



Zorginstituut Nederland

# Zorginstituut magazine

kwartaalblad van  
Zorginstituut Nederland  
oktober 2018



Arts/wetenschapper David van Bodegom:

"Pillen zijn niet  
de oplossing.  
Gezond leven  
wél"

**MammaPrint  
niet in  
basispakket**

**Integrale zorg  
voor kwetsbare  
ouderen thuis**

# Inhoud

## 8 Veelbelovende zorg sneller bij patiënt

Het instrument 'voorwaardelijke toelating tot het basispakket' wordt vervangen door de 'Subsidieregeling Veelbelovende Zorg Sneller bij de Patiënt'. Met de nieuwe regeling moeten patiënten sneller toegang krijgen tot veelbelovende (kosten)effectieve zorg.

## 12 Standpunt MammaPrint

Onlangs stelde het Zorginstituut vast dat het klinisch nut van de genetische test MammaPrint onvoldoende is bewezen en daardoor geen deel uitmaakt van het basispakket.

## 14 Kwetsbare Ouderen Thuis

De zorg voor en ondersteuning van thuiswonende kwetsbare ouderen is versnipperd. In een startnotitie schetst het Zorginstituut knelpunten én mogelijke oplossingen.

## 22 Met patiëntervaringen de zorg verbeteren

Hoe ontstaat er een gelijkwaardiger relatie tussen patiënt en zorginstelling? Ziekenhuis Bernhoven en stichting IKONE vertellen wat er gebeurt als je patiënten structureel bij de zorg betreft.

## 24 Transparantie in Kwaliteit van Zorg

In vervolg op het Jaar van de Transparantie (2015) werd de stimuleringsregeling 'Transparantie in Kwaliteit van de Zorg' in het leven geroepen. De projecten die in 2016 zijn gestart, lopen nu ten einde. Welke concrete resultaten hebben die projecten opgeleverd?



## Rubrieken

7 Column Martin van der Graaff

10 Tien vragen aan: Cornel Vader

16 Feiten & Cijfers

18 De andere blik  
Arts/wetenschapper David van Bodegom over 'ontpillen'.

26 Aan het bureau / aan het bed  
Farmacotherapeutisch Kompas.nl: theorie vs. praktijk.

28 Zinnige Zorg  
Lopende trajecten binnen Zinnige Zorg.

31 Elevator Pitch  
Het werk van Gustaaf Ganpat van het Zorginstituut in 200 woorden gevat.

32 Over zorg gesproken

# Notie van een motie

## Voorwoord



Op 12 juni diende het Kamerlid Van den Berg (CDA) bij het geneesmiddelendebat een motie in waarvan het dictum luidde: “... verzoekt de regering zich te committeren aan de onafhankelijkheid en het advies van het Zorginstituut en gaat over tot de orde van de dag.” De motie is aangenomen. Een groter politiek commitment aan onze adviezen kunnen wij ons als Zorginstituut niet wensen. Tenminste... wij gaan ervan uit dat deze uitspraak ook van algemene betekenis is en zich niet selectief beperkt tot ons advies over de vergoeding van medicinale cannabis - waarover meer elders in dit magazine.

Die onafhankelijkheid van onze adviezen is de rode draad geweest in de voorwoorden die ik de laatste jaren voor dit magazine schreef. Onafhankelijkheid betekent voor het Zorginstituut dat het totstandkomingsproces van onze adviezen buitengewoon zorgvuldig moet verlopen, met betrokkenheid van velen die niet op de loonlijst van het Zorginstituut staan. Ik zou zeggen: hulde aan al die mensen die via onze externe commissies belangeloos zo veel energie willen steken in de publieke afweging van individuele en collectieve belangen. In mijn voorwoord van de juli-editie van dit magazine bepleitte ik om nog een stap verder te gaan en ook ruimte te maken voor burgerbetrokkenheid bij de manier waarop de afwegingen worden gemaakt. Allemaal om de kwaliteit en maatschappelijke waarde van de adviezen te vergroten en de onafhankelijkheid daarvan te waarborgen.

Wellicht is zo'n motie formeel overbodig. We zijn bij wet onafhankelijk. Maar materieel is het mooi als de goegemeenschap daar via haar vertegenwoordigers nog eens notie van neemt.

Toen ik bijna zeven jaar geleden aantrad als voorzitter van het toenmalige CVZ ontplofte kort daarop de kwestie rond de geneesmiddelen voor de ziekten van Pompe en Fabry in ons gezicht. Weet u nog?? Een beperkt effectief geneesmiddel met een prijs per gewonnen levensjaar van 15 miljoen!! De politiek was een van de eerste om publiekelijk afstand te nemen van nota bene een conceptadvies. Maar ook recent nog presteerde een oppositioneel Kamerlid het om publiekelijk afstand te nemen van een advies over een simpelweg niet-effectief geneesmiddel, want “dat kon toch wel betaald worden omdat ook de dividendbelasting kon worden afgeschaft”. Alleen daarom al is zo'n motie nuttig. Voor ons is het een hoogtepunt.

Beste lezers, het is - zoals iedereen weet - verstandig om op een hoogtepunt te vertrekken. Dat doe ik dan ook. Ik schrijf hier mijn laatste voorwoord. Op 1 november 2018 zal ik het Zorginstituut verlaten. Maar wel met een gerust hart, kan ik zeggen. Ik heb fantastische collega's die, onder voorzitterschap van mijn opvolger Sjaak Wijma, na mijn vertrek over zullen gaan tot de orde van de dag.

**Arnold Moerkamp**

*Voorzitter Zorginstituut Nederland*

# Korte berichten

## Standpunt: totale parenterale voeding (TPV) alleen vergoeden uit geneeskundige zorg



Totale parenterale voeding (TPV) moet vanaf 1 januari 2020 voor alle TPV-patiënten alleen nog worden vergoed uit de geneeskundige zorg. Daarmee komt er een einde aan de onduidelijkheid of de vergoeding van deze zorg valt onder de farmaceutische zorg, hulpmiddelenzorg of geneeskundige (medisch-specialistische) zorg. Dat staat in het standpunt dat het Zorginstituut in augustus 2018 heeft vastgesteld.

TPV houdt in dat de voeding via een infuuspomp met een dun slangetje rechtstreeks in de bloedbaan gaat. Een medisch specialist stelt de benodigde hoeveelheid en samenstelling van de TPV vast en stelt deze regelmatig bij. TPV wordt altijd vergoed vanuit het basispakket. Toch is er vooral veel onduidelijkheid over de vergoeding van TPV voor chronische

patiënten (volwassenen en kinderen) die thuis verblijven. Voor hen worden de voeding en de voor het toedienen benodigde hulpmiddelen nu op twee manieren vergoed:

- vanuit een combinatie van farmaceutische zorg (voeding) en hulpmiddelenzorg (infuuspomp met toebehoren);
- vanuit de geneeskundige zorg.

Dit zorgt in de praktijk voor verwarring. Het recente standpunt van het Zorginstituut moet aan deze onduidelijkheid een einde maken.

Daarnaast gaan Stichting Darmfalen Nederland samen met zorgverleners en patiëntenvereniging aan de slag gaat met een richtlijn. Hierin wordt aangegeven hoe de TPV-zorg het beste georganiseerd kan worden.

## Ggz-partijen beschrijven wat goede zorg is

De afgelopen jaren hebben partijen in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) intensief gewerkt aan de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden voor de ggz. Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (NKO) heeft deze zomer 35 kwaliteitsstandaarden aangeboden bij het Zorginstituut. Als ze voldoen aan de criteria van het Toetsingskader, neemt het Zorginstituut ze op in het Register als gezamenlijke norm voor goede zorg.

Voor de toetsing heeft het Zorginstituut maximaal drie maanden nodig. Naast de 35 kwaliteitsstandaarden die nu aangeboden zijn, staan er nog acht op de planning van de Meerjarenagenda. De 43 kwaliteitsstandaarden samen dekken minstens 80 procent van de meest voorkomende psychiatrische aandoeningen.

## Zorginstituut-medewerker Wim Goettsch in de lead bij groot Europees onderzoeksproject

Horizon 2020 is het Europese subsidieprogramma voor Onderzoek en Innovatie in Europa. Life Sciences-onderzoekers van de Faculteit Bètawetenschappen van de Universiteit Utrecht zijn betrokken bij vier grote Europese Horizon 2020-samenwerkingsprojecten. Een van deze projecten, 'HTx', wordt geleid door Zorginstituut-medewerker Wim Goettsch. In dit project wordt een gezamenlijk Europees raamwerk ontwikkeld om de economische haalbaarheid van nieuwe technologieën in de gezondheidszorg te kunnen beoordelen. Goettsch is zowel onderzoeker aan de Universiteit Utrecht als HTA-adviseur bij het Zorginstituut voor de afstemming van HTA-methoden in Europees verband.



## Sjaak Wijma nieuwe voorzitter Zorginstituut

Minister Hugo de Jonge van VWS heeft Sjaak Wijma per 1 november 2018 benoemd als voorzitter van het Zorginstituut. Sjaak Wijma volgt Arnold Moerkamp op, die de functie van voorzitter de afgelopen zeven jaar heeft uitgeoefend.

Wijma werkt sinds 1 april 2016 als lid van de Raad van Bestuur bij het Zorginstituut. Tot 2016 was hij werkzaam als gynaecoloog en bekleedde in die hoedanigheid diverse bestuurlijke functies met betrekking tot de inhoud en organisatie van zorg. Met deze benoeming worden de kennis en ervaring van de dagelijkse praktijk in de zorg binnen onze Raad van Bestuur gecontinueerd en gegarandeerd.



## Invoering Kwaliteitsstandaard Acut Herseninfarct succesvol

Sinds 1 januari 2017 is Intra-arteriële trombectomie (IAT) bij de behandeling van het acute herseninfarct onderdeel van het basispakket. De minister van VWS besloot hiertoe na een positief advies van het Zorginstituut. Wel gaf de minister als voorbehoud dat de betrokken partijen, onder regie van het Zorginstituut, een kwaliteitsstandaard moesten opstellen die alle partijen ondersteunden. Met het vaststellen van de Kwaliteitsstandaard Acut Herseninfarct in 2017 zijn partijen overeengekomen hoe de spoedzorg voor patiënten met een acut herseninfarct, en de intra-arteriële trombectomie (IAT) in het bijzonder, ingericht moest worden.

Bij de implementatie moesten ook regionale spreiding en doelmatigheidsaspecten meegewogen worden. Het LNAZ (Landelijk Netwerk Acute Zorg) is in juni 2017 door de partijen gevraagd om regie te nemen in de totstandkoming van afspraken in de regio. De LNAZ heeft de betrokken partijen verzocht in het Regionale Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) tot afspraken te komen over implementatie van deze kwaliteitsstandaard. In 2019 komen de afgesproken indicatoren beschikbaar via de Transparantiekalender. Met de verzamelde kwaliteitsgegevens in de ROAZ-regio's zullen de partijen in 2019 zelf in staat zijn om deze zorg te evalueren en heeft de IGJ informatie om te kunnen handhaven wanneer dat nodig is. Het Zorginstituut adviseert de minister dan ook om verdere evaluatie en monitoring bij de betrokken partijen te laten.

### Meer informatie?

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

## Vergoeding van drie erkende leefstijlinterventies

Mensen met een gezondheidsrisico door overgewicht kunnen baat hebben bij een gecombineerde leefstijlinterventie. Onlangs heeft het RIVM drie leefstijlinterventies als effectief erkend. Dit zijn de programma's SLIMMER, CoolL en De Beweegkuur. Volgens het Zorginstituut komen deze door het RIVM erkende programma's in aanmerking voor vergoeding vanuit het basispakket. Uiteindelijk besluiten de zorgverzekeraars welke van deze programma's zij willen vergoeden en contracteren.



Gecombineerde leefstijlinterventies gaan overgewicht tegen door minder te eten, meer te bewegen en met psychologische ondersteuning te werken aan blijvende gedragsverandering. Alleen mensen met een matig verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico volgens de indicatiecriteria uit de NHG-standaard Obesitas en de Zorgstandaard Obesitas komen in aanmerking voor een gecombineerde leefstijlinterventie. Het RIVM begeleidt eigenaren van leefstijlinterventies in het erkenningstraject. Samen met andere landelijke kennisinstituten zijn criteria opgesteld voor een erkenning. Een onafhankelijke commissie beoordeelt de interventies op effectiviteit, kwaliteit en uitvoerbaarheid. Het RIVM publiceert de effectieve interventies in de databank Gezond en Actief Leven op Loketgezondleven.nl en brengt de interventies breder onder de aandacht. Zo weten gemeenten en professionals welke programma's effectief zijn.

## Zorginstituut geeft toelichting op aanspraak bijzondere tandheelkundige hulp

Het Zorginstituut ontvangt geregeld signalen uit het veld dat er onduidelijkheid bestaat over de aanspraak op tandheelkundige hulp uit de zorgverzekering bij 'medisch gecompromitteerde patiënten'. Dit zijn patiënten die als gevolg van een behandeling van hun niet-tandheelkundige aandoening schade hebben opgelopen aan hun gebit. Zo kan chemotherapie bij oncologische patiënten leiden tot tandheelkundige problemen, zoals het verlies van tanden en kiezen. Voor het herstel van deze schade kunnen zij aanspraak maken op bijzondere tandheelkundige hulp vanuit de zorgverzekering. Dit geldt niet voor schade die al vóór de aandoening of behandeling aanwezig was.

Naast chemotherapie zijn er meer behandelingen die tot gebitsproblemen kunnen leiden, zoals radiotherapie in het hoofd-halsgebied en de behandeling van hartaandoeningen, diabetes mellitus, MS en longontsteking. Ook deze patiënten kunnen – volgens boven geschetste voor-

waarden – aanspraak maken op bijzondere tandheelkundige hulp.

Dat patiënten deze aanspraak kunnen maken is zowel bij patiënt als professional niet altijd bekend. Het Zorginstituut is van mening dat een tandarts zich bewust moet zijn van de algemene gezondheid en/of het medicatiegebruik van de patiënt. Zo kan hij op de juiste manier inspelen op de situatie van het individu en kan hij eventueel actief een machtigingsprocedure afgeven. Om die redenen heeft het Zorginstituut deze kwestie onlangs in een brief onder de aandacht gebracht van de leden van de Associatie Nederlandse Tandartsen, de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde, de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist en ook van Zorgverzekeraars Nederland.

Voor meer informatie, zie: [www.zorginstituut-nederland.nl/Verzekerde+zorg/t/tandarts-en-mondzorg-zvw](http://www.zorginstituut-nederland.nl/Verzekerde+zorg/t/tandarts-en-mondzorg-zvw).



“Zowel een gebrek aan bewijs (mediwiet) als een overvloed ervan (vaccinaties) kan tot een uitbraak van de pleuris leiden”



Martin van der Graaff werkt als adviseur bij het Zorginstituut

# De pleuris

## column

**A**ls het Zorginstituut vindt dat een behandeling niet voldoende effectief is om in het verzekerde pakket op te nemen, breekt meestal de pleuris uit bij degenen die in zo'n behandeling geloven. Een kenmerkend symptoom van de pleuris is een luidruchtig dedain voor wetenschappelijke gegevens. Soms gaat dat vanzelf over, maar in veel gevallen blijft spontane genezing uit. Risicogroepen zijn vooral patiënten die jubelen dat ze door de pakketonwaardige behandeling “hun leven teruggekregen hebben”; dokters die de behandeling graag toepassen “omdat we met eigen ogen hebben gezien dat het werkt”; bedrijven die het sentiment van “geen bewijs, maar toch een mediageniek en dus overtuigend effect” weten te transformeren tot mooie omzetcijfers, al dan niet gekatalyseerd door tijdelijke gratis verstrekking.

De patiënten met de grootste lijdensdruk zijn echter indirect betrokkenen die vaak op de tv komen. Het Zorginstituut biedt juist deze mensen regelmatig uitleg aan over onze werkwijze. Niemand maakt daar ooit gebruik van; kennis leidt immers maar tot nuancering. En als iemand je om een mening vraagt, wil je toch wel graag kunnen blijven zeggen: “Ik ben niet erg onder de indruk van dat verhaal van het Zorginstituut.” Een dergelijke vorm van ziekte winst kan genezing van de pleuris aanmerkelijk bemoeilijken. Een interessant aspect van de pleuris is dat zowel een gebrek aan bewijs (mediwiet bijvoorbeeld) als een overvloedige aanwezigheid ervan (vaccinaties bijvoorbeeld) tot een uitbraak kan leiden. Een ander symptoom is de neiging om de bewijslast om te keren. Onvoldoende gegevens? Onmogelijk. Het Zorginstituut heeft gewoon zijn werk niet goed gedaan. En dan komen er extra eisen die nooit ofte nimmer opduiken bij positieve pakketadviezen, zoals: “Weten jullie het echt 100 procent zeker? Laat eerst maar eens zien hoe dat in alle andere lidstaten van de EU precies is geregeld.” Maar het meest op de voorgrond tredende symptoom is een vorm van achteloosheid. Let vooral op dit standaardzinnetje: “Waarom vergoeden jullie het niet gewoon voor iedereen bij wie het werkt?”

Het enig juiste antwoord op deze vraag is: omdat een effect op toeval kan berusten. Maar zeg dit *nóóit* tegen een lijder aan de pleuris, het kan uitzinnige reacties losmaken. Stel de patiënt gerust, leg hem in de stabiele zijligging. Probeer het niet alleen op te lossen. Bel 112.

Nieuwe subsidieregeling vervangt 'Voorwaardelijke Toelating'

# Veelbelovende zorg sneller bij de patiënt

Het instrument 'voorwaardelijke toelating tot het basispakket' gaat op de helling. Daarvoor in de plaats komt een subsidieregeling die moet bevorderen dat patiënten sneller toegang krijgen tot veelbelovende (kosten)effectieve zorg. "De nieuwe subsidieregeling moet attractiever, eenvoudiger en sneller worden dan de oude", zegt Hedi Schelleman van het Zorginstituut.

**Tekst** Jos Leijen **Beeld** Ron Zwagemaker

De 'Subsidieregeling Veelbelovende Zorg Sneller bij de Patiënt' geldt voor medisch-specialistische zorg, hulpmiddelen en zogeheten off-label-geneesmiddelen. Dit zijn geneesmiddelen die al in Nederland geregistreerd zijn voor een bepaalde aandoening, maar die mogelijk ook effectief zijn bij een andere aandoening.

In totaal is jaarlijks 105 miljoen euro beschikbaar. Met dit geld kunnen ontwikkelaars van veelbelovende zorgideeën wetenschappelijk onderzoek doen naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit van hun vinding. Immers, als er onvoldoende bewijs is dat een middel voor hetzelfde geld minimaal even goed werkt als bestaande alternatieven, komt het niet in het basispakket.

Hedi Schelleman verwacht dat de nieuwe regeling zorgvernieuwing werkelijk sneller bij de patiënt zal brengen – of eerder duidelijk zal maken dat een middel niet effectief is.

"Het doel is om de voorbereidingstijd vanaf het indienen tot het toekennen van subsidie te verkorten naar één jaar. Daarnaast is er veel minder administratieve en juridische rompslomp om de zorg gefinancierd te krijgen."

## Voorwaardelijke toelating

Het Zorginstituut beoordeelt als pakket-beheerder of zorg voldoet aan het wettelijke criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Als onvoldoende kan worden aangetoond dat de zorg effectief is, voldoet die zorg niet aan dit criterium. De zorg wordt dan niet (meer) vergoed uit het basispakket.

Het achterwege blijven van de vergoeding kan verder onderzoek belemmeren. En dat kan weer de instroom van de zorg in het pakket vertragen. Dit is nadelig voor patiënten als de zorg uiteindelijk effectiever blijkt te zijn dan bestaande zorg. En nadelig voor de

## OUD INSTRUMENT BLIJFT VAN KRACHT

Het instrument Voorwaardelijke Toelating blijft van kracht voor zorg die tijdelijk is toegelaten tot het basispakket. In totaal zijn in de afgelopen zes jaar ongeveer veertig aanvragen ingediend. Op advies van het Zorginstituut heeft VWS sinds 2012 zestien veelbelovende behandelingen tijdelijk toegelaten tot het basispakket, in afwachting van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar de (kosten) effectiviteit. Inmiddels zijn zeven onderzoeken afgerond. Bij vier onderzoeken was de effectiviteit van de behandeling niet voldoende voor opname in het basispakket. Bij drie wel.

## Praktijkvoorbeeld

Intra-arteriële behandeling is een medisch-specialistische behandeling voor patiënten met een acuut herseninfarct. Eind 2010 oordeelde het Zorginstituut dat de therapie (nog) niet voldeed aan 'de stand van de wetenschap en praktijk', omdat er onvoldoende bewijs was dat de zorg een toegevoegde waarde had. Wel leek de behandeling veelbelovend. Daarom werd de zorg per 1 januari 2013 voor vier jaar voorwaardelijk toegelaten tot het basispakket. De voorwaarde voor vergoeding was dat patiënten zouden deelnemen aan onderzoek naar de (kosten)effectiviteit van de intra-arteriële behandeling. In 2016 werden de (laatste) resultaten van het Nederlandse onderzoek bekend. Het Zorginstituut concludeerde op basis van de onderzoeksresultaten dat de toevoeging van deze behandeling aan de bestaande behandeling een meerwaarde had. Daarom is na 2016 de vergoeding van intra-arteriële behandeling uit het basispakket voortgezet.



maatschappij als de zorg even effectief is, maar goedkoper. Om deze nadelen weg te nemen, kan de minister sinds 1 januari 2012 potentieel veelbelovende zorg die nog niet bewezen effectief is, toch tijdelijk toelaten tot het basispakket (volgens de regeling 'Voorwaardelijke Toelating').

### Knelpunten

Deze regeling had echter een aantal tekortkomingen. Als een zorgaanbieder deelnam aan het onderzoek, moesten verzekeraars bijvoorbeeld lopende contracten openbreken om de nieuwe voorziening een plekje te geven. Veel werk en gedoe voor een kleine groep patiënten. Een ander knelpunt is dat een voorziening in het basispakket in beginsel beschikbaar moet zijn voor alle patiënten met de medische indicatie voor de zorg. "Maar dat was niet mogelijk als het onderzoek 'vol' zat. Vaak moest daarom een

extra onderzoek gestart worden, terwijl de onderzoeksresultaten nog niet beschikbaar waren en het dus nog niet zeker was of er sprake was van effectieve zorg."

Ook bevat de procedure knelpunten. Zo konden partijen over het algemeen maar één keer per jaar een aanvraag indienen. Als een aanvraag niet voldeed aan de criteria voor voorwaardelijke toelating, was daarmee de route naar het basispakket voor een jaar afgesloten. Terwijl de Wetenschappelijke Adviesraad soms van mening was dat het om veelbelovende zorg ging. Daarmee werden patiënten dus voor een jaar uitgesloten van een mogelijk betere behandeling.

### Kortere doorlooptijd

De nieuwe subsidieregeling voor veelbelovende zorg moet een aantal tekortkomingen van de oude regeling oplossen. Om te beginnen wordt de doorlooptijd

aanzienlijk verkort. Bij de nieuwe regeling start de procedure met het indienen van een projectidee met een globale onderzoeksopzet. Verder moet de aanvrager steunbetuigingen overleggen van relevante partijen, zoals patiëntenvereniging(en) en beroepsgroep(en).

**“Het doel is de voorbereidingstijd - vanaf het indienen tot het toekennen van subsidie - te verkorten naar één jaar”**

Aan de hand van het projectidee kan het Zorginstituut de aanvrager adviseren om wel of niet een uitgewerkte subsidieaanvraag in te dienen. "Hierdoor wordt voorkomen dat een aanvrager onnodig veel tijd investeert in het ontwikkelen van een subsidieaanvraag", zegt Schelleman. "Daarnaast kunnen het Zorginstituut en ZonMw tips geven voor de verdere uitwerking, bijvoorbeeld over het benodigde onderzoeksdesign."

De uitgebreide subsidieaanvraag wordt voorgelegd aan onafhankelijke experts uit het betreffende vakgebied. De aanvrager krijgt vervolgens een mogelijkheid om te reageren op de opmerkingen en suggesties van referenten. Daarna worden aanvraag, referentenrapport en de reactie van de aanvrager voorgelegd aan de adviescommissie. Als de subsidie wordt toegekend en een medisch-ethische toetsingscommissie het onderzoek goedkeurt, kunnen de onderzoekers aan de slag. Het onderzoek neemt drie tot zes jaar in beslag.

Het Zorginstituut en ZonMw begeleiden de onderzoekers. Medewerkers van beide organisaties kijken mee met het onderzoek en denken zo nodig ook mee. Ze kunnen de onderzoeksgroep bijvoorbeeld adviseren als die het onderzoeksprotocol wil wijzigen.

### Andere regelingen

Voor geneesmiddelen voor zeldzame aandoeningen (weesgeneesmiddelen) is een aparte regeling in de maak. Daarnaast komt er een nieuwe regeling om na te gaan of bestaande zorgvormen wel zo goed werken als wordt aangenomen. ●



# 10

## vragen aan Cornel Vader

Tekst Marieke Vos

Beeld De Beeldredactie | Sander Koning

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

“Toen ik zeven jaar geleden begon als bestuurder van twee grote zorgorganisaties van het Leger des Heils, bracht ik een werkbezoek aan een van onze centra voor laagdrempelige opvang. Wat mij toen opviel was dat heel veel bezoekers van deze centra geen contact hadden met de gezondheidszorg, terwijl dat juist voor deze groep heel erg nodig is. Ze gingen niet naar een huisarts, zeker niet naar een tandarts en kregen vaak ook niet een behandeling via de ggz. Dit was een voor mij als bestuurder sterk motiverende ervaring.”

### 2 Als u geneeskunde had gestudeerd, wat voor dokter was u dan geworden?

“Ik zou mensen nog beter willen leren kennen, dus ik denk dat ik een vorm van psychiatrie had gekozen. De forensische psychiatrie om precies te zijn, want ik vind het intrigerend om te onderzoeken wat mensen zo ver drijft dat ze uiteindelijk helemaal buiten de samenleving komen te staan. Ik word er ook verdrietig van, als ik zie om welke grote aantallen het gaat. Dat daagt de samenleving uit om er iets aan te doen, zowel voor deze mensen zelf als voor een gevoel van veiligheid in de samenleving als geheel. Ik denk dat ik een psychiater was geworden die zich ook met beleid had bemoeid.”

### PERSONALIA

Cornel Vader is voorzitter van de raad van bestuur van de Stichting Leger des Heils Welzijns- en Gezondheidszorg. Hij woont in Veendam, is getrouwd, heeft twee zoons en is verbonden als heilsoldaat aan het Leger des Heils in Groningen. Hij maakt ook deel uit van de nieuwe Raad van Advies van het Zorginstituut.



**“Wij zien tienduizenden mensen die formeel wel toegang tot zorg hebben, maar in de praktijk niet. Als je geen thuis hebt, val je tussen wal en schip”**

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

“Ik zie een enorme verschatting tussen de gezondheidszorg en alles wat te maken heeft met de basis van een mensenleven, zoals wonen, samenleven, ontspannen en werken. Dat baart mij zorgen, want er zijn zoveel elementen in het leven die invloed hebben op iemands gezondheid. De zorgsector zou zich daar veel meer mee mogen bemoeien, en omgekeerd. Als ik het voor het zeggen had, dan zou ik er dus voor zorgen dat er afspraken komen tussen zorgverkeers, gemeenten en andere maatschappelijke partijen. Voor een meerjarige visie op de ontwikkeling van de gezondheid en het welzijn van mensen.”

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

“Ik vind het basispakket nu al nogal schraal, dus ik kan niet iets noemen dat er niet in past.”

### **5 En welke zorg zou volgens u onmiddellijk in het basispakket opgenomen moeten worden?**

“De tandheelkunde. Het is zo ingrijpend als mensen niet naar de tandarts gaan. Wij hebben 37.000 cliënten op jaarbasis en vrijwel niemand daarvan is aanvullend verzekerd. De volwassenen gaan dus niet naar de tandarts. Deze mensen schamen zich niet alleen voor hun maatschappelijke status, maar ook voor hun uiterlijk. Een slecht gebit tast de zelfwaardering van mensen enorm aan. Het betekent nog verdere sociale uitsluiting. Dat geldt overigens ook voor hulpmiddelen, zoals brillen. Ik begrijp dat het ziekenfonds niet terugkomt, maar ik vind wel dat dit soort zorg toegankelijk moet worden voor deze groep mensen.”

### **6 Wat doet u bij een zeurend pijntje: even aankijken of meteen naar de huisarts?**

“Ik kijk het even aan, want meestal gaat het vanzelf weer over. Bovendien heb ik helemaal geen tijd om naar de huisarts te gaan! Gelukkig hoor ik tot de categorie mensen die gezegend is met een goede gezondheid en vitaliteit.”

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

“Toegankelijkheid. Ik weet dat dit in de zorg vaak wordt genoemd met betaalbaarheid, maar het gaat mij vooral

om toegankelijkheid. Wij zien tienduizenden mensen die formeel wel toegang tot zorg hebben, maar in de praktijk niet. Ze krijgen bijvoorbeeld geen wijkverpleging, omdat ze geen eigen huis hebben maar in een tijdelijke opvang wonen. Of ze krijgen niet meteen een vervolgbehandeling als ze uit een instelling komen, omdat men ervan uitgaat dat mensen eerst thuis worden opgevangen voordat een volgende behandeling begint. Als je geen thuis hebt, val je dus tussen wal en schip.”

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

“Mag ik er een driepersoonskamer van maken? Een deel van ons beleid is het inzetten van ervaringsdeskundigheid, omdat het veel uitmaakt als je van iemand anders kunt leren. Ik zou dus graag naast iemand willen liggen die al een keer een been gebroken heeft. In het andere bed hoop ik minister Bruno Bruins te treffen. Met een gebroken been lig je maar kort in het ziekenhuis, maar ik hoop dat ik net genoeg tijd heb om alles wat ik wil met hem te bespreken. Ik heb een hele lijst.”

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

“Zelfregie. Dat er echt naar de noden en behoeften van een patiënt wordt geluisterd. Daar schuilt een wereld achter, want om echt goede zelfregie te kunnen voeren moet er accurate informatie zijn op basis waarop je beslissingen kunt nemen. Is er voldoende te kiezen en kun je bijvoorbeeld als patiënt zelf je afspraken inplannen? De Nederlandse samenleving staat bol van het begrip autonomie, op allerlei terreinen moet je het zelf kunnen regelen. Behalve in de zorg.”

### **10 Hoe ziet de zorg en/of ons zorgstelsel er volgens u over vijf jaar uit?**

“Ik vrees dat de tweedeling in de samenleving dan nog groter is. We doen als maatschappelijke organisatie enorm ons best om dit te voorkomen, maar we zien die tweedeling ontstaan. Tussen mensen die het goed voor zichzelf kunnen regelen en mensen die niet in staat zijn hun leven normaal of goed in te vullen en ook geen toegang hebben tot die zorg en ondersteuning die hen hierbij kan helpen. Mijn ideaalbeeld is dat we deze mensen wel een plek geven, om te wonen en te leven, en daar werken we hard aan. ●



Negatief standpunt Zorginstituut:

# MammaPrint niet in basispakket

De overlevingskansen van vrouwen met borstkanker in een vroeg stadium zijn mede dankzij chemotherapie sterk verbeterd. Maar chemotherapie heeft ook nadelen. De genetische test MammaPrint claimt te kunnen voorspellen bij welke vrouwen veilig kan worden afgezien van chemotherapie. Volgens recent onderzoek kan dit echter leiden tot een (aanzienlijke) toename van vrouwen met uitzaaïngen op afstand en daarmee tot sterfte. Het Zorginstituut stelde daarom onlangs vast dat de MammaPrint geen deel uitmaakt van het basispakket.

**Tekst** Jos Leijen **Beeld** Roel Burgler (HH)

De behandeling van vrouwen met borstkanker in een vroeg stadium hangt onder meer af van de leeftijd, de grootte van de tumor, het soort borstkanker, de agressiviteit en de hormoongevoeligheid. Op basis van deze factoren bepaalt de behandelaar via de zogeheten standaard gebruikelijke AO!-methodiek het risico op uitzaaïngen. Als dit klinische risico op uitzaaïng hoog is, wordt meestal chemotherapie geadviseerd. Deze behandeling heeft echter potentieel vervelende bijwerkingen. Vrouwen verliezen hun haar, raken vermoeid en worden misselijk. Ook kunnen zij darmproblemen krijgen. En op de lange termijn kunnen ernstige bijwerkingen optreden zoals hartfalen. Het zou dus mooi zijn als we met de MammaPrint - beter dan nu met AO!-methode - kunnen inschatten wanneer veilig kan worden afgezien van chemotherapie. Wellicht hoeven dan minder vrouwen een chemotherapie te ondergaan.

## Geen klinische meerwaarde

Het Zorginstituut heeft beoordeeld of de MammaPrint al dan niet in het verzekerde pakket zou moeten komen. We hebben ons bij deze beoordeling gebaseerd op de

uitkomsten van de internationale MINDACT-studie, die het klinisch nut wilde aantonen van de MammaPrint. "We spreken van

## "We hebben (nog) geen bewijs gevonden voor klinisch nut MammaPrint"

klinisch nut wanneer het toevoegen van de MammaPrint-test leidt tot gezondheidswinst in vergelijking tot de manier waarop

op dit moment bepaald wordt of een patiënt chemotherapie nodig heeft", licht Linda van Saase van het Zorginstituut toe. "Daar hebben we (nog) geen bewijs voor gevonden. Ons standpunt is op basis daarvan, net als eerder in 2010 (zie kader hieronder), negatief."

Wat de beoordeling bemoeilijkt is dat de MINDACT-studie kijkt naar uitzaaïngen op afstand en overleving na vijf jaar. Om een goed beeld te krijgen, zou je willen weten of het aantal patiënten dat na tien jaar nog

## Terugblik

Rond 2008 introduceerden de onderzoekers, Laura van 't Veer en René Bernards, de MammaPrint. Dit is een test die zou voorspellen voor welke vrouwen chemotherapie nodig is, en voor welke niet. Ze hadden de test ontwikkeld op basis van onderzoek bij 78 proefpersonen. Zo isoleerden zij zeventig genen die volgens hen samen het risico bij een patiënt voorspellen dat een tumor is uitgezaaid.

In 2010 bracht het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), de voorganger van het Zorginstituut, een negatief standpunt uit over de MammaPrint. Volgens het CVZ kon niet worden aangetoond dat het gebruik van de MammaPrint gezondheidswinst oplevert ten opzichte van de standaard werkwijze. Met andere woorden: het bewijs voor klinisch nut van de nieuwe test ontbrak. Daarom kwam de test niet in het basispakket van de zorgverzekering. Veel verzekeraars namen de test wel op in de aanvullende verzekering.



## EUROPESE BEOORDELING

Het Zorginstituut heeft het klinisch nut van de MammaPrint beoordeeld in samenwerking met zusterorganisaties in andere Europese landen. Een zogeheten Joint Action EUnetHTA assessment. Het Zorginstituut was eerste auteur, KCE uit België de tweede auteur. Organisaties uit Frankrijk, Oostenrijk en Duitsland hebben meegelezen. Het rapport is in december 2017 gepubliceerd en was het uitgangspunt voor de Nederlandse beoordeling. “In het Europese rapport stonden geen conclusies, maar wel alle argumenten voor en tegen die relevant zijn”, aldus Linda van Saase. “Overigens hebben ook andere landen op basis van het rapport negatief geoordeeld, zoals Frankrijk en Oostenrijk.” Het Zorginstituut heeft geen weging gemaakt van de kosten voor de MammaPrint. “Het instrument is niet bewezen effectief. Daar stopt de beoordeling.”

in leven is minimaal vergelijkbaar is, vertelt Van Saase. En daar zijn nog onvoldoende gegevens over beschikbaar. “We hebben ook bekeken of vrouwen die op basis van de MammaPrint zijn behandeld een betere

## “Mogelijke toename in sterfte van vijf of zes doden op honderd patiënten; dat is veel”

kwaliteit van leven hebben dan vrouwen die volgens de standaard risico-inschatting (AO!) zijn behandeld. Dit is echter niet gemeten in de MINDACT-studie. Ook al is er geen discussie over het feit dat patiënten zonder aanvullende chemotherapie een betere kwaliteit van leven ervaren, wil je graag weten hóeveel beter; zo kun je wegen of de winst in kwaliteit van leven opweegt tegen een verlies in overleving. Op dit moment is er onvoldoende zekerheid over beide aspecten van deze weging.”

### Te groot risico op extra sterfte

Volgens het Zorginstituut hebben de resultaten van de MINDACT-studie niet laten zien

dat het veilig is om chemotherapie achterwege te laten. Het weglaten van chemotherapie op basis van de MammaPrint leidt mogelijk tot een (aanzienlijke) toename in uitzaaiingen op afstand (gemiddeld 2,5 procent spreiding – 0,3 tot 5,3 procent) en daarmee tot sterfte. Van Saase: “Dat betekent een mogelijke toename in sterfte van vijf of zes doden op honderd patiënten; dat is veel. Bedenk ook dat het hier gaat om patiënten met borstkanker in een vroeg stadium en bij wie de borstkanker dus nog te genezen is. Op het moment dat er sprake is van uitzaaiingen op afstand is genezing niet meer mogelijk. Wij menen dat aangetoond moet zijn dat de overleving ten minste gelijkwaardig is aan de groep patiënten die volgens de standaard risico-inschatting AO! behandeld worden, waarbij we een iets minder goede overleving na tien jaar acceptabel vinden in ruil voor toename in kwaliteit van leven. Dat is op dit moment voor deze groep van patiënten niet het geval en daarom komen we tot de conclusie dat de MammaPrint niet in aanmerking komt voor vergoeding vanuit de basisverzekering.” ●



Startnotitie geeft veldpartijen steuntje in rug

# Naar integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis

De zorg voor en ondersteuning van thuiswonende kwetsbare ouderen is versnipperd. In de startnotitie *Naar reguliere integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis* schetst het Zorginstituut knelpunten én mogelijke oplossingen.

**Tekst** Noël Houben

**Beeld** Ron Zwagemaker

Er wonen steeds meer 65-plussers in Nederland, die bovendien langer thuis blijven wonen. Hetzelfde geldt voor de groep kwetsbare ouderen. Zij hebben te maken met een opeenstapeling van lichamelijke, psychische en/of sociale beperkingen. Hierdoor neemt de kans op gezondheidsproblemen toe. De zorg voor en ondersteuning van thuiswonende kwetsbare ouderen verloopt niet altijd vlekkeloos. Media berichten over afdelingen Spoedeisende Hulp van ziekenhuizen die de grote toestroom van ouderen niet meer aankunnen. Huisartsen trekken aan de bel omdat zij steeds meer patiënten in de praktijk hebben die om veel en complexe zorg vragen. Mantelzorgers laten weten overbelast te zijn.

“Kwetsbare ouderen blijven langer thuis wonen en daardoor is de zorgvraag veranderd. Maar het zorgaanbod is hier nog niet op ingericht”, zegt Marjolein de Booys. Zij geeft leiding aan het projectteam Kwetsbare Ouderen Thuis van het Zorginstituut (zie foto). Met de startnotitie wil het projectteam een bijdrage leveren aan een betere zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen. Het

past bij de signalerende en agenderende rol die het Zorginstituut heeft rondom kwaliteitsverbetering van de zorg.

Het projectteam ging bij het opstellen van de startnotitie niet over één nacht ijs. Het voerde in eigen huis een kwantitatieve analyse uit. Die geeft meer inzicht in omvang en kenmerken van kwetsbare ouderen thuis. Er vonden ook kwalitatieve onderzoeken plaats. IQ Healthcare nam goede praktijkvoorbeelden onder de loep. Aan de hand hiervan inventariseerde de wetenschappelijke afdeling van het Nijmeegse Radboudumc succesfactoren voor de zorg aan thuiswonende kwetsbare ouderen. IQ Healthcare en het projectteam zelf voerden bovendien vele gesprekken met zorgpartijen en kwetsbare ouderen. Het resulteerde in knelpunten, oplossingen en randvoorwaarden voor een goede, integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis.

**“Onze startnotitie geeft bestaande initiatieven een steuntje in de rug”**

## Big data

Hoeveel thuiswonende kwetsbare ouderen zijn er? En welke kosten zijn er gemoeid met de zorg voor deze mensen? Projectteamleden Jan-Willem Dik en Corinne Klop voerden de kwantitatieve analyse uit, die meer inzicht geeft in deze en andere vraagstukken. Zij identificeerden kwetsbare ouderen binnen hun onderzoek als thuiswonende 65-plussers die een ‘acuut event’ meemaken. Het kan

hierbij gaan om opname in het ziekenhuis, visite van de huisarts buiten kantooruren en veel huisartsencontacten of toename van wijkzorg in een korte periode. “Deze definitie van een acuut event hebben we gecheckt bij een expertgroep van praktijkdeskundigen”, vertelt Dik.

De declaratiegegevens van kwetsbare ouderen zijn in de analyse vergeleken met die van andere thuiswonende 65-plussers. De *big data* maken onder meer duidelijk dat 14 procent van de onderzochte 65-plussers in onderzoeksjaar 2016 minimaal één acuut event meemaakte. Deze kwetsbare ouderen maakten in dat jaar net zoveel zorgkosten als de overige 65-plussers bij elkaar: bijna zeven miljard euro. De analyse geeft ook inzicht in factoren die een verhoogd risico opleveren op zo’n acuut event. Naast leeftijd zijn dat onder meer de hoeveelheid (chronische) aandoeningen waarmee iemand te kampen heeft en medicijngebruik. Maar ook als een oudere alleenwonend wordt, bijvoorbeeld doordat zijn of haar partner overleden is, neemt het risico op een acuut event toe. Zorgpartijen kunnen de resultaten van de analyse gebruiken om kwetsbaarheid eerder te signaleren en events te voorkomen.

## Landelijk kader

Fragmentatie oftewel versnippering: het is volgens De Booys het grootste knelpunt dat uit de kwalitatieve onderzoeken komt. “Mensen en organisaties uit bijvoorbeeld het geneeskundige, verpleegkundige en sociale domein weten elkaar niet altijd te vinden. Daardoor verloopt de zorg voor kwetsbare ouderen niet optimaal. De zorg en ondersteuning vallen ook onder verschillende



Het projectteam Kwetsbare Ouderen Thuis. V.l.n.r.: Carel Mastenbroek, Marjolein de Booy, Aster de Lange, Jan-Willem Dik, Corinne Klop en Dirk Achterbergh.

## “Kwetsbare ouderen blijven langer thuis wonen en daardoor is de zorgvraag veranderd. Maar het zorgaanbod is hier nog niet op ingericht”

wetten en worden uit verschillende potjes betaald. Dit leidt tot discussie wie wat moet doen en wie daarvoor moet betalen.”

De belangrijkste aanbeveling in de startnotitie is dan ook om tot een landelijk, overkoepelend kader te komen. Hierin maken de betrokken veldpartijen afspraken wanneer er sprake is van kwetsbare ouderen, op welke zorg en ondersteuning zij kunnen rekenen en wie dat vervolgens doet. “Het Zorginstituut kan dan vaststellen of het om verzekerde zorg gaat of niet”, schetst De Booy. “Daarmee voorkom je dat in de ene regio de inzet van de specialist ouderengeneeskunde wel wordt vergoed en in de andere niet. Dit soort verschillen zijn er nu nog volop.” Een breed gedragen kader biedt ook de mogelijkheid om een bewezen succesvolle aanpak landelijk in te voeren. Zoals het eerstelijns kernteam van huisarts en wijkverpleegkun-

dige, dat afhankelijk van de zorgvraag van de oudere kan worden aangevuld met andere hulpverleners.

### Finetunen

Het Zorginstituut heeft de startnotitie op 21 juni gepresenteerd aan organisaties, branches en beroepsgroepen die zijn betrokken bij zorg voor en ondersteuning van thuiswonende kwetsbare ouderen. “Zij herkenden de inhoud van het document uit hun eigen praktijk”, vertelt De Booy. “De bereidheid om echt integrale zorg te bieden aan deze ouderen bleek er ook zeker te zijn. Belangrijk, want het is uiteindelijk aan het veld zelf om de startnotitie in de praktijk te vertalen. Het helpt dat er al de nodige activiteiten en werkgroepen zijn rondom de zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen. Die vloeien onder meer voort uit de nota’s *Pact voor de Ouderenzorg* en *De juiste zorg op de juiste*

plek van het ministerie van VWS. Onze startnotitie borduurt voort op deze stukken en wil bestaande initiatieven een steuntje in de rug geven. We bieden waar gewenst ook ondersteuning vanuit het Zorginstituut. Zo hebben we al de nodige vervolgesprekken gevoerd naar aanleiding van onze startnotitie.”

Ook met kwantitatieve analyses kan het Zorginstituut veldpartijen verder helpen, geeft Dik aan. “We kunnen het huidige model nog verder finetunen. Zo zouden we bijvoorbeeld nader kunnen onderzoeken met welke diagnoses ouderen na een acuut event in het ziekenhuis zijn gekomen. Maar ook hoe het traject na opname verloopt en welke verschillen er tussen regio’s zijn. De behoeften van het veld zijn leidend wat dit betreft. Partijen kunnen ons altijd benaderen als ze vragen of wensen op onderzoeksgebied hebben.” ●

*Meer weten over de startnotitie? Kijk onder ‘Publicaties’ op [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl) (datum 21-06-2018).*



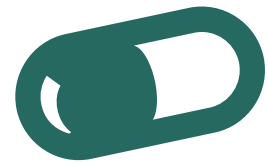
# Feiten & Cijfers

€ 174 miljard



geven wij in 2040 aan de gezondheidszorg uit. Dat is een verdubbeling van de zorgkosten ten opzichte van 2015.

BRON: VOLKSGEZONDHEID TOEKOMST VERKENNING 2018 (RIVM)



Het aantal gebruikers van de verslavende, morfine-achtige pijnstiller oxycodon is in zes jaar tijd verdrievoudigd tot **439 duizend per jaar.**

BRON: DE VOLKSKRANT

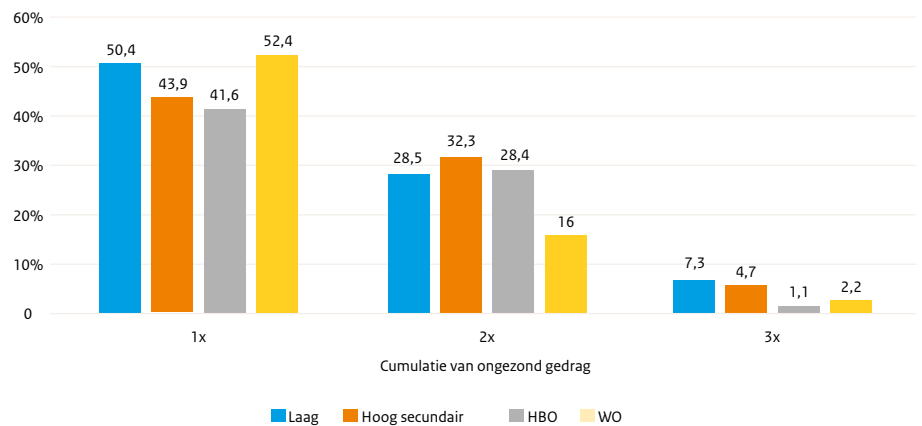


Ziekenhuispatiënten slapen gemiddeld **anderhalf uur korter** dan thuis en worden tussendoor vaker wakker.

BRON: AMSTERDAM UMC

## Opleiding en leefstijlgewoonten

Cumulatieve index van ongezond gedrag (roken, regelmatig alcohol drinken en overgewicht) naar opleidingsniveau: N=1.415



BRON: EUROPEAN SOCIAL SURVEY 2014



Tijdens de recente hittegolven stierven er gemiddeld **2.714 personen** per week.

BRON: CBS

Het bedrag dat burgers jaarlijks bijdragen aan de collectieve financiering van zorg in Nederland, is tussen 2012 en 2016 met **minder dan 1 procent per jaar gestegen**. Dat is een toename van **195 euro** per premiebetaler over een periode van vijf jaar.

BRON: ZORGINSTITUUT NEDERLAND



# 'Zorgjargon'

nader verklaard



De winst van Nederlandse zorgaanbieders steeg in 2017 van **1,0 naar 1,8 procent.**

BRON: EY BAROMETER NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG 2018



Bijna **driekwart van de mensen was in 2017** bereid om via de basisverzekering te betalen voor zorgbehandelingen waar zij zelf geen gebruik van maken. In 2015 was dat 63 procent.

BRON: BAROMETER SOLIDARITEIT IN HET NEDERLANDSE ZORGSTELSEL (ONDERZOEKINSTITUUT NIVEL)

In 2019 is er **71 miljard** euro beschikbaar voor de zorg. Dat is 5 miljard meer dan dit jaar. De netto zorguitgaven **groeien** daarmee met **7 procent.**



BRON: RIJKSOVERHEID

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 ze vandaan komen of wat ze precies betekenen. *Zorginstituut Magazine* gaat op zoek naar de achtergrond van zo'n woord en geeft nadere toelichting. Deze keer: **'Wenswachtenden'**.

Hoe zat dat ook alweer, met die 'wenswachtenden'? Daarvoor moeten we terug naar augustus 2014, toen toenmalig staatssecretaris Martin van Rijn in *Nieuwsuur* de term introduceerde. Een wenswachtende is – en hier citeren we het *Algemeen Nederlands Woordenboek* (ANW) – een 'hulpbehoevende oudere die recht heeft op een plek in een verpleeghuis of een verzorgingshuis, maar die heeft aangegeven te wachten op een plek in een specifieke zorginstelling; wachtende in de zorg met een specifieke zorgwens'.

Direct na de uitzending van *Nieuwsuur* kreeg Van Rijn via Twitter en later ook vanuit de Kamer een storm van kritiek over zich heen. Vooral het feit dat de term de suggestie wekt dat mensen zelf ervoor kiezen op de wachtlijst te staan van hun verpleeghuis naar keuze, leidde tot grote publieke verontwaardiging.

Achteraf gezien bleek die ophef niet meer dan een storm in een glas water: na een piek in het najaar van 2014 zien we de 'wenswachtende' in de zoekresultaten nauwelijks meer terugkomen.

Bestaat de wenswachtende dan helemaal niet meer? Jawel, zij het in een ander jasje: op sites van bijvoorbeeld de zorgkantoren heet de wenswachtende nu 'niet-actief wachtende'. Zelfde definitie, andere term. Overigens: opvallende uitzondering hierop is onze eigen site *istandaarden.nl*, waar de term 'wenswachtende' in de FAQ's wordt uitgelegd. Zo lijkt dit in diskrediet geraakte, maar prachtige voorbeeld van zorgjargon vooralsnog van een stille dood gered.

## De andere blik

# “Pillen zijn niet de oplossing, gezond leven wel”

David van Bodegom (40) werd opgeleid tot arts, maar wilde geen pillen meer voorschrijven uit een ‘medische reflex’. Als verouderingswetenschapper aan de Leyden Academy on Vitality and Ageing houdt hij zich bezig met leefstijlpatronen en gezond ouder worden. In zijn boek *Ontpillen* laat hij zien hoe beïnvloedbaar we zijn en wat we zelf kunnen doen om daaraan te ontkomen.

Tekst Robert van der Broek **Beeld** Rogier Chang


“Het valt niet mee om dik te worden van je eigen moestuin. Zeker niet als je er elke dag in moet schoffelen. Dat is ook de reden dat op het platteland van Ghana nauwelijks obesitas voorkomt. Ik zag het zelf toen ik daar mijn promotieonderzoek deed naar veroudering. De typische verouderingsziekten uit de Nederlandse spreekkamers, zoals diabetes en hart- en vaatziekten, kwam ik in Ghana niet tegen. En dan te bedenken dat de mensen het daar zonder medische zorg, antibiotica en andere pillen moeten stellen.

Je kunt zeggen dat ik in Ghana van mijn geloof viel. Ik was toch geen dokter geworden om pillen voor te schrijven en aan symptoombestrijding te doen? Ik wilde de *oorzaken* aanpakken, mensen langer gezond houden. Ik kwam tot het inzicht dat wat wij ouderdomsziekten noemen, niets met ouderdom te maken hebben. Het zijn *leefstijlziekten*. Dat betekent dus dat ook wij vitaal ouder kunnen worden, net als die Ghanezen. Veel problemen worden namelijk door onze leefstijl veroorzaakt: hoge bloeddruk, hoog cholesterol, brandend maagzuur, gewrichtsklachten, diabetes type 2, botontkalking. Die slechte gewoonten kennen we, we wéten het ook van onszelf: te weinig bewegen, roken en drinken. Te zoet en te zout eten; *te veel* eten ook. Afleiding en stress toelaten in ons leven en te weinig rust nemen. Als we ons lichaam beter leren begrijpen én gebruiken, ontdekken we dat we onze botten sterk kunnen houden, ons maagzuur in bedwang en de darmen gezond. En dat kan met kleine stapjes, door je momenten te pakken.”

### Advies werkt niet

“In de geneeskunde hebben we de werking van farmaceutische middelen tot in de puntjes onderzocht. *Evidence*

*based medicine* heet dat. In mijn boek *Ontpillen* maak ik onderscheid tussen pillen die je een weekje slikt om een probleem op te lossen, zoals een antibioticakuur, en pillen die je chronisch slikt. Juist die laatste categorie hebben we vaak niet nodig voor bijvoorbeeld de behandeling van cholesterol- en bloeddrukproblemen en diabetes. Toch blijven we die pillen slikken. Het huidige zorgsysteem is niet ingesteld op het stimuleren van een gezonde leefstijl, maar op het onderdrukken van een ongezonde leefstijl. Een pil brengt een symptoom onder controle maar lost het probleem niet op. Iemand met beginnende diabetes wordt met pillen chronisch ziek gemaakt. Verschillende studies hebben de laatste jaren bevestigd dat beginnende diabetes te genezen is als je investeert in intensievere leefstijlprogramma's. Hetzelfde geldt voor slaappillen, maagzuurremmers en veel andere pillen die miljoenen Nederlanders dagelijks slikken. Ze nemen bovendien gezonde signalen weg, prikkels die je nodig hebt om te beseffen dat je iets moet veranderen, zoals lusteloosheid, pijn en stress. Het probleem is ook dat leefstijladvies in de praktijk maar zelden werkt, alle overheids campagnes ten spijt. Het Nederlands Huisartsen Genootschap geeft voor aandoeningen standaarden uit, en daarin staan richtlijnen voor de dagelijkse praktijk. Stap 1 van die richtlijnen is leefstijladvies. De huisarts kan daar niet zoveel mee uitrichten, terwijl stap 2 - medicijnen voorschrijven - gemakkelijk is en een oplossing suggereert. Het probleem zit in het woordje ‘advies’. Dat is niet genoeg. De meeste mensen weten wel wat ze moeten doen maar weten niet *hoe*. De huisarts alleen kan daar niet bij helpen. Enkel intensieve en langdurige coaching kan helpen om hun leefstijl blijvend te veranderen. Dat de leefstijlcoach vanaf volgend jaar in het basispakket zit, is een goed begin.” ▶

A close-up portrait of a middle-aged man with short, dark hair, looking slightly to the left of the camera. He is wearing a dark blue suit jacket over a white collared shirt. The background is a dark, neutral color.

“Het huidige  
zorgsysteem is niet  
ingesteld op het  
stimuleren van een  
gezonde leefstijl,  
maar op het onder-  
drukken van een  
ongezonde leefstijl”



**“Ik was toch geen dokter geworden om pillen voor te schrijven en aan symptoombestrijding te doen?”**

#### **Eis je gezondheid op**

“Niet de spreekkamer maar de publieke en sociale omgeving zijn de sleutel tot gezonde veroudering. De meeste mensen zitten vast in een dagelijkse routine die wordt bepaald door prikkels. Onder die invloed geven we onze vrije wil heel gemakkelijk op. En dat doen we onbewust, ‘omdat we het nu eenmaal altijd zo doen’. Onderzoek toont aan dat 60 procent van onze aankopen in de supermarkt ongepland is. Wie komt er niet thuis met een gezinszak chocoladerepen of dat zakje snoep uit het aanbiederrek bij de kassa? We worden voortdurend gemanipuleerd. De snacks op het treinstation. Het kraampje met loempia’s waar je langsloopt. De billboards met barbecuesauzen en snelle ovenmaaltijden. De mensen kunnen er geen weerstand tegen bieden. Een ongezonde leefstijl zie je meestal ook terug in je eigen kring. Mensen die dik zijn gaan vaak om met andere dikke mensen. Gaan we om met vrienden die roken, dan roken we zelf ook. Onze omgeving maakt wie we zijn. Dat betekent niet dat we ons daar niet aan kunnen onttrekken. Wil je gezond ouder worden, dan moet je de zeggenschap over je eigen gezondheid opeisen. Houd om te beginnen eens bij wat je dagelijkse routines zijn. De meeste mensen zijn zich niet eens bewust van hun inactiviteit. Wie zijn routine op orde krijgt en weer ‘normaal’ leeft, kan zich ook uitspattingen veroorloven en vrijdag een keertje patat eten en zondag op de bank hangen. Het probleem is dat onze routine ontspoord is. Het ‘nieuwe normaal’ is overconsumptie, inactiviteit, stress. Twee paracetamol,

een kop sterke koffie en weer een nieuwe dag. Zo word je niet gezond oud.”

#### **Gezond verleiden**

“Daarnaast moeten we gezonde verleidingen gaan aanbieden. De werkgever kan daarin een bijdrage leveren. Door frisdrankautomaten uit het kantoor te weren. Door fruit aan te bieden, bijvoorbeeld bij de koffieautomaat. En in de kantine verse maaltijden te laten bereiden. Of door een sportief programma te introduceren, door medewerkers bijvoorbeeld te attenderen op de trap in plaats van de lift. Maar ook thuis kunnen we onszelf verleiden tot gezonde routines. Door de onbewuste prikkels in huis te identificeren en te vervangen door gezonde prikkels. Leg de worteltjes niet in de groentela van de koelkast, maar in het zicht. Koop fruit en noten en leg dat op het aanrecht. Dan ben je eerder geneigd die te pakken als je trek hebt. Gebruik kleinere bordjes en glazen, dan zul je ook minder grote porties eten. Zet de wekker op 22.00 uur bedtijd, dan blijf je niet te lang voor de buis hangen en trek je ook geen zak chips open. Doe het in je eigen tempo, stap voor stap. Probeer dus niet nog voor de zomervakantie een strakke buik te krijgen. Dat abonnement op de sportschool is vast te hoog gegrepen. Een dieet ook; dat maak je toch niet af. Doe de weegschaal gewoon weg, dan slaap je ook beter. Eén of twee kilo afvallen geeft vaak al heel veel gezondheidswinst. Dan zit je kleding al wat lossier, heb je minder last van maagzuur en je voelt je fitter. En dat positieve gevoel stimuleert je om je leefstijl nog beter te maken. We zullen allemaal verder moeten ontpillen: kritisch kijken of we geen slechte gewoonten in stand houden door de symptomen met pillen te onderdrukken.” ●



Nieuwe Kwaliteitsstandaard Bijnieraandoeningen:

# Patiënt staat voorop

Het vooronderzoek was grondig. De vertaling in de praktijk krijgt bijzonder veel aandacht. Maar het meest opvallende aan de Kwaliteitsstandaard Bijnieraandoeningen is de grote betrokkenheid van en aandacht voor patiënten.

**Tekst** Noël Houben

**Beeld** Science Photo Library

"Dit document helpt patiënten op een goede manier om te gaan met hun ziekte en de gevolgen ervan", zeggen begeleidende adviseurs Ineke Roede en Daniëlle Looije van het Zorginstituut. "Er horen tools bij die zorgverlener en patiënt ondersteunen om echt samen te beslissen over de behandeling. Daarmee valt de Kwaliteitsstandaard Bijnieraandoeningen op ten opzichte van andere standaarden in het Register."

## Nulmeting

De betrokkenheid van patiënten zit ingebakken in BijnierNET, initiatiefnemer voor de kwaliteitsstandaard. Binnen dit kennisnetwerk werken de afdelingen endocrinologie van academische en topklinische ziekenhuizen immers samen met patiëntenverenigingen Bijnierversie NVACP en Nederlandse Hypofyse Stichting.

Een nulmeting onder patiënten, artsen en mantelzorgers maakte in 2015 duidelijk dat er werk aan de winkel was. "Doordat veel zorgverleners nauwelijks bekend zijn met bijnieraandoeningen, duurde het soms wel twintig jaar voor patiënten een juiste diagnose kregen", vertelt coördinator Johan Beun van BijnierNET, die zelf een bijnieraandoening heeft. "Patiënten en zorgverleners waren door gebrek aan kennis en vaardigheden vaak ook onvoldoende in staat om te handelen in noodsituaties, met alle risico's van dien." Met een kwaliteitsstandaard wil

BijnierNET de diagnostiek, behandeling, gezondheid en kwaliteit van leven van patiënten verbeteren.

## Infographics, mini-docu's en animaties

De ontwikkeling van de Kwaliteitsstandaard Bijnieraandoeningen en bijbehorende hulpmiddelen nam drie jaar in beslag. Patiënten, mantelzorgers, artsen en verpleegkundigen lazen en dachten voortdurend mee. De kwaliteitsstandaard bestaat uit modules waarin telkens één bijnierziekte centraal staat. Zes algemene modules gaan in op onderwerpen als het vergroten van kennis over bijnieraandoeningen, de organisatie van de zorg, diagnostiek en medicatie op maat. Van alle modules zijn patiëntenversies gemaakt. De vertaling van de kwaliteitsstandaard in de praktijk heeft veel aandacht. Zo maakte BijnierNET infographics, mini-docu's en animaties die informatie op een voor iedereen begrijpelijke manier presenteren. Ook zijn er e-learningmodules ontwikkeld waarmee verpleegkundigen hun kennis over bijnierziekten kunnen vergroten.

## Steeds aanpassen

Voor Beun is de opname in het Register pas het begin. "Als patiënten en zorgverleners de kwaliteitsstandaard niet gebruiken, schiet die zijn doel voorbij. We organiseren daarom regionale bijeenkomsten om beide groepen te informeren en ziekenhuizen te bewegen om volgens de standaard te werken. Patiëntenorganisaties gaven aan dat de patiëntenversies van de modules niet helemaal voldeden aan de informatiebehoefte van hun achterban. We maken daarom nieuwe teksten, met veel ondersteunende illustraties. En we blijven de standaard steeds aanpassen aan nieuwe behoeften en vereisten." ●

*Meer informatie over bijnieraandoeningen en de kwaliteitsstandaard staat op [www.bijniernet.nl](http://www.bijniernet.nl).*

## BIJNIERAANDOENINGEN

Naar schatting hebben tussen de vijf- en zeventuizend Nederlanders een bijnieraandoening. Bijnieren zijn kleine organen boven de nieren die belangrijke hormonen maken. Het is een verzamelnaam voor bijnierschorsinsufficiëntie, bijnierschorscarcinoom, adrenogenitaal syndroom, syndroom van Cushing, primair hyperaldosteronisme en feochromocytoom. Bij deze ziekten functioneren de bijnieren niet zoals gewenst.

## TOCH IN REGISTER

Lang leek het erop dat de Kwaliteitsstandaard Bijnieraandoeningen niet in het Register zou komen. Reden: de handtekening van de zorgverzekeraars ontbrak. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) kan geen capaciteit vrijmaken om mee te werken aan standaarden voor zeldzame aandoeningen. ZN gaf aan wel achter de inhoud van het document te staan en geen bezwaar te hebben tegen opname. Het Zorginstituut heeft daarom besloten om de kwaliteitsstandaard toch op te nemen in het Register op [www.zorginzicht.nl](http://www.zorginzicht.nl).



Van productiegerichte naar patiëntgerichte zorg

# Met patiëntervaringen de zorg verbeteren

‘De patiënt centraal’ is een gevelegeld begrip in de zorg, maar hoe ontstaat er een gelijkwaardiger relatie tussen patiënt en zorginstelling? Bernhoven, het ziekenhuis voor de regio Oss, Uden en Veghel, werkt voor het tweede jaar samen met stichting IKONE en is enthousiast over wat er gebeurt als je patiënten structureel bij de zorg betreft.

**Tekst** Marieke Vos

**Beeld** IKONE en Bernhoven

*“De patiënt centraal is geen loze kreet, want we brengen het echt met Bernhoven in de praktijk.” - “Het is een eyeopener om te merken hoe belangrijk goede communicatie is: om te vragen of het klopt wat je zelf denkt te zien bij een patiënt.” - “Het is goed om te ervaren wat er bij de ander leeft. Dat de frustraties die ik als patiënt heb ook leven bij de specialist en de huisarts.”*

Het zijn enkele reacties van deelnemers (patiënten, huisartsen, medisch specialisten en doktersassistenten) aan een workshop die Bernhoven met stichting IKONE organiseerde. Bernhoven (150 medisch specialisten, 2.300 medewerkers) is bezig met een transitie van productiegerichte naar patiëntgerichte zorg. Om dit te realiseren wil het ziekenhuis patiënten structureel betrekken bij de zorg. Mariëlle Bartholomeus, medisch directeur en neuroloog in Bernhoven: “Als je de patiënt centraal wilt stellen, dan is het raar als je als bestuur, dokters en beleidsmedewerkers voor de patiënt gaat bedenken wat die wil. We willen dit samen met patiënten doen. Dat is onze droom en de droom van IKONE, daarin hebben we elkaar gevonden.”

## Schat aan ervaringen

IKONE is opgericht door Anne-Miek Vroom, medisch socioloog en door haar



**Bartholomeus:**  
“Je moet echt de dialoog met mensen aangaan en vragen wat voor de patiënt belangrijk is”

chronische ziekte ervaringsdeskundige in de zorg: “Patiënten hebben een schat aan ervaringen, waar nog veel te weinig gebruik van wordt gemaakt. Wij adviseren ziekenhuizen, zorgorganisaties, beleidsmakers en innovators hoe ze gelijkwaardig kunnen samenwerken met hun eigen patiënten en cliënten. Zorg kan vaak zoveel eenvoudiger én kosten-effectiever als je samen met de patiënt transformeert.” IKONE werkt met consultants en zestig ervaringsdeskundigen en ontwikkelde diverse methodieken om het patiëntperspectief op een professionele manier in te zetten voor het verbeteren van zorg. Bij Bernhoven startte ze met een theatershow, waarin het perspectief van patiënt en dokter op een humoristische en tegelijkertijd indringende wijze duidelijk werd. Daarna volgden diverse trajecten waarin patiënten en hun naasten met hun ervaringen bijdragen aan een verbetering van zorgprocessen. “Het is heel belangrijk dat het patiëntperspectief niet een ad-hocworkshop is, want dat beklijft niet. We sluiten aan bij bestaande trajecten, zoals een programma voor verpleegkundig leiderschap. Daarin zetten we vanaf het begin een of meer patiënten aan tafel, die samen met zorgprofessionals nadenken over hoe de zorg beter kan. Dat gebeurt in co-creatie en met een methodiek die past bij dat specifieke traject”, vertelt Vroom. Dit gaat veel verder dan werken met persona’s, wat ziekenhuizen vaak doen als ze de patiënt centraal willen stellen. Vroom: “Daar begint de patiëntreis



## Vroom: “Zorg kan vaak zoveel eenvoudiger én kosten-effectiever als je samen met de patiënt transformeert”

op de parkeerplaats van het ziekenhuis, maar in het echt is dat natuurlijk niet zo. Het begint thuis. Als je een patiëntreis met echte patiënten doet, dan geeft dat zoveel meer inzicht in hoe patiënten naar de organisatie kijken en wat er beter kan.”

### Echt de dialoog aangaan

Bernhoven begon in mei 2017 met de samenwerking met IKONE en is enthousiast over de ingezette verandering naar patiëntgerichte zorg. De patiënttevredenheid is toegenomen (Bernhoven scoorde in 2017 een 8,7 op Zorgkaart Nederland) en het aantal unieke patiënten steeg de afgelopen jaren met 3 procent. Het ziekenhuis vergroot de kwaliteit voor de patiënt, terwijl dit vaak niet duurer of ingewikkeld is, zegt Bartholomeus. Ze noemt een voorbeeld: “We informeren onze patiënten goed over de gevolgen van dialyse en dan blijkt dat 60 procent kiest om niet gedialyseerd te worden. Iedere patiënt is anders en beslissingen kunnen voor mensen heel verschillend uitvallen. Daarom moet je echt de dialoog met mensen aangaan en de vragen stellen wat voor de patiënt belangrijk is.” Vroom vertelt over een patiënt die vroeg of

hij een tablet kon lenen, zodat hij tijdens het dialyseren een film kon kijken. “Hij verveelde zich zo. Een ziekenhuis kan dan denken: wat een aparte vraag, maar voor deze meneer betekende het een enorme verbetering van zijn kwaliteit van leven.” Een ander voorbeeld: bij een workshop over het veranderen van het zorgpad van hartkatheterisatie bleek het ‘wisselmoment’ voor patiënten het meest ingrijpend. Vroom: “Patiënten vroegen of dat misschien anders kon, zodat patiënten elkaar niet tegenkomen als de één de operatiekamer verlaat en de ander er in gaat. Onze cardiologen waren heel verbaasd dat dit als vervelend werd ervaren. Het was redelijk eenvoudig op te lossen.”

### Andere mindset

De aanpak van Bernhoven en IKONE vraagt wel wat van het ziekenhuis, zegt Bartholomeus. “Bij elke discussie vanuit de patiënt redeneren, vraagt om een bepaalde *mindset* en cultuur. Ook bij onze partners. Bij ons doen de huisartsen mee, verpleegkundigen en medisch specialisten, de zorgverzekeraar is betrokken. Je moet dit echt met elkaar willen en doen, anders gaat het niet werken.”

Vroom vult aan: “Zoals je de zorg aanpast aan de context van de patiënt, zo pas je dit soort programma’s aan de context van de organisatie aan. In een heel grote instelling doen we dit bijvoorbeeld meer per afdeling.”

Anne-Miek Vroom is lid van de Kwaliteitsraad van het Zorginstituut, een onafhankelijke commissie die het Zorginstituut gevraagd en ongevraagd adviseert op het gebied van de kwaliteit van gezondheidszorg. Ze ziet veel mogelijkheden om de kwaliteit van zorg via patiëntparticipatie te verbeteren, ook als het gaat om het vaststellen van zinnige zorg: “Tien jaar geleden had IKONE niet kunnen bestaan, want er bestond nog geen vruchtbare voedingsbodem voor intensief samenwerken met patiënten op organisatie-niveau. Het besef is er nu dat samenwerking met patiënten heel belangrijk is. Er kan nog zoveel bereikt worden als meer met ervaringsdeskundigheid wordt gewerkt.” ●

Stimuleringsregeling 'Transparantie in Kwaliteit van de Zorg'

# Een beweging in gang zetten naar 'samen beslissen'

In vervolg op het Jaar van de Transparantie (2015) werd de stimuleringsregeling 'Transparantie in Kwaliteit van de Zorg' in het leven geroepen. Jaarlijks stelde VWS 5 miljoen euro beschikbaar voor geschikte projecten. Het Zorginstituut beoordeelt aanvragen voor de regeling en begeleidt de projecten. De projecten die in 2016 zijn gestart, lopen nu ten einde. "Het gaat erom dat we een beweging in gang zetten", zegt programmacoördinator Willemijn Krol.

**Tekst** Jos Leijen **Beeld** [www.3goedevragen.nl](http://www.3goedevragen.nl)

De stimuleringsregeling werd ingesteld tot en met 2019. Elk jaar kreeg een eigen thema. Voor het eerste jaar was het thema 'Samen Beslissen'. Aanvragers moesten onder meer aangeven welke bijdrage hun project kan leveren aan samen beslissen, hoe patiënten erbij betrokken worden, en hoe het project na twee jaar structureel ingebed kan worden in de eigen organisatie en daarbuiten. "Die inbedding is heel belangrijk", vindt Willemijn Krol. "Ons doel was om een beweging in gang te zetten. De vraag 'hoe ga je verder als over twee jaar de subsidie eindigt?' vonden we dan ook heel belangrijk."

## Informatiekloof

"Samen beslissen is lastig om twee redenen", zegt Krol. "Om te beginnen is er een informatiekloof tussen patiënt en behandelaar. Er is daarom de afgelopen jaren hard gewerkt om informatie toegankelijk te maken voor

consumenten. Een mooi voorbeeld is de website *Thuisarts*, opgezet door het Nederlands Huisartsen Genootschap. Maar er moet nog meer gebeuren. Tegelijk zie je dat arts en patiënt in de spreekkamer vaak in hun oude rol vervallen. Ze zijn nog niet gewend om samen te beslissen. Ik merk het bij mezelf ook: onbewust stel je je afhankelijk op. Als we willen dat de patiënt zelf de regie krijgt over zijn zorg, dan moeten we hem niet alleen de informatie aanreiken, maar hem ook de moed geven om vragen te stellen. Dat is bijvoorbeeld het uitgangspunt van het project 'Drie goede vragen' (zie kader op pagina 25)."

## Doorvragen

Niet alle projecten hebben het gewenste resultaat opgeleverd, geeft Krol toe. "Soms is de tijd kennelijk nog niet rijp. Het leert ons wel hoe wij dingen beter kunnen doen. Een van de zaken die we hebben aangepast is om

## PROJECTVOORBEELD 1: ZORGPADEN

Twaalf ziekenhuizen analyseerden elk minimaal twee zorgpaden en onderzochten hoe 'samen beslissen' een plek heeft in die zorgpaden. En waar dat beter kan. "We ontdekten dat er veel instrumenten zijn om samen beslissen te stimuleren, maar dat die in de praktijk niet altijd worden gebruikt", zegt landelijk projectleider Haske van Veenendaal.

Een belangrijke les uit het project is dat samen beslissen ingrijpt op alle aspecten van de zorg. Samen beslissen vraagt een andere houding van professional en patiënt. "Als arts moet je niet alleen bedenken wat goed is voor de patiënt. Het vraagt een andere attitude en andere vaardigheden. Om dat te veranderen, moet de implementatie goed op het individu inspelen. En als dat lukt, dan maakt samen beslissen het werk ook leuker."

Het project startte in maart 2017 met een 'inspiratiebijeenkomst' en werd afgelopen zomer afgerond. Tussentijds waren er acht bijeenkomsten waar projectleiders van de ziekenhuizen en patiëntvertegenwoordigers ervaringen uitwisselden. Regelmatig waren er externe deskundigen met specifieke informatie, bijvoorbeeld hoe je patiëntparticipatie kunt stimuleren.

De ziekenhuizen hebben een gezamenlijk plan opgesteld voor een vervolgproject. Hierin gaan ze bekijken hoe ze uitkomstinformatie kunnen gebruiken om 'samen beslissen' naar een hoger plan kunnen brengen. "Alle ziekenhuizen hebben 'samen beslissen' nu hoog op de agenda staan, ook bij andere activiteiten. Dat is winst."



**Wat zijn mijn mogelijkheden?**

**Wat zijn de voordelen en nadelen van die mogelijkheden?**

**Wat betekent dat in mijn situatie?**

‘aan de voorkant’, bij de aanvraag van projecten, beter door te vragen.”

Als voorbeeld noemt ze de betrokkenheid van patiënten. “Het moet geen sausje zijn om een subsidie binnen te halen. We willen weten op welke manier patiënten een rol spelen en ook hoe dat geborgd is. Tijdens de subsidieperiode én daarna. Daarnaast kijken we nog kritischer of een project bij succes ook landelijk opschaalbaar is en of het een blijvend effect heeft.”

**“De vraag ‘hoe ga je verder als over twee jaar de subsidie eindigt?’ vinden we heel belangrijk”**

Na het thema ‘Samen Beslissen’ in 2016 was het thema in 2017 ‘Psychosociale gevolgen bij ingrijpende somatische aandoeningen’. Het thema van 2018 is ‘Uitkomstinformatie voor Samen Beslissen’. Dit thema staat ook centraal in 2019. ●

*In de kaderteksten bij dit artikel vindt u twee voorbeelden van projecten die in dit kader met succes (bijna) zijn afgerond.*



### Projectvoorbeeld 2: 3 goede vragen

‘3 goede vragen’ is een project van organisaties van patiënten, huisartsen en praktijkondersteuners. De drie vragen geven patiënten een handvat in het gesprek met de zorgverlener. “Als mensen meedenken en vragen stellen, leidt dat tot betere beslissingen”, zegt Anouk Knops van Patiëntenfederatie Nederland.

Het project stimuleert patiënten om de volgende drie vragen mee te nemen naar het spreekuur:

- Wat zijn mijn mogelijkheden?
- Wat zijn de voor- en nadelen van die mogelijkheden?
- Wat betekent dat in mijn situatie?

In zes huisartsenpraktijken werd in 2017 een pilot uitgevoerd. De projectpartners ontwikkelden informatiemateriaal, zoals posters, folders en animaties voor beeldschermen in de wachtkamer. Artsen en praktijkondersteuners nodigden patiënten daarmee uit om vragen te stellen. Inmiddels maken veel meer huisartsenpraktijken en gezondheidscentra gebruik van het materiaal. In het project werken Patiëntenfederatie Nederland, InEen, Landelijke Huisartsen Vereniging, Nederlands Huisartsen Genootschap en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland samen. Knops: “Die samenwerking is waardevol. Elke organisatie was op haar eigen manier bezig met het thema ‘samen beslissen’. Nu trekken we samen op.”

Het project wordt in november afgesloten met de publiekscampagne ‘Help de dokter’. “Daarmee geven we aan dat het belangrijk is dat de patiënt vragen stelt en vertelt over zijn leefsituatie en voorkeuren. Dit geeft de huisarts de informatie die hij nodig heeft om, samen met de patiënt, tot de beste behandeling te komen.”



“Het FK is een onmisbaar hulpmiddel bij beslissingen voor gepast gebruik van geneesmiddelen”

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 website FarmacotherapeutischKompas.nl.

Tekst Loek Kusiak

Beeld Ron Zwagemaker en De Beeldredactie | Kees van de Veen

## aan het bureau

**Veronique Wierda-Kloet** (Zorginstituut) is eindredacteur van de website Farmacotherapeutischkompas.nl.

“Het Farmacotherapeutisch Kompas (FK) geeft vanaf 1982 onafhankelijke informatie aan huisartsen, medisch specialisten, apothekers en studenten over alle in Nederland verkrijgbare geneesmiddelen die bij het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) en de European Medicines Agency (EMA) staan geregistreerd. Sinds 2004 is het FK digitaal te raadplegen en nu ook in te zien via een app. De app is al 200.000 keer gedownload en op de site worden elke werkdag gemiddeld 220.000 unieke pagina's bekeken, ofwel 56 miljoen per jaar. Dit bewijst dat het FK een onmisbaar hulpmiddel is bij beslissingen voor een gepast gebruik van geneesmiddelen. Naast adviezen over gebruik en dosering geeft het FK van elk geneesmiddel de indicaties, contra-indicaties, bijwerkingen, eigenschappen van de stof en waarschuwingen voor onder meer zwangeren, ouderen en kinderen aan. De indicatieteksten in het FK zijn gebaseerd op de professionele richtlijnen van de voorschrijvers en hebben betrekking op 127 meest voorkomende ziekten. Hoge bloeddruk, ofwel hypertensie, staat bovenaan. De redacteurs van het FK houden de informatie zo actueel mogelijk. Behalve het toevoegen van nieuwe geneesmiddelen en geneesmiddelengroepen verwerken we ook de wijzigingen in productinformatie van de geneesmiddelenfabrikanten, risico-informatie van het CBG en meldingen van het Bijwerkingencentrum Lareb. Als een richtlijn van de voorschrijvers verandert, passen we ook de indicatieteksten aan. Verder raadplegen we een gebruikerspanel over hoe we de informatie en de zoekfunctie van de site kunnen verbeteren. De lay-out van de rubriek zwangerschap en lactatie is daar een voorbeeld van.”

Op het FK vind je nu ook prijsvergelijkingen van geneesmiddelen, zodat een arts de goedkope variant van een middel kan voorschrijven. ACE-remmers voor hypertensie bijvoorbeeld hebben allemaal dezelfde werking. Ook de eigen bijdrage van een middel wordt getoond, wat de arts helpt bij het beantwoorden van vragen van patiënten.”





## aan het *bed*

**Sander Jonges** is huisarts bij de groepspraktijk Hommesplein in Winschoten.

“Het Farmacotherapeutisch Kompas ken ik nog als boek. Elk jaar een nieuw exemplaar, met daarna de digitale versie en als kers op de taart de app voor op de smartphone. Daarmee kan ik het FK raadplegen in gebieden met een slechte wifi-verbinding. De informatie op de site is bijzonder handig en bovendien wetenschappelijk onderbouwd. Op het tabblad van mijn pc in de spreekkamer staat het FK altijd open. Komt bijvoorbeeld een patiënt terug van vakantie met een medicijn waarvan ik de merknaam en de interacties niet ken, dan kan ik met de zoekfunctie van het FK makkelijk het geneesmiddel opzoeken, met de info over dosering en bijwerkingen. Stel dat deze persoon naast een huidinfectie ook een slechte nierfunctie heeft, dan vertelt het FK mij tot welke dosering ik het geneesmiddel kan aanpassen. Een geneesmiddel schrijf ik voor op stofnaam. In het FK staan ook alle *spécialités*, ofwel de merknaam. Voorbeeld: acetylsalicylzuur is een stofnaam, aspirine is de merknaam. Door wisselende afspraken van zorgverzekeraars en apotheken komt het wel voor dat het blauwe pilletje waaraan de patiënt gewend was opeens een rode pil wordt, met dezelfde werking maar met een andere merknaam. Er zijn patiënten die dat niet vertrouwen. Dat zorgt voor verminderde therapietrouw, vooral wanneer men meerdere malen per dag verschillende pillen moet slikken. Mensen melden soms ook bijwerkingen van een generieke, goedkopere variant terwijl het hetzelfde pilletje is als de *spécialité*. Naast het FK raadplegen artsen ook andere informatiekanalen over geneesmiddelen, zoals het kinderformularium of Thuisdokter.nl. Het FK raadt bijvoorbeeld antiwormmiddelen af bij kinderen onder een bepaalde leeftijd, maar volgens een formularium is de leeftijd geen probleem. Dus laat de arts bepalen wat verstandig voorschrijven is als er over een geneesmiddel geen consensus is.”

“Op het tabblad van mijn pc in de spreekkamer staat het FK altijd open”

Zinnige Zorg | Ggz

# Aandacht voor psychose en PTSS

Wat kan er beter bij de behandeling van psychose en het post-traumatisch stresssyndroom (PTSS)? Dat gaat het Zorginstituut samen met partijen in de zorg uitzoeken in de verdiepingsfase van het traject Zinnige Zorg ggz. De screeningsfase leverde de nodige signalen dat er kansen liggen voor verbetering. Of de signalen kloppen en welke maatregelen wenselijk zijn, wordt de komende periode onderzocht.

**Tekst** Jos Leijen (p 28 t/m 30) **Beeld** Sabine Joosten (HH, p 29)

Lise Rijnerse is programmaleider Zinnige Zorg ggz en projectleider PTSS bij het Zorginstituut. “Uit overleg met betrokken partijen kregen we de indruk dat er veel gezondheidswinst te halen valt in de behandeling van PTSS”, vertelt zij. “Zo wordt bijvoorbeeld slechts 57 procent van de gediagnosticeerde PTSS-patiënten volgens de richtlijn behandeld. Meer dan vier op de tien patiënten krijgt een andere behandeling.” Volgens de richtlijn, legt ze verder uit, zijn er twee aanbevolen behandelingen voor PTSS. Als de ene behandeling niet het gewenste resultaat oplevert, kunnen behandelaars het proberen met de tweede behandeling. Maar dit lijkt in de praktijk zelden te gebeuren. Een ander probleem is dat patiënten met PTSS vaak ook kampen met andere stoornissen, zoals verslaving en depressiviteit. Daardoor wordt PTSS vaak niet als zodanig herkend en krijgen patiënten dus wellicht een minder effectieve behandeling. En als PTSS wel wordt gediagnosticeerd, staat de behandelaar voor de vraag hoe hij meerdere aandoeningen aanpakt. Tegelijk? Apart? En hoe dan?

## Fysieke gezondheid

Paul de Beer is projectleider Psychose. Uit de screening kwamen twee knelpunten bij de behandeling van psychose, zegt hij. “Er is vaak onvoldoende aandacht voor de fysieke gezondheid van patiënten. Zij leven meestal ongezond, eten verkeerd, bewegen weinig,

roken veel. En sommige medicijnen hebben bijwerkingen. Bijkomend probleem is dat de behandelend psycholoog of psychiater en de huisarts in gescheiden systemen werken. Het is vaak niet duidelijk wie de regie heeft.” De screening laat verder zien dat het medicijngebruik dikwijls onvoldoende wordt geëvalueerd. Patiënten met deze aandoeningen gebruiken vaak meerdere geneesmiddelen tegelijk (polyfarmacie). Volgens de richtlijn zou er minimaal één keer per jaar een beoordeling moeten zijn, maar vooral bij patiënten die langdurig in zorg zijn, schort het hier vaak aan.

De komende periode gaan de teams van Rijnerse en De Beer samen met ‘het veld’ onderzoeksvragen formuleren en onderzoek uitzetten. “De aandachtspunten zijn ‘haakjes’ om na te gaan wat er gebeurt in de praktijk”, zegt De Beer. “Maar het is goed denkbaar dat we bij het onderzoek nog op andere zaken stuiten.” “Daarom bekijken we het gehele zorgtraject”, vult Rijnerse aan. “Van de eerste symptomen tot en met de nazorg.” ●

Meer informatie: [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl), zoekterm zinnige zorg ggz.

## VIER STAPPEN NAAR VERBETERING

Het traject Zinnige Zorg bestaat per zorgdomein 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. In de verdieping worden deze zaken uitgewerkt en bedenken zorgpartijen en Zorginstituut hoe de zorg patiëntgericht, effectiever en doelmatiger kan. Deze fase wordt afgerond met een ‘verbetersignalement’. Dit is een uitgebreide analyse van diagnostiek en behandeling en voorstellen voor verbetering. In de derde fase implementeren de zorgpartijen deze maatregelen. In de vierde fase evalueert het Zorginstituut of de maatregelen het gewenste effect hebben. Eventueel worden ze bijgesteld.



Zinnige Zorg | Gehandicaptenzorg

# Start verdiepfase gehandicaptenzorg

In het traject Zinnige Gehandicaptenzorg zijn twee onderwerpen uitgelicht voor verdieping: ten eerste de (eerstelijns) zorg voor mensen met een lichtverstandelijke beperking en een gezondheidsprobleem, en ten tweede de zorg voor mensen met een ernstige verstandelijke beperking die ‘moeilijk verstaanbaar gedrag’ vertonen. Het derde onderwerp dat hoog op de lijst stond – nazorg bij mensen met niet-aangeboren hersenletsel – heeft het niet gehaald.

De onderwerpen zijn aangedragen door ‘het veld’ en uitgewerkt door het Zorginstituut. “Huisartsen krijgen steeds vaker te maken met patiënten met een verstandelijke beperking”, legt projectleider Zinnige Gehandicaptenzorg Ineke van der Voort uit. “Dit komt doordat deze mensen steeds meer zelfstandig in de wijk wonen, al dan niet met begeleiding. Die gaan ook gewoon naar de huisarts.” De kwaliteit van de zorg en de organisatie ervan zijn nog niet overal goed geregeld, bleek uit de inventarisatie door het team van Van der Voort. Er liggen kansen voor verbetering, bijvoorbeeld wanneer de huisarts en de arts verstandelijk gehandicapten beter samenwerken. Daarnaast is meer inzicht gewenst in de zorgbehoefte van cliënten en moeten begeleiders daarvan beter op de hoogte zijn.

## Schrijnende beelden

Het tweede onderwerp is ‘moeilijk verstaanbaar gedrag’ bij mensen met een ernstige verstandelijke beperking. Meestal wordt met deze term agressief gedrag bedoeld, maar



soms uit het zich ook door een terugtrekking van de cliënt. Die praat of eet dan bijvoorbeeld niet meer. “Agressie heeft een grote impact op de cliënt zelf, op medecliënten, op medewerkers en op familie”, zegt Van der Voort. “Iedereen herinnert zich nog wel de schrijnende beelden van de geketende Jolanda Venema.”

De betrokken beroepsgroepen werken zelf aan een multidisciplinaire richtlijn voor de omgang met moeilijk verstaanbaar gedrag. Van der Voort verwacht dat het Zinnige Zorg-traject hierbij kan aansluiten. “Met de richtlijn ben je er nog niet. Die moet ook nog worden ingevoerd. Wij kunnen onderzoeken waar in de praktijk knelpunten zitten en hoe we die kunnen wegnemen. Met de richtlijn in de hand kunnen de beroepsgroepen dan gericht aan de slag.”

Het derde onderwerp dat in maart samen met betrokken partijen werd geselecteerd is nazorg voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel. “Wegens gebrek aan geld en capaciteit hebben we dat moeten laten vallen”, aldus de projectleider. “Ik kan me voorstellen dat dit een teleurstelling is voor direct betrokkenen. Aan de andere kant kunnen we de

ervaringen van de andere trajecten toepassen op niet-aangeboren hersenletsel.”

## Vreemde eend

De gehandicaptenzorg is een vreemde eend in de Zinnige Zorg-bijt. Andere zorgvelden zijn gericht op het genezen van aandoeningen. Het doel van gehandicaptenzorg is om cliënten te helpen zo goed mogelijk te leven met de beperking, niet om die weg te nemen. “Daarom vraagt de gehandicaptenzorg een andere aanpak, minder gestoeld op ziekte-last, cijfermateriaal en richtlijnen en meer gericht op functioneren en kwaliteit van leven.”

Van der Voort kijkt tevreden terug op het traject tot nu toe. “We vonden het essentieel om de sector er zo goed mogelijk bij te betrekken. Aanvankelijk hadden sommige partijen wel wat reserves, maar inmiddels is dat omgevoerd in vertrouwen. Het besef is gegroeid dat we samen werken aan het verbeteren van de kwaliteit. Partijen doen enthousiast mee.” Dit najaar start de verdiepfase in het traject Zinnige Gehandicaptenzorg. Daarin worden samen met betrokken partijen de twee gekozen onderwerpen verder uitgewerkt in verbeterplannen. ●

## Zinnige Zorg | Endocriene ziekten

# Onderzoek naar betere zorg bij osteoporose

De zorg voor patiënten met osteoporose, ook wel botontkalking genoemd, lijkt niet optimaal te verlopen. Deze aandoening is daarom geselecteerd voor nader onderzoek in het kader van Zinnige Zorg bij endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen. Onder meer bij de diagnostiek en behandeling van osteoporose lijken verbeteringen mogelijk, aldus het onlangs verschenen screeningsrapport.

Op basis van gesprekken met experts en bijeenkomsten met partijen die met osteoporosezorg te maken hebben, filterde het Zorginstituut verschillende aandachtspunten voor nader onderzoek in de verdiepingsfase, vertelt projectleider Jacqueline Frankema. “Zowel bij de diagnostiek als bij de behandeling en de controle lijkt ruimte voor verbetering. Daarom hebben we het gehele zorgtraject van deze aandoening voor de verdieping uitgekozen.”

Van de mensen in de risicogroep krijgt waarschijnlijk maar 60 procent bij een botbreuk een meting van de botdichtheid aangeboden. De andere 40 procent gaat zonder onderzoek naar huis. Van de 50-plussers die wel een meting kunnen laten doen, laat ongeveer de helft deze kans aan zich voorbijgaan. “Uiteindelijk wordt maar een op de drie onderzocht. Daardoor blijven veel mensen met osteoporose buiten beeld, met een hoog risico op volgende breuken.”

### Richtlijnen

Er zijn verschillende richtlijnen voor de behandeling van osteoporose, maar behandelars lijken die niet altijd te volgen. Zo wordt het relatief dure medicijn denosumab de laatste jaren vaker voorgeschreven, terwijl het volgens de richtlijnen tweede keus is. Frankema: “In de verdiepingsfase willen we onder meer uitzoeken waarom artsen deze keuze maken. Het zou te maken kunnen hebben met de manier van toedienen.”

Een ander knelpunt is dat veel patiënten voortijdig afhaken bij de behandeling met zogeheten bisfosfonaten. Deze medicijnen versterken de botstructuur, maar de therapie duurt lang, wel vijf jaar. Verder lijkt de controle en nazorg te kunnen worden verbeterd. De afstemming tussen de eerste en de tweede lijn lijkt ook beter te kunnen.

“We gaan met betrokken partijen overleggen hoe we de verdiepingsfase gaan inrichten en wat daarbij de belangrijkste onderzoeksvragen zijn”, aldus Frankema. “Behalve naar medicatie kijken we daarbij naar de rol van leefstijl. Bij de preventie van osteoporose zijn voldoende beweging, gezonde voeding, niet roken en matig drinken van belang. Leefstijladviezen zouden ook onderdeel moeten zijn van de behandeling, maar daar is volgens de patiëntenvereniging nog weinig aandacht voor.” ●

Meer informatie: [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl), zoekterm zinnige zorg endocriene ziekten.

### OSTEOPOROSE IN CIJFERS

Hoeveel mensen in Nederland lijden aan osteoporose is niet bekend. Dat iemand de aandoening heeft, blijkt immers meestal pas als er iets gebroken is en er onderzoek wordt gedaan. Volgens het NIVEL zijn er bij huisartsen zo'n 450.000 Nederlanders bekend met broze botten. Nederlandse experts denken dat er veel meer zijn, wel 900.000. Het RIVM verwacht dat dit aantal door de vergrijzing tot 2040 met 46 procent zal stijgen. Jaarlijks komen circa tachtigduizend 50-plussers met een botbreuk naar het ziekenhuis. Ongeveer een derde daarvan is het gevolg van osteoporose. Het RIVM schat de totale kosten van botbreuken op 900 miljoen euro. Daarvan zou dus 300 miljoen op het conto van botontkalking komen. De totale kosten, inclusief behandeling, bedragen rond 416 miljoen euro. Europese onderzoekers komen zelfs uit op bijna het dubbele: 824 miljoen euro.



A man with a shaved head, wearing a brown t-shirt and blue jeans, is standing in an elevator. He is holding a black corded telephone receiver to his ear with his right hand and has a wide, enthusiastic smile on his face. The elevator interior has wood-paneled walls and a metal handrail. The lighting is warm and focused on the man.

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

## Gustaaf Ganpat

*Juridisch adviesmedewerker*

*“Ruim elf jaar geleden begon ik bij de afdeling Buitenland (onderdeel van de Burgerregelingen) als bezwaarmedewerker. Diverse andere functies volgden, tot de Burgerregelingen naar het CAR verhuisden. Gelukkig vond ik een nieuwe functie binnen het Zorginstituut; sinds twee jaar ben ik nu bij de afdeling Zorg werkzaam als juridisch adviesmedewerker. Samen met Derya Ozkanli en Jill van den Nouwland beantwoord ik alle vragen die de eerste lijn niet direct kan beantwoorden. Omdat het niet de bedoeling is dat je met elke vraag naar je collega's van Zorg loopt, is het belangrijk om – naast juridische kennis - ook kennis van zorginhoudelijke aspecten te hebben. Ik heb me daar dus in het begin flink in moeten verdiepen!*

*Een voorbeeld van zo'n vraag? Laatst vroeg een fysiotherapeut waarom bepaalde zorg voor een groep patiënten niet door de zorgverzekeraar vergoed werd. Ik ben dat gaan uitzoeken: wat is de situatie? Wat zegt de wet? Vervolgens overleg ik met mijn collega's die de zorginhoudelijke kennis hebben over het bewegingsapparaat. Op basis van die bevindingen schrijf ik dan een antwoord. Zo ben ik elke dag met wel vijf verschillende onderwerpen bezig. Ik heb veel contact met collega's, zorgverleners en zorgverzekeraars. Ik ben dan als een spin in 't web; dat maakt het zo leuk!*

Elevator Pitch

# Over zorg gesproken...

“De vrouw wordt in het medicijnenonderzoek weggezet als een subgroep. Ze komt slechts voor in de kantlijn...”

*Dr. ir. Hester den Ruijter, universitair hoofddocent van het UMCU, betoogt dat medicijnen niet meer alleen op mannen moeten worden getest, in De Telegraaf (26 juni 2018).*

“Het proberen te verkleinen van gezondheidsverschillen tussen hoger- en lageropgeleiden is een recept voor teleurstelling.”

*De WRR in het rapport Van verschil naar potentieel, op nos.nl (27 augustus 2018).*

“De zorg was in mijn ogen een vrouwenberoep, en ouderen leken me vooral erg saai. Maar dit werk is zo betekenisvol.”

*Verpleegkundige Tommie Niessen blogt en vlogt over zijn vak. In De Volkskrant (8 september 2018).*

“In een tijd van vergrijzing en sterk stijgende zorgkosten is het meewegen van leeftijd een verkenning waard.”

*Eline de Jong (student journalistiek, master Toegepaste Ethiek), op nrc.nl (7 september 2018).*

“Stop het geld niet in zorg maar in preventie.”

*Mark van Houdenhoven, bestuursvoorzitter van de Sint Maartenskliniek in Nijmegen, op Zorgvisie.nl (30 augustus 2018).*

“Nu komt de golf waarin traditionele sectoren als de zorg te maken krijgen met nieuwe technologieën.”

*Amerikaanse investeerder Steve Case over de derde golf in technologische investeringen, in het Financieel Dagblad (10 september 2018).*

“Een stille opioïde-epidemie.”

*Hoogleraar anesthesiologie Albert Dahan van het LUMC over de enorme toename van het aantal oxycodongebruikers, in De Volkskrant (21 juli 2018).*

“Wie gezond leeft, stigmatiseert mensen die dat niet doen.”

*Sociaal psycholoog Susanne Täuber op eoswetenschap.eu (27 augustus 2018).*

“Niet de spreekkamer, maar de publieke en sociale omgeving zijn de sleutel tot gezonde veroudering.”

*Arts en verouderingswetenschapper David van Bodegom in dit magazine, pagina 20.*

“De schrijvers zetten de kleine groep patiënten die baat heeft bij een duur medicijn als Orkambi weg als mediageile klagers.”

*Hanka Dekker, directeur VKS, reageert op een betoog van Marcel Canoy, Annelien Bredenoord, Matthijs Versteegh en Marcel Verweij, getiteld ‘Welke patiënten worden de dupe?’. In NRC.NEXT, (30 augustus 2018).*