ervaren, maar versterkt ook de gidsfunctie van de zorgverlener.

Bijzonderheden/voortgang

Recent onderzoek door de Patiëntenfederatie wees uit, dat acht op de tien mensen die drie goede vragen stellen, zeggen dat ze de eigen medische situatie beter begrijpen en gemakkelijker praten over wat zij belangrijk vinden. De meeste gesprekken werden gevoerd met huisarts, specialist of fysiotherapeut. ●

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

Tiana van Grinsven

lid Raad van Bestuur
bij het Zorginstituut

“Als bestuurskundige heb ik altijd al interesse gehad in het publieke domein. Na een aantal jaren in de advieswereld ben ik overgestapt naar de wereld van de zorgaanbieders. In 2012 werd ik directeur bij Espria, een zorgconcern voor ouderen en kwetsbare mensen. Daar was ik tot eind februari werkzaam, de laatste vier jaren als RvB-lid. Bij Espria heb ik ervaren hoe landelijk geaccordeerd beleid geïmplementeerd en vertaald moest worden naar het veld. Die kennis en ervaring neem ik nu mee naar het Zorginstituut. Als RvB-lid, een functie die ik pas sinds een maand bekleed, wil ik mijn netwerk inzetten om de verbinding met het veld verder uit te bouwen. Ik ben een teamplayer en altijd gefocust op de inhoud. Dat zit in me en past bij wat ik bij het Zorginstituut ga doen. Zo ga ik mij binnen de RvB onder meer richten op informatiemanagement. Vanuit die taak informeert het Zorginstituut de burger over de kwaliteit van zorg, maar verzamelen we ook de nodige informatie van buiten om ons beleid goed op het veld te laten aansluiten. Hoe we dat als organisatie op een goede manier kunnen gaan vormgeven vind ik een mooie uitdaging.”

Elevator Pitch

Over zorg gesproken...

“Kwaliteitskader heeft cultuur gehandicaptenzorg veranderd.”

Demissionair staatssecretaris Van Rijn over het effect van het vernieuwde kwaliteitskader in de gehandicaptensector, op zorgvisie.nl (15 maart 2017).

“Dure medicijnen kannibaliseren de groei op andere terreinen waardoor we moeten bezuinigen op bijvoorbeeld personeelskosten en apparatuur.”

Erasmus MC-bestuursvoorzitter Ernst Kuipers op zorgvisie.nl (9 maart 2017).

“Mensen die thuis eenzaam waren bloeiden op in het verzorgingshuis.”

Onderzoeker van de UM, RU Nijmegen en EUR concludeerden dat ouderen in verpleeghuis mentaal net zo gezond zijn als thuiswonenden, op skipr.nl (3 maart 2017).



“Onze gezondheidszorg is nu een heel fijne markt voor fabrikanten. Ze kunnen de volle mep vragen.”

*Renske Leijten (SP) reageert op rapport waaruit blijkt dat het grootste deel van de winst in de gezondheidszorg naar fabrikanten van medische hulpmiddelen en apparatuur gaat, in *Het Financieele Dagblad* (13 maart 2017).*

“There will surely be endless disputes over how to pay for the care patients need. Part of the answer may be going Dutch: using social capital to build a high-performing, sustainable health care system.”

Thomas H. Lee van Press Ganey Associates, blog op catalyst.nejm.org (1 maart 2017).

“Het afschaffen van het eigen risico kan averechts werken.”

Eric van der Hijden van het Talma-instituut in het NTVG (februari/maart 2017).

“Door de bezuinigingen zijn mensen gaan boekhouden met hun gezondheid.”

Huisarts Chantal van het Zandt reageert op onderzoek uitgevoerd door Het Nationaal Zorgdebat, samen met de VPH en KNMP, op rtnieuws.nl (23 januari 2017).

“Over telefoons en voetbal doen we stoer, maar bij farma doen we niets.”

*VUmc-bestuursvoorzitter Wouter Bos bepleit winstplafond voor farmabedrijven in *Het Financieele Dagblad* (20 januari 2017).*

“Wij willen vonken, niet meer vinken”

Verzorgers verpleeghuis IJsselheem in Kampen zingen staatssecretaris Van Rijn toe tijdens zijn tour langs verpleeghuizen (19 januari 2017).