



Zorginstituut Nederland

# Zorginstituut magazine

kwartaalblad van  
Zorginstituut Nederland  
september 2017

Tiana van Grinsven:

“Wij zijn er in  
de eerste plaats  
voor de burger”

Hoe komen onze  
pakketadviezen  
tot stand?

Gendersensitieve  
zorg wint terrein



# Inhoud

**6 Pakketadvies in de praktijk**  
Onlangs publiceerde het Zorginstituut het rapport *Pakketadvies in de praktijk: wikken en wegen voor een rechtvaardig pakket*. RvB-lid Sjaak Wijma geeft een toelichting op dit rapport, dat inzicht biedt in ons werk als pakketbeheerder.

**12 Meerjarenagenda**  
Een van onze kerntaken is de bevordering van de kwaliteit van zorg. In dat kader stellen wij een Meerjarenagenda (MJA) op. Wat is de meerwaarde van deze MJA en wie bepaalt wat er op deze agenda komt te staan?

**14 “Wij zijn er voor de burgers”**  
Met de komst van Tiana van Grinsven is de driekoppige Raad van Bestuur van het Zorginstituut sinds een half jaar compleet. Een interview over aandachtspunten, ambities en eerste indrukken.

**24 Gendersensitieve zorg wint terrein**  
Op het gebied van gendersensitieve zorg is er weliswaar veel verbeterd, maar is er nog veel te doen aan onderzoek én bewustwording. *Zorginstituut Magazine* sprak aan de vooravond van het congres ‘Gender & Gezondheid’ met twee bevolgen vrouwen.

**28 “Het bewijs voor de werkzaamheid weegt het zwaarst”**  
Prof.dr. Ton de Boer nam vorige maand afscheid als voorzitter van de Commissie Geneesmiddelen van de Wetenschappelijke Adviesraad (WAR) van het Zorginstituut. Sinds zijn aantreden bij de WAR, tien jaar geleden, is er veel veranderd. Een terugblik.



## Rubrieken

- 9 Column Martin van der Graaff**
- 10 Tien vragen aan: Ernst Kuipers**
- 16 Feiten & Cijfers**
- 18 De andere blik**  
Psycholoog, filosoof en hoogleraar Theorie van de Zorg Peter van Lieshout is beducht voor het eroderen van ons collectieve zorgstelsel.
- 22 Zinnige Zorg**  
Lopende trajecten binnen Zinnige Zorg.
- 26 Aan het bureau / aan het bed**  
Theorie vs. praktijk over de afspraken rondom de Kwaliteitsstandaard Intensive Care.
- 31 Elevator Pitch**  
Het werk van Berend Mosk van het Zorginstituut in 200 woorden gevat.
- 32 Over zorg gesproken**

# Context

## voorwoord

Zonder context geen bewijs; het is nogal een open deur. Bewijs heeft alleen betekenis als dat in een context past. In de wetenschap loopt die discussie al meer dan honderd jaar. Ik pakte er nog eens het briljante betoog van Max Weber bij over *Wissenschaft als Beruf* uit 1919. De toenemende rationalisatie, die *Entzauberung der Welt*, ook die van de wetenschap, geeft geen antwoord op de vragen van het leven: “Wer beantwortet - da es die Wissenschaft nicht tut - die Frage: was sollen wir den tun? Und: wie sollen wir unser Leben einrichten?”

Is er een reden voor de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS) om dit vraagstuk nu opnieuw te adresseren met zijn advies *Zonder context geen bewijs, de illusie van evidence based medicine*? Ik kan mij een vergelijking voorstellen met de industriële rationalisatie aan het begin van de vorige eeuw en de digitale rationalisatie van nu. De *Entzauberung* van het medische vak als context. Zo wordt het ook voorgesteld door de RVS. Dokters, maar ook instituten als het Zorginstituut zijn ‘mechanisten’ geworden. Ze laten zich in hun handelen uitsluitend leiden door op *Randomized Controlled Trials* gebaseerde richtlijnen en onderzoeken.

Ik heb grote waardering voor het werk van de RVS. Discussies als deze moeten gevoerd worden. Maar waar ik bezwaar tegen maak is dat de RVS vooral eerst zelf zijn eigen context creëert en vervolgens geheel in de stijl van de wetenschappelijke illusie beweringen doet die aantoonbaar falsifieerbaar zijn. Zo wordt wetenschap ook maar een mening. Bij de presentatie van het rapport heb ik dan ook gesteld dat we dan net zo goed tot een ‘rituele togaverbranding’ kunnen overgaan. Dat dokters worden weggezet als mensen die mechanistisch richtlijnen toepassen zou ik niet pikken als ik dokter was. Ik snapte het enthousiasme van de Federatie Medisch Specialisten bij de presentatie van het rapport dan ook niet. Persoonlijk ben ik nog nooit een dokter tegengekomen die mij met de richtlijn in de hand behandelde (maar deze  $n=1$  is geen bewijs). En ja, wij willen als Zorginstituut wel het *best mogelijke bewijs* zien. Dat zijn lang niet altijd RCT's. In het belang van 17 miljoen burgers die de zorgkosten op moeten brengen is een normloos (bewijsloos) proces niet te verantwoorden. De tijd van *doctor knows best* ligt toch echt achter ons. Voor het Zorginstituut zijn er bovendien meerdere voorbeelden te noemen waaruit blijkt dat we vele vormen van bewijs aanvaarden en dat we steeds oog hebben voor de context. Dat laatste hebben we zelfs structureel in ons beoordelingsproces opgenomen. Naast een Wetenschappelijke Adviesraad hebben we ook een Adviescommissie Pakket die een maatschappelijke weging doet voordat we tot een pakketbeslissing komen. Kortom, de context van het rapport is een andere dan het doet vermoeden. Zonder bewijs geen context.

**Arnold Moerkamp**  
Voorzitter Zorginstituut Nederland



# Korte berichten

## Advies: prenatale screening niet vergoed uit basisverzekering



Vorige maand concludeerde het Zorginstituut in het rapport *Prenatale screening en de Zorgverzekeringswet (Zvw)* dat de niet-invasieve prenatale test (NIPT) als eerste test binnen de prenatale screening niet uit de basisverzekering vergoed kan worden. Alleen als er sprake is van een medische indicatie kan de test worden vergoed, dus als een zwangere vrouw een hoger dan gemiddeld risico heeft op een kindje met

een van de aangeboren (chromosomale) afwijkingen waarop de NIPT test. Een belangrijke overweging om tot dit oordeel te komen is dat zorg alleen uit de basisverzekering wordt vergoed als een verzekerde met een individuele zorgvraag naar een zorgverlener gaat. Bij prenatale screening, en dus ook bij de NIPT-test, is daarvan geen sprake.

## Lipofilling voor meer aandoeningen in basispakket

AFT of lipofilling is een operatietechniek waarbij met liposuctie vetcellen uit het eigen lichaam worden gehaald en vervolgens worden geïnjecteerd in gebieden van dezelfde persoon waar een tekort is aan vetweefsel. Deze behandeling kan onder voorwaarden worden vergoed vanuit het basispakket bij defecten aan het hoofd- en/of halsgebied, hiv-geassocieerde lipoatrofie (vetverlies in onder meer het gezicht) en fibrose (verlittekening). Behandelingen die uitsluitend zijn bedoeld om het uiterlijk te verfraaien, en dus een cosmetisch doel hebben, zijn uitgesloten van vergoeding. Dit staat in het standpunt over autologe vettransplantatie bij deze en andere indicaties, dat het Zorginstituut afgelopen zomer heeft vastgesteld.

## 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. De sector heeft twee jaar aan het kwaliteitskader gewerkt, onder leiding van een stuurgroep met vertegenwoordigers van cliëntenorganisaties, beroepsgroepen, zorgkantoren, VGN en IGZ. Het Zorginstituut is net als VWS hierbij betrokken als waarnemer. Het vernieuwde kwaliteitskader geeft cliënten helderheid over goede zorg, helpt teams de zorg te verbeteren en biedt handvatten voor bestuurlijke verantwoording. Er ligt hierbij een sterk accent op leren en verbeteren. Uit ervaringen van zorgaanbieders die hebben gewerkt met het nieuwe kwaliteitskader blijkt dat het kader de kwaliteit van de zorg verbetert, zowel voor cliënten als voor medewerkers. Organisaties in de gehandicaptenzorg gaan nu al werken volgens het nieuwe kader.

## E-learningcursus 'Hoe haal ik meer uit het FK'

De website van het Farmacotherapeutisch Kompas (FK) is onlangs vernieuwd. Er zijn nieuwe tekstsoorten toegevoegd en er zijn nieuwe manieren om informatie in het FK te vinden. Om meer uit de mogelijkheden van het FK te halen, is nu een gratis e-learningcursus beschikbaar, vooral bedoeld voor (aspirant-)voorschrijvers van geneesmiddelen. De e-learningcursus is ontwikkeld door het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM). In een uur laat de cursus zien hoe het FK het voorschrijven van geneesmiddelen ondersteunt. De cursus is gratis en is beschikbaar via <https://medicijngebruik.nl/product/detail/2324>.

## BeNeLuxA lanceert website over samenwerking nieuwe geneesmiddelen

Het samenwerkingsverband van België, Nederland, Luxemburg en Oostenrijk (BeNeLuxA) op het gebied van nieuwe medicijnen heeft nu ook een eigen website, [beneluxa.org](http://beneluxa.org). Het doel van deze samenwerking is om nieuwe geneesmiddelen sneller en tegen een aantrekkelijke prijs beschikbaar te maken voor patiënten. Ook willen zij de toegang tot belangrijke innovatieve geneesmiddelen en betaalbare behandelingen verbeteren. Daarnaast dient de website ook als centraal informatiepunt voor farmaceutische bedrijven die geïnteresseerd zijn in gezamenlijke onderhandelingen of voor landen die ook aan het samenwerkingsverband willen deelnemen.

Behalve gezamenlijke prijsonderhandelingen werkt BeNeLuxA aan het in kaart brengen van potentieel belangrijke farmaceutische innovaties – vaak zijn dit bijzonder dure geneesmiddelen – voordat ze op de markt komen. Met die informatie hopen de landen sterker te staan bij de inkoop daarvan door zorgaanbieders.



## Verpleeghuizen helder over kwaliteit en veiligheid

Alle verpleeghuiszorgorganisaties (bijna 1.900 locaties) hebben gegevens aangeleverd over de kwaliteit en veiligheid van zorg die zij in 2016 leverden. Deze informatie is te vinden op [kiesBeter.nl](http://kiesBeter.nl), de publiekssite van het Zorginstituut met informatie over goede kwaliteit van zorg. Zo heeft de sector een belangrijke nieuwe stap gezet naar volledig inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg. De aanlevering van de kwaliteits-

gegevens is een voortvloeisel van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, dat begin dit jaar is vastgesteld. In dit kwaliteitskader staat dat organisaties in de verpleeghuiszorg moeten verbeteren door van elkaar te leren, ook op het gebied van kwaliteitsinformatie. Op dit moment ontwikkelen partijen in de verpleeghuiszorg de cliëntwaarderingen en indicatoren verder.

## Herhaalde oproep: stem op Mijn Zorg Log

Afgelopen voorjaar is *Mijn Zorg Log* van het Zorginstituut genomineerd voor de Computable Awards 2017 in de categorie 'ICT-project van het jaar in de zorg'. Om deze Award te kunnen winnen hebben we uw stem nodig. Op 31 oktober wordt de winnaar bekendgemaakt.



Stemmen voor *Mijn Zorg Log* kan nog tot zondag 8 oktober via de paarse stembutton op [www.istandaarden.nl/izo/innovaties/blockchain-mijn-zorg-log](http://www.istandaarden.nl/izo/innovaties/blockchain-mijn-zorg-log)

## Indicatoren MSZ 100 procent aangeleverd

Ook op het gebied van medisch-specialistische zorg (MSZ) hebben inmiddels alle zorginstellingen voldaan aan hun plicht indicatoren te registreren en aan te leveren aan het Zorginstituut. Deze 100-procent-score is het resultaat van onder meer de inspanningen van de koepels van de ziekenhuizen en klinieken, die samen met het Zorginstituut instellingen hebben aangespoord hun gegevens aan te leveren. Ook het feit dat alle koepelpartijen maandelijks, onder voorzitterschap van het Zorginstituut, de problemen bij registratie en gegevensaanlevering bespraken, heeft ertoe bijgedragen dat de aanlevering goed is verlopen.

### Meer informatie?

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

Nieuw rapport Zorginstituut over de praktijk van het pakketbeheer

# Hoe komen onze pakketadviezen tot stand?

“Als wij de minister van VWS adviseren bepaalde zorg wel of niet vanuit het basispakket te vergoeden, kan dat gevolgen hebben voor alle 17 miljoen burgers in dit land. Voor diegene die van die zorg afhankelijk is, maar ook voor alle anderen. Zij betalen hier immers allemaal aan mee. Die wetenschap maakt dat wij elk pakketadvies met de grootste zorgvuldigheid tot stand brengen.”

Tekst Edith Bijl Beeld EyeEm Mobile GmbH (HH)



## “Ons advies bepaalt niet alleen of iemand een behandeling krijgt, maar ook of zijn buurman daaraan mee moet betalen”

Aan het woord is Sjaak Wijma, lid van de Raad van Bestuur van het Zorginstituut en nauw betrokken bij de recente publicatie van het rapport *Pakketadvies in de praktijk: wikken en wegen voor een rechtvaardig pakket*. In dit rapport leggen we uit hoe we de vier pakketcriteria - noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid - in de praktijk toepassen. Wijma: “Pakketbeheer is een van onze kerntaken, maar voor de buitenwereld is niet altijd duidelijk hoe een pakketadvies tot stand komt. Met dit rapport willen we hier in detail inzicht in geven.”

### Maatschappelijke waarden

Dit rapport is een vervolg op de eerdere publicaties van het Zorginstituut over de praktijk van het pakketadvies. Na het rapport *Kosteneffectiviteit in de praktijk*, uit 2015, wordt in dit vervolg naast de pakketcriteria ook de impact van de maatschappelijke context belicht. Want, benadrukt Wijma: “Kosteneffectiviteit is geen knock-outcriterium. Zo willen we dat niet hier in Nederland. Naast de criteria spelen ook maatschappelijke afwegingen een rol. In dit recente rapport laten we zien dat we tijdens het adviesproces wel degelijk antennes hebben voor maatschappelijke waarden, oog hebben voor de vraag van het individu en openstaan voor argumenten van anderen. Dat gebeurt onder andere via de Adviescommissie Pakket (ACP); hun vergaderingen zijn openbaar en bieden betrokkenen - medische experts, patiënten- en artsorganisaties - de gelegenheid hun stem te laten horen. Mede op basis daarvan komt het advies aan de minister tot stand. In dit advies worden de argumenten en afwegingen gedeeld die doorslaggevend waren bij de totstandkoming van dat advies.”

### Worsteling

Wijma erkent dat deze werkwijze het adviesproces niet altijd vergemakkelijkt, zeker in het geval van nieuwe, dure behandelingen. Bij een vaststaand zorgbudget betekent toelating van die duurdere behandeling immers dat er in de zorgpraktijk op (een veelvoud van) behandelingen voor andere patiënten gekort moet worden. “Met dit soort dilemma’s worden wij als Zorginstituut steeds vaker geconfronteerd, zeker nu er steeds meer dure geneesmiddelen op de markt komen.” Het zijn dilemma’s die regelmatig ook door de media worden opgepakt, waardoor patiënten die belang hebben bij die nieuwe dure behandeling een publiek gezicht krijgen via de krant of actualiteitenprogramma’s. Wijma: “Hoewel zij alle recht hebben het belang van vergoeding van hun dure behandeling te onderstrepen, moeten wij óók rekening houden met al die andere patiënten op wier behandeling dan gekort gaat worden. Patiënten die geen publiek gezicht hebben, maar die natuurlijk even belangrijk zijn. Wij moeten in ons advies de afweging maken welk argument of belang het zwaarst weegt. Dat is soms een worsteling, die nogal eens leidt tot een advies dat niet alom wordt toegejuicht. Juist dan is het nog belangrijker dat we onze keuze tegenover alle partijen kunnen verantwoorden. En dat we kunnen aantonen dat het advies met de grootste zorgvuldigheid tot stand is gekomen.”

### Contextgebonden

Maatschappelijke opvattingen over wat wel of niet rechtvaardig is kunnen in de loop der tijd veranderen en daarmee ook een eerder advies in een ander daglicht stellen. Dat maakt het adviseren over het pakket veel ►

## AFWEGINGSPROCES PAKKETADVIES: STOPPEN- MET-ROKEN-INTERVENTIE

In april 2009 bracht het Zorginstituut een pakketadvies uit over het al dan niet opnemen van de stoppen-met-roken-interventie (SMR; een combinatie van nicotinevervangende middelen en begeleiding door de huisarts). Uit de toetsing aan de pakketcriteria kwam als doorslaggevend argument naar voren dat de kosten van de behandeling dusdanig laag waren, dat die voor eigen rekening van de patiënt genomen zouden kunnen worden. Dit argument werd nog versterkt doordat mensen veel geld besparen als ze geen rookwaren meer hoeven te kopen.

Onderzoek wees echter uit dat meer mensen met roken zouden stoppen wanneer de behandeling in de basisverzekering zou zitten. Het Zorginstituut waardeerde het maatschappelijk doel om zoveel mogelijk mensen te laten stoppen met roken als argument uiteindelijk hoger dan het 'voor eigen rekening'-argument. Het Zorginstituut adviseerde de minister van VWS daarom SMR op te nemen in de basisverzekering. De minister heeft dit advies overgenomen.



Sjaak Wijma

**“Kosteneffectiviteit is geen knock-outcriterium. Zo willen we dat niet hier in Nederland”**

meer dan een invuloefening met technische informatie over zo objectief mogelijke criteria; de context blijft belangrijk. En soms wegen die contextgebonden argumenten ook zwaarder dan pakketcriteria (zie ook het voorbeeld in het kader).

Het is de taak van het Zorginstituut open te staan voor wat maatschappelijk wenselijk is, maar zich ook te houden aan wat is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, meent Wijma. “Dat vereist van ons dat we bij het formuleren van ons advies kijken naar het belang van de individuele patiënt, zonder het collectief belang uit het oog te verliezen. Ons zorgstelsel is immers gebaseerd op verplichte solidariteit: dat betekent dat ons advies om een individuele behandeling te vergoeden gevolgen kan hebben voor alle burgers in dit land. Wij moeten onszelf dus steeds de vraag stellen: kunnen we deze beslissing verantwoorden aan al die Nederlanders? Kunnen we hun duidelijk maken waarom zij aan bepaalde zorg meebetalen – of juist niet? Daarom zullen we bij onze pakketadviezen altijd uitgaan van de collectieve context.

Want ons advies bepaalt niet alleen of iemand een behandeling krijgt, maar ook of zijn buurman – ofwel wij allen – daaraan mee moeten betalen.”

### Collectieve verantwoordelijkheid

Door pakketbeheer bepaalt de overheid welke zorg beschikbaar moet zijn in het verzekerde basispakket. Het Zorginstituut voert die wettelijke taak uit vanuit zijn visie ‘Van goede zorg verzekerd, niet meer dan nodig, niet minder dan noodzakelijk’. Het basispakket is collectief gefinancierd. Iedere burger betaalt premie, draagt belasting af en is verplicht verzekerd. Tegenover deze plicht van de burger staat de verantwoordelijkheid om het geld goed te besteden. Die verantwoordelijkheid geldt voor iedereen die rechtstreeks of indirect is betrokken bij de besteding van deze collectief opgebrachte middelen: zorgverleners, zorgverzekeraars, zorgorganisaties, betrokken instanties en patiënten.

*Het volledige rapport Pakketadvies in de praktijk: wikken en wegen voor een rechtvaardig pakket is te downloaden via onze site. Kijk op [www.zorginstituutnederland.nl/publicaties](http://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties). ●*



“Evidence based, hope based, hype based en belief based medicine hebben evenveel recht om mee te eten uit de ruif van de Zvw”



Martin van der Graaff werkt als adviseur bij het Zorginstituut

## Evidence based column

'Koop onze Frigida® koelkast, ijskoud de beste! Diepgaand getest door onze ingenieurs, waaruit bleek dat de binnentemperatuur binnen enkele dagen na aansluiting daalt tot 6 graden Celsius en we achten een verdere daling tot 3 graden Celsius bij voortgezet gebruik zeer wel mogelijk. Kopers prijzen vooral de innovatieve uitstraling van dit product. Hier is een link naar een groot aantal twitterberichten, verzameld op Frigidawellness.nl, en zeker drie van onze klanten melden expliciet het correcte functioneren van het vriesvak!'

Een beetje kritische consument waagt hier zijn geld niet aan, maar als je dit voorbeeld transplanteert naar de geneeskunde ligt het anders. Het Zorginstituut wordt wel degelijk regelmatig gesommeerd om positief te oordelen over medische behandelingen van (vooralsnog of inmiddels) twijfelachtige waarde. Niet zelden verwijst men daarbij naar een rapport dat het Zorginstituut aanspoort om “rekening te houden met de context waarin de zorg wordt geleverd en met andere kennisbronnen dan wetenschappelijk bewijs. Dit kan bevorderd worden door het betrekken van professionals, patiënten en burgers.” De schrobbering vervolgt dan meestal met toegeven dat het Zorginstituut die visies inderdaad heeft verzameld, maar dat ze het (uiteraard geheel ten onrechte) niet gehaald hebben in het eindadvies. Deze ondergraving van het beginsel dat alleen bewezen effectieve zorg in de verzekering thuis hoort, is momenteel bijzonder salonfähig, tot op politiek niveau toe, waarbij meewarig wordt gesproken over het starre en dogmatische gedrag van de overheidsadviseurs. Dit is de dagkoers: *evidence based, hope based, hype based* en *belief based medicine* hebben evenveel recht om mee te eten uit de ruif van de zorgverzekeringswet. Dat heeft enkele weinig belichte gevolgen. Eén: het leidt potentieel tot een explosie van premies zonder dat we weten of dat geld goed besteed is. Slachtoffers: dezelfde burgers die gretig petitieën ondertekenen voor experimentele behandelingen van invoelbaar erg zieke en lieve mensen. Twee: het leidt tot risico's voor de patiënt. Wat als die gloedvol aangeprezen therapieën misschien niet zo goed blijken te werken als de versmade gangbare aanpak? Ach, dan ligt de dader op het kerkhof. En de patiënt misschien ook. Op naar de volgende innovatie. Drie: het speelt mensen in de kaart die bewezen effectieve producten wantrouwen. Zijn geneesmiddelen, vaccinaties, E-nummers, en gengewassen bewezen veilig? Dat is maar de vraag, zo betrouwbaar is de wetenschap nu ook weer niet. Wij willen helemaal geen nieuwe koelkast, we zouden het melkpak het liefst buiten de koelkast bewaren, want met de natuur moet je niet rommelen.

Ja, de burger en de patiënt moeten meebeslissen, dat is essentieel voor goede zorg, maar soms schiet de maatschappij tekort in het faciliteren van zelfstandig denken.

# 10

## vragen aan *Ernst Kuipers*

Tekst Robert van der Broek

Beeld De Beeldredactie | Guido Benschop

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

“Het eerste wat bij me opkomt, zijn de vaccinaties. Mijn vader was huisarts en kon zijn eigen kinderen inenten tegen ziekten. Ik vond dat maar niks. Dat er altijd volk in huis was kon me minder schelen. Zijn inloopspreekuur begon om 8 uur. Meteen stroomden de mensen binnen. Zat de wachtkamer vol, dan stonden ze gewoon in de hal. Of ze gingen op de trap zitten. Het was een platelandspraktijk in de Noordoostpolder.”

### **2** U bent van origine maag-darm-leverarts. Wat was u geworden als u geen geneeskunde had gestudeerd?

“Dan was ik natuurkundige geworden, of chemicus. Ik was al een eind op weg, maar ben na mijn propedeuse natuur- en scheikunde geswitcht naar geneeskunde. Blijkbaar trok de gezondheidszorg mij toch meer aan. Overigens was mijn vader fel tegen die overstap. Hij vond dat ik meer kon bereiken met een exact vak. Maar ik denk dat hij mij ook de hectiek van de zorg wilde besparen.”

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

“Ten eerste: we hebben het in de zorg met z'n allen voor het zeggen. Maar goed, als je het mij zou vragen, zou ik veel meer inzetten op preventie en doelmatigheid. Willen we de zorg betaalbaar houden, dan

### PERSONALIA

Ernst Kuipers (57) is sinds 2013 bestuursvoorzitter van Erasmus MC in Rotterdam. Hij studeerde voor maag-darm-leverarts en werkte na zijn promotie enkele jaren in de Verenigde Staten. In 2000 werd hij benoemd tot hoogleraar en afdelingshoofd MDL in het Erasmus MC en in 2006 ook tot afdelingshoofd Inwendige Geneeskunde. Onlangs werd Kuipers gekozen tot Zorgmanager van het Jaar 2017. Hij ontving de prijs omdat hij het ziekenhuis succesvol naar een nieuwe fase heeft geleid. Onder zijn leiding is de interne organisatie verbeterd en heeft hij de relatie met ziekenhuizen in de regio aangehaald met convenanten en samenwerkingsverbanden. Ernst Kuipers is getrouwd en heeft vier zoons.



## "Willen we de zorg betaalbaar houden, dan moeten we nog veel meer sturen op de juiste zorg op de juiste plek"

moeten we nog veel meer sturen op de juiste zorg op de juiste plek. Wat dus eigenlijk niet in de tweede lijn thuis hoort, moet je al bij de huisarts afhandelen. Complexe zorg niet vermengen met reguliere zorg. Sterker nog: de complexe zorg concentreren. Veel meer regionaal samenwerken. Samen naar oplossingen zoeken in plaats van in je eentje het wiel uitvinden."

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

"We hebben een goed afgewogen pakket. Waar ik me wel over verbaas, is dat de definitie van ziekte steeds verder wordt opgerekt. Zowel somatisch als geestelijk. Zo komt het voor dat er ineens 350.000 mensen lijden aan slaap-apneu, een ziekte die twintig jaar geleden nauwelijks bestond. Dat er zoveel mensen tot patiënt worden bestempeld is een ontwikkeling die we kritisch moeten blijven volgen."

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

"Preventie! Concrete programma's die de risico's van een ongezonde leefstijl onder de aandacht brengen en mensen in staat stellen zo lang mogelijk gezond te blijven."

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

"Ik zou het even aankijken. De meeste klachten gaan vanzelf weer over."

### 7 Wat is uw favoriete zorgwoord?

"Daar is ie weer: preventie! Dat hoor ik graag zoveel mogelijk. Laat ik dan voor de discussie ook gelijk een minder favoriet begrip noemen. Dat is 'positieve gezondheid'. Het gaat me daarbij om de term, niet om het concept. Ik onderschrijf het belang van een holistische benadering. Een patiënt is veel meer dan zijn of haar ziekte. Veel zorgprofessionals weten dat ook bij uitstek. Maar de term 'positieve gezondheid' impliceert dat de tegenhanger 'negatieve gezondheid' ook

bestaat, en wat verstaan we daar dan onder? Dat iemand met beperkte sociale relaties, maatschappelijke participatie of veerkracht klaarblijkelijk bestempeld moet worden als 'ziek'? Daarmee rekken we sluipenderwijs opnieuw de definitie van ziekte op."

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

"Lang geleden heb ik al eens met een gebroken heup in het ziekenhuis gelegen. In die tijd lag je met méér patiënten op een kamer. Mag ik er drie noemen? Naast mij ligt Maarten van der Weijden, die in 2008 Olympisch goud won op de 10 km openwaterzwemmen. Hij weet met humor een mooi verhaal te vertellen over samenwerken en het realiseren van ambities. Aan de andere kant van mijn bed ligt Naomi Klein. Zij schreef een intrigerend boek over de huidige maatschappij onder Trump, *No Is Not Enough*. Ik ben ook een groot fan van Van Morrison. Maar de zanger heeft wel een reputatie om zijn slechte humeur. Gaat hij mokken, dan gooien we hem van de kamer af."

### 9 Wat is de belangrijkste voorwaarde voor goede zorg?

"Betrokkenheid en deskundigheid. Van iedereen."

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

"Ik hoop dat we dan verder zijn met regionetwerken en regiocontracten. Daar hebben wij in Zuidwest-Nederland al een heel mooi begin mee gemaakt. Het is in de gezondheidszorg zoveel doelmatiger als we de krachten bundelen. Dat scheelt ons capaciteitsproblemen, geld en kwaliteitsverlies. Dus: kijk over je muren heen en werk samen!" ●

# Meerjarenagenda stimuleert ontwikkeling kwaliteitsproducten Zorg

Een van de kerntaken van het Zorginstituut is de bevordering van de kwaliteit van zorg. In dat kader stellen wij een Meerjarenagenda (MJA) op, die eens per jaar – in oktober – wordt aangeboden aan het ministerie van VWS. Wat is de meerwaarde van deze Meerjarenagenda en wie bepaalt wat er op deze agenda komt te staan?

**Tekst** Edith Bijl

**Beeld** Rogier van der Haak

Het Zorginstituut zet zich in om de kwaliteit van de zorg in Nederland te verbeteren. Dat doen wij onder andere door de ontwikkeling van 'kwaliteitsproducten' (zie kader) te bevorderen. Deze moeten begrijpelijke en betrouwbare informatie geven over de kwaliteit van de zorg. Zeker bij onderwerpen die prioriteit hebben, bijvoorbeeld omdat ze veel mensen raken, is het van belang dat de ontwikkeling van de kwaliteitsproducten geen vertraging oploopt. Om dat te voorkomen, kunnen die kwaliteitsproducten op de Meerjarenagenda worden gezet. Met plaatsing op de MJA vervalt de vrijblijvendheid: vanaf dat moment wordt de voortgang bewaakt en de ontwikkeling gestimuleerd, eventueel ondersteund door het Zorginstituut.

## Onderwerpen aandragen

Op twee manieren kan een onderwerp voor de Meerjarenagenda worden voorgesteld:

1. Partijen in de zorg ontwikkelen een kwaliteitsproduct en stellen het Zorginstituut voor dit op de MJA te plaatsen. Het Zorginstituut spreekt dan samen met de betreffende partijen af welke organisaties het kwaliteitsproduct gaan opleveren, en wanneer.
2. Het Zorginstituut, de IGZ, de NZa of VWS dragen individueel of in samenwerking

onderwerpen voor plaatsing op de MJA aan. Dit gebeurt als bijvoorbeeld de ontwikkeling van een kwaliteitsproduct niet of te traag van de grond komt. Ook dit gaat in samenwerking met partijen in de zorg.

Uiteindelijk besluit de Raad van Bestuur van het Zorginstituut, op advies van de Kwaliteitsraad, of een onderwerp op de Meerjarenagenda wordt geplaatst.

## Toetsingskader en Register

Als het kwaliteitsproduct klaar is, wordt het getoetst aan het Toetsingskader. Dat is door het Zorginstituut opgesteld in overleg met patiëntenorganisaties, zorgverleners en verzekeraars.

Daarna wordt het product opgenomen in het Register. Dit Register bevat alle kwaliteitsproducten die door organisaties van cliënten, zorgaanbieders en verzekeraars gezamenlijk zijn ontwikkeld om de kwaliteit van zorg in de praktijk te verbeteren.

## Doorzettingsmacht

Als de betrokken partijen de opleverdatum van een kwaliteitsproduct niet halen, kan het Zorginstituut zijn doorzettingsmacht gebruiken. Wij nemen dan de regie over en laten zelf een kwaliteitsproduct opstellen door de Kwaliteitsraad. ●

## Wat verstaan we onder een kwaliteitsproduct?

De term 'kwaliteitsproduct' is een verzamelnaam voor:

- Kwaliteitsstandaarden (beschrijven wat goede zorg is).
- Meetinstrumenten (bijbehorende indicatoren om kwaliteit te meten).
- Informatiestandaarden (afspraken over uitwisselbaarheid van gegevens).

## MEERJARENAGENDA ZORGINSTITUUT

### 1 oktober 2017

- Indicatoren bij de kwaliteitsstandaard organisatie van IC
- Meetinstrument cliëntervaringen verpleeghuiszorg
- Cliëntenversie Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg

### 31 december 2017

- 43 kwaliteitsstandaarden voor de GGZ van het programma Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ
- Kwaliteitsstandaard Chronische nierschade
- Zorgstandaard Chronische pijn
- Digitaal zorg- en leefplan Osteoporose
- Implementatie van multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie.
- Kwaliteitskader voor de spoedzorgketen
- Meetinstrument basisveiligheid Verpleeghuiszorg

### 1 januari 2018

- Informatiestandaard verpleeghuiszorg

### 1 mei 2018

- Kwaliteitsstandaard Artrose van knie-heup
- Kwaliteitsstandaard Totale heupprothese

### 31 december 2018

- Kwaliteitsstandaard mbt zorg voor kinderen van verslaafde ouders en ouders met psychische problemen

### 31 december 2020

- Acht kwaliteitsstandaarden Mondzorg, inclusief meetinstrumenten en informatiestandaarden (per deelgebied gelden diverse einddata)

De Zorgstandaard Traumatisch hersenletsel stond in de MJA met einddatum 31 januari 2017. Omdat deze datum niet is gehaald, heeft het Zorginstituut hierop zijn doorzettingsmacht ingezet.

Nieuw RvB-lid Tiana van Grinsven:

# “Samen kunnen we veel bereiken voor burgers”

Met de komst van Tiana van Grinsven is de driekoppige Raad van Bestuur van het Zorginstituut sinds een half jaar compleet. Een verbinder over aandachtspunten, ambities en eerste indrukken.

**Tekst** Noël Houben

**Beeld** De Beeldredactie | Marco Okhuizen

## Waarom wilde je bij het Zorginstituut aan de slag?

“Na vier jaar werken als bestuurder in de langdurige zorg, wilde ik graag de andere kant eens zien. Er zijn twee werkelijkheden in de zorg: de praktijk van onder meer de verpleeghuizen, ziekenhuizen, huisartsen en wijkverpleegkundigen enerzijds en de systeemwereld aan de andere kant. Die systeemwereld is de kant van de beleidskaders, wetten, toetsingskaders: de kant kortom waar de kaders worden bedacht waarbinnen de praktijk aan de slag moet gaan. Als bestuurskundige ben ik nieuwsgierig naar die systeemkant, waartoe ook het Zorginstituut behoort. Ik ben bovendien intrinsiek gemotiveerd om deze twee werelden aan elkaar te koppelen. Want samen kunnen we veel bereiken voor burgers. Er is nog wel het nodige werk te verrichten. In de langdurige zorg was het Zorginstituut bijvoorbeeld nog relatief onbekend. Dat is veranderd sinds we begin dit jaar het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg hebben uitgebracht. Alleen al door met elkaar in gesprek te gaan, wordt de bekendheid van het Zorginstituut en het begrip over en weer groter. Daarbij is het ook van belang om met elkaar helderheid te verschaffen over ieders rol.”

## Wat doe jij om deze werelden te verbinden?

“Ik weet door mijn vorige functie hoe het er aan toegaat in de zorg. Ik weet waar organisaties tegenaan lopen en hoe ze bijvoorbeeld omgaan met kwaliteit. Deze ervaringen neem ik mee als ik een conceptadvies of -besluit van het Zorginstituut beoordeel. Verder stimuleer ik dat mensen uit de praktijk naar het Zorginstituut komen en andersom. Zonder voeling met de praktijk kunnen wij ons werk niet goed doen. Tijdens kennismakingsgesprekken probeer ik bovendien verbindingen te leggen en de bekendheid van het Zorginstituut en alles wat wij doen te vergroten. Daarbij houd ik wel steeds in het achterhoofd dat wij er in de eerste plaats zijn voor de burgers. Een kwalitatief goede zorg stimuleren, zorgen voor een goed en geloofwaardig verzekeringspakket, dat burgers goed geïnformeerd keuzes kunnen maken: daartoe is het Zorginstituut op aard.”

## Wat is jouw rol binnen de Raad van Bestuur?

“We zijn een collegiale Raad van Bestuur, waarbinnen de leden elkaar aanvullen en samen naar adviezen en besluiten kijken. We zijn complementair. Arnold Moerkamp heeft een achtergrond binnen de overheid, Sjaak Wijma als medisch specialist en ik heb een bestuurlijke achtergrond. We hebben elk wel eigen aandachtsgebieden. Voor mij zijn dat

“Informatie en informatie-uitwisseling vormen belangrijke pijlers voor een goede uitoefening van onze taken”

---

## PERSONALIA

Tiana van Grinsven (1970) studeerde Bestuurskunde aan de Universiteit van Twente. Zij heeft ervaring in de adviesbranche en bestuurlijke ervaring binnen het zorgdomein. Vanaf 2013 tot haar indiensttreding bij het Zorginstituut was zij bestuurder bij Espria/Woonzorg Nederland. Deze organisatie richt zich op de ondersteuning van kwetsbare mensen in de maatschappij.



informatiemanagement, langdurige zorg, internationaal en wetenschap. Langdurige zorg is een logisch en bekend terrein voor mij, gezien mijn vorige functie. Bij internationaal is onder meer het netwerk *Health Technology Assessment* belangrijk, waarvan wij coördinator zijn. Met tachtig *agencies* uit dertig landen proberen we in vier jaar een duurzame Europese samenwerking te ontwikkelen. Informatie en informatie-uitwisseling

vormen belangrijke pijlers voor een goede uitoefening van onze taken. Goed geïnformeerde burgers zijn hierbij ons hoofddoel. Uiteindelijk moeten burgers toegang krijgen tot een persoonlijke gezondheidsomgeving. Daar vinden ze relevante gegevens over de kwaliteit van zorgverleners, wachttijden, kosten en nog veel meer. Hiervoor zijn informatiestandaarden nodig, die een soepele informatie-uitwisseling tussen zorgpartijen

“Er liggen volop uitdagingen op ons te wachten. Bij het waarmaken van onze ambities hebben we elkaar en de wereld om ons heen hard nodig”

mogelijk maken. Pas als relevante zorgsystemen met elkaar kunnen communiceren, kan de *personal health train* gaan rijden en de burger voorzien van de informatie die hij of zij nodig heeft. Het Zorginstituut wil graag een rol spelen bij de ontwikkeling van een duurzaam informatiestelsel in de zorg.”

#### Wat zijn je eerste indrukken van het Zorginstituut?

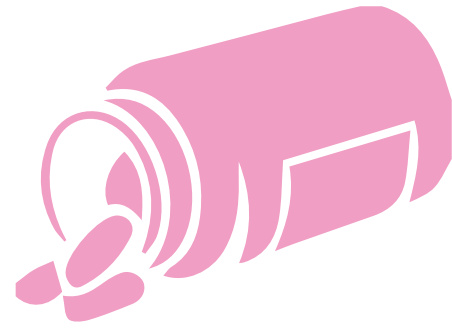
“Positief. Een aantal taken van het Zorginstituut was mij nog niet bekend. Bijvoorbeeld het beheer van het Zorgverzekeringsfonds en het Fonds langdurige zorg. Ik doe nieuwe inhoudelijke kennis op. Vooral het deel rondom pakketbeheer is nieuw voor mij. Daar moet ik me nog verder in vastbijten. Belangrijk is dat de samenwerking met collega's goed is. Binnen de Raad van Bestuur, maar ook met de medewerkers van het Zorginstituut. Veel mensen werken hier al lang. Ze beschikken over veel kennis en expertise, zijn heel gedreven. De werkgebieden binnen het Zorginstituut zijn divers en dat geldt ook voor de mensen. Die diversiteit is onze kracht, maar ook een potentieel gevaar. Je wilt niet dat iedereen zijn eigen winkeltje runt en niet omkijkt naar de rest. Vandaar dat integraliteit hoog in het vaandel staat en dat samenwerking ook in eigen huis wordt gestimuleerd. Er liggen volop uitdagingen op ons te wachten. We zijn nu als Zorginstituut bezig met het uitwerken van onze meerjarenkoers en de ambities die daarbij horen. Bij het waarmaken van deze ambities hebben we elkaar en de wereld om ons heen hard nodig.” ●

# Feiten & Cijfers

# 1%

bedroeg de **winst in de zorg in 2016**. Dat betekent een halvering van de winst ten opzichte van vier jaar geleden: in 2012 bedroeg deze nog 2,2 procent. Verpleeghuizen, thuiszorgorganisaties en private zorgaanbieders draaiden zelfs met verlies.

BRON: BAROMETER NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG 2017 EN DE BIJBEHORENDE FINANCIËLE STRESSTEST VAN EY



## € 2 miljoen

maakt het kabinet vrij voor de ontwikkeling en productie van **nieuwe antibiotica**.

BRON: VWS



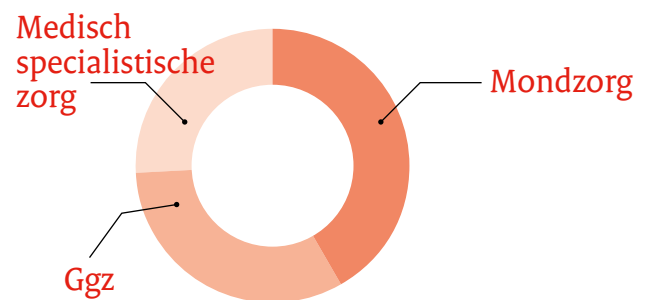
Openbare apotheken leverden vorig jaar voor **4,3 miljard euro** aan geneesmiddelen en farmaceutische zorg binnen het basispakket. Dit is **69 miljoen euro meer dan in 2015**; een stijging van **1,6 procent**.

BRON: STICHTING FARMACEUTISCHE KENGETALLEN (SFK)

## Top 10 van sterkste ziekenhuismerken in 2017

1. Antoni van Leeuwenhoek
2. Erasmus MC
3. UMC Utrecht
4. AMC
5. Radboudumc
6. VUmc
7. UMCG
8. LUMC
9. Maastricht UMC+
10. Het Oogziekenhuis Rotterdam

BRON: ZIEKENHUIZEN MERKENONDERZOEK VAN HENDRIK BEERDA BRAND CONSULTANCY



**447 signalen van zorgfraude** ontving het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ) vorig jaar. De Top 3 van sectoren met de meeste meldingen van fraude:

1. Mondzorg (**110**)
2. Ggz (**86**)
3. Medisch specialistische zorg (**68**)

BRON: IKZ

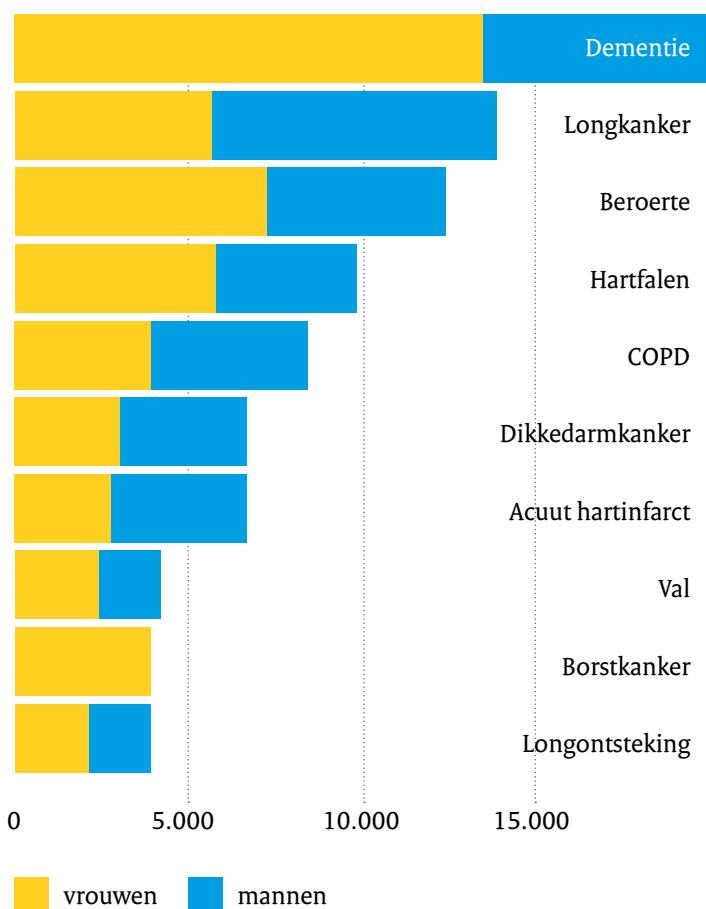


8,8

Met dat rapportcijfer waarden Nederlanders hun paramedische zorgverlener, zoals hun fysiotherapeut, huidtherapeut, oefentherapeut en logopedist.

BRON: QUALIZORG

### Top 10 doodsoorzaken in 2016:



BRON: CBS

# '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: **'Reablement'**.

*Reablement*, zo kopte *zorgvisie.nl* half juni, is het "nieuwe toverwoord in de ouderenzorg". Dat klinkt veelbelovend, maar wat is het eigenlijk? Kortweg staat *reablement* voor het "helpen van ouderen om voor zichzelf te zorgen". Dat er (nog) geen goede Nederlandse term voor deze nieuwe werkwijze is, is niet gek: zoekend op het internet naar de term *reablement* krijgen we vooral hits naar sites buiten Nederland. Met name in het Verenigd Koninkrijk, Australië, de VS en Canada blijkt *reablement* in de ouderenzorg al vaker toegepast te worden. In een Amerikaanse studie\* naar de effectiviteit van *reablement* vinden we een wat uitgebreidere definitie: "The objective is to help seniors live independent and fulfilling lives, while appropriately reducing the need for continuing support and reducing the cost of long-term services." En: "The focus is on promoting and optimizing functional independence rather than resolving health problems."

Ook in Denemarken wordt *reablement* ingezet, blijkt uit het bericht van *Zorgvisie*. Daarin breekt de in Denemarken woonachtige hoogleraar ouderengeneeskunde Rudi Westendorp een lans voor deze nieuwe werkwijze: "Het is holistisch van aard en levert 'iets extra's' naast de gewone zorg. De methode is minder duur én vergroot het levensgeluk. Nederland kan er een voorbeeld aan nemen", zo oordeelt hij.

\*Zie: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4872552/>

## De andere blik

# “Hoever reikt de solidariteit van burgers?”

Peter van Lieshout, psycholoog en filosoof, is hoogleraar Theorie van de Zorg aan de Universiteit Utrecht en zelfstandig bestuursadviseur. Hij heeft een rijke ervaring als bestuurder, wetenschapper en toezichthouder. In de vierde Zorginstituut Nederland Lezing onthult Van Lieshout dat hij niet zozeer beducht is voor toekomstige kostenstijging in de gezondheidszorg, als wel voor het eroderen, het afslijten van het collectieve ziektekostenverzekeringstelsel. Want hoever reikt de solidariteit van burgers?

Tekst Els van Thiel Beeld Josi Nihot

“Mensen zijn geneigd te zeggen: de politiek moet maar uitmaken hoeveel we willen uitgeven aan gezondheidszorg. En beslissen of er grenzen moeten komen aan wat we uitgeven aan een specifiek geneesmiddel en of dit middel nog in het pakket komt of niet. Maar dat doet de politiek niet! Zet nog maar een tandje bij qua efficiëntie, klinkt het uit die kringen, of probeer zelf een oplossing te vinden. De politiek is ook slecht geëquipeerd om daar een oordeel over te vellen. Natuurlijk zijn politici er voor de grote maatschappelijke keuzen, maar de gezondheidszorg is net iets te complex voor ze om tot een verantwoord afwegingskader te komen en zo tot specifieke bedragen.”

“De kosten van de gezondheidszorg stijgen onmiskenbaar. Maar daar ligt niet het grote probleem voor de komende tijd. Op termijn is de verzekerbaarheid van burgers een belangrijkere opgave dan de vraag of we nog een aantal kostenstijgingen voor onze rekening kunnen nemen. Voorlopig kunnen we nog doorgaan op het huidige traject: een lichte verhoging van de kosten gecombineerd met strakke programma's rond kostenbeheersing en effectiviteitsverhoging. Het sluipende probleem zit meer in het wegzakken van het verzekeringskarakter van het stelsel. Wanneer is een zorgstelsel nog vorm te geven

als collectieve verzekering? Wanneer zijn mensen nog bereid hieraan bij te dragen?”

### Ongewis

“Daarbij spelen drie factoren een rol. Een collectief stelsel vraagt in de eerste plaats om wat ik wel eens omschrijf als ‘een sluier van onwetendheid’. Een verzekering werkt bij de gratie van dat je niet weet of een bepaalde situatie zich gaat voordoen. Een reisverzekering bijvoorbeeld sluit je af omdat je niet weet of je tijdens je reis iets kwijtraakt of ziek wordt. Bij ziektekostenverzekeringen is dat natuurlijk al niet meer zo ongewis, want tegenwoordig valt tot op zekere hoogte te voorspellen of iemand ziek wordt. DNA-tests kunnen bijvoorbeeld in toenemende mate een zekere kans aangeven. In de kern betekent dat een aantasting van het verzekeringskarakter. Dat zie je al gebeuren bij de aanvullende verzekeringen. Mensen nemen tegenwoordig alleen een aanvullende verzekering als ze zeker weten dat ze er iets van gaan gebruiken. Dat leidt ertoe dat de premie langzaam maar zeker in de richting kruipt van het bedrag dat mensen vermoedelijk gaan claimen. Het is nog niet verontrustend in Nederland, maar die kant gaan we wel op. De groeiende mate van voorspelbaarheid van ziekte en gezondheid zou op ►



“De groeiende mate van voorspelbaarheid van ziekte en gezondheid zou op termijn weleens de *key factor* kunnen zijn bij het wegzakken van het verzekeringskarakter van het zorgstelsel”



## “De zorgsector moet zich blijven ontwikkelen, maar wel rustig en beheerst, met zo min mogelijk schokken”

langere termijn weleens de *key factor* kunnen zijn bij het wegzakken van het verzekeringskarakter van het zorgstelsel, schat ik zo in.”

### Gunfactor

“In de tweede plaats vinden we dat mensen die ondersteuning krijgen, daar moreel gezien wel recht op moeten hebben. Waarom zou ik premie betalen voor mensen die erop los leven en er een zootje van maken? Op het gebied van sociale zekerheid is werkloosheid een mooi voorbeeld. Overkomt het je of is het deels je eigen schuld? Als je vijftig jaar geleden in een moeilijke situatie verzeild raakte, verdiende je ondersteuning, want je kon er niks aan doen. In de afgelopen dertig, veertig jaar is die vanzelfsprekendheid verdwenen, in het achterhoofd van mensen is de vraag gekropen: verdient hij of zij die uitkering wel? Sommigen gunnen we een werkloosheidsuitkering meer dan anderen. Ouderen meer dan bijvoorbeeld mensen van buitenlandse komaf. Bij de verschillende sociale verzekeringen denken we daar ook weer anders over. We gunnen iedereen zijn AOW. Maar er zijn perioden geweest waarin bijna niemand meer een arbeidsongeschiktheidsuitkering werd verleend, want er werd te veel mee gemanipuleerd. Kortom: het beeld van wie we wat gunnen is steeds complexer geworden.”

### Kwaliteit

“In de derde plaats, vindt de burger, moet de geboden zorg een hoger middenklassenniveau hebben. Met de verplichting om je te verzekeren tegen ziektekosten, legt de overheid mensen een zware verplichting op. Het is te vergelijken met de schoolplicht, ook zo’n ingreep in de vrijheid van burgers. De lessen die we leren uit andere westerse verzorgingsstaten tonen dat dit soort verplichtingen alleen standhoudt als de overheid erin slaagt een systeem te handhaven dat de hogere middenklasse acceptabel vindt. Anders gezegd: dat 98 procent van de bevolking ruimschoots voldoende vindt. Als het onderwijs, de gezondheidszorg of een ander onderdeel van de verzorgingsstaat onder die kwaliteitsnorm zakt, staan er direct groepen burgers op die gaan morrelen aan het verplichtende karakter, die zelf dat soort zaken willen regelen, die zelf hun eigen zorgarrangement willen samenstellen.

Tot op heden is dit in Nederland geen issue, omdat we erin slagen de kwaliteit van de zorg echt op een goed niveau te houden. Het onderwijs is een ander verhaal, bij het middelbaar onderwijs zie je dat de kwaliteit niet meer consistent geboden kan worden. Het gaat hier over sluipende processen; het duurt twintig, dertig jaar voordat je echt wezenlijke veranderingen ziet.”

### Betrouwbaar en consistent

“Er worden in Nederland nog steeds stappen gezet in de ontwikkeling van de gezondheidszorg, het Zorginstituut is daar een bewijs van. Op sommige punten gaat dat niet snel genoeg. De financiële druk kun je verminderen door meer verbeteringen in de efficiency. Een goed informatiebeleid zou tot grotere productiviteit en betere kwaliteit kunnen leiden. Daar zijn echt nog slagen te maken. Nog steeds is de bereidheid om collectief te investeren in hoogwaardige zorg en het systeem permanent te verbeteren duidelijk aanwezig en dat pleit voor het Nederlandse systeem. Dat is goed voor een samenleving. Het systeem is betrouwbaar en consistent en het aantal transformaties is beperkt. Dat klinkt in onze oren bijna als een soort vanzelfsprekendheid, maar dat is het niet. De zorgsector moet zich blijven ontwikkelen, maar wel rustig en beheerst en met zo min mogelijk schokken. Mensen voelen zich in deze tijd al onzeker genoeg.”

“De gezondheidszorg is een van de mooiste en boeiendste sectoren, juist door zijn grote complexiteit. Een sector met waanzinnig veel professionals met uitgesproken, eigenwijze en vaak zeer interessante ideeën die ze niet onder stoelen of banken steken. En waar ze niet zomaar van af te brengen zijn. Dat maakt het niet gemakkelijk om beweging te krijgen, maar ik blijf het boeiend vinden om te kijken hoe het beter kan, hoe je de sector verder kunt brengen.” ●

Verbindende rol voor Nederlandse medewerker Zorginstituut

# Europese geneesmiddelenbeoordelaars zoeken dialoog

Ad Schuurman is namens het Zorginstituut en de Europese zusterorganisaties gedetacheerd bij de European Medicine Agency (EMA) in Londen. Hij heeft daar een brugfunctie om de werelden te verbinden van beoordelaars en betalende van geneesmiddelen.

**Tekst** Robert van der Broek

Voordat een nieuw geneesmiddel op de Europese markt wordt toegelaten, moet het langs de EMA of langs een decentrale beoordelingsinstantie. In Nederland hebben we daarvoor het CBG (College ter Beoordeling van Geneesmiddelen). Dit zijn de zogenaamde *regulators*, verantwoordelijk voor de wetenschappelijke beoordeling van aanvragen. Veiligheid, werkzaamheid en kwaliteit zijn daarbij de maatstaf. Het Zorginstituut en zijn zusterorganisaties in de 28 lidstaten brengen voor hun eigen besluitvormers ook Health Technology Assessment (HTA)-rapporten uit. Steeds vaker in Europees verband, in het EUnetHTA-project. Daarin beoordelen ze nieuwe geneesmiddelen op (relatieve) effectiviteit en kosteneffectiviteit. De betalende instanties, *payers*, bepalen vervolgens of een nieuw geneesmiddel wordt vergoed. In Nederland zijn dat het Zorginstituut en het ministerie van VWS. In eenvoudiger gevallen, zoals bij generieke geneesmiddelen, doen zorgverzekeraars dat.

## Klein beginnen

Vanuit zijn standplaats Londen vertegenwoordigt Ad Schuurman de *payers* van de EU. Hij wil een brug slaan met de EMA.

“Een ambitieuze taak”, vindt hij zelf. “Op het gebied van vergoedingen is Europa niet georganiseerd, hooguit informeel, en zeer gefragmenteerd. Politieke en economische ontwikkelingen spelen een rol. De grotere landen hebben vaak farmaceutische industrie binnen hun grenzen, die een forse bijdrage levert aan de nationale economie. Dat kan een gezondheidszorgsysteem onder druk zetten. Hoe kleiner het land, hoe groter de bereidheid om samen op te trekken en de marktmacht te vergroten. Wij doen dat met België, Luxemburg en Oostenrijk.”



## De horizon verkennen

“We hebben vooraf aan de *payers* gevraagd wat hun wensen zijn ten aanzien van de EMA. Daaruit hebben we drie speerpunten geformuleerd waarbinnen samenwerking

kansrijk is. Eén daarvan is een verkenning van de horizon. Welke geneesmiddelen zitten in de pijplijn, wat valt er de komende jaren te verwachten? De EMA beschikt over deze informatie, alleen prijsinformatie ontbreekt. Welke informatie is al openbaar en kunnen we delen, zodat de *payers* zich kunnen voorbereiden op de toekomst?

## Eerder om de tafel

Het tweede speerpunt is de organisatie van *early dialogues*. Alle partijen komen daarin bij elkaar om al vroegtijdig productintroducties te bespreken; EMA, de fabrikant, de patiënten, de HTA en de *payers* die gaan over de vergoeding. “We leggen in die dialoog vast welke data iedereen nodig heeft en welke eisen wij stellen aan de fabrikant. Die kan dat vervolgens in zijn procedures meenemen. Dat scheelt tijd en kosten achteraf en geeft ook de farma duidelijker handvatten bij het lanceren van nieuwe geneesmiddelen.” Het derde speerpunt is de indicatiestelling voor de toelating van geneesmiddelen. “Nu is het vaak nog zo dat als een geneesmiddel als veilig wordt beschouwd, deze dan ook op de markt komt. Maar subindicaties en subgroepen zijn vaak te algemeen omschreven. Wij moeten alsnog uitzoeken bij welke subgroep een middel nu wel of niet genoeg werkt, en dat dan weer voor alle lidstaten. Daar valt nog veel te winnen.”

## Resultaten

Ad Schuurman weet niet op welke termijn de samenwerking met de EMA resultaten oplevert. “Maar ik verwacht dat we over vijf jaar een goede, ingeregelde dialoog tot stand hebben gebracht. Dat we scherpere indicaties zien. Dat er sprake is van eenduidige formulering van data die we nodig hebben voor beoordeling en monitoring. En dat we nieuwe ontwikkelingen en producten op tijd zien aankomen.” ●

## Zinnige zorg

# Niet meer dan nodig, niet minder dan noodzakelijk

Nederlandse burgers moeten erop kunnen rekenen dat zij goede zorg ontvangen. Niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk. En dat daarvoor geen onnodige kosten worden gemaakt. Het project Zinnige Zorg van het Zorginstituut heeft als doel om samen met partijen in de zorg een dubbelslag te maken: de zorg verbeteren en onnodige kosten vermijden. Voor een aantal zorggebieden lopen al Zinnige Zorg-projecten. Dit najaar gaan drie nieuwe trajecten van start: endocriene ziekten, voedings- en stofwisselingsstoornissen, ziekten van het zenuwstelsel en gehandicaptenzorg.

**Tekst** Jos Leijen **Beeld** 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 gepast gebruik te bevorderen. Stuk voor stuk worden verschillende gebieden in de gezondheidszorg, de 'zorgdomeinen', tegen het licht gehouden.

Elk Zinnige Zorg-traject bestaat uit vier fasen: screening, verdieping, implementatie en evaluatie. In de screeningfase bekijken medewerkers van het Zorginstituut samen met behandelaars, patiënten en verzekeraars wat er speelt en waar mogelijke knelpunten zitten. De screeningsfase wordt afgerond met een systematische analyse van het zorgdomein. In de verdiepingfase worden deze zaken uitgewerkt en bedenken zorgpartijen en Zorginstituut hoe de zorg patiëntgerichter, effectiever en doelmatiger kan.

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



Gehandicaptenzorg is een van de Zinnige Zorg-projecten die dit najaar van start gaan.

Bij elk Zinnige Zorg-traject worden alle betrokken partijen uitgenodigd om mee te denken. Een overzicht van de partijen die bij elk traject zijn betrokken vindt u op de Zinnige Zorg-pagina's op onze website.

### **Endocriene ziekten, voedings- en stofwisselingsstoornissen**

Op 10 oktober 2017 is de startbijeenkomst van het Zinnige Zorg-project endocriene ziekten, voedings- en stofwisselingsstoornis-

sen. Endocriene ziekten zijn aandoeningen van organen die hormonen maken, zoals de hypofyse, de schildklier, de bijniere, de alvleesklier en de geslachtsorganen. De hormonen vinden via het bloed hun weg naar delen van het lichaam waar ze bepaalde functies sturen, bijvoorbeeld groei, stofwisseling, water- en zouthuishouding, spijsvertering en voortplanting. Als hormoonklieren niet goed werken, raakt het lichaam ontregeld.

Afgelopen zomer heeft een team onder leiding van projectleider Jacqueline Frankema zich georiënteerd op de zorg voor de vier meest voorkomende aandoeningen binnen dit domein: diabetes, obesitas, osteoporose en schildklieraandoeningen. Met deskundigen zijn op persoonlijke titel verkennende gesprekken gevoerd. Aan alle betrokken partijen is gevraagd om ideeën aan te leveren waar kansen liggen om gepast gebruik te stimuleren en de zorg te verbeteren. Tijdens de startbijeenkomst wordt besproken welke onderwerpen in aanmerking komen voor nader onderzoek. Daarbij wordt ook gekeken naar de samenhang met trajecten die al lopen vanuit de beroepsbeoefenaren, zodat ze elkaar kunnen versterken.

### Ziekten van het zenuwstelsel

Op 30 november 2017 is de startbijeenkomst van het project Zinnige Zorg bij ziekten van het zenuwstelsel. In juli zijn medewerkers van het Zorginstituut gestart met oriënterende gesprekken met experts van de betrokken partijen. Die hebben ideeën en discussiepunten aangeleverd voor de bijeenkomst. Wat kan beter? En wat is daarvoor nodig? Het Zorginstituut heeft daarbij ook informatie verzameld over lopende trajecten, zodat daar optimaal bij kan worden aangesloten.

Het gebied 'ziekten van het zenuwstelsel', ook wel neurologische aandoeningen genoemd, omvat veel aandoeningen. Enkele bekende zijn de ziekte van Alzheimer,

multiple sclerose en migraine. Het is onmogelijk om alle onderwerpen tegelijk aan te pakken. Op de startbijeenkomst bepalen het Zorginstituut en de betrokken partijen daarom de reikwijdte en de prioriteiten van Zinnige Zorg. Hierbij wordt onder meer gekeken naar toepassing in de praktijk,

## Doel is: zorg verbeteren en onnodige kosten vermijden

effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid. Na de startbijeenkomst stelt het Zorginstituut een uitgebreide analyse op. Die wordt tijdens een vervolgbijeenkomst in het voorjaar van 2018 besproken. Projectleider van dit Zinnige Zorg-project is Ingrid de Groot van het Zorginstituut.

### Gehandicaptenzorg

Het derde Zinnige Zorg-project dat binnenkort van start gaat, richt zich op de gehandicaptenzorg. Kort vóór de zomervakantie kregen betrokken partijen een uitnodiging van het Zorginstituut om mee te denken over de vraag waar mogelijkheden liggen voor meer gepast gebruik. De medewerkers van het team van projectleider Ineke van der Voort spreken met deskundigen van de betrokken organisaties.

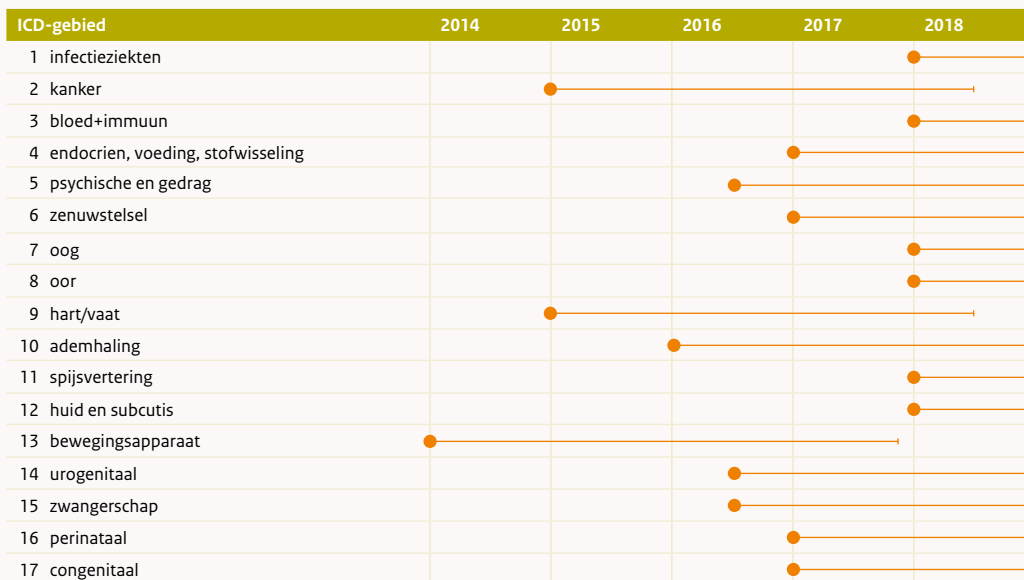
Tijdens de startbijeenkomst op 31 oktober

presenteert het projectteam de eerste bevindingen. Deze worden met de partijen besproken en aangescherpt in een screeningsrapport. De partijen kunnen hierop reageren en vervolgens gaat een definitief rapport naar de minister. Dit gebeurt volgens de planning in de zomer van 2018. Daarna gaan de partijen aan de slag om de verbeteringen te realiseren.

Het projectteam van Ineke van der Voort houdt een blog bij met informatie over de voortgang van het traject, overpeinzingen en artikelen over andere projecten om gepaste zorg in de gehandicaptenzorg te stimuleren. Lees meer op: [zinnigegehandicaptenzorg.blogspot.nl](http://zinnigegehandicaptenzorg.blogspot.nl). ●

### Meer informatie

- Zinnige Gehandicaptenzorg: Ineke van der Voort – van Beusekom, [ivoort@zinl.nl](mailto:ivoort@zinl.nl), 020 797 80 44
- Zinnige Zorg bij ziekten van het zenuwstelsel: Ingrid de Groot, [igroot@zinl.nl](mailto:igroot@zinl.nl), 020 797 86 37
- Zinnige Zorg bij endocriene ziekten, voedings- en stofwisselingsstoornissen: Jacqueline Frankema, [jfrankema@zinl.nl](mailto:jfrankema@zinl.nl), 020 797 86 56
- Of kijk op [zorginstituut-nederland.nl](http://zorginstituut-nederland.nl), zoekterm 'zinnige zorg'. Hier kunt u ook vinden welke partijen betrokken zijn bij de diverse trajecten.



Meerjarenplanning  
Zinnige Zorg-projecten

# Gendersensitieve zorg wint terrein

“Nederland is genderblind”, stelde hoogleraar Toine Lagro-Janssen in 2010 in *Medisch Contact* vast. Sindsdien is de situatie flink verbeterd, vindt zij nu, mede dankzij haar eigen inspanningen en die van collega-hoogleraar Marrie Bekker. Maar er is nog veel te doen op het gebied van onderzoek én bewustwording. En het is essentieel dat het onderwerp op de onderwijsagenda blijft staan. *Zorginstituut Magazine* sprak aan de vooravond van het congres ‘Gender & Gezondheid’ met twee bevlogen vrouwen.

Tekst Jos Leijen Beeld WOMEN Inc., R. de Puy

Vrouwen hebben 60 procent meer kans op bijwerkingen van geneesmiddelen dan mannen. Ze worden gemiddeld ouder dan mannen, maar ze brengen twintig jaar door in slechte gezondheid, mannen vijftien jaar. Vrouwen hebben twee keer zo vaak last van angsten en depressie, en bij hen zijn de klachten ook ernstiger dan bij mannen. Een op de drie vrouwen lijdt in haar leven aan migraine, tegenover een op de acht mannen. Voor deze grote verschillen tussen mannen en vrouwen is er in de geneeskunde lange tijd nauwelijks aandacht geweest. Als er al aandacht voor was, was dat veelal vanuit een mannenwereld gekenmerkt door stereotypen en seksisme. In de jaren zestig en zeventig verschenen vanuit de vrouwenbeweging diverse zwartboeken die wezen op het falen van de geneeskunde en de geestelijke gezondheidszorg om ‘gendersensitief’ te zijn.

## Eerste vrouwelijke huisarts

Toine Lagro-Janssen en Marrie Bekker volgden in de jaren zeventig en tachtig hun opleiding; Lagro-Janssen in de huisartsen-geneeskunde, Bekker in de klinische psychologie. “In de opleiding werd nauwelijks over verschillen tussen man en vrouw gesproken”, kijkt Lagro-Janssen terug, “maar als eerste vrouwelijke huisarts in Nijmegen kreeg ik er

al snel mee te maken. Vooral seksueel misbruik en huiselijk geweld hebben een grote impact op de gezondheid van de vrouw. Direct, maar ook op termijn in de vorm van eetstoornissen, depressies en onverklaarde klachten.”

Marrie Bekker werkte als student klinische psychologie mee aan een onderzoek naar angsten. “Dat bleek vooral bij vrouwen te spelen. Hoe kwam dat? Dat heeft me de rest van mijn loopbaan beziggehouden. Ik ben gepromoveerd op een onderzoek naar de relatie tussen autonomie, gender en angst- en eetstoornissen.”

Pioniers als Lagro-Janssen en Bekker vroegen aandacht voor gendersensitieve geneeskunde en psychologie. Toch bleven zij lange tijd uitzonderingen in een door mannen gedomineerde wereld. Onderzoekresultaten waren vooral gebaseerd op mannelijke proefpersonen. Over vrouwen werd vaak in stereotypen geschreven. De maandelijkse cyclus van vrouwen zou hen minder geschikt maken als proefpersoon. Maar resultaten voor mannelijke proefpersonen laten zich niet zomaar vertalen naar het andere geslacht.

“Vrouwen hebben meer last van bijwerkingen van geneesmiddelen”, geeft Lagro-Janssen als voorbeeld. “Neem Zolpidem, een veelgebruikt



**Marie Bekker**  
“Er moet meer geld komen voor het onderwijs, zodat we de kennisoverdracht kunnen verdiepen en verbreden”





Beeld van 'Behandel me als een dame', een campagne van WOMEN Inc. uit 2016.

slaapmiddel. Mannen nemen geneesmiddelen anders in het lichaam op dan vrouwen. Vrouwen zijn gemiddeld kleiner en hebben relatief meer vet dan mannen. Een vetoplosbaar geneesmiddel als Zolpidem verdwijnt daardoor minder snel uit het lichaam. Daardoor lopen vrouwen risico's als ze bijvoorbeeld 's morgens autorijden. Pas in 2013 werd de dosering voor vrouwen gehalveerd, terwijl het middel al 25 jaar op de markt was."

#### Alliantie Gender & Gezondheid

Vanaf 2012 heeft de aandacht voor gendersensitieve zorg een flinke impuls gekregen. In dat jaar werd de Alliantie Gender & Gezondheid opgericht, waarin hoogleraren, medisch specialisten, beleidsmakers en andere zorgprofessionals samenwerken. De alliantie is een initiatief van vrouwen netwerk WOMEN Inc. en wordt ondersteund door het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap.

In 2013 verscheen het *Handboek Vrouwspecifieke Geneeskunde*. Lagro-Janssen is een van de drie auteurs van dit handboek. In 2014 presenteerde WOMEN Inc. het plan 'Gender en Gezondheid', een jaar later gevolgd door een kennisagenda. Op een oproep van subsidieverstrekker ZonMw kwamen honderd onderzoeksvorstellen, waarvan er veertien werden gehonoreerd.

Ook in het onderwijs zijn de afgelopen jaren vorderingen gemaakt. "We hebben hulpmiddelen gemaakt voor docenten van ggz-gerelateerde psychologie-opleidingen, zodat ze gendersensitieve zorg eenvoudig kunnen opnemen in hun curriculum", zegt Bekker. "En we hebben subsidie gekregen om ook de postacademische opleidingen van dienste te zijn, waar afgestudeerden zich specialiseren tot GZ-psycholoog, psychotherapeut of klinisch psycholoog."

#### Congres 'Gender & Gezondheid'

Toine Lagro-Janssen en Marrie Bekker spreken op het congres 'Gender en Gezondheid' op 5 oktober in Amersfoort. Ze gaan vooral in op de rol van het onderwijs en de plek van gendersensitieve zorg in de opleidingen. Het congres wordt georganiseerd door WOMEN Inc. De aanleiding is het vijfjarig bestaan van de Alliantie Gender & Gezondheid. Kijk voor meer informatie op: [www.womeninc.nl/agenda](http://www.womeninc.nl/agenda).

Lagro-Janssen heeft het Kenniscentrum Sekse en Diversiteit in Medisch Onderwijs (SDMO) opgezet ([www.kenniscentrum-sdmo.nl](http://www.kenniscentrum-sdmo.nl)). Hier kunnen docenten én studenten veel materiaal vinden over gendersensitieve zorg in onder meer video's van spreekuurconsulten en e-learningmodules. Ook het team van Bekker is actief op dit vlak. Het maakt onder meer factsheets voor docenten en experts die de kwaliteitsstandaarden voor de ggz ontwikkelen. "Er is steeds meer kennis", zegt Lagro-Janssen. "Nu moeten medici zich ook bewust worden van de genderverschillen en daar rekening mee houden."



## Toine Largo-Janssen "Vrouwen hebben meer last van bijwerkingen van geneesmiddelen"

#### Nog veel te doen

Bekker en Lagro-Janssen zijn blij met wat er al bereikt is, maar ze waarschuwen voor zelfgenoegzaamheid. "Er is nog veel te doen", vindt Lagro-Janssen. "Er moet meer geld komen voor het onderwijs, zodat we de kennisoverdracht kunnen verdiepen en verbreden, bijvoorbeeld naar de eerste lijn. Verder is er nog heel veel dat we niet weten. Onderzoek blijft belangrijk. Daarom moeten we het onderwerp op de agenda houden." Goede borging is ook essentieel, voegt Bekker toe. Zij heeft zich ingespannen om een voet tussen de deur te krijgen bij de 44 werkgroepen van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, die nieuwe standaarden hebben opgesteld voor behandeling. Bekker: "Aan veel standaarden hebben we een inhoudelijke bijdrage kunnen leveren. Daar hebben we echt iets mee bereikt." Overigens hebben gezondheidsproblemen bij vrouwen niet alleen een medische of psychologische component, merkt ze op. Veel klachten vinden hun oorsprong in sociaal-culturele en politieke ongelijkheid die er nog altijd is. "Ook daar is nog veel te doen." ●



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 Kwaliteitsstandaard Intensive Care (IC), die in de zomer van 2016 werd vastgesteld.

Tekst Noël Houben

Beeld Ron Zwagemaker en

De Beeldredactie | Guido Benschop

## aan het *bureau*

**Vera Jansweijer** is als adviseur van het Zorginstituut betrokken bij opstellen en invoeren van de kwaliteitsstandaard.

“Het lukte anesthesiologen, internisten, intensivisten en andere veldpartijen niet om te komen tot een nieuwe richtlijn voor de organisatie van de zorg op de intensive care. Het Zorginstituut heeft daarom zijn doorzettingsmacht gebruikt om een kwaliteitsstandaard vast te stellen. Patiënten moeten er namelijk van op aan kunnen dat ze overal dezelfde, goede zorg krijgen; op welke intensive care van welk ziekenhuis ze ook terecht komen. De kwaliteitsstandaard hebben we in samenspraak met de mensen uit de praktijk opgesteld. Zij moeten er namelijk mee aan de slag. De conceptrichtlijn die er al lag, was het uitgangspunt. Pijnpunt bleek dat die erg gedetailleerd voorschreef hoe ziekenhuizen hun IC moeten inrichten. Er moest meer ruimte komen voor regionale verschillen. De kwaliteitsstandaard die vorige zomer is vastgesteld, komt tegemoet aan deze wens. De belangrijkste uitkomsten liggen daarin vast. Er moet bijvoorbeeld overal 24/7 een intensivist beschikbaar zijn voor patiënten op de IC. Maar de weg naar die uitkomst mogen ziekenhuizen zelf bepalen. Je ziet in de praktijk verschillende oplossingen ontstaan. Het ene ziekenhuis gebruikt zijn eigen formatie om tot de vereiste bezetting te komen. Het andere werkt samen met andere ziekenhuizen in de regio om ook in het weekend een intensivist op de IC te hebben. We monitoren de invoering van de kwaliteitsstandaard nauwgezet. Niet om te controleren, maar om te helpen en knelpunten bij de invoering bespreekbaar te maken. Bij het oplossen van de knelpunten werken we nauw samen met mensen uit de praktijk en de Stuurgroep IC. Hierin zijn alle landelijke partijen voor IC-zorg vertegenwoordigd.”



## aan het *bed*

Intensivist **Diederik Gommers** is hoofd van de IC van het Erasmus Medisch Centrum en voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care.

“De veldpartijen stonden niet te springen toen het Zorginstituut zijn doorzettingsmacht gebruikte om te komen tot een kwaliteitsstandaard. Zeker ook omdat dit document heel anders uitpakte dan de conceptrichtlijn die er lag. Inmiddels zien we zeker de voordelen van de kwaliteitsstandaard. We hebben als regioziekenhuizen veel meer oog voor elkaar gekregen. Wij kunnen als Erasmus Medisch Centrum bijvoorbeeld makkelijker een patiënt overplaatsen naar een andere IC in de regio als we een bed tekortkomen. En wij leveren op onze beurt intensivisten aan een IC van een regioziekenhuis als dat een personeelsprobleem heeft. Tegelijkertijd lopen sommige ziekenhuizen nog aan tegen praktische problemen bij de implementatie van de kwaliteitsstandaard. Stel dat je als ziekenhuis concludeert dat je IC te klein is om te voldoen aan alle normen en deze wilt omzetten naar een medium care. Je krijgt dan problemen met de verzekeraars over de financiering. De Inspectie reageert ook niet mals. Je mag geen grote operaties meer uitvoeren, geen geboortezorg meer leveren, bepaalde patiënten op de spoedeisende hulp niet meer opnemen in je ziekenhuis... Ik ben voorzitter van de Stuurgroep IC, die ziekenhuizen ondersteunt bij de invoering van de kwaliteitsstandaard en kwaliteitsindicatoren ontwikkelt. Wij organiseren samen met het Zorginstituut in november een landelijke dag over de invoering van de kwaliteitsstandaard. Daar zullen naast de ziekenhuizen ook de Inspectie en de zorgverzekeraars aanwezig zijn. We willen dan in gesprek gaan over oplossingen voor enkele problemen bij de implementatie. Want uiteindelijk wil iedereen hetzelfde: IC-zorg van hoge kwaliteit.”

Ton de Boer

# “Het bewijs voor de werkzaamheid weegt het zwaarst”

Prof.dr. Anthonius (Ton) de Boer was de afgelopen jaren voorzitter van de Commissie Geneesmiddelen van de Wetenschappelijke Adviesraad (WAR) van het Zorginstituut. De commissie adviseert de Raad van Bestuur over de therapeutische waarde van te vergoeden geneesmiddelen. Op 1 augustus legde De Boer deze functie neer en werd hij voorzitter van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG). Sinds zijn aantreden bij de WAR, tien jaar geleden, is er veel veranderd. Vooral de vraag naar kosteneffectiviteit wordt veel duidelijker gesteld.

**Tekst** Jos Leijen

**Beeld** De Beeldredactie | Maarten Hartman

## **Wat is uw expertise als het gaat om geneesmiddelen?**

“Ik ben gepromoveerd op een onderzoek naar de klinische farmacologie van een nieuw geneesmiddel en werkte daarna als universitair (hoofd)docent in Leiden en Utrecht. In 2001 werd ik benoemd tot hoogleraar Grondslagen van de Farmacotherapie en werd ik onderwijsdirecteur van de Apothekersopleiding in Utrecht. Vanaf 2007 was ik hoofd van het departement Farmaceutische Wetenschappen. Ik combineer met veel plezier onderwijs, onderzoek en management. Ik heb veel kennis van en belangstelling voor de effecten van geneesmiddelen en het onderzoek van de vroege ontwikkeling van een geneesmiddel tot en met de effecten als het eenmaal op de markt is.”

## **U bent al tien jaar betrokken bij de advisering over de vergoeding van geneesmiddelen. Wat is er in die tijd veranderd?**

“Ik ben begonnen bij de Commissie Farmaceutische Hulp (CFH), destijds onderdeel van het CVZ, dat later Zorginstituut Nederland zou worden. Toen het Zorginstituut in 2014 begon, veranderde ook de advisering. De Wetenschappelijke Adviesraad werd opgericht en de CFH werd een van de vier commissies binnen de adviesraad. Sindsdien zijn we de Commissie Geneesmiddelen. De andere commissies zijn de Commissie Cure (CCU), de Commissie Care (CCA) en de Commissie Farmacotherapeutisch Kompas (CFK).”

## **Wat veranderde er in de werkwijze van de Commissie Geneesmiddelen?**

“We kregen minder dossiers te verwerken. Voorheen kwamen vrijwel alle geneesmidde-

len bij ons langs voor een beoordeling, maar vanaf 2014 waren het alleen geneesmiddelen met een grote impact op het budget. De ‘goedkopere’ *me-too*-medicijnen, die op ‘bijlage 1a’ worden geplaatst, krijgen een zogeheten marginale toetsing. Daar is de commissie niet bij betrokken, dat doet het Zorginstituut zelf. Voor ons blijven de interessante dossiers over. Het gaat hierbij om geneesmiddelen die potentieel op ‘bijlage 1b’ geplaatst kunnen worden met een vrije prijs. Ze zijn dan ook vaak erg duur. Tegelijk hebben we ingevoerd dat binnen de commissie per geneesmiddel twee referenten worden aangewezen die een dossier extra goed bestuderen. In het verleden las iedereen alles, maar omdat het er zo veel waren, las niet iedereen altijd alles even goed.”

## **Hoe gaat de commissie te werk bij de beoordeling?**

“De commissie werkt *evidence based*. Dat wil zeggen dat we informatie verzamelen over het geneesmiddel, meestal aangeleverd door de fabrikant. Op basis van die gegevens beoordelen we de therapeutische waarde van het geneesmiddel. Is die waarde hoger, gelijk of lager dan bestaande geneesmiddelen? Is de therapeutische waarde lager, dan voegt het geneesmiddel niets toe en zal het middel niet worden vergoed. Soms is het moeilijk om een goed oordeel te vellen, omdat de fabrikant niet altijd voldoende data aanlevert. We vragen dan altijd een extra toelichting, maar als de gegevens toch onvoldoende blijven, kan de therapeutische waarde niet worden aangetoond en zal dit leiden tot een minderwaarde en geen vergoeding.”



**“De WAR kijkt vooral naar objectieve gegevens. Als we een grote maatschappelijke impact verwachten, gaat ons advies eerst naar de Adviescommissie Pakket”**

**En als het nieuwe geneesmiddel wel iets toevoegt?**

“Als het middel een meerwaarde heeft ten opzichte van de bestaande behandeling gaan we kijken naar economische aspecten. Een belangrijke factor hierbij is de QALY, ofwel de *quality-adjusted life years*: hoeveel kost het om gemiddeld een extra levensjaar in goede gezondheid te realiseren. Een aantal jaren gele-

den hebben we daarvoor als maatstaf 80.000 euro bedacht bij aandoeningen met een hoge ziektelast. Als het gebruik van een geneesmiddel per jaar meer kost, is het niet kosteneffectief. Een andere factor is de impact op het budget. Als weinig mensen een duur medicijn gebruiken, heeft dat minder gevolgen voor het budget dan wanneer veel mensen aangevoelen zijn op dat geneesmiddel.”

**Dat financiële criterium heeft de afgelopen jaren wel wat stof doen opwaaien.**

“Dat klopt, maar het zijn wel keuzen waar je mee te maken hebt. Als commissie hoeven wij die afweging niet te maken, wij kijken vooral naar objectieve gegevens. Als we een grote maatschappelijke impact verwachten, gaat ons advies eerst naar de Adviescommissie Pakket (ACP). Die houdt openbare zittingen waarbij betrokken partijen hun zegje kunnen doen, zoals patiëntenverenigingen, fabrikanten en beroepsgroepen. De ACP stuurt haar advies door naar de Raad van Bestuur en die stuurt het weer door naar de minister. Die maakt zijn of haar eigen afweging. De minister kan altijd afwijken van het advies, zoals bij de medicijnen tegen de ziekte van Pompe.”

**Een recent rapport van de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving zet vraagtekens bij het primaat van de evidence based-benadering die de Commissie Geneesmiddelen als uitgangspunt gebruikt. Hoe kijkt u daar tegenaan?**

“Ik heb het rapport nog niet gelezen, maar ik besef goed dat er drie factoren in het spel zijn: het bewijs van de werkzaamheid van een geneesmiddel, de ervaring van artsen en de ervaring en keuzen van patiënten. De ervaring van de arts is belangrijk, maar je moet dat wel in perspectief zien. Er zijn ook artsen die homeopathische middelen voorschrijven waarvan de werking nooit is aangetoond. Bij de afweging om een geneesmiddel al dan niet te vergoeden, weegt voor mij het bewijs van de werkzaamheid het zwaarst.”

**Hoe ziet uw werkzame leven eruit na uw overstap naar het CBG?**

“In die nieuwe functie zal ik wat meer in de schijnwerpers staan dan hiervoor. Omdat ik nog maar net bij het CBG ben gestart kan ik nog niet veel zeggen over mijn ideeën en plannen. Het CBG-voorzitterschap is een functie voor 60 procent. De rest van de tijd blijf ik verbonden aan de Universiteit Utrecht. Op de UU zal ik mijn tijd verdelen tussen onderwijs en onderzoek. Ik denk dat ik hoorcolleges zal geven en een aantal promovendi zal begeleiden. Ik ben acht jaar hoofd geweest van Farmaceutische Wetenschappen en miste de bestuurlijke kant toen ik in 2015 hiermee stopte. Met mijn nieuwe functie bij het CBG zie ik ernaar uit naast de inhoudelijke aspecten ook de bestuurlijke kant weer op te pakken.” ●

# Zorginstituut gaat minister adviseren over Wet BIG

Het Zorginstituut krijgt er in 2018 een nieuwe taak bij: vanaf dan gaan wij de minister van VWS adviseren over aanvragen voor opname van beroepen in de Wet BIG en de erkenning van nieuwe specialistentitels.

**Tekst** Jos Leijen

De Wet op de beroepen individuele gezondheidszorg (Wet BIG) regelt onder meer dat medische beroepen beschermd zijn en behoedt patiënten voor ondeskundig handelen door artsen, verpleegkundigen en andere hulpverleners. Zo regelt de Wet BIG welke opleiding iemand nodig heeft om een beschermde titel te voeren. Deze wet regelt ook dat risicovolle medische handelingen, zoals injecteren, een katheter inbrengen, endoscopie en narcotiseren alleen mogen worden gedaan door mensen die hiertoe bevoegd zijn en een opleiding hebben gevolgd.

## BIG-register

Acht beroepsgroepen zijn verplicht zich in te schrijven in het BIG-register: apothekers, artsen, fysiotherapeuten, gezondheidspsychologen, psychotherapeuten, tandartsen, verpleegkundigen en verloskundigen. Dit zijn basisberoepen die vallen onder het zogenaamde zware regime. Dat betekent onder meer dat zij vallen onder het tuchtrecht. Voor de basisberoepen kan een verzoek worden gedaan voor de erkenning van een specialistentitel. Zo is de kaakchirurgie een specialisme van het beroep tandarts en gynaecologie een specialisme van het beroep arts. Andere zorgberoepen, zoals apothekers-assistenten, logopedisten, mondhygiënisten en radiolaboranten vallen onder het zogenaamde lichte regime en worden niet opgenomen in het openbare register. De beroepen

zijn wel beschermd; je mag je alleen logopedist of radiolaborant noemen als je daarvoor een diploma hebt. Veel beroepsverenigingen hebben hun eigen register.

Beroepsbeoefenaars zien opname in de Wet BIG vaak ook als erkenning en exclusiviteit. Soms heeft dit ook gevolgen voor de bekostiging van behandelingen door zorgverzekeraars. Dit zijn echter neveneffecten en geen reden voor opname in de Wet BIG.

## Onafhankelijk advies

Tot nu toe beoordeelde het ministerie van VWS nieuwe BIG-aanvragen zelf. De minister wil dit echter uitbesteden aan een onafhankelijke partij. Die moet dan de minister adviseren om een beroep al dan niet in de Wet BIG op te nemen. Het Zorginstituut is een logische keuze omdat het ook al andere taken heeft om de kwaliteit van de zorg te bewaken en te stimuleren.

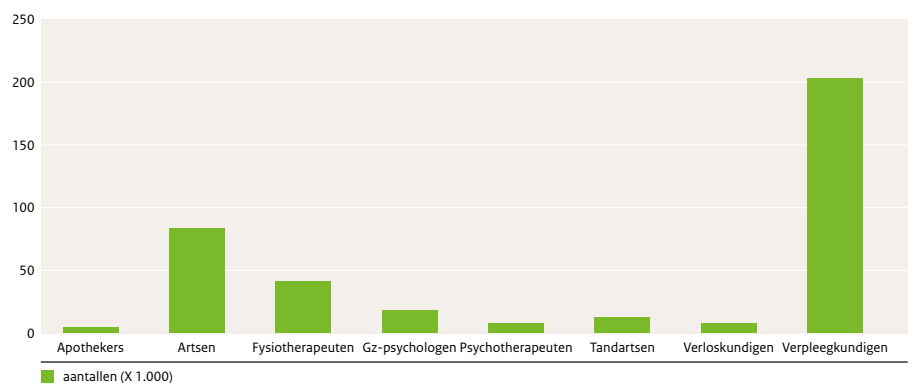
Cornelis Jan Diepeveen en Charlotte Roos hebben namens het Zorginstituut een 'uitvoeringstoets' uitgevoerd: wat komt erbij kijken als het Zorginstituut deze taak overneemt van VWS? Er komt een speciaal team om aanvragen te beoordelen en adviezen op te

stellen voor de minister. Hun werk bestaat onder meer uit het wegen van de argumenten van de beroepsgroep en het beoordelen of de specialisatie of het beroep voldoet aan de criteria die hiervoor gelden. Bijvoorbeeld of een specialisatie voldoende onderscheidend is en of wettelijke regulering nodig is om patiënten te beschermen.

## Doorontwikkeling

De zorg ontwikkelt zich snel. Het Zorginstituut verwacht daarom dat de criteria voor toelating tot de Wet BIG doorontwikkeld moeten worden. Met name technologisch-medisch specialismen passen niet altijd in het huidige toetsingskader.

Rond de verschijningsdatum van dit *Zorginstituut Magazine* overlegt het Zorginstituut met het ministerie over de details van de overdracht van taken. In elk geval moet nog wetgeving worden aangepast om deze taak ook formeel bij het Zorginstituut te beleggen. Naar verwachting start het Zorginstituut in januari 2018 met een apart team voor de BIG-advisering. ●



Aantal geregistreerde zorgverleners in het BIG-register per 31 augustus 2017 (totaal: 363.866 zorgverleners).

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

## Berend Mosk

Adviseur Zorg en  
plv. secretaris Kwaliteitsraad

“Ik startte mijn loopbaan bij Zichtbare Zorg (ZiZo) in Den Haag. Daar ondersteunde ik veldpartijen in de sectoren farmacie en fysiotherapie bij het zichtbaar maken van de kwaliteit van zorg. In aanloop naar de oprichting van het Zorginstituut, waarin ZiZo werd geïntegreerd, kwam ik in 2013 hier te werken als adviseur Zorg (inmiddels in het team Oncologie) en ben ik plaatsvervangend secretaris van de Kwaliteitsraad. De kwaliteitstaken van het Zorginstituut zijn veel breder dan die van ZiZo, en dat betekende ook een verbreding van mijn eigen takenpakket. Zo onderzoek ik op dit moment het gebruik van verschillende bronnen in het veld om kwaliteitsvraagstukken te signaleren voor plaatsing op onze Meerjarenagenda. Daarnaast ondersteun ik de Kwaliteitsraad om de Zorgstandaard Traumatisch Hersenletsel voor volwassenen in ons openbare Register te krijgen en toets ik de oncologische indicatorensets voor verslagjaar 2018 voor opname op onze Transparantiekalender. Dit alles doe ik in nauwe samenwerking met collega's uit andere teams.

Ook bij de Kwaliteitsraad passeren vragen en discussies over de gehele breedte van het kwaliteitsspectrum de revue. Van ontwikkelings- tot implementatievraagstukken en van acute zorg tot verpleeghuiszorg.

Machtig interessant om de leden van de Kwaliteitsraad hierin te ondersteunen en al deze verschillende discussies van dichtbij mee te maken. Omdat mijn werk zo divers is en ik met veel verschillende mensen werk, is geen dag hetzelfde. Juist die afwisseling maakt mijn werk zo leuk.”

Elevator Pitch

# Over zorg gesproken...

“Over niet al te lange tijd is recreatieve seks iets voor de slaapkamer, en reproductieve seks iets voor het laboratorium. Als we het embryo met de beste vooruitzichten kunnen kiezen, zullen we het zeker niet laten.”

Publicist en filosoof Marcel Zuijderland, in discussie naar aanleiding van advies over NIPT-test, op [volkskrant.nl](http://volkskrant.nl) (1 september 2017).

“Vooral voor mensen van 80 jaar en ouder is de komst van de robot essentieel.”

Karina Kuperus, partner bij KPMG Health, op [kpmg.com](http://kpmg.com) (22 augustus 2017).

“Het advies van de RVS om EBP te vervangen voor *context-based practice*, is niets anders dan oude wijn in nieuwe zakken.”

Onderzoeker Renske van der Zwet, op [socialevraagstukken.nl](http://socialevraagstukken.nl) (3 juli 2017).

“Ik stoer mij aan de afrekencultuur. In de zorg word je telkens ter verantwoording geroepen, ook als je het goed doet. Je bent al trots als je niet op een verkeerd lijstje staat.”

Bestuursvoorzitter Jolanda Buwalda van zorgaanbieder Omring, in het juli-nummer van *Skipr* magazine 2017.

“Als het nieuws slecht is, valt het vernis van mensen af. Je ziet alleen de zuivere kern, je kijkt elkaar recht in de ziel.”

Internist-oncoloog Tineke Smilde over het geven van slecht nieuws aan patiënten, op [volkskrant.nl](http://volkskrant.nl) (25 juli 2017).

“Dokter in spe leert vrijwel niets over voeding.”

Onderzoeker Dianne van Dam naar aanleiding van haar rapport ‘Voeding en leefstijlfactoren in de opleiding geneeskunde’, op [skipr.nl](http://skipr.nl) (14 juli 2017).

“Ziekenhuisbestuurders weten alles van medisch specialisten, maar op de vraag wat de toegevoegde waarde is van verpleegkundigen moeten ze het antwoord schuldig blijven.”

Marieke Schuurmans, hoogleraar verplegingswetenschap UMC Utrecht en chief nursing officer, in het september-nummer van *Zorgvisie* magazine 2017.

“De e-healthweek is er niet om te laten zien wat voor mooie technische snuffjes er allemaal zijn, maar gaat over digitale ondersteuning van mensen. Het gaat dus over warme zorg.”

Lea Bouwmeester van het ECP (Platform voor de Informatiesamenleving) over de e-healthweek 2018, op [zorgvisie.nl/ict](http://zorgvisie.nl/ict) (17 augustus 2017).

“We moeten ophouden te doen alsof concurrentie leidt tot betere zorg.”

Hans Feenstra, bestuursvoorzitter van het Martini Ziekenhuis in Groningen, in het septembernummer van *Zorgvisie* magazine 2017.