



Zorginstituut Nederland

# Zorginstituut magazine

kwartaalblad van  
Zorginstituut Nederland  
juni 2017



“Naar een  
betere  
geboortezorg”

Horizonscan  
Geneesmiddelen

Betere informatie-  
uitwisseling  
langdurige zorg

# Inhoud

## 6 **Indicatorenset geboortezorg**

Voor de tweede maal heeft het Zorginstituut de regie gepakt in het verbetertraject voor de geboortezorg en stelde de kwaliteitsindicatoren vast.

## 12 **Protontherapie**

Binnenkort kunnen kankerpatiënten in drie Nederlandse ziekenhuizen terecht voor protontherapie. Het Zorginstituut is nauw betrokken bij de introductie hiervan in Nederland. Wat houdt deze nieuwe behandeling in?

## 14 **Horizonscan Geneesmiddelen**

De nieuwe horizonscan van het Zorginstituut geeft tijdig zicht op de werking en prijs van nieuwe medicijnen.

## 24 **Actieprogramma iWlz**

Het Actieprogramma iWlz heeft als doel de informatie-uitwisseling in de langdurige zorg te verbeteren en de positie van de cliënt te versterken. Hoe werkt dat?

## 28 **Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg**

Afgelopen voorjaar werden er vijftien informatiebijeenkomsten georganiseerd over het nieuwe Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. *Zorginstituut Magazine* tekende de reacties van een aantal bezoekers op.



## Rubrieken

9 **Column** Martin van der Graaff

10 **Tien vragen aan:** Sonja Kersten

16 **Feiten & Cijfers**

18 **De andere blik**

Huisarts Dan Hoevenaars ziet hoe vooral mensen met een chronische ziekte beter af zijn in de huisartsenpraktijk dan in het ziekenhuis.

21 **Zinnige Zorg**

Lopende trajecten binnen Zinnige Zorg.

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

Theorie vs. praktijk over de afspraken rondom de vergoedingen van spataderen.

31 **Elevator Pitch**

Het werk van Jacqueline Zwaap van het Zorginstituut in 200 woorden gevat.

32 **Over zorg gesproken**

# Aan de horizon

## voorwoord

**A**ls er een nieuw geneesmiddel aan de horizon verschijnt, gloort er hoop voor de groep patiënten die daar baat bij denkt te hebben. Hoop op genezing, of hoop op een betere kwaliteit van leven. Deze mensen zullen eerst vooral geduld moeten hebben, want het duurt vaak nog jaren voordat duidelijk is of het nieuwe middel ook doet wat het belooft te doen. Ook is meestal pas in een laat stadium bekend tegen welke prijs de farmaceut het geneesmiddel op de markt brengt – een belangrijke factor om de kosteneffectiviteit te kunnen bepalen. Met de lancering van de website 'Horizonscan Geneesmiddelen' heeft het Zorginstituut onlangs een belangrijke stap gezet in het streven innovatieve middelen zo snel mogelijk voor patiënten beschikbaar te hebben.

De Horizonscan Geneesmiddelen, waaraan elders in dit nummer uitgebreid aandacht wordt besteed, biedt een integraal, openbaar en objectief overzicht van innovatieve geneesmiddelen die op korte termijn op de Nederlandse markt verwacht worden. Kortweg werkt dat als volgt: de 'horizonscanners' van het Zorginstituut speuren het internet af op zoek naar nieuwe geneesmiddelen. Samen met verzekeraars, apothekers, specialisten en patiënten beoordelen wij deze gegevens en plaatsen deze, voorzien van extra informatie over bijvoorbeeld de te verwachten prijs van het middel, op de horizonscan-website. Door deze kennis al in een vroeg stadium met elkaar te delen, kunnen nieuwe geneesmiddelen naar verwachting sneller beoordeeld worden op hun (kosten)effectiviteit.

Met de horizonscan heeft het Zorginstituut – op verzoek van VWS - een nieuwe taak op zich genomen, die goed aansluit bij ons werk. Niet alleen omdat de scan ons helpt bij onze rol als pakketbeheerder, maar ook omdat de site de transparantie in de zorg vergroot. Want: hoe eerder wij inzicht krijgen in de mogelijke effectiviteit en de te verwachten prijs van het middel – informatie waar farmaceuten doorgaans niet scheutig mee zijn – hoe eerder wij ook zicht hebben op de kosteneffectiviteit van het middel. Ook andere betrokken partijen als ziekenhuisapothekers, zorgverzekeraars en medisch specialisten kunnen dankzij die gedeelde kennis, transparant in beeld gebracht op de horizonscan-site, veel eerder anticiperen op de komst van het nieuwe middel. Bijvoorbeeld door al vroeg onderlinge afspraken te maken over vergoedingen of over het centraal inkopen van het middel, waardoor zij ook eerder en beter grip krijgen op de prijzen.

De horizonscan vormt dan ook een nuttig instrument om de beoordelingsprocessen rond (dure) geneesmiddelen soepeler te laten verlopen. Daarbij ondersteunt de site ons ook bij ons streven om de zorg voor de burger betaalbaar en toegankelijk te houden, niet meer dan nodig, niet minder dan noodzakelijk.

**Arnold Moerkamp**  
Voorzitter Zorginstituut Nederland



# Korte berichten

## Advies: onderhandel over (hoge) prijs borstkankermiddel palbociclib



Borstkankermiddel palbociclib is effectief, maar moet niet worden opgenomen in het basispakket. Tenzij door prijsonderhandeling de kosteneffectiviteit van het middel sterk verbetert en de impact op het zorgbudget reduceert. Dit adviseerde het Zorginstituut in het 'pakketadvies palbociclib' dit voorjaar aan demissionair minister Schippers.

De verhouding tussen de kosten en effecten van palbociclib is ongunstig: circa 160.000 tot 173.000 euro per gewonnen levensjaar van goede kwaliteit (QALY). Door de hoge prijs, gecombineerd met het relatief grote

aantal patiënten, zijn de kosten aanzienlijk: 118 miljoen euro per jaar.

Het Zorginstituut wijst in het advies nadrukkelijk op het voorstel van de behandelaren (vertegenwoordigd in de NVMO/NABON) om gepast gebruik van het middel nader te verkennen door patiënten alleen in het kader van een onderzoek te behandelen met palbociclib. Met de uitkomsten van dit onderzoek kan gepast gebruik van palbociclib beter worden onderbouwd én de budgetimpact worden verlaagd.

### Beoordelen kwaliteit e-health-toepassingen

E-health wordt steeds meer gewone zorg. Digitale toepassingen ondersteunen patiënten en zorgverleners, bijvoorbeeld in de onderlinge communicatie. Maar zolang er nog onzekerheid bestaat over hoe goed een e-health-toepassing is, kan dat patiënten en zorgverleners weerhouden van een breed gebruik van e-health. In de discussiepaper *Evaluatie van e-health-technologie - in de context van beleid* brengen Nictiz en het Zorginstituut daarom in beeld wat de huidige opvattingen en mogelijkheden zijn bij het beoordelen van de kwaliteit van e-health.

### Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg opgenomen in Register

Het Zorginstituut heeft het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg opgenomen in zijn Register. Het kader maakt zichtbaar wat zorgaanbieders, cliënten en zorgverzekeraars hebben afgesproken over wat goede zorg is. Het nieuwe Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg is het resultaat van een omvangrijke en intensieve samenwerking binnen de sector en is nu de norm voor de hele sector. Het vernieuwde kwaliteitskader geeft cliënten helderheid over goede zorg, helpt teams de zorg te verbeteren en biedt handvatten voor bestuurlijke verantwoording. Er ligt, net als bij het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg dat het Zorginstituut eerder dit jaar vaststelde, een sterk accent op leren en verbeteren.

### Orkambi (taaislijmziekte) niet in basispakket

Het geneesmiddel Orkambi tegen taaislijmziekte wordt niet opgenomen in het basispakket. Nederland en België konden het met de fabrikant, Vertex Pharmaceuticals, niet eens worden over een aanvaardbare prijs, zo meldde demissionair staatssecretaris Van Rijn vorige maand.

Het medicijn moet volgens de fabrikant 170.000 euro per patiënt per jaar kosten. In Nederland hebben ruim 1.500 mensen taaislijmziekte (Cystische Fibrose), van wie er 750 het type hebben waarvoor Orkambi zou kunnen werken. Patiënten moeten het medicijn hun leven lang slikken. De verwachte jaarlijkse kosten kunnen oplopen tot meer dan 100 miljoen euro. Om het 'kosteneffectief' te maken zou de prijs ruim 80 procent lager moeten zijn. Van Rijn hoopt dat de fabrikant alsnog met een aanvaardbaar voorstel komt en nodigt patiëntenorganisaties en andere betrokkenen, onder wie artsen en onderzoekers, uit voor overleg.

## Mijn Zorg Log genomineerd voor Computable Awards 2017

Mijn Zorg Log van het Zorginstituut is genomineerd voor de Computable Awards 2017 in de categorie 'ICT-project van het jaar in de zorg'. Volgens de jury heeft het Zorginstituut aannemelijk gemaakt dat VWS door het innovatief toepassen van blockchain beter grip op de zorgketen kan krijgen. Uit het juryrapport: het Zorginstituut "stelde zich de vraag 'Kunnen we het maken' met blockchain in plaats van 'Kunnen we er op studeren'? Voeg daaraan toe het uitgangspunt om de burger de controle te geven over zijn eigen zorggegevens en je hebt de belangrijkste juryoverwegingen te pakken voor de nominatie. (...) Met de MijnZorgLog-app wordt verleende zorg onweerlegbaar gelogd met blockchaintechnologie en toegankelijk gemaakt over de hele zorgketen heen."

Computable ontving in deze categorie in totaal 59 voordrachten. Vanaf 4 juli kan gestemd worden op een van de vijf genomineerden. Deze publieksstemming bepaalt voor 50 procent de winnaar, de juryleden bepalen de andere 50 procent. Op 31 oktober wordt de winnaar bekendgemaakt.



Stemmen voor Mijn Zorg Log kan vanaf 4 juli via de stembutton op [www.istandaarden.nl/izo/innovaties/blockchain-mijn-zorg-log](http://www.istandaarden.nl/izo/innovaties/blockchain-mijn-zorg-log) (zie ook QR-code).

### Vimizim ook na herbeoordeling niet in basispakket

Het Zorginstituut blijft bij zijn standpunt dat de effecten van het geneesmiddel vimizim te gering zijn om vergoeding vanuit de basisverzekering te rechtvaardigen. Deze conclusie, die het Zorginstituut vorig jaar ook al trok, houdt ook na de recente herbeoordeling stand; aanvullende data geven geen wezenlijk ander beeld van het middel ten opzichte van de eerder ingediende gegevens.

Vimizim (elosulfase alfa) is een middel dat wordt toegediend bij de behandeling van het Morquio A syndroom, een zeldzame stofwisselingsziekte. Omdat de behandeling naar verwachting niet kosteneffectief is, adviseert het Zorginstituut opnieuw aan (demissionair) minister Schippers van VWS om Vimizim niet aan te merken als potentiële kandidaat voor voorwaardelijke toelating tot het basispakket.

### Glucose Monitoring (RTCGM) voor meer diabetespatiënten in basispakket

Twee groepen diabetespatiënten kunnen voortaan ook gebruikmaken van Real Time Continue Glucose Monitoring (RTCGM). Hiermee is het mogelijk om continu de bloedsuikerwaarden te meten. RTCGM valt voortaan onder het basispakket voor vrouwen met diabetes die zwanger willen worden en voor personen met diabetes type 1, die kampen met herhaalde ernstige hypoglykemieën (lage/schommelende bloedsuikerspiegel). Voor een aantal andere specifieke diabetesgroepen, zoals kinderen met diabetes type 1, gold dit al.

Dit advies is afkomstig van de Rondetafel Diabeteszorg (gestart door de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) en het Zorginstituut). Zorgverzekeraars Nederland (ZN) volgt het advies op en geeft op haar beurt dit advies aan de individuele zorgverzekeraars.

#### Meer informatie?

Meer informatie over deze nieuwsberichten kunt u vinden op [www.zorginstituut-nederland.nl/actueel/nieuws](http://www.zorginstituut-nederland.nl/actueel/nieuws)

# Plan en indicatoren voor betere geboortezorg

In Nederland sterven meer baby's dan in omliggende landen, zo bleek uit een internationaal vergelijkend onderzoek uit 2008. Dit gegeven was mede aanleiding voor een verbetertraject en aanpassing van de structuur van de geboortezorg. Sindsdien is er veel verbeterd. Twee keer heeft het Zorginstituut de regie moeten overnemen, omdat de betrokken partijen het niet eens konden worden over de vervolgstappen. Zoals onlangs, toen partijen te veel tijd nodig hadden om kwaliteitsindicatoren te definiëren. In april ging een speciale commissie van de Kwaliteitsraad hiermee aan de slag. Inmiddels ligt er een set indicatoren die is opgenomen in het Kwaliteitsregister.

**Tekst** Jos Leijen

**Beeld** Mrs. Peacock, Kees van de Veen, Bert de Jong

Projectleider Uriëll Malanda van het Zorginstituut en huisarts Niek de Wit waren lid van de tijdelijke commissie geboortezorg van de Kwaliteitsraad (zie kader rechts). "In juli 2016 is de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg vastgesteld", zegt Malanda, "met als doel de kwaliteit en uitkomsten van geboortezorg te verbeteren door integraal en multidisciplinair samen te werken en door het constant evalueren van cliëntervaringen en uitkomsten. De zorgstandaard biedt het kwaliteitskader voor de geboortezorg. In het verlengde daarvan was de opdracht aan de partijen in het veld om een implementatieplan op te stellen, een patiëntenversie van de zorgstandaard te maken en indicatoren te definiëren om de kwaliteitsontwikkelingen te monitoren."

In het College Perinatale Zorg (CPZ) werken partijen in de geboortezorg sinds september 2011 met elkaar samen. Op 4 april presenteerde het CPZ het implementatieplan. De patiëntenversie van de zorgstandaard, met als titel *Geboortezorg in Nederland*, staat inmiddels online. Het opstellen van een indicatorenset gaf echter de nodige problemen. "Zo'n set bestaat uit drie onderdelen", legt De Wit

uit. "Over de medische indicatoren was men het snel eens; dat zijn internationaal en wetenschappelijk breed geaccepteerde criteria. Er waren verschillen van inzicht over de twee andere onderdelen: hoe je de ervaringen van zwangere vrouwen het beste kunt meten en hoe je hun informatie biedt om een afgewogen keuze te maken tussen aanbieders."

## Knopen doorhakken

Oorspronkelijk had er op 1 januari 2017 een indicatorenset moeten liggen. Deze deadline werd opgeschoven naar 1 april, maar ook toen was er nog onenigheid tussen partijen. Het CPZ had wel een voorstel, maar niet alle deelnemende partijen konden zich daarin vinden. Daarom besloot het Zorginstituut zijn doorzettingsmacht te gebruiken en de regie tijdelijk over te nemen. De Kwaliteitsraad stelde een tijdelijke commissie samen om te bekijken waarover partijen het wel eens waren en knopen door te hakken waar verschil van mening was.

De Kwaliteitsraad hanteert enkele uitgangspunten, vertelt De Wit. "Om te beginnen staat de patiënt altijd centraal, de zorg moet zich in dit geval zoveel mogelijk richten naar

## Samenwerking in VSV's

In december 2009 presenteerde de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte het rapport *Een goed begin* met aanbevelingen om de zorg rond de bevalling te verbeteren. Een van de aanbevelingen was een netwerk van professionals te vormen die samen zo goed en veilig mogelijke zorg bieden, met bindende afspraken over kwaliteit, registratie, verantwoording en transparantie. De stuurgroep adviseerde de oprichting van een landelijk College Perinatale Zorg en actieve deelname van zorgverleners in verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV). Betere samenwerking en communicatie tussen de verschillende beroepsgroepen moest helpen om de babysterfte omlaag te krijgen. Vrijwel overal in het land werken verloskundigen, gynaecologen en kraamzorg inmiddels samen in VSV's. Ze maken werkafspraken, bespreken cliënten en creëren met elkaar het netwerk rond de aanstaande moeder. "Sommige VSV's leveren ook echt integrale geboortezorg", weet Niek de Wit. "Een aantal werkt ook al met integrale financiering. Ze krijgen een bedrag per geboorte en regelen onderling de verdeling van dat geld. Andere zijn nog niet zo ver."

## TIJDELIJKE COMMISSIE GEBORTEZORG

De tijdelijke commissie  
geboortezorg bestond uit:

- Jan Kremer, hoogleraar patiënt-gerichte innovatie in Nijmegen en voorzitter van de Kwaliteitsraad
- Niek de Wit, hoogleraar huisarts-geneeskunde in Utrecht en lid van de Kwaliteitsraad
- Kitty Bloemenkamp, hoogleraar verloskunde in Utrecht
- Carola Groenen, directeur Coöperatieve Verloskundigen Nijmegen e.o. en onderzoeker aan het UMC Radboud
- Uriëll Malanda, projectleider Integrale Geboortezorg bij het Zorginstituut



**“Een overdaad aan indicatoren maakt de zorg niet per definitie beter. We geloven meer in het verbeteren van kwaliteit door te leren en te bedenken waar je het beter kunt doen”**

de aanstaande moeder en niet andersom. Daarnaast willen we de administratieve last beperken. Zorgverleners moeten zo min mogelijk tijd kwijt zijn met registreren. Een overdaad aan indicatoren maakt de zorg niet per definitie beter. We geloven meer in het verbeteren van kwaliteit door te leren, door eigen resultaten te vergelijken met die van anderen, en te bedenken waar je het beter kunt doen.”

De commissie heeft daarom de meting van de klantervaring teruggebracht tot één indicator, de zogeheten netto promotor score (NPS). Simpel gezegd is de vraag aan de jonge moeder: zou je op basis van je eigen ervaringen de begeleiding rondom je zwangerschap door deze zorgverleners aanbevelen aan je vriendinnen? “De NPS wordt in de commerciële wereld veel toegepast. Deze geeft je een goede indicatie of een klant tevreden is. We gaan de NPS landelijk verzamelen, zodat behandelaars eenvoudig kunnen zien hoe ze het doen in vergelijking met andere behandelaars. Daarnaast kunnen verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's, zie kader links) regionaal met een meer uitgebreide vragenlijst naar eigen keuze gegevens verzamelen om de zorg in detail te evalueren en aandachtspunten voor verbetering te vinden.”

### Keuze-informatie

Ook voor de klantpreferenties heeft de commissie de indicatoren vastgesteld, vaak gebruikmakend van de indicatoren waarover binnen de CPZ al overeenstemming was bereikt. Het gaat hierbij om keuze-informatie die zwangere vrouwen helpt te kiezen tussen verschillende aanbieders. Bijvoorbeeld of het verloskundig samenwerkingsverband een individueel geboortezorgplan gebruikt en of er een adviesraad is van zwangere vrouwen en jonge ouders. Daarnaast zijn er indicatoren die betrekking hebben op zorgverleners binnen het VSV: het ziekenhuis, de verloskundigenpraktijk en de kraamzorgorganisatie. De tijdelijke commissie heeft de aangepaste indicatorenset in mei ter consultatie voorgelegd aan de diverse partijen en op details aangepast. Daarna heeft de Kwaliteitsraad de set besproken en voorgelegd aan de raad van bestuur van het Zorginstituut. Die heeft de indicatoren op 1 juni vastgesteld, zodat ze kunnen worden toegevoegd aan het Kwaliteitsregister. “Het werk van de commissie zit er daarmee op”, zegt Malanda. “Het is nu aan ‘het veld’ om het implementatieplan uit te voeren. Dat zou in 2020 gereed moeten zijn. Een belangrijke rol is daarbij weggelegd voor het College Perinatale Zorg en de VSV's, om partijen te motiveren en te faciliteren. ▶



## HOE GOED IS DE GEBOORTEZORG?

In december 2008 kopten de kranten dat de babysterfte in Nederland bijna de hoogste van Europa was. Alleen Frankrijk en Letland presteerden volgens het onderzoek van TNO en UMC Maastricht slechter. In commentaren werd gesteld dat de gebruikte meetmethoden en de goede registratie in Nederland een vertekend beeld zouden geven, maar feit bleef dat Nederland relatief slecht scoorde.

Over de oorzaken van de relatief hoge babysterfte (1 op de 100) brak een discussie los. Een verband met het hoge aantal thuisbevallingen was niet hard te maken. Dat Nederlandse vrouwen op steeds hogere leeftijd zwanger raken, zou een rol kunnen spelen. Volgens anderen is de slechte samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen een oorzaak. De Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, die naar aanleiding van dit onderzoek in het leven werd geroepen, pleitte dan ook voor betere samenwerking. Sinds 2008 is de situatie aanzienlijk verbeterd. Volgens het registratiesysteem Perined is de babysterfte in Nederland gedaald van 11,9 per 1.000 in het jaar 2000 naar 7,4 per 1.000 in 2014; een afname van bijna 35 procent. Twee derde van de baby's die overlijden, zijn geboren voor de 28<sup>e</sup> week van de zwangerschap.

Volgens emeritus hoogleraar verloskunde Gerard Visser gaat er echter nog te veel mis. "Het zwakste aspect is dat verloskundigen en gynaecologen niet goed samenwerken", zei hij in 2016 tegen RTL Nieuws. "De verloskundige moet alerter zijn en eerder verwijzen. De gynaecoloog moet eerder zeggen: laten we nu toch maar die bevalling gaan opwekken en niet wachten." Volgens Visser heeft een minderheid van de Nederlandse ziekenhuizen de 24-uurs geboortezorg op orde.



Het Zorginstituut houdt de vinger aan de pols en zal helpen waar nodig en gevraagd. Maar de andere partijen zijn nu eerst aan zet."

### Botsende uitgangspunten

Het knopen doorhakken bij de indicatorenset was de tweede keer dat het Zorginstituut in het dossier geboortezorg gebruikmaakte van zijn doorzettingsmacht. Hoe komt het toch dat het de partijen kennelijk zoveel moeite kost om samen tot overeenstemming te komen? Het heeft voor een deel te maken met botsende uitgangspunten, denkt De Wit. Verloskundigen hangen de fysiologische benadering aan: bevallen is een natuurlijk proces dat bij een gezonde zwangerschap heel goed thuis kan gebeuren. Nederland is van oudsher een thuisbevallingsland en daar is niets mis mee.

## In 2005 kreeg bijna een kwart van de vrouwen hun baby thuis, tegen 13 procent in 2015

Aan de andere kant staat de pathologische benadering, vooral bij gynaecologen in het ziekenhuis. Zij zijn meer gericht op het vermijden van risico. Waarom zou je thuis bevallen, als het veilig in het ziekenhuis kan, met alle hulpmiddelen bij de hand als er complicaties zijn? De samenleving lijkt deze

denktrant overgenomen te hebben. Want een thuisbevallingsland zijn we steeds minder. Ook al wijst onderzoek niet uit dat thuis bevallen meer risico's oplevert, toch kiezen steeds meer vrouwen voor het ziekenhuis, al dan niet poliklinisch. In 2005 kreeg nog bijna een kwart van de vrouwen hun baby thuis, in 2015 was dat nog maar 13 procent. Op de achtergrond spelen ook zakelijke belangen een rol. Verloskundigen zien hun vijver leger worden. "Het zal nooit bewust gebeuren, want het belang van de patiënt staat altijd voorop", zegt De Wit. "Maar de wijze van financiering kan ertoe bijdragen dat patiënten te vroeg of te laat worden overgedragen van de eerste naar de tweede lijn. De integrale bekostiging kan daar een oplossing voor zijn. Dan gaat per bevalling een bedrag naar de VSV en partijen moeten dat dan onderling verdelen. Voorwaarde is dan wel dat de samenwerking binnen het VSV heel goed is." ●

### Meer informatie

Brochure Geboortezorg in Nederland:  
<https://www.kennisnetgeboortezorg.nl>

Indicatorenset:  
<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties>

Zorgstandaard Integrale Geboortezorg:  
<https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/integrale-geboortezorg-zorgstandaard>



# Ambtenarentaal

## column

**A**mbtenaren schrijven nogal eens teksten waar zonder decoderings hulpmiddel geen chocola van te maken is. Dat klopt. Of, in ambtenarentaal: het is zeker niet ondenkbaar dat de gekozen zinsconstructie het gevaar in zich bergt, dat de betekenis de welwillende lezer geheel of gedeeltelijk ontgaat. Dat is overigens lang niet altijd de schuld van de ambtenaar. Zijn of haar baas is vaak zwaar medeplichtig, of zelfs de aanstichter van dit kwaad.


Een advies om een door de burger gewenste behandeling niet in het pakket op te nemen kun je natuurlijk niet zo maar huiselijk opschrijven. Zo'n beslissing moet kunnen standhouden bij de rechter. De eindverantwoordelijke kiest dus wel eens voor verullend taalgebruik. Je moet er toch niet aan denken dat de lezer doorkrijgt dat de ambtenaar ook moeite had om de beslissing kloppend te krijgen. Wij noemen dat trouwens geen beslissing, maar spreken bijvoorbeeld van een duiding. Alleen dat woord al roept visioenen op van priesters uit de klassieke oudheid. Die tuurden ingespannen in de ingewanden van een zojuist geslacht offerdier en leverden vervolgens een toekomstvoorspelling af in onnavolgbare kromspraak. Een hulpje zette die wartaal dan om in begrijpelijke zinnen en een concrete aanbeveling.

Vandaag de dag schrijft de ambtenaar zo helder dat er geen hulpje nodig is. De overheid selecteert hem immers op het vermogen tot effectief communiceren. Dat staat tenminste in alle vacatureteksten, dus zal het wel waar zijn. De voor zorgvuldige communicatie benodigde tijd is echter niet altijd voorhanden. Gevolg: toch weer wolligheid.

Maar niet alleen pogingen tot volledigheid laten de lezer in verwarring achter. Soms wil je de gevoelens ontzien van de moderne burger, die af en toe argumenten hanteert die werkelijk nergens op slaan. Maar je kunt niet schrijven: "We hebben ons tranen gelachen om uw redenering, een kopie van uw brief hangt al weken op de muur naast het kopieerapparaat". Dus je vervangt dit door het meer aabare: "Helaas kunnen wij ons niet vinden in de door u aangedragen argumenten. In het vervolg van deze brief zetten wij dit uitvoerig uiteen."

Wat wil je zeggen als een middel wel de moeite waard is maar veel te duur? "Niet doen, tenzij de prijs flink omlaag gaat." Bij palbociclib werd dat het volgende: "... adviseer ik u om palbociclib niet op te nemen in het verzekerde pakket, tenzij u door prijsonderhandeling de kosteneffectiviteit van het middel kunt verbeteren en de impact op het zorgbudget kunt reduceren."

Het ontzien van de gevoelens van de patiënt en de leverancier leidt dus soms tot verdedigbare wolligheid. Of de burger dat waardeert, blijft de vraag. De ambtenaar Dorknoper uit de Bommel-verhalen zei het al: "Wij ambtenaren zijn dikwijls zo kwetsbaar omdat het publiek afwijzend tegenover ons staat."



"Duiding; alleen dat woord al roept visioenen op van priesters uit de klassieke oudheid"

Martin van der Graaff werkt als adviseur bij het Zorginstituut

# 10

vragen aan  
*Sonja Kersten*

Tekst Jacqueline Schadee

Beeld De Beeldredactie | Herbert Wiggerman

## 1 Wat is uw eerste ervaring met de gezondheidszorg?

“Vlak na mijn geboorte merkte mijn moeder dat er iets mis was met de stand van mijn heupen, knieën en voeten. ‘Haar motorische ontwikkeling is wat traag’, suste de huisarts in ons kleine Brabantse dorpje. Helaas had mijn moeder gelijk: toen ik twaalf was, bleek ik dysplastische heupen en knieën te hebben. Omdat een grote operatie pas kon worden uitgevoerd als ik uitgegroeid was, heb ik flink moeten tobben: ik struikelde vaak, brak van alles, ledematen schoten uit de kom en ik belandde herhaaldelijk in een rolstoel. Toch ben ik niet gefrustreerd geraakt. Pijn is lastig, functieverlies ook, maar ik heb me altijd gericht op wat ik wél kon.”

## 2 Wat voor dokter zou u zijn geworden als u geneeskunde had gestudeerd?

“Als een van de weinige studenten medische biologie heb ik bewust voor die studie gekozen: de meesten volgden de studie omdat ze waren uitgeloot voor geneeskunde, waarvan de studiestof de eerste jaren voor 70 procent met medische biologie overlapt. Omdat ik graag wil snappen hoe de dingen zijn en of ik ze kan verbeteren, ben ik de onderzoekskant opgegaan. Het is een heel mooie, brede studie. Als dokter was ik vast huisarts geworden, omdat je dan goed moet luisteren en kijken en, net als een medisch bioloog, heel analytisch te werk moet gaan.”

## PERSONALIA

Sonja Kersten (1974) is directeur van V&VN, de beroepsvereniging voor verpleegkundigen en verzorgenden, met ruim tachtigduizend leden. Ze woont in Woerden, is getrouwd en heeft twee kinderen.



**“Het handelen van de 350.000 verpleegkundigen en verzorgenden in Nederland heeft ongelooflijk veel impact op patiënten. Ze zijn ontzettend belangrijk en vaak veel te bescheiden”**

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

“Ik zou een integraal plan voor ouderen opstellen, met daarin een coördinerende rol voor wijkverpleegkundigen. Zij kunnen de zorg dicht bij huis in goede banen leiden, tijdig ingrijpen om erger te voorkomen en - hoe moeilijk ook - over schotten tussen de sectoren heen kijken. Verpleegkundigen kunnen ervoor zorgen dat ouderen minder snel op de spoedeisende hulp terechtkomen en hen stimuleren om meer gebruik te maken van mogelijkheden in de buurt. Het plan dat ik voor ogen heb, voorziet ook in maatregelen om eenzaamheid te voorkomen, om zingeving te bevorderen en om mantelzorgers te ondersteunen.”

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

“Die vraag wil ik wat ruimer pakken, meer passend bij onze brede beroepsgroep. Ik vind het goed dat de richtlijnen voor de vergoeding van hulpmiddelen worden aangepast. Mensen met chronische aandoeningen als diabetes, met een stoma of met incontinentie, zijn voor hun functioneren afhankelijk van die middelen. Nu is het zo dat de leverancier soms zelf het hulpmiddel kiest - vaak de goedkoopste - met als gevolg dat er veel materiaal terug moet, bijvoorbeeld vanwege allergieën. Ik zeg: laat patiënten en zorgverleners samen die keuze maken, vertrouw erop dat ook zij hun best doen om de kosten te beperken. Maak de opties in het basispakket dus niet te beperkt.”

### **5** En welke zorg moet volgens u in het basispakket worden opgenomen?

“Ik vind dat preventieve interventies van bijvoorbeeld wijkverpleegkundigen en sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen meer op waarde geschat moeten worden. Als verze-keraar zou ik inzetten op preventie, omdat je er gezondheid mee bevordert en grotere uitgaven mee voorkomt. Iemand die gescheiden is en schulden heeft, kan als gevolg daarvan psychische en somatische klachten krijgen en zo in een negatieve spiraal belanden. Als een wijkverpleegkundige de geldproblemen op tijd signaleert, kan hij of zij doorverwijzen naar de schuld- of andere hulpverlening en grotere ellende voorkomen.”

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

“Ik ken mijn lichaam vrij goed en heb de neiging om kwaaltjes te negeren. De meeste gaan na een poosje vanzelf weer over.”

### **7** Wat is uw favoriete zorgwoord?

“Mijn favoriete woord is eigenlijk een zin: ‘De verpleging is de kurk waar de gezondheidszorg op drijft’. De 350.000 verpleegkundigen en verzorgenden in Nederland staan dicht bij de mensen. Hun handelen heeft ongelooflijk veel impact op patiënten. Ze zijn ontzettend belangrijk en vaak veel te bescheiden.”

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

“Dat is niet moeilijk om me in te beelden, omdat ik er regelmatig met twee gebroken benen heb gelegen. Ik zou wel naast de nieuwe minister van VWS willen liggen. Ik weet nu nog niet wie dat wordt, maar ik ben benieuwd naar zijn of haar visie op de gezondheidszorg. Ik zou graag de gelegenheid aangrijpen om prachtige, maar ook verontrustende verhalen uit de praktijk van verpleegkundigen en verzorgenden te vertellen. Als we een goede relatie opbouwen, hebben we daar de komende vier jaar veel plezier van.”

### **9** Wat vindt u de belangrijkste voorwaarde voor goede zorg?

“Een optimale personeelsmix. Je moet mensen met de juiste competenties laten samenwerken: de juiste mensen op de juiste plek zetten. De personeelssamenstelling is heel belangrijk, niet alleen in de ouderenzorg waar je nu zoveel over hoort, maar ook in de gehandicaptenzorg en in ziekenhuizen. Daarnaast is het belangrijk dat de eerstelijnszorg goede relaties onderhoudt met hulpverleners van de gemeente.”

### **10** Hoe ziet de zorg er volgens u over tien jaar uit?

“Ik denk dat er veel meer zorg thuis wordt gegeven. Er komt steeds meer apparatuur voor in huis beschikbaar en het aantal e-health-toepassingen neemt een grote vlucht. Beeldbellen wordt gangbaarder. Over tien jaar kunnen we het ons vast niet meer voorstellen dat we anno 2017 nog voor zoveel naar het ziekenhuis moesten! Verder denk ik dat *shared decision making*, waarbij arts en patiënt samen over behandelingen beslissen, straks geen beleid meer is maar een recht. Tot slot hoop ik dat er in 2027 meer aandacht zal zijn voor gezondheid dan voor gezondheidszorg.” ●

# Door protonen-therapie minder ernstige bijwerkingen

Binnenkort kunnen kankerpatiënten in drie Nederlandse ziekenhuizen terecht voor protonentherapie. Het voordeel van deze behandeling is dat gezonde weefsels minder blootstaan aan schadelijke straling. Vooral kinderen en patiënten met tumoren op kritische plekken hebben baat bij protonentherapie.

Tekst Jos Leijen

Tot nog toe moeten patiënten voor een protonenbehandeling naar het buitenland. Daar komt verandering in. In het najaar openen protonencentra in Delft en Groningen hun deuren, eind volgend jaar wordt ook in Maastricht een centrum in gebruik genomen. Dan kunnen zestienhonderd patiënten per jaar een behandeling ondergaan. De bouw van een gepland behandelcentrum in Amsterdam is uitgesteld.

Onder begeleiding van het Zorginstituut overleggen vertegenwoordigers van betrokken partijen – zoals overheid, zorgverzekeraars, ziekenhuizen, patiënten en radiotherapeut-oncologen – in de Expertgroep Protonentherapie over de introductie van protonentherapie in Nederland. Medisch adviseur Yoka Kusumanto en adviseur Paula Staal van het Zorginstituut zijn betrokken bij dit traject. “Het traject is bijna tien jaar geleden begonnen toen hoogleraar en radiotherapeut-oncoloog Hans Langendijk uit Groningen

bij ons aanklopte”, kijkt Staal terug. “Hij vroeg duidelijkheid over vergoeding van protonentherapie uit de basisverzekering. De introductie van deze nieuwe behandeling vergt namelijk grote investeringen in gebouw en apparatuur. Het Zorginstituut (toen nog CVZ) heeft tussen 2009 en 2011 verschillende rapporten uitgebracht. We concludeerden daarin onder meer dat protonentherapie bij een aantal indicatiegebieden tot het basispakket behoort.”

## Vier centra

Mede naar aanleiding van deze rapporten besloot minister Schippers (VWS) begin 2014 vier vergunningen af te geven voor behandelcentra in Delft, Maastricht, Amsterdam en Groningen. Het gaat in totaal om capaciteit voor 2.200 behandelingen per jaar. Of dat genoeg is, daar lopen de meningen over uiteen. Volgens de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO) is er in 2020 behoefte aan 5.800 behandelingen. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) verwacht

dat er veel minder capaciteit nodig is. “Het is goed dat de therapie in Nederland beschikbaar komt”, zegt Albert Versteegde van ZN. “Wij vinden wel dat 2.200 behandelingen erg veel is, en 1.600 ook. Er gaan nu per jaar minder dan honderd patiënten naar het buitenland. Het risico is dat we straks met heel dure centra zitten die niet volledig worden gebruikt. Wij hadden liever een gefaseerde invoering gezien. Als er dan extra capaciteit nodig is, kun je die altijd nog realiseren.” Professor Hans Langendijk denkt dat er eerder meer dan minder behandelingen nodig zullen zijn dan de 2.200 die nu gepland zijn. “Zelfs als de schatting van de NVRO er 50 procent naast zit, gaat het nog om bijna drieduizend behandelingen, ruim meer dan beschikbare capaciteit.”

## Precies de juiste plek

Het grote voordeel van de protonentherapie is dat de stralenbundel heel precies naar een plek in het lichaam kan worden geleid. Daar geven de protonen hun energie af. Ze pakken





Bestralingstoestel voor protontherapie.

“Per patiënt wordt bepaald welke behandeling het beste past: protonen- of fotontherapie. Een mooi voorbeeld van *personalized medicine*”

de tumor aan en laten het omliggende weefsel met rust. Hierdoor kunnen tumoren op kwetsbare locaties, zoals in hoofd en hals en bij het hart, even effectief behandeld worden als met *state of the art* fotontherapie, maar met minder bijwerkingen. Sommige van deze bijwerkingen manifesteren zich pas na jaren. Ook voor de behandeling van tumoren bij kinderen biedt de protonentechnologie soelaas. Kusumanto: “Omdat kinderen nog in de groei zijn, zijn ze extra kwetsbaar voor de schadelijke werking van straling op de lange termijn. Een voorbeeld is een stoornis in de groei of in de cognitieve ontwikkeling bij bestraling op het centraal zenuwstelsel. Met protontherapie vermijd je dat risico.” Protontherapie vervangt de gebruikelijke fotontherapie niet, maar vergroot het behandelarsenaal, vertelt Langendijk. Alleen patiënten bij wie een ‘klinisch relevant’ voordeel te verwachten valt van protontherapie, komen ervoor in aanmerking. “Neem bijvoorbeeld borstkanker”, zegt Langendijk. “Bij bestraling van de borst bestaat het risico

dat het hart schade oploopt. Maar in 95 procent van de gevallen is deze blootstelling met de huidige fotonentechniek verwaarloosbaar. Alleen de overige 5 procent komt dan in aanmerking voor de duurdere protontherapie.”

#### Passende behandeling

Op basis van modellen wordt per patiënt een vergelijking gemaakt tussen protonen- en fotontherapie. Langendijk: “De vergelijking is bij iedere patiënt anders. Als het geen klinisch relevant voordeel oplevert voor de patiënt, en bij een gelijke kans op complicaties, kiezen we voor de fotontherapie. Zo wordt bepaald welke behandeling het beste past bij de patiënt, een mooi voorbeeld van *personalized medicine*.”

Zorgvuldige indicatiestelling en andere zaken rond de invoering van de protontherapie worden besproken in de Expertgroep Protontherapie, die minimaal twee keer per jaar bijeenkomt. “We zijn het niet altijd eens”, zegt Versteegde (ZN), “en soms staan we

recht tegenover elkaar. Maar de expertgroep is een belangrijk platform om met elkaar in gesprek te blijven en de nieuwe therapie optimaal in te voeren en uit te voeren. Daarnaast vinden we elkaar om knelpunten onderweg op te lossen.”

Pauline Evers van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) zit namens de patiënten in de expertgroep. “We zijn blij dat patiënten straks in eigen land terecht kunnen”, zegt zij. “Behandeling in het buitenland is erg belastend voor de patiënt. Ik breng bij de expertgroep het patiëntengeluid in. Hoe zit het straks bijvoorbeeld met patiëntenvervoer? Als je vanuit Nijmegen vier weken vijf keer per week in Maastricht bestraald wordt, moet je dan elke dag op en neer, of zijn er ook andere oplossingen mogelijk? Voor dat soort vragen is de expertgroep ook de plek.” ●

“We willen dat de markt transparant wordt”

# Horizonscan brengt innovatieve geneesmiddelen in kaart

Hoewel geneesmiddelen voor honderdduizenden mensen in Nederland van levensbelang zijn en de kosten ervan bijna 10 procent van het zorgbudget bedragen, is de geneesmiddelenmarkt nog altijd ondoorzichtig. Welke nieuwe medicijnen er op de markt gaan komen en wat de prijs ervan wordt, blijft voor betrokkenen tot op het laatste moment onduidelijk. Om zicht op de ontwikkelingen én grip op de prijzen te krijgen, publiceert het Zorginstituut sinds kort een ‘Horizonscan Geneesmiddelen’.

**Tekst** Jacqueline Schadee

**Beeld** Flip Franssen (HH)

Een horizonscan is een overzicht van nieuwe, gepatenteerde geneesmiddelen die de komende twee jaar op de markt verwacht worden, plus een indicatie van de financiële impact ervan. Op basis daarvan kunnen zorgpartijen zich voorbereiden op naderende marktintroductions.

“In het verleden is de zorgsector vaak verrast door geneesmiddelen die na de onderzoeksfase opeens voor zeer hoge prijzen op de markt kwamen. Daardoor konden bijvoorbeeld ziekenhuizen, die veel patiënten behandelden die deze geneesmiddelen nodig hadden, in de problemen komen: ze hadden over deze middelen nog geen afspraken met de zorgverzekeraar en wisten dus niet of ze vergoed zouden worden of niet”, legt projectleider Cornelis Jan Diepeveen van het Zorginstituut uit. “Op basis van de horizonscan kunnen ze nu besluiten om de middelen gezamenlijk in te kopen of om de zorg te concentreren. Het ministerie van VWS kan

het medicijn tijdelijk buiten het verzekerde pakket plaatsen en het pas weer toelaten op het moment dat een prijs is uitonderhandeld die wel acceptabel is – die middelen zitten dan in de zogenaamde ‘sluis’.”

## Datadetectives

De informatie voor de horizonscan wordt in eerste instantie verzameld door ‘scanners’, een soort datadetectives. Zij bestuderen horizonscans van andere landen, resultaten van wetenschappelijk onderzoek en beursrapporten voor aandeelhouders van farmaceutische bedrijven. Zo hopen ze nieuwe ontwikkelingen in een vroeg stadium op te sporen. De farmaceutische industrie zelf brengt die informatie maar mondjesmaat naar buiten. “Farmaceuten hebben grote belangen en willen niet alles prijsgeven. Het gaat om een miljardenbusiness. Gelukkig lijken ze steeds meer bereid om informatie te delen.”

---

## AAN DE HORIZONSCAN VAN HET ZORGINSTITUUT WERKEN MEE:

- Federatie Medisch Specialisten;
- Integraal Kankercentrum Nederland;
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties;
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers;
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra;
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen;
- Nederlandse Zorgautoriteit;
- Patiëntenfederatie Nederland;
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland;
- Patiëntenvereniging voor zeldzame genetische aandoeningen;
- Zelfstandige klinieken Nederland;
- Zorgverzekeraars Nederland.

---

## WERKGROEPEN VOOR HET MAKEN VAN DE HORIZONSCAN

- Oncologie & hematologie
- Stofwisseling & endocrinologie
- Chronische immuunziekten
- Infectieziekten
- Longziekten
- Neurologische aandoeningen
- Cardiovasculaire aandoeningen

De horizonscan sluit aan bij de wettelijke taak van het Zorginstituut om te beoordelen of nieuwe geneesmiddelen in het basispakket thuis horen of niet. Diepeveen: “Hoe eerder we weten welke medicijnen eraan komen, hoe beter we erop kunnen anticiperen. Daardoor worden de zorgeuro’s zo effectief mogelijk besteed en blijft de zorg in de toekomst betaalbaar en toegankelijk.”

## “Ons motto: alles is openbaar, óók de prijzen. We willen dat de markt transparant wordt”

### Unieke werkwijze

Het Zorginstituut laat het overzicht maken door én voor belanghebbenden: zorgverzekeraars die de medicijnen vergoeden, ziekenhuisapothekers die de middelen inkopen, medisch specialisten die ze voorschrijven en natuurlijk de patiënten, voor wie de medicijnen gemaakt worden. De belanghebbenden zijn ondergebracht in zeven werkgroepen, op basis van veelvoorkomende ziektebeelden (zie kader). “Nederland is hier echt uniek in. In geen enkel ander land werken overheid, professionals, verzekeraars en patiënten op dit gebied zo nauw samen.”

De werkgroepen bekijken de groslijsten die de scanners aanleveren, corrigeren waar nodig en vullen de informatie aan. Daarna plaatst het Zorginstituut het overzicht op een website: [www.horizonscangeneesmiddelen.nl](http://www.horizonscangeneesmiddelen.nl). Van elk geneesmiddel wordt een inschatting gemaakt van type patiënt waarvoor het middel bestemd is. Ook de wijze waarop het middel zich verhoudt tot andere middelen wordt vermeld, plus het verwachte aantal patiënten dat er baat bij zal hebben én de verwachte prijs. Daarbij proberen de werkgroepen een realistische inschatting te maken. Diepeveen: “We gaan niet zeggen wat er volgens ons met die prijs moet gebeuren: dat is aan de partijen in het veld.” Het Zorginstituut hoopt farmaceuten ertoe te bewegen in de toekomst de marktprijs zelf – tijdig – op te geven. “Ons motto: alles is openbaar, óók de prijzen. We willen dat de markt transparant wordt.” ●

*Op de website [horizonscangeneesmiddelen.nl](http://horizonscangeneesmiddelen.nl) wordt de informatie nu nog weergegeven in pdf's. Naar verwachting is eind 2017 de nieuwe, interactieve site gereed waarin gebruikers zelf informatie kunnen opzoeken en combineren.*



## BETROKKENEN AAN HET WOORD OVER DE HORIZONSCAN

**Namens de medisch specialisten: Carla Hollak, internist erfelijke stofwisselingsziekten AMC:** “De toegankelijkheid van dure geneesmiddelen is een toenemend probleem. Ik hoop dat de horizonscan ons kan helpen om te anticiperen op onzekerheid over effectiviteit, waardoor het beoordelingsproces of iets pakketwaardig is, sneller kan verlopen.”

*Welke bijdrage levert uw beroepsgroep aan de horizonscan?*

“Medisch specialisten kennen de patiëntenpopulatie en weten wat wel en wat geen cruciale uitkomsten zijn. Op basis van die kennis zijn zij als geen ander in staat in te schatten welke patiënten het meeste van een geneesmiddel kunnen profiteren of welke aanvullende monitoring nodig is om dat helder te maken.”

**Namens de ziekenhuisapothekers: Casper van Loosen, beleidsadviseur NVZA:** “De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers hecht groot belang aan de horizonscan. In 2015 hebben we er voor onszelf ook één uitgevoerd, wat enorm werd gewaardeerd door onze leden. In samenwerking met het Zorginstituut en de veldpartijen willen we daarom graag de volgende stap zetten: een openbare, transparante en door alle partijen gedragen ‘horizonscan+’.”

*Wat gaat de horizonscan de ziekenhuisapothekers opleveren?*

“Het is een onmisbaar hulpmiddel om invulling te kunnen geven aan onze rol. Wij hebben kennis van en overzicht over alle geneesmiddelen die binnen het ziekenhuis gebruikt worden. Hoe eerder informatie over nieuwe geneesmiddelen voor ons beschikbaar is, hoe eerder wij in gesprekken binnen het ziekenhuis tot afgestemde en doelmatige keuzen kunnen komen. En hoe beter wij gesprekken met zorgverzekeraars over deze nieuwe middelen kunnen voeren.”

# Feiten & Cijfers

## € 87 miljoen

werd in 2016 uitgegeven aan het geneesmiddel **tiotropium (Spiriva)**. Daarmee voert het middel de top 10 aan van geneesmiddelen in het basispakket, waaraan in 2016 het meest is uitgegeven.

### Top 10 van geneesmiddelen in basispakket met hoogste uitgaven in 2016

Middel (rang 2015)	Toepassing	Uitgaven
1 tiotropium (1)	astma/COPD	€ 87 miljoen
2 rosuvastatine (3)	cholesterolverlager	€ 74 miljoen
3 salmeterol/fluticason (2)	astma/COPD	€ 73 miljoen
4 insuline glargine (5)	diabetes type I	€ 55 miljoen
5 sofosbuvir/ledipasvir (-)	hepatitis C	€ 53 miljoen
6 metoprolol (7)	o.a. angina pectoris	€ 52 miljoen
7 omeprazol (8)	maagzuurremmer	€ 50 miljoen
8 insuline aspart (10)	diabetes type I	€ 49 miljoen
9 colecalciferol (-)	osteoporose	€ 49 miljoen
10 formoterol/budesonide (6)	astma/COPD	€ 46 miljoen

BRON: SFK

**20 miljoen euro** per jaar. Dat zijn de maatschappelijke kosten van de ziekte van Lyme.

## 12.290

meldingen ontving de **Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)** in 2016. Een forse stijging ten opzichte van 2015 (10.850).

BRON: IGZ

## 700.000

slachtoffers van letsels door ongevallen en geweld bezochten in 2015 de spoedeisende hulp. Top 5 van meest voorkomende oorzaken van letsel is:

Oorzaak	Aantal per jaar*
1 val overig**	160.000
2 val van hoogte	80.800
3 fietsongeval	77.800
4 arbeidsongeval	45.400
5 voetbalblessure	43.000

\* Totaal aantal bezoeken aan een SEH in Nederland wegens letsel door ongeval of geweld, voor alle leeftijdscategorieën bij elkaar. \*\* Val overig is een val zonder dat het slachtoffer op een hoogte - bijvoorbeeld een trap, stoel of ladder - stond

BRON: LETSEL INFORMATIE SYSTEEM VAN STICHTING VEILIGHEIDNL



Het Landelijk Meldpunt Zorg ontving in **2016** in totaal **8.507 klachten**. In **2015** waren dat er aanzienlijk minder: **5.115 klachten**.

BRON: LANDELIJK MELDPUNT ZORG



# 'Zorgjargon'

nader verklaard



## 2.225

honderdplussers

telde Nederland op 1 januari 2017. Daarmee is hun aantal tussen 1997 en 2017 ruim verdubbeld.

BRON: CBS

# € 334.000.000

verlies leden de vier grootste zorgverzekeraars

Achmea, VGZ, CZ en Menzis  
in 2016 in totaal

BRON: NRC

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: 'Persoonlijke gezondheidsomgeving'.

Patiëntenfederatie Nederland hanteert de volgende definitie: "Een persoonlijke gezondheidsomgeving is een digitaal hulpmiddel voor de patiënt. Het stelt burgers in staat om gezondheidsinformatie te verzamelen, te beheeren en te delen, met als doel regie te nemen en zelfmanagement te ondersteunen."

Maar dit bestaat toch al, in de vorm van het Elektronisch Patiëntendossier, het EPD? Niet helemaal. Zorgverleners verzamelen allerlei data van patiënten in EPD's, zoals laboratoriumuitslagen, medicatieoverzichten, scans en foto's. De grotere zorginstellingen ontsluiten deze data steeds meer, maar deze oplossing blijft vaak beperkt tot die ene zorginstelling.

In een persoonlijke gezondheidsomgeving kan een patiënt al zijn gegevens zelf samenvoegen. Hij selecteert welke functies hij nodig heeft en beheert hierin ook zelfmetingen en eigen registraties. Zo heeft de patiënt toegang tot al zijn gezondheidsgegevens, ongeacht bij welke zorgverlener deze zijn geregistreerd en deelt ze waar nodig. Daardoor kan de patiënt beter regie houden op zijn of haar leven en gezondheid.

Het doel van persoonlijke gezondheidsomgevingen is de kwaliteit van zorg te bevorderen en de toegang tot begrijpelijke en betrouwbare informatie over de kwaliteit van geleverde zorg te verbeteren; exact dezelfde doelen als het Zorginstituut beoogt. Daarom onderzoeken wij momenteel hoe wij concreet kunnen bijdragen aan het succes van de persoonlijke gezondheidsomgevingen. Wordt vervolgd...



## De andere blik

# “Chronische patiënt is beter af bij huisarts”

Substitutie is een chic woord voor bezuinigen, zo wordt weleens beweerd. Bij het verschuiven van zorg vanuit het ziekenhuis naar de huisarts zou het louter gaan om kostenbesparing. Huisarts Dan Hoevenaars ziet vooral hoe mensen met een chronische ziekte beter af zijn in de huisartsenpraktijk dan in het ziekenhuis. Hoevenaars is praktijkhouder in Uden en voorzitter van zorggroep Synchroon, een samenwerkingsverband van huisartsen in de regio Oss, Uden en Veghel.

Tekst Els van Thiel **Beeld** De Beeldredactie | Assendelft Fotografie

“In elk ziekenhuis lopen honderden mensen rond die ooit een hartinfarct hebben gehad en die nu elk jaar de cardioloog komen vertellen dat het goed gaat. Zinloze zorg. Gestandaardiseerde zorgprogramma’s voor chronische patiënten die eigenlijk niet zo ziek zijn, horen niet in het ziekenhuis. Het ziekenhuis is er voor onderzoek en behandeling, niet voor langdurige begeleiding bij de omgang met een chronische ziekte. Deze mensen zijn beter op hun plaats in de huisartsenpraktijk. Een huisarts kan samen met de praktijkondersteuner meer inhoud geven aan bijvoorbeeld het cardiovasculaire risicomanagement. De cardioloog in het ziekenhuis laat de bloeddruk meten en een ecg maken, ziet de patiënt vervolgens een paar minuten en geeft bij vertrek een hand: tot volgend jaar... De huisarts en praktijkondersteuner daarentegen geven begeleiding bij medicatiegebruik, een gezonde leefstijl en stimuleren zelfmanagement. Bij de zorg voor mensen met een chronische ziekte gaat het veel meer om persoonlijke begeleiding dan om het op tijd slikken van de pillen en het in de gaten houden van de bloedsuikerwaarden. Ze moeten leren hoe ze hun chronische ziekte een plek geven in hun leven, hoe ze omgaan met de langetermijngevolgen en met misschien veranderde toekomstverwachtingen. Zorg dus, waarin de patiënt zelf een hoofdrol speelt. Idealiter zet hij of zij zelf de lijnen uit en heeft de zorgverlener een bescheiden coachende rol. Die beweging is sinds een paar jaar ingezet met etiketten als: eigen regie, persoonsgerichte zorg en het stimuleren van zelfmanagement. Een week voor het controlebezoek

ontvangt de chronische patiënt bijvoorbeeld een e-mail van de dokter of de verpleegkundige met vragen en huiswerk ter voorbereiding op het komende consult. Zo levert het consult veel meer op voor de patiënt. Als je ziet wat wij in ons dagelijks leven met ICT doen, kan de zorg echt niet achterblijven.”

“In onze regio zijn tweeduizend cardiologische patiënten, een kleine vierhonderd diabetespatiënten en een groot aantal mensen met COPD terugverwezen naar de huisarts. Dat aantal groeit doordat longartsen, cardiologen, nefrologen, internisten en neurologen zich steeds afvragen: waarom komt die patiënt eigenlijk jaar na jaar bij mij op controle? Wat is de meerwaarde als ik deze patiënt terugzie? Zodoende is de beweging ontstaan dat duizenden patiënten teruggaan naar de huisarts. In onze praktijk komt iemand dan bij een verpleegkundige die twintig à dertig minuten heeft om met de patiënt te overleggen: hoe komt het dat het niet lukt met afvallen? Laten we eens kijken wat u zou kunnen doen om meer beweging te krijgen. U heeft moeite om de pillen door te slikken? Zal ik eens overleggen met de apotheker of hetzelfde medicijn ook in een kleiner pilletje kan? Daar is in het ziekenhuis geen tijd voor. De winst voor de specialist is dat hij de handen vrij krijgt voor ingewikkelder zaken, voor meer complexe patiënten.

Bij substitutie gaat het overigens niet alleen om ziekenhuiszorg die verschuift naar de huisarts. Ook vanuit de ggz, waarin de afgelopen jaren fors bezuinigd is, ►



“Zorg voor chronische patiënten gaat veel meer om persoonlijke begeleiding dan om het op tijd slikken van pillen en het checken van de bloedsuikerwaarden”



stromen patiënten toe. De meeste huisartsen hebben nu een POH-GGZ in dienst, een praktijkondersteuner die gespecialiseerd is in psychische problemen.

### Droomprojecten

Waarom kunnen wij in onze regio stappen zetten, die elders moeizaam lukken? Wij hebben één zorggroep – bij Synchron zijn alle huisartsen aangesloten – rond één ziekenhuis. De huisartsen en ziekenhuis Bernhoven focussen op nieuwe manieren van samenwerken, onze ‘droomprojecten’. Dromen die werkelijkheid worden. Die voortgaande beweging stopt elders vaak doordat het beloningsprincipe van ons zorgstelsel is gebaseerd op verrichtingen. Als specialisten de zorg voor chronische patiënten de deur uit doen, verdwijnt door diezelfde ziekenhuisdeur een deel van hun omzet. Het zou ook kunnen betekenen dat de hartzorg in een ziekenhuis met vijf cardiologen gedaan kan worden in plaats van met zes. Door keuzes in het verleden zijn de specialisten van Bernhoven in loondienst van het ziekenhuis. Zij worden niet meer verleid tot het doen van verrichtingen en controles.”

### Kwaliteit en gemak

“Wij gebruiken het woord substitutie eigenlijk nooit meer; liever zeggen we ‘samenwerking rondom de patiënt’. Huisarts en specialist moeten het samen doen. ‘Zij’ en ‘wij’, dat is typisch het oude denken. En dat samenwerken begint direct al bij de verwijzing, van de huisarts naar de specialist of vice versa. Dus een specialist die tegen de patiënt zegt: ‘Ik maak een brief voor uw huisarts, bespreek de inhoud nog eens met hem’. Of andersom: een huisarts die via een digitaal consult aan de specialist vraagt of verwijzing zinvol is.

Patiënten vertellen dat ze het fijn vinden dat ze ook voor hun diabetes of hun hart- of longprobleem weer terecht kunnen bij de huisarts. Ook voor de huisarts is het plezierig om de patiënt weer helemaal in zicht te krijgen. Want het is lastig als het chronische traject buiten je om gebeurt, terwijl mensen wel voor andere klachten bij je komen. Diabetes is bijvoorbeeld een aandoening met veel gezondheidsfacetten en mogelijke complicaties. Bij elke klacht van een diabetespatiënt moet je altijd nagaan of het misschien met zijn diabetes te maken heeft. Als je zo’n patiënt in eigen huis hebt, met alle bijzonderheden en aantekeningen netjes in het dossier, dan geeft dat niet alleen meer werkvolvoening, maar ook een betere kwaliteit van zorg.

Het uurtarief van een specialist is weliswaar wat hoger dan dat van een huisarts, maar ziekenhuiszorg is vooral duurder vanwege de overhead. Die financiële component in substitutie is zeker belangrijk, maar de patiënt vindt kwaliteit en gemak belangrijker. De huisarts zit dichtbij, heeft een lage drempel en het is vaak iemand die al tientallen jaren met jou en je familie meeloopt.”

### Een eigen draai

“Alleen maar winnaars? Nee, substitutie kent ook een schaduwzijde. De gevolgen van substitutie drukken op de huisartsgeneeskunde. De rek is eruit, merk ik als zorggroepbestuurder. Die hogere werkdruk is ontstaan door verschillende maatschappelijke ontwikkelingen die samenkomen. De ontmanteling van verzorgingshuizen bijvoorbeeld. Dat ouderen tot op hoge leeftijd zelfstandig blijven wonen is op zich geen probleem. Maar als van een ouder echtpaar een of beiden ziek wordt, verandert de situatie compleet. Ook de beschikbaarheid van ketenpartners is onder druk komen te staan. Als ik iemand naar een psycholoog verwijs, belt hij de volgende dag op: ik kan pas over drie maanden terecht. Dan kan ik niet zeggen, jammer, zoek het maar uit... Dan gaan we het samen oplossen. Ook de organisatie van de huisartsenpraktijk vergt meer kennis en tijd. De patiëntenzorg wordt complexer en mensen stellen meer vragen. Allemaal kleine stukjes die samen die extra werkdruk veroorzaken. Huisartsen vangen dat op door gewoon langer te werken. In een ziekenhuis gaat dat niet, daar sluit de poli om vijf uur, de lichten gaan uit en de verpleegkundigen vertrekken.”

“Zelf heb ik nog altijd veel plezier in mijn vak. Dat komt doordat ik in een prachtig team werk met vijf huisartsen, zes doktersassistenten en vier praktijkondersteuners c.q. verpleegkundigen. We overleggen vaak, houden elkaar goed in de gaten en helpen elkaar. Ik houd van langdurige contacten met mensen, dingen regelen en het eigen baas zijn. En ik heb me gespecialiseerd in diabeteszorg, oogheelkunde en het bewegingsapparaat. Het geeft me voldoening om een eigen draai te geven aan mijn toko. Ik zie de toekomst van de huisartsgeneeskunde in Nederland zonnig in.” ●

## Zinnige zorg

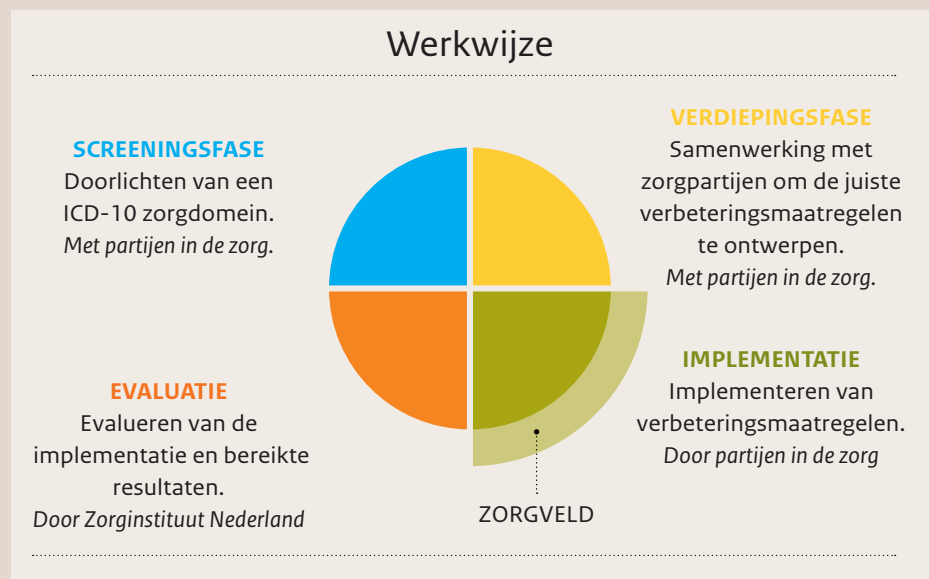
# Kwaliteit omhoog, geen onnodige kosten

‘Kwalitatief goede zorg. Niet meer dan nodig, niet minder dan noodzakelijk.’ Onder dat motto startte het Zorginstituut in 2013 met het programma Zinnige Zorg. Het doel is om een dubbelslag te maken: de zorg verbeteren en onnodige kosten vermijden. Zinnige Zorg trekt ook internationaal aandacht. Het Zorginstituut wisselt ideeën en kennis uit met zusterorganisaties uit andere landen.

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

**Beeld** Medea Huisman, Joyce van Belkom (HH)

De belangrijkste vraag bij Zinnige Zorg is of diagnostiek en behandeling patiëntgericht, effectief en doelmatig zijn. Samen met betrokken partijen zoekt het Zorginstituut naar mogelijkheden om de zorg te verbeteren en onnodige kosten te vermijden. Dit zijn overigens geen exclusieve Nederlandse doelen. Ook andere landen hebben te maken met stijgende zorgkosten en behandelmethoden waarvan het onduidelijk is of ze effectief zijn. Het initiatief van het Zorginstituut om een informeel internationaal netwerk te starten – International Zinnige Zorg Initiatives (IZZI) – krijgt dan ook veel bijval. Inmiddels zijn acht landen aangesloten bij het netwerk: Nederland, België, Duitsland, Oostenrijk, Zwitserland, Spanje, Italië en Canada. Vertegenwoordigers van gezondheidsorganisaties uit deze landen komen twee keer per jaar bijeen om ervaringen te delen en van elkaar te leren. Ieder lid kan onderwerpen aandragen. Hoe spoor je ineffectieve zorg op? Hoe zet je verbetertrajecten op? Hoe betrek je stakeholders erbij? Hoe ga je om met blokkades?



### ‘Slechte zorg’

Op 19 en 20 april 2017 hield IZZI een bijeenkomst in Amsterdam, georganiseerd door het Zorginstituut. Sjaak Wijma en Hans Paalvast van het Zorginstituut vertelden over de richtlijn voor intensive care en hoe we in Nederland werken aan Zinnige Zorg. Vertegenwoordigers van een Catalaans agentschap voor kwaliteit in de zorg legden uit hoe zij ‘slechte zorg’ opspoorde en zestig aanbevelingen deden om de kwaliteit te verbeteren. Een groot deel van die aanbevelingen wordt nu uitgevoerd. Andere presentaties gingen onder meer over richtlijnen voor behandeling van hartfalen in Duitsland, een vergelijking tussen interventies bij hartklachten in Nederland en België, en een analyse van het gebruik van MRI-scans en daaropvolgende behandeling in verschillende landen. Een vergelijking van deze cijfers kan signalen opleveren voor onjuist of bovenmatig gebruik.

Het Zorginstituut verzorgt het secretariaat van het netwerk. De leden delen informatie via een website die toegankelijk is met een inlognaam en een wachtwoord. ►

### VIER STAPPEN NAAR VERBETERING

Het traject Zinnige Zorg bestaat per zorgdomein uit vier fasen: screening, verdieping, implementatie en evaluatie (zie ook illustratie). In de screeningfase bekijken medewerkers van het Zorginstituut samen met behandelaars, patiënten en verzekeraars wat er speelt en waar mogelijke knelpunten zitten. In de verdiepingfase worden deze zaken uitgewerkt en bedenken zorgpartijen en Zorginstituut hoe de zorg patiëntgericht, effectiever en doelmatiger kan.

De verdiepingfase wordt afgerond met een ‘verbetersignalement’. Dit is een uitgebreide analyse van diagnostiek en behandeling en voorstellen voor verbetering. Vervolgens implementeren de zorgpartijen deze maatregelen. Dit is de derde fase. In de vierde fase evalueert het Zorginstituut of de maatregelen het gewenste effect hebben. Eventueel worden ze bijgesteld.

# Beter communiceren bij zorg laatste levensfase

Betere communicatie tussen behandelaar en patiënt en tussen de eerste en tweede lijn. Dat is nodig voor optimale zorg in de laatste maanden van het leven van patiënten met darm- of longkanker. Initiatieven om de zorg te verbeteren moeten zich dan ook vooral op dit aspect richten, concludeert het *Verbetersignalement Zorg in de laatste levensfase bij mensen met long- of darmkanker*.

Het verbetersignalement geeft drie aanbevelingen om de kwaliteit van de zorg in de laatste levensfase te verbeteren:

- Verbeter de samenwerking en afstemming tussen zorgverleners en vergroot de betrokkenheid van de eerste lijn.
- Verken de zorgbehoeften in de laatste fase direct vanaf de diagnose van de ongeneeslijke ziekte, ongeacht de markering van de laatste levensfase.
- Verhelder het behandelperspectief: geeft de patiënt inzicht in de mogelijkheden en onmogelijkheden van behandeling.

De aanbevelingen hangen met elkaar samen, legt longarts Peter Kunst van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis in Amsterdam uit. Samen met internist-oncoloog en emeritus hoogleeraar Piet Bakker is hij als adviseur betrokken bij het Zinnige Zorg-traject voor long- en darmkanker. “Als het contact tussen specialist en huisarts goed is, weet de huisarts wanneer de behandeling niet meer gericht is op genezing”, zegt Kunst. “Dan zal de huisarts de patiënt ook minder snel onnodig doorsturen. En als de specialist in een vroeg stadium weet wat de patiënt wil (en daar tijdens het ziekteproces regelmatig over praat) kan hij de behandeling daarop afstemmen en zo nodig bijstellen.”

## Analyse van praktijk

Aan het verbetersignalement ging een uitgebreide analyse vooraf van de praktijk van de oncologische zorg, vertelt Bakker. “Welke zorg ontvingen de patiënten in het laatste halfjaar van hun leven? Wie leverde die zorg? Tot wanneer ging de behandeling door? Hoe vaak werden patiënten opgenomen? Welke



instrumenten hebben medisch specialisten om een behandeling te selecteren?” “We hielden er rekening mee dat er veel overbehandeling zou zijn in de laatste levensfase”, vervolgt Kunst. “Maar dat bleek niet het geval. Wel zagen we dat er veel diagnostische handelingen werden verricht en dat patiënten vaak werden opgenomen op de eerste hulp. Internationale studies laten zien dat dit wellicht te voorkomen is. Dit heeft te maken met acceptatie door zowel de patiënt als de behandelaar dat genezing niet mogelijk is en het leven eindigt.”

## Praten

“Een knelpunt hierbij is dat artsen weinig goede hulpmiddelen hebben bij het besluit om te stoppen met behandelen”, zegt Bakker. “Er ontbreken ook goede handvatten om gezamenlijk met de patiënt een koers te bepalen. Hoe praat je met de patiënt? Wat is

belangrijk voor die patiënt? Hoe zit het met de kwaliteit van leven? Hoe zorg je voor een goede informatievoorziening?”

“Soms ontstaan er onduidelijkheden door een gebrekkige afstemming tussen specialist en huisarts”, zegt Kunst. “We schrijven elkaar veel brieven, maar de wens van de patiënt wordt daarin niet altijd goed naar voren gebracht. Een extra handicap is dat we niet bij elkaar in de keuken kunnen kijken doordat de systemen slecht op elkaar zijn afgestemd. Dat is een ICT-vraagstuk dat om een oplossing vraagt.”

“Informatievoorziening naar de patiënt, communicatie tussen zorgverleners, en *advanced care*-planning (vroegtijdige planning van de zorg, red.)”, vat Bakker samen. “Dat zijn de speerpunten die we nu moeten oppakken. Het is aan de sector om dit te vertalen in verbeterplannen.”

# Nieuw IVF-beleid leidt tot besparing én betere zorg

Sinds 2013 zijn diverse maatregelen ingevoerd om uitgaven voor zorg rond vruchtbaarheid te verminderen. Deze maatregelen hebben niet alleen ruimschoots de beoogde besparing van 30 miljoen euro opgeleverd, ze dragen ook bij aan meer succesvolle zwangerschappen en betere zorg. De nieuwe aanpak is door betrokken partijen zelf bedacht en uitgevoerd.

De nadruk lag op vier maatregelen:

- Slechts één embryo terugplaatsen bij vrouwen tot 38 jaar bij de eerste twee pogingen.
- Afwachten bij vrouwen met een goede prognose.
- Doelmatig voorschrijven van medicijnen.
- Geen diagnostiek en behandeling voor vrouwen van 43 jaar en ouder.

De maatregelen hebben een besparing opgeleverd van 33,2 miljoen euro in 2013 en bijna 38 miljoen euro in 2014, concludeert het Zorginstituut op grond van cijfers uit verschillende bronnen.

## Alternatieven

Het plan was een reactie op bezuinigingsvoorstellen van het kabinet Rutte I (2010-2012). Dat kabinet wilde 30 miljoen besparen door bij in-vitrofertilisatie (IVF) nog slechts één behandeling te vergoeden in plaats van drie. De Tweede Kamer vroeg het Zorginstituut in een motie om alternatieven te onderzoeken.

Paula Staal en Joke Derksen van het Zorginstituut waren vanaf het begin bij dit traject betrokken. “We nodigden gynaecologenvereniging NVOG, patiëntenvereniging Freya en Zorgverzekeraars Nederland uit om met ideeën te komen en die samen met ons uit te

werken”, vertelt Derksen. “Zo ontstond een alternatief plan dat veel meer rekening hield met de vrouwen om wie het gaat. Volgens onze uitvoeringstoets kon het ook de gewenste besparing opleveren.”

## Minder meerlingen

Het één-embryobeleid leverde in 2014 een besparing op van bijna 9,5 miljoen euro ten opzichte van 2012. In 2012 waren er nog 298 meerlingzwangerschappen, in 2014 was dit gedaald tot 172. Volgens de NVOG scheelt dit 75.000 euro per zwangerschap. Bovendien is het plaatsen van één embryo veiliger voor de gezondheid van moeder en kind.

Afwachten kan voor vrouwen met een goede prognose een optie zijn, omdat ze in de wachttijd alsnog op natuurlijke wijze zwanger kunnen worden. Mede hierdoor daalde in 2014 het aantal kunstmatige zwangerschappen met 10 procent ten opzichte van 2012. De kosten voor de behandelingen waren in 2014 16 miljoen euro lager dan in 2012.

## Doelmatig voorschrijven

De opbrengst van het doelmatiger voorschrijven en de leeftijdsgrens kan het Zorginstituut niet exact bepalen, vertelt Paula Staal. “Dat komt doordat wij geen inzicht hebben in prijsafspraken. Deze zijn immers

uit oogpunt van concurrentie geheim. Ook hebben we geen zicht op het voorschrijven binnen ziekenhuisapotheken. Naar schatting waren de kosten in 2014 12 miljoen euro lager dan in 2012.”

Hoeveel minder vrouwen een behandeling hebben ondergaan door de leeftijdsgrens is ook niet exact bekend. “De gegevens die het Zorginstituut ontvangt, zijn geanonimiseerd”, legt Derksen uit. “We weten wel het geboortjaar, maar niet de exacte datum. Daarnaast geldt de leeftijdsgrens niet als vrouwen vóór hun 43<sup>e</sup> verjaardag aan de behandeling zijn begonnen.”

## Model voor Zinnige Zorg

Het traject en de samenwerking met zorgpartijen vallen niet onder Zinnige Zorg, want dat ging pas later van start. Het bevat al wel belangrijke elementen uit de latere werkwijze van Zinnige Zorg, zoals nauwe samenwerking met en tussen partijen, een verbeterplan en begeleiding en monitoring door het Zorginstituut. “Een groot verschil is wel dat bij het IVF-dossier een concrete dreiging van een pakketmaatregel vanuit VWS in de lucht hing”, zegt Derksen. “Dat versterkte mogelijk het gevoel van urgentie en verbondenheid bij partijen.” ●



Actieprogramma iWlz:

# Het onoverzichtelijke overzichtelijk maken

De informatie-uitwisseling in de langdurige zorg verbeteren en de positie van de cliënt versterken: dat is de ambitie van het Actieprogramma iWlz, dat het Zorginstituut uitvoert in opdracht van het ministerie van VWS. Partijen in de langdurige zorg hebben binnen het programma de handen ineengeslagen om uiterlijk in 2020 tot tastbare resultaten te komen. Een simulatieomgeving maakt de mogelijkheden nu al zichtbaar.

Tekst Noël Houben

Beeld De Beeldredactie | Ed van Rijswijk

Het Actieprogramma iWlz wil drie hoofddoelstellingen verwezenlijken. In de eerste plaats moet de informatiepositie van cliënten verbeteren. Cliënten kunnen zelfstandig keuzes maken als ze beter weten welke zorg beschikbaar is, wat de kwaliteit van die zorg is en welke wachttijden er gelden. Idealiter is er straks een soort 'Funda' voor de langdurige zorg, waar vraag en aanbod op een soepele wijze samenkomen.

Daarnaast moet de informatie-uitwisseling binnen de langdurige zorg verbeteren. Als partijen in de toekomst relevante gegevens kunnen opvragen bij één bron, neemt het risico op fouten af. Ook hoeven ze niet meer afzonderlijk de cliënt te benaderen voor informatie. Ten slotte moet de informatievoorziening tussen de verschillende zorgdomeinen soepeler gaan verlopen. Cliënten en zorgaanbieders moeten er geen last van

hebben dat zij zorg ontvangen en leveren op basis van verschillende wetten, zoals de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Wet langdurige zorg (Wlz).

## Onafhankelijke positie

Volgens programmamanager Eduard Renger is het logisch dat het Zorginstituut de uitvoering van het Actieprogramma iWlz begeleidt. "iWlz is een van de drie landelijk vastgestelde informatiestandaarden in de zorg en ondersteuning. Wij beheren deze iStandaarden. Een iStandaard is een verzameling regels en afspraken die ervoor zorgen dat cliëntgegevens elektronisch, gestandaardiseerd, kwalitatief en veilig worden uitgewisseld tussen alle gebruikers. Daarnaast is het bevorderen van de kwaliteit van de zorg een van de doelstellingen van het Zorginstituut. Het beter laten verlopen van de administratieve processen draagt daar zeker aan bij."





“Het Zorginstituut heeft een onafhankelijke positie ten opzichte van uitvoeringspartijen die meedoen aan het Actieprogramma. Daardoor kan het goed een voortrekkersrol vervullen”, vult Annemieke de Rooij aan. Zij vertegenwoordigt de Sociale Verzekeringsbank (SVB) binnen de werkgroep van het programma. Naast Zorginstituut en SVB zijn ook het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de zorgkantoren, zorgaanbieders en hun brancheorganisaties, het Centraal Administratie Kantoor (CAK) en opdrachtgever VWS betrokken bij het Actieprogramma.

#### Online portaal

Zorginstituut Magazine treft Renger en De Rooij op een zonnige woensdagmiddag in het Utrechtse SVB-kantoor. Hier komt de werkgroep in mei en juni wekelijks bij elkaar om te bespreken hoe de informatie-uitwisseling binnen de Wlz er in de toekomst uit zou moeten zien. De ideeën van de werkgroep worden vertaald in een simulatieomgeving. Deze computersimulatie krijgt elke twee weken een software-update. Die maakt de gevolgen van nieuwe ideeën en voorgestelde aanpassingen in woord en beeld zichtbaar. Renger: “Door wekelijks met elkaar in gesprek te gaan en meteen terug te zien wat onze ideeën in de praktijk betekenen, komen we snel tot nieuwe inzichten. Je krijgt een heel andere mindset dan wanneer we waren gaan brainstormen met geeltjes.”

De simulatieomgeving heeft de vorm van een online toegankelijk portaal. Als een cliënt daar inlogt, ziet hij welke zorg is gecontracteerd door zijn zorgkantoor, wat de status van zorgaanvragen is, hoeveel de verschuldigde eigen bijdrage bedraagt, enzovoorts. Een casemanager van een zorgpartij ziet onder andere een overzicht van de cliëntpopulatie, welke voorkeuren deze cliënten hebben en welke zorgkantoren een contract hebben afgesloten met de zorgpartij.



Annemieke de Rooij en Eduard Renger.

## “We willen niet meer dat patiënten in een week zes brieven ontvangen, zodat ze door de bomen het bos niet meer zien”

#### Ideaalmodel

De simulatieomgeving is een ideaalmodel, geeft Renger aan. “We laten ons tijdens onze sessies niet leiden door beperkingen die bijvoorbeeld privacywetgeving en de bestaande ICT-architectuur kunnen opwerpen. De cliëntgegevens en andere data in de simulatie zijn fictief. Het gaat ons erom samen met alle belanghebbenden inzichtelijk te maken wat er mogelijk is, welke processen we zouden willen verbeteren en waar je dan tegenaan loopt.” “Zo’n procesverbetering kan zijn dat de cliënt al op voorhand precies kan zien welke eigen bijdrage hij of zij moet betalen voor de zorg”, geeft De Rooij, die productowner is van de simulatieomgeving, als voorbeeld. “Als een cliënt zich nu inschrijft bij het verpleeghuis op de hoek, kan het zijn dat er een lange wachtlijst is. En dat terwijl er even verderop een verpleeghuis zonder wachtlijst is dat ook nog eens veel beter aansluit bij zijn of haar behoeften. Het zou geweldig zijn als we dit soort gegevens op voorhand zichtbaar kunnen maken voor de cliënt.”

De werkgroep zal de simulatieomgeving en de bevindingen die hiermee zijn opgedaan deze zomer presenteren aan de stuurgroep

iWlz. De bedoeling is dat deze inzichten vervolgens daadwerkelijk worden vertaald in de praktijk.

#### Draagvlak

De partijen in de langdurige zorg bepalen uiteindelijk of het Actieprogramma iWlz zijn doelstellingen realiseert, meent Renger. “Vinden zij dat het wel goed zit met de informatie-uitwisseling en dat verandering niet nodig is? Dan gaan we niet ver komen.” “In de werkgroep vindt iedereen dat we het de cliënt makkelijker moeten maken en dat we de administratieve processen anders en beter moeten regelen”, reageert De Rooij. “Vooral het belang van cliënten hebben de deelnemers duidelijk voor ogen. We willen niet meer dat zij in een week zes brieven ontvangen, zodat ze door de bomen het bos niet meer zien. Ons doel is het onoverzichtelijke overzichtelijk te maken.” Renger knikt bevestigend. “Iedereen is enthousiast over de mogelijkheden die het simulatiemodel laat zien. Ik denk daarom dat het met dat draagvlak wel goed komt.” ●

Kijk voor meer informatie op:  
[www.istandaarden.nl/actieprogramma-iwlv](http://www.istandaarden.nl/actieprogramma-iwlv).

# Screeningsfase Ziekten van het Ademhalingsste

ICD-10: J00- J99



“Er ligt nu een heldere afsprakenlijst. Deze documenten zijn voor iedereen een grote stap vooruit”

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: de afspraken rondom de vergoedingen van spataderen, officieel: ‘Afspraken over aanspraken en declaraties chronische oppervlakkige veneuze pathologie’.

Tekst Jacqueline Schadee

Beeld Ron Zwagemaker

## aan het *bureau*

**Nicolette Huiskes** is arts maatschappij & gezondheid en adviseur bij het Zorginstituut.

“Spataderen komen veel voor, maar de behandeling ervan is ingewikkelder dan je op het eerste gezicht zou denken. Je hebt een systeem van oppervlakkige aderen, van diep gelegen aderen en van verbindingssaderen daartussen. Het maakt voor de behandeling – en dus voor de vergoeding – veel uit welk systeem beschadigd is, op welke plek de beschadiging zit en wat de aard ervan is. Er zijn echt ongelooflijk veel variaties. Het Zorginstituut praat dan ook al jaren met de sector over de behandeling en vergoeding.

In het standpunt van 2015 heeft het Zorginstituut afgebakend welke zorg bij veneuze ziekten medisch noodzakelijk is en welke niet. Helaas bleek dat niet alle ziekenhuizen de richtlijnen op dezelfde manier interpreterden en dat verzekeraars onderling verschillende vergoedingsvoorwaarden hanteerden. Daarop publiceerden de medisch specialisten addenda op de richtlijn en werd het DBC-systeem aangepast. Toch bleef er nog een groot grijs gebied bestaan, waar vooral patiënten last van hadden.

Het veld heeft daarom vorig jaar alle pijnpunten op papier gezet, waarna wij de betrokken partijen hier in Diemen hebben uitgenodigd: vaatchirurgen, dermatologen, patiënten, verzekeraars. Het resultaat daarvan is, na een klein jaar, dat er een heldere afsprakenlijst ligt. Voor uitzonderlijke situaties zijn oplossingen bedacht en patiënten kunnen ook een deel van een behandeling – het medisch noodzakelijke deel - vergoed krijgen. Ik neem mijn petje af voor de bereidheid van de sector om hier gezamenlijk naar te kijken. Een klein grijs gebied zal er altijd blijven, maar deze documenten zijn voor iedereen een grote stap vooruit.”



“Veel mensen met spataderen wachten te lang met naar de huisarts gaan. We verwachten dat de nieuwe afspraken de drempel verlagen om hulp te zoeken”

## aan het bed

**Menno Gaastra** is dermatoloog bij Centrum Oosterwal in Alkmaar en bij de Noordwest ziekenhuisgroep.

“Wij zijn ontzettend blij met de afspraken die er nu liggen. Met dit praktische document is het voor de werkvloer duidelijk welke behandelingen wel en welke niet vergoed worden. De plaats van de aandoening, bij de knie of bij de lies, is niet langer leidend, maar de doorsnede van de aangedane aderen en de stroomrichting van het bloed. Om onze behandeling te kunnen onderbouwen hebben we met de verzekeraars afgesproken om voor iedere patiënt een zorgvuldig, reproduceerbaar verslag te maken met daarin onder meer het resultaat van het ‘duplexonderzoek’, een soort echo van de vaten. Het Zorginstituut heeft dit project voortvarend aangepakt. En ook de beroepsgroep heeft goed werk verricht: doordat dermatologen, vaatchirurgen, flebologen en wetenschappers al verenigd waren in de ‘Dutch College of Phlebology’, konden we één verhaal vertellen en op een ontspannen wijze, vanuit een gelijkwaardige positie, met elkaar in gesprek. De aandoening stond centraal en zo hoort het ook. Die is al complex genoeg. Veel mensen denken dat spataderen vooral een cosmetisch probleem zijn en wachten daarom te lang met naar de huisarts gaan. Het gevolg is dat ze pas bij de specialist komen als de problemen al heel ernstig geworden zijn: eczeem, open wonden...maar liefst 1 procent van de mensen in Nederland heeft een open been! De behandeling daarvan is uiteraard ingewikkelder en kostbaarder dan wanneer mensen in een eerder stadium bij ons waren gekomen. We verwachten dat de nieuwe afspraken over de behandeling en vergoeding van varices de drempel om hulp te zoeken, verlagen.”

Info-sessies Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg drukbezocht

# En nu de praktijk nog!

Gedempte stemmen, geconcentreerde gezichten. Aandachtig volgen ruim honderd deelnemers de informatiebijeenkomst over het nieuwe Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, begin mei in Katwijk. Wat is de gedachte achter het kader? Hoe wordt het getoetst? En hoe kun je de nieuwe manier van denken in praktijk brengen?

Tekst Jacqueline Schadee

Beeld Fjodor Buis

Niet alleen in Katwijk, maar overal in het land werden dit voorjaar in totaal vijftien infosessies gehouden onder de vlag van het programma 'Waardigheid en Trots'. Een schot in de roos: ze waren allemaal in mum van tijd volgeboekt. Honderden zorgbestuurders, beleidsmedewerkers, afgevaardigden van cliëntenraden en zorgkantoren en enkele zorgverleners grepen de mogelijkheid aan om meer over het kwaliteitskader te weten te komen.

Alle bijeenkomsten begonnen met een plenair gedeelte waarin afgevaardigden van onder meer het Zorginstituut en het ministerie van VWS aan het woord kwamen. Zo vertelde bestuursvoorzitter Arnold van Halteren in Katwijk dat er met het Kwaliteitskader voortaan één 'kompas' is voor alle verpleeghuizen. "Het geeft de richting aan waarin de instellingen zich moeten bewegen. De precieze koers en de snelheid waarmee ze varen, mogen de organisaties zelf bepalen", zegt hij. Het kwaliteitskader moet een einde maken aan de verlamme afvinklijstjes: van 'verantwoorden' naar 'samen leren en verbeteren'.

Charlotte de Winter van de Inspectie voor de Gezondheidszorg lichtte toe hoe het IGZ binnen het nieuwe kader te werk gaat.

Niet de bestudering van documenten, maar de waarnemingen van de inspecteurs ter plaatse zullen voortaan leidend zijn. In plaats van te checken op veertig criteria, gaat de organisatie in gesprek met de zorgaanbieders: komt de praktijk overeen met de eigen kwaliteitsplannen? Zijn de voorwaarden voor een lerende organisatie aanwezig? En zo niet, waarom niet? "Het gaat niet langer om het voldoen aan richtlijnen, maar om *comply or explain*: pas toe of leg uit waarom je dat (nog) niet doet."

## "Het kwaliteitskader moet een eindemaken aan de verlamme afvinklijstjes"

Het tweede deel van de bijeenkomsten bestond uit drie gespreksrondes waarin groepen van circa vijftien deelnemers gedachten uitwisselden over thema's als 'de personeelsnorm', 'toezicht', 'inkoop' en 'visies in praktijk brengen'. Vragen werden zoveel mogelijk beantwoord. Voor onbeantwoorde vragen lagen invulformulieren klaar.

Zorginstituut Magazine peilde de stemming op de bijeenkomst bij zorginstelling Topaz in Katwijk. ●

---

### VOOR EN VAN MENSEN

Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg vormt het wettelijk kader voor de kwaliteit van de verpleeghuiszorg. De verpleeghuissector krijgt met het kader ruimte en handvatten om te leren en te verbeteren en het vertrouwen te herstellen. Uitgangspunt is dat kwaliteit van verpleeghuiszorg iets is voor en van de mensen in de sector.

### MEER WETEN?

Kom dan op maandag 3 en/of dinsdag 4 juli naar het congres van Waardigheid en Trots in Nieuwegein. Twee dagen lang informatie-sessies, gesprekken en workshops over vernieuwing en verbetering van de verpleeghuiszorg. Meer informatie: [waardigheden-trots.nl/agenda/congresdagen-2017](http://waardigheden-trots.nl/agenda/congresdagen-2017).

### 1. Joanne Huizinga, beleidsadviseur Topaz in Katwijk:

“Voordat ik aan deze dag begon, vroeg ik me hoe je meet en weet of de gewenste verbetering voltooid is. Ik ben blij dat het kwaliteitskader instellingen meer vrijheid geeft, maar hoe ver reikt die vrijheid? Waar rekent de inspectie je precies op af? Dat is me tijdens deze dag duidelijker geworden, al zou ik er graag nog eens dieper op in willen gaan.”

### 2. Marjolein Zanen, intern projectleider HWW Zorg:

“Ik ben naar deze bijeenkomst gekomen om meer gevoel bij het kwaliteitskader te krijgen. De pleinaire uitleg vond ik verhelderend. Ook de tafelsessies waren nuttig: ik kreeg ideeën hoe we de werkvloer enthousiast kunnen maken voor kwaliteitsverbetering. Bijvoorbeeld met een prijsvraag of door medewerkers ‘gelabelde tijd’ te geven om een nieuwe werkwijze uit te proberen. Ik zou graag zien dat de financiering zou aansluiten bij het kwaliteitskader, bijvoorbeeld door een tariefsverhoging.”

### 3. Dirk Grijs, adviseur in de gehandicaptenzorg en lid van een lokale cliëntenraad:

“Kun je aan de hand van het kader een realistisch beeld geven van de kwaliteit van de zorg? Hoeveel houvast biedt het en hoe gaat de sector ermee om? Hoe valide is het instrument als maatstaf voor de kwaliteit? Met die vragen ben ik vandaag gekomen. Het is me duidelijk geworden dat de rol van de IGZ cruciaal is. Lukt het ze om vooral te observeren en niet te vervallen in het afvinken van checklists? Dat wordt nog een zoektocht. Best spannend, vind ik.”

### 4. Daan Hoogwater, lid centrale cliëntenraad Florence:

“Ik ben blij dat in het nieuwe kwaliteitskader ‘persoonsgerichte zorg’ centraal staat. Wel maak ik me zorgen hoe instellingen de behoeften en de beleving van de cliënten gaan peilen. Veel ouderen durven hun wensen niet tegenover het personeel uit te spreken, uit angst voor een slechtere behandeling. Die zorgen heb ik vandaag kunnen delen tijdens de gespreksrondes.”

### 5. Liesbeth van der Krol, adviseur kwaliteit Viva Zorggroep:

“Hoe gaat het nieuwe Kwaliteitskader handen en voeten krijgen? Daar ben ik heel benieuwd naar. We hebben gehoord dat de bal bij het veld ligt. Daarom ben ik op zoek naar concrete handvatten. Ik was blij met de uitleg van VWS en de IGZ, maar miste de zorgkantoren: waar gaan zij op letten? Sluit hun visie aan bij die van het nieuwe kader? Ik begreep dat verzekeraars, net als de IGZ, meer het gesprek zullen aangaan. Een prettige manier van werken, maar gedrag veranderen blijft natuurlijk lastig...”

### 6. Mary van Nieuwenhuizen, manager woonzorgcentrum WelThuis:

“Bij WelThuis werken we al in de geest van het nieuwe kwaliteitskader. Van elke euro gaat 65 procent naar bewoners, 35 procent naar de bevordering van de deskundigheid van medewerkers. Ze volgen cursussen in medische zorg en in persoonlijke ontwikkeling. Wie jij als persoon bent, hoe jij in je vel zit, zegt veel over de manier waarop je zorg verleent. Dat wil ik graag delen met andere zorgaanbieders.”

### 7. Jacqueline de Stigter, verzorgende 3-IG bij woonzorgcentrum WelThuis:

“Ik had vandaag veel meer mensen van de werkvloer verwacht! Wat ik goed vind aan het nieuwe kader is dat de regels minder dwingend zijn. Ik pleit voor ‘omdenken’: natuurlijk is de werkdruk hoog, maar hoe je daarmee omgaat is aan jezelf. Er is tijd, punt. Het is de kunst om die op de beste manier te besteden.”

### 8. Joost Dekkers, hoofd communicatie V&VN:

“Jammer dat er geen cliënten, bewoners, zijn. Ik had verwacht dat de gesprekken zouden gaan over wat er nodig is om invulling te geven aan het kwaliteitskader, maar het bleef tamelijk abstract. Van mij had het kwaliteitskader meer lef mogen tonen. Als je ‘lerende organisaties’ wilt creëren, moet je niet komen met meer regels, maar benadrukken dat ‘fouten maken mag’.”



# Voorwaardelijke toelating: hoe werkt dat?

Sinds 1 januari 2012 kan de minister van VWS besluiten om zorg die nog niet bewezen effectief is, toch tijdelijk toe te laten tot het basispakket. Dit onder voorwaarde dat onderzoekers in de periode van tijdelijke toelating gegevens verzamelen over de effectiviteit en kosten-effectiviteit van de zorg. Aan de hand van deze gegevens stelt het Zorginstituut in de laatste zes maanden van de periode van voorwaardelijke toelating vast of de zorg definitief onderdeel kan zijn van het basispakket. De procedure voor voorwaardelijke toelating (VT) is een meerjarig traject, opgedeeld in vijf fases. Hoe werkt dat precies?

## Welke zorg komt in aanmerking?

In aanmerking komen geneeskundige zorg, extramurale geneesmiddelen én extramurale hulpmiddelen. Het gaat om potentieel veelbelovende zorgvormen waarvan de effectiviteit volgens het wettelijk criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' nog niet bewezen is. De maximale duur van voorwaardelijke toelating is in principe vier jaar (in uitzonderlijke gevallen zeven jaar).

## Voorwaardelijke toelating per 2019

In de afgelopen drie maanden (van 1 april tot 29 juni 2017) konden aanvragen bij het Zorginstituut worden ingediend voor zo'n voorwaardelijke toelating (VT) tot het basispakket per 2019.

Zie voor een uitgebreide beschrijving van het VT-traject: [www.zorginstituut-nederland.nl](http://www.zorginstituut-nederland.nl).

## Procedure bij voorwaardelijke toelating:

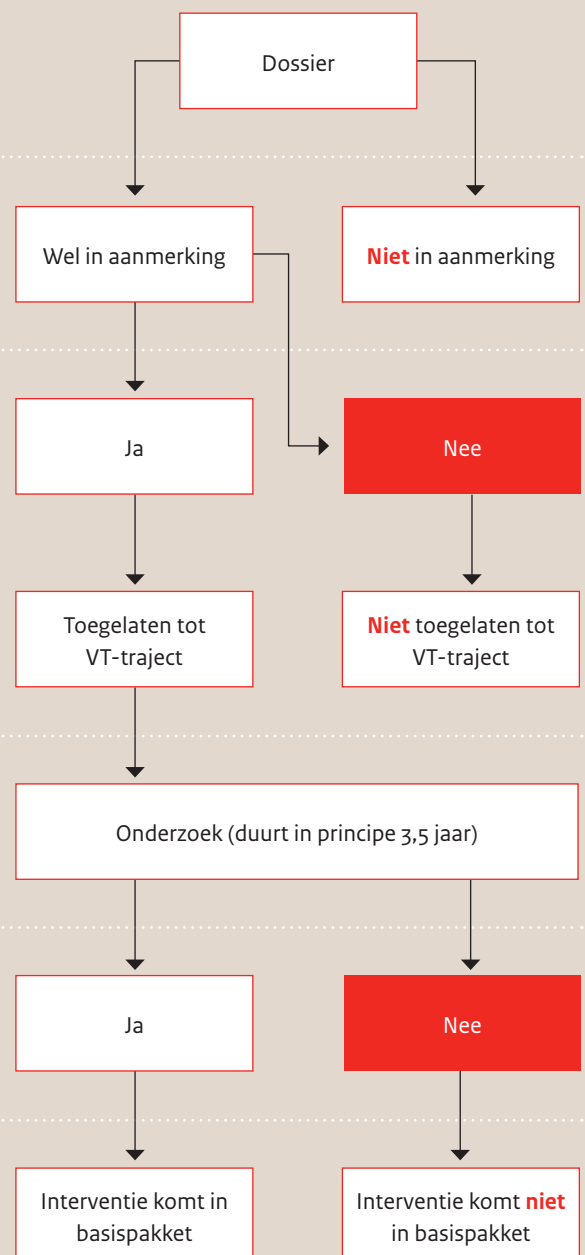
**Fase 0:** Indiening van dossier bij het Zorginstituut (ZIN)\*

**Fase 1:** ZIN legt selectie van potentiële kandidaten voor aan de WAR en brengt op basis daarvan advies uit aan VWS. VWS beslist welke interventies in aanmerking komen voor VT:

**Fase 2:** Voldoet het dossier aan de randvoorwaarden (vastgelegd in convenant, ondertekend door alle betrokken partijen)?

**Fase 3:** Is de interventie effectief en kosteneffectief?

**Fase 4:** (einde VT-periode): voldoet interventie aan 'stand van wetenschap en praktijk'? (onderzoek door ZIN)



\* De aanleiding voor het starten van de VT-procedure varieert: bottom-up of top-down. Bij de bottom-upronde kunnen partijen zelf onderwerpen voordragen: bij deze ronde mag één keer per jaar een dossier worden ingediend via het systeem 'ProjectNet' van ZonMw. Er is sprake van top-down als het Zorginstituut bij een negatief standpunt aangeeft of de interventie in aanmerking kan komen voor VT. In dat geval kunnen partijen binnen drie maanden een dossier bij het Zorginstituut indienen.



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

## Jacqueline Zwaap

Secretaris Adviescommissie Pakket en adviseur pakketbeheerontwikkeling

“Na een baan in de gehandicaptenzorg en een studie gezondheidswetenschappen kwam ik bij het Zorginstituut werken en ben ik niet meer weggegaan. Ik heb me hier altijd met zó veel belangrijke, interessante en leuke onderwerpen kunnen bezighouden dat het nooit is gaan vervelen. Om een paar uiteenlopende dingen ‘uit mijn verleden’ te noemen: economische evaluaties van zorg, database voor hiv-remmers, vergunningen voor orgaantransplantaties, bijzondere medische verrichtingen, behandelprotocollen voor dure geneesmiddelen, maar ook huisartsenzorg en eerstelijnszorg.

Nu werk ik al langere tijd aan de ontwikkeling van de pakketcriteria die we gebruiken om te toetsen of iets in de basisverzekering thuishoort. Burgers betalen deze verzekering gezamenlijk en dan moet je hun ook kunnen laten zien dat de zorg daadwerkelijk iets toevoegt voor de patiënt, tegen een redelijke prijs. Bij de Adviescommissie Pakket (ACP), waarvan ik secretaris ben, komen regelmatig hele moeilijke vraagstukken voorbij. Je kunt patiënten natuurlijk hun geneesmiddel, maar je weet dat ook heel veel andere patiënten hun behandeling vergoed willen krijgen. Een duivels dilemma voor de ACP. Ik waardeer dat de leden deze moeilijke taak op zich willen nemen en probeer hen daarin te ondersteunen. In deze ‘snelle’ tijd moet je als ‘instituut’ je proces en gemaakte afwegingen goed kunnen uitleggen. En daarover de dialoog aangaan met de samenleving. Dat zie ik als een belangrijke uitdaging voor onze organisatie en voor mijzelf.”

Elevator Pitch

# Over zorg gesproken...

"De grens tussen mens en robot is dunner dan we denken: we stoppen steeds meer techniek in de mens en steeds meer mens in de techniek."

Hoogleraar Peter-Paul Verbeek van de Universiteit Twente op skipr.nl (17 mei 2017).

"Speel meteen na een traumatische ervaring een spelletje Tetris."

Uit onderzoek van het Zweedse Karolinska-instituut blijkt dat een toekomstige PTSS te kunnen voorkomen. Op rtlnieuws.nl (29 maart 2017).

"Iedereen registreert zich wild, maar we doen er geen jota mee."

Douwe Biesma, bestuursvoorzitter van het St. Antonius Ziekenhuis, over het 'regelfetisjisme' in de zorg, in de nrc (5 mei 2017).

"In elk ziekenhuis lopen honderden mensen rond die ooit een hartinfarct hebben gehad en nu elk jaar de cardioloog komen vertellen dat het goed gaat. Zinloze zorg."



Huisarts Dan Hoevenaars in dit magazine (pagina 18).

"Hebben we echt honderd ziekenhuizen nodig met faciliteiten voor acute zorg? Ik denk dat zestig ook genoeg is."

Jos Aartsen, bestuursvoorzitter van het UMCG, in het meinummer van Zorgvisie.

"Geef zwangere vrouw altijd vijf echo's."

Eva Pajkt, hoogleraar Verloskunde AMC, op skipr.nl (9 juni 2017).

"Ik zou ontzettend graag met een aantal mensen de gezondheidszorg doorlichten en een ongelooflijke hoeveelheid regels schrappen."

Heleen Dupuis, emeritus hoogleraar Medische Ethiek, op psz.nl (1 mei 2017).

"Merendeel Nederlandse patiënten staat positief tegenover zorgrobots."

Conclusie PricewaterhouseCoopers (PwC) op basis van eigen onderzoek, op skipr.nl (13 april 2017).

"Mensen raken de weg kwijt in langdurige zorg."

Uit onderzoek door Patiëntenfederatie Nederland, Ieder(in) en MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid, skipr.nl (10 mei 2017).

