

verslag

Startbijeenkomst Ziekten van het zenuwstelsel

Vergaderdatum	30 november 2017
Vergaderplaats	Zorginstituut Nederland, Diemen
Aanwezig	<p>Aanwezig</p> <p>Lumien van der Meer (Hersenstichting) Anne Kors-Walraven (Hart & Vaatgroep) Michiel Lindhout (Hersenletsel.nl) Monique Lindhout (Hersenletsel.nl) Leen Voogt (NVVR) Eric Fivet (Epilepsie Vereniging) Frans Kingma (MSVN) Masja van Hoofd (Parkinson Vereniging) Margriet Bouma (NHG) Eline Tuyn (ZN) Afaf Azourak (V&VN) Agnita Stadhouders (NOV) Esther Verstraete (NVN) Arnoud Vincent (NVVN) Geert-Jan Rutten (NVVN) Hilko Ardon (NVVN) Raphael Hemler (KNO) Jetty van Meeteren (VRA)</p> <p>Maud van der Veen (ZIN, voorzitter) Ingrid de Groot (ZIN, projectleider) Carly Sweegers (ZIN) Astrid Chorus (ZIN) Harald Miedema (ZIN) Marieke Visser (ZIN) Heleen Moerland (ZIN) Nele Kootstra (ZIN) Olivia Eenennaam (ZIN)</p>
Afwezig	<p>John Wokke (NFU) Carla Aalderink (Parkinson Vereniging) Anne Marie Ter Steeg (VRA) Guus Meerhoff (KNGF)</p>

1 Introductie

Voorzitter Maud van der Veen heet alle aanwezigen welkom en licht de agenda toe. Tijdens een korte introductieronde stelt iedereen zich voor en geeft de verwachtingen van de avond aan. Daarna licht de voorzitter het doel van de avond toe:

1. signalen bespreken van waar de zorg beter kan;
2. signalen aanvullen;
3. signalen prioriteren voor verdere analyse in de screeningsfase.

2 Presentatie programma en project

De voorzitter vertelt waar het Zorginstituut voor staat en wat de taken zijn (zie bijlage 1). Er volgt een filmpje met uitleg over wat een Zinnige Zorg traject inhoudt (https://www.youtube.com/watch?v=RADK_qXxmCo).

Aanwezigen hebben geen vragen naar aanleiding van deze inleiding en de vooraf toegestuurde stukken.

Projectleider Ingrid de Groot geeft na de film verdere toelichting op het Zinnige Zorg traject Ziekten van het zenuwstelsel. Deze startbijeenkomst is de officiële start. In de opmaat hiernaartoe heeft het Zorginstituut verkennende gesprekken gevoerd en data-analyse gedaan.

3 Screening Ziekten van het zenuwstelsel: data-analyse en voorlopige selectie van 10 aandoeningen

Carly Sweegers licht toe (zie presentatie in bijlage) hoe het Zorginstituut tot het voorstel is gekomen van de 10 aandoeningen die vanavond gepresenteerd worden. Data-analyse van DBC-gegevens vormde de basis. Daarna zijn deze data in verkennende gesprekken bevestigd en aangevuld. Het Zorginstituut verwacht dat een Zinnige Zorg traject op een of meer van deze aandoeningen impact kan hebben, die leidt tot betere zorg voor patiënten.

4 Inventarisatie van onderwerpen

Aanwezigen circuleren in vier groepen langs vier posters waarop de opgehaalde signalen zijn weergegeven.

- 1 Algemeen neurologische aandoeningen.
- 2 Commotio, NAH, CVA, Hoofdpijn.
- 3 LRS, CTS, Duizeligheid, Epilepsie.
- 4 Parkinson, MS, Hersentumor.

De signalen zijn onderverdeeld in fases van het zorgpad dat een patiënt doorloopt. De groepen bespreken de signalen, vullen aan en prioriteren op basis van enkele vuistregels die horen bij de Zinnige zorg aanpak. Het is daarbij belangrijk om te kijken naar:

- 1 Impact voor patiënt en maatschappij.
- 2 Draagvlak bij partijen voor het onderwerp.
- 3 Of het onderwerp nog niet wordt aangepakt in de praktijk.
- 4 Meerdere bronnen bevestigen dat zorg hier beter kan.
- 5 Of het past binnen de taken van het Zorginstituut.

Niet bruikbaar zijn:

- 1 Innovaties.

- 2 Kennishiaten waar langdurig wetenschappelijk praktijkgericht onderzoek voor nodig is.
- 3 Financieringsproblemen en systeemwijzigingen.

(Zie bijlage 2).

5 Plenaire bespreking van de uitkomsten

De projectleider licht toe hoe het Zorginstituut de geprioriteerde onderwerpen verder gaat analyseren 'door de bril van het Zorginstituut'. Daarmee wordt ieder onderwerp op verschillende elementen bekeken (bijlage 3):

- 1 Kenbaarheid
- 2 Toepassing in de praktijk
- 3 Uitkomsten van zorg
- 4 Effectiviteit
- 5 Kosteneffectiviteit
- 6 Noodzakelijkheid
- 7 Uitvoerbaarheid
- 8 Kwaliteitscirkels

Al deze elementen samen geven een goed beeld waar de zorg zinniger kan en wat de impact zal zijn voor patiënt en maatschappij. Op basis van dit 'bril-onderzoek' gaan nog onderwerpen afvallen. Uiteindelijk zullen twee van de gekozen onderwerpen de volgende fase - de verdiepingsfase - ingaan.

- Harald Miedema geeft een samenvatting van de poster LRS, CTS, Duizeligheid en Epilepsie.
 - Bij LRS en CTS is de optimale ketenzorg/ketenaanpak onduidelijk. Vraag is vooral of de neuroloog uit de keten kan worden weggelaten, eventueel bij bepaalde subgroepen. Verder zijn er signalen over timing en/of plaats van MRI en EMG bij de diagnostiek.
 - Bij Epilepsie is te weinig aandacht voor psychosociale problematiek. Dit betreft alle fasen: van diagnostiek tot nazorg.
 - Duizeligheid leidt tot minder knelpunten en discussie.
- Marieke Visser geeft een samenvatting van de poster Commotio, Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH), CVA, Hoofdpijn. Onder NAH verstaan we alle patiënten na een neurologisch event blijvende hersenschade houden. Oorzaken kunnen zijn trauma, beroerte (CVA) en infectie zijn.
 - Bij NAH en CVA herkent iedereen de problemen rond het niet of te laat identificeren van 'onzichtbare gevolgen van NAH of CVA' (onzichtbare gevolgen). Het gaat om patiënten waarbij de gevolgen in eerste instantie te licht zijn ingeschat. En het gaat ook om ernstig aangedane patiënten die mogelijk niet in het juiste revalidatietraject/begeleidingstraject terecht komen.
 - Bij de ernstig aangedane NAH patiënten zijn twee groepen in het bijzonder benoemd:
- Mensen met langdurige bewustzijnsstoornissen. Op dit moment wordt revalidatiezorg voor deze groep tot 25 jaar vergoed daarna komt deze groep direct in de langdurige zorg terecht en vindt er geen revalidatiebehandeling plaats om te kunnen observeren of vooruitgang mogelijk is.
- Mensen met een ernstig CVA; bij deze groep is er onduidelijkheid over

indicatiestelling voor geriatrische revalidatiezorg of medisch specialistische zorg en het moment ervan. Dit gaat bijvoorbeeld over patiënten die meer opknappen dan verwacht en daardoor toch in aanmerking zouden kunnen komen voor een intensievere revalidatie. Er zou mogelijk meer aan her-triage moeten worden gedaan in het vervolgtraject van de patiënt om te controleren of iemand de juiste revalidatie krijgt.

- Hoofdpijn komt in de discussie minder als knelpunt naar voren.
- Ingrid de Groot geeft een samenvatting van de poster Parkinson, MS en Hersentumor.
 - Hersentumor is in de discussie afgevallen als onderwerp voor Zinnige Zorg. Iedereen vindt andere onderwerpen relevanter.
 - Dat bij MS sprake is van praktijkvariatie is bekend. De richtlijn uit 2012 wordt momenteel herzien. Ook is een multidisciplinaire richtlijn in ontwikkeling. Het Zorginstituut is hierbij betrokken en zal de punten uit deze bijeenkomst inbrengen. Het Zorginstituut ziet dit niet direct als een Zinnige Zorg traject.
 - Bij Parkinson luidt het signaal dat met name de zorg voor patiënten in het verpleeghuis niet goed geregeld lijkt. Daar zou sprake van onderbehandeling kunnen zijn, doordat verzorgenden te weinig kennis hebben van medicatie en zij de neuroloog te weinig betrekken bij aanpassingen daarin.
- De signalen van de algemene poster overlappen met de aandoeningsposters.

De voorzitter vat de discussie samen en concludeert dat in deze inventarisatieronde uiteindelijk zes onderwerpen benoemd zijn als geschikt voor verdere analyse en screening. Aanwezigen zijn het ermee eens om de volgende zes onderwerpen verder te analyseren (als potentiële onderwerpen voor de verdiepingsfase):

- 1 Lumbaal Radiculaire Syndroom (diagnostiek m.b.v. MRI en optimale ketenzorg).
- 2 Carpaal Tunnel Syndroom (diagnostiek m.b.v. EMG en optimale ketenzorg).
- 3 Te weinig aandacht voor psychosociale problematiek bij Epilepsie
- 4 Mogelijke onderbehandeling van late gevolgen bij lichte vorm van Niet Aangeboren Hersenletsel.
- 5 Mogelijke onderbehandeling (revalidatie) bij zware vorm van Niet Aangeboren Hersenletsel.
- 6 Mogelijke onderbehandeling van Parkinsonpatiënten, met name in de verpleeghuiszorg.

De projectleider licht het verdere verloop en inhoud van de screeningsfase toe en vertelt hoe het Zorginstituut partijen hierbij zal betrekken. Aanwezigen ontvangen vóór kerst het verslag ter verificatie. Daarna gaat het definitieve verslag naar alle besturen.

6 Afsluiting

De voorzitter concludeert dat het een uiterst constructieve bijeenkomst was.

Het Zorginstituut gaat als vervolg van de screeningsfase de zes onderwerpen verder analyseren op de elementen van het 'bril-onderzoek'. Als het Zorginstituut constateert dat in de praktijk al activiteiten voor een onderwerp plaatsvinden, zullen we die kennis met partijen delen. Signalen voor onderwerpen die aan criteria voor Zinnige Zorg voldoen, zullen we waar mogelijk meenemen naar andere lopende activiteiten van het Zorginstituut. Voorzitter en projectleider bedanken iedereen voor hun inbreng en hopen dat partijen ook in het vervolgtraject hun bijdrage willen leveren. De voorzitter sluit om 19.50 uur de bijeenkomst.

Bijlage 1 bij het verslag: Presentatie

Bijlage 2 bij het verslag: Overzicht signalen waar zorg voor patiënt beter kan

Bijlage 3 Elementen van goede en zinnige zorg

Zowel in de screeningsfase als in de verdiepingfase voeren we een analyse van de zorg uit. We hanteren hiervoor de “Elementen van goede en zinnige zorg”. Deze geven in hun samenhang een beeld van wat het Zorginstituut beschouwt als goede en zinnige zorg. Ze sluiten ook aan op onze kwaliteits- en pakketbeheerstaken. Het gebruikte analyseschema is als volgt:

1. Kenbaarheid goede zorg

Beschrijving van wat we weten over de beschikbaarheid van (inter)nationale kwaliteitsstandaarden (zoals richtlijnen), meetinstrumenten (vragenlijsten en indicatoren) en informatiestandaarden.^[1] Wij kijken of deze vindbaar zijn in onder andere het Register van het Zorginstituut. Een Registeropname geeft aan dat ze voldoen aan de procedurele criteria van het Toetsingskader^[2]. We streven ernaar dat alles wat vindbaar is ook op Zorginzicht.nl wordt weergegeven.

Bestaat er patiënteninformatie, zoals een patiëntenversie van een richtlijn, consultkaarten of informatie over diagnose en behandeling op een website van een patiëntenvereniging, op Kiesbeter.nl of op Thuisarts.nl? Bereikt deze informatie de patiënt? En is de informatie duidelijk voor de patiënt?

Zijn er keuzehulp en uitkomstindicatoren die voor de patiënt relevant zijn, zoals maten voor kwaliteit van leven, PROMs^[3] en PREMs^[4]? Op welke websites (openbare database en publieksinformatie) zijn deze te vinden?

Naast de procedurele kant kijken we ook naar de inhoud van standaarden en richtlijnen: welke voor ons onderwerp relevante aanbevelingen worden gedaan en zijn de (aanbevelingen in) richtlijnen voldoende wetenschappelijk onderbouwd? Tot slot kijken we ook naar de aansluiting tussen eerste- en tweedelijnsrichtlijnen.

2. Toepassing in de praktijk

Hier kijken we aan de hand van verschillende bronnen (zoals declaratiedata, publicaties, formele en informele consultaties) hoe de uitvoering van de zorg in de praktijk plaatsvindt (waaronder de aansluiting tussen eerste en tweede lijn) en wat de experts ervan vinden. We relateren onze praktijkbevindingen aan de aanbevelingen in kwaliteitsstandaarden.

3. Uitkomsten van zorg

Wat heeft de patiënt aan de behandeling? Is er informatie over de kwaliteit van zorg en de uitkomsten van zorg, en is deze vindbaar voor zorgverleners, patiënten en burgers? Zijn er bijvoorbeeld complicatieregistraties, sterftcijfers na een operatie, ervaringen van patiënten op

[1] Zorginstituut Nederland. Toetsingskader kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden & meetinstrumenten 2015. Diemen, 2015. (Versie 2.0)

[2] Zorginstituut Nederland. Toetsingskader kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden & meetinstrumenten 2015. Diemen, 2015. (Versie 2.0)

[3] PROMs: Patient Reported Outcome Measures: door de patiënt gerapporteerde uitkomstmaten van zorg zonder tussenkomst van een hulpverlener. Bron: Zorginstituut Nederland. Begrippenkader gepaste zorg en praktijkvariatie. Diemen, 2015. Rapportnr. 1504.

[4] PREMs: Patient Reported Experience Measures: door de patiënt gerapporteerde beleving van de zorg zonder tussenkomst van een hulpverlener. Bron: Zorginstituut Nederland. Begrippenkader gepaste zorg en praktijkvariatie. Diemen, 2015. Rapportnr. 1504.

uitkomsten of ervaringen (gemeten met PROMs en PREMs)? Waar is deze informatie te vinden, bijvoorbeeld op websites als ZorginZicht.nl (openbare database), Kiesbeter.nl of Zorgkaartnederland.nl?

4. Effectiviteit

Is de zorg effectief? Als we de wetenschappelijke onderbouwing van de richtlijnen, (zoals beoordeeld onder element 1. Kenbaarheid goede zorg) van voldoende kwaliteit achten, hanteren we de aanbevelingen uit de richtlijnen als uitgangspunt voor goede zorg. Mochten de richtlijnen van onvoldoende kwaliteit of gedateerd zijn, dan kunnen we partijen erop wijzen dat actualisatie van richtlijnen gewenst is. Een formele beoordeling conform de door het Zorginstituut vastgestelde criteria - inclusief een systematische review aan de hand van de GRADE-systematiek^[5] - gebeurt als de gesignaleerde knelpunten daar aanleiding toe geven en de aanbevelingen in de richtlijnen ontbreken of onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd lijken te zijn.

Een belangrijk onderdeel van een beoordeling van de effectiviteit zijn de uitgangsvragen, vervat in de zogenaamde *PICOT*: Patient – Intervention – Comparator Outcome – Time. Voor welke groep patiënten is de zorg bedoeld en is dat de groep waarvoor onderzoek beschikbaar is? Welke behandeling of zorg wordt er geboden en is die zorg onderzocht? Met welke controlebehandeling (reguliere zorg, standaardtherapie) is die zorg vergeleken en wat voegt de aanbevolen zorg daaraan toe? Naar welke voor de patiënt relevante uitkomsten is gekeken om vast te stellen of de zorg effectief was en voor hoe lang?

5. Kosteneffectiviteit^[6]

Kosteneffectiviteit geeft aan of de (meer)kosten van een behandeling in een redelijke verhouding staan tot de gewonnen effectiviteit. We kijken of de richtlijnen iets zeggen over kosteneffectiviteit en naar (wetenschappelijke) literatuur. Waar we het nodig vinden voeren we een eigen kosteneffectiviteitsonderzoek uit.

6. Noodzakelijkheid^[7]

Hierbij kijken we of de zorg behoort tot het domein van de basiszorgverzekering en of het om kosten gaat die mensen eventueel zelf kunnen betalen. Bij die afweging gaat het om twee aspecten: de ernst van de ziekte (ziektelast) en de maatschappelijke noodzaak om een behandeling ook daadwerkelijk te verzekeren. Bij ziekte last ligt de nadruk op de medische noodzakelijkheid. Bij 'noodzakelijk te verzekeren' ligt de nadruk op de verzekeringsnoodzaak.

7. Uitvoerbaarheid^[8]

Zorg moet uitvoerbaar zijn, anders kan het niet geleverd worden. Het element uitvoerbaarheid geeft aan of voldaan is aan de randvoorwaarden en de houdbaarheid van het deel uitmaken van een interventie in het basispakket. Relevant daarbij zijn o.a. draagvlak, organisatie (van zorg, indicatie en administratie), bekostiging, jurisdictie en ethiek. Hier hoort bijvoorbeeld ook bij of er een bekostigingstitel (prestatiebeschrijving) is voor een interventie die deel zou moeten uitmaken van het basispakket.

8. Samenhang in de kwaliteitscirkels

[5] Zorginstituut Nederland. Beoordeling stand van wetenschap en praktijk. Definitief geactualiseerde versie. Diemen, 2015.

[6] Zorginstituut Nederland. Kosteneffectiviteit in de praktijk. Diemen, 2015.

[7] Zorginstituut Nederland. Pakketbeheer in de praktijk deel 3. Diemen, 2013. (pagina 33 e.v./43 e.v.)

[8] Zorginstituut Nederland. Pakketbeheer in de praktijk deel 3. Diemen, 2013. (pagina 33 e.v./43 e.v.)

Hier kijken we of er gewerkt wordt met kwaliteitscirkels die gericht zijn op het verbeteren van de zorg, wie zich hiermee bezighouden en wat de onderlinge samenhang tussen de kwaliteitscirkels is.



Zorginstituut Nederland



| Van goede zorg verzekerd |

Zinnige Zorg

Startbijeenkomst Ziekten van het Zenuwstelsel

Diemen, 30 november 2017

Wifi: Zenuwstelsel



Agenda

17.00 uur Welkom - *Maud van der Veen, afdelingshoofd Zorg*

Kennismaking deelnemers

Introductie Zorginstituut Nederland

Toelichting Programma

17.30 uur Ziekten van het zenuwstelsel - *Ingrid de Groot en
Carly Sweegers*

17.45 uur Signalen aanvullen

18.30 uur Dinerbuffet

19.00 uur Signalen prioriteren en bespreken - *Maud van der Veen en
Marieke Visser, neuroloog*

19.45 uur Samenvatting en vervolgstappen

20.00 uur Afsluiting



3



Missie Zorginstituut Nederland

Waarborgen dat iedere burger in Nederland toegang heeft tot kwalitatief goede zorg, niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk

4



Zorgtaken Zorginstituut Nederland

- Beheer basispakket
 - grenzen van verzekerd pakket bewaken
 - gepast gebruik van verzekerd pakket bevorderen
- Kwaliteitstaken
 - stimuleren van verbeteren van kwaliteit van zorg
 - laten zien waar burgers zorg van goede kwaliteit kunnen vinden

5



Zinnige Zorg: korte film

https://www.youtube.com/watch?v=RADK_qXxmCo

6



Wat gaan we vanavond doen?

Samen werken aan Zinnige Zorg!



- Signalen bespreken en aanvullen
- Signalen prioriteren voor verdieping

7



Screening ziekten van het zenuwstelsel

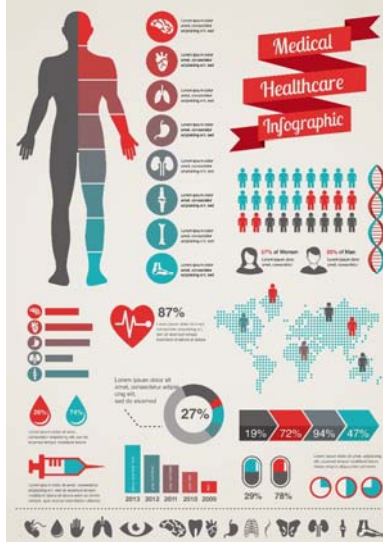
- Data-analyse
- Gesprekken met partijen
- Signalen geïnventariseerd

8



Eerste data-analyse

I ❤️
DATA



9



I ❌
DATA

10



Data verzamelen

	ZNAAL_VDI	BRONMUTA BESN	ANALEVERS DOORT_2013	SGNCHT_20 13	DBCTART 001	OVGT	DEKA_2013	OVAN_2013	DBCTART 001	OVGT_2013	BRONMUTA BESN	ANALEVERS DOORT_2014	SGNCHT_20 14	DEKA_2014	
1	ZNALVDI2502	20161216	ZZ	1	20160714	20161117	1	'0	30JAN2013		23JAN2014	ZZ	1	2	'2
2	ZNALVDI2502	20161216	ZZ	1	20160714	20161117	1	'0	30JAN2013		23JAN2014	ZZ	1	2	'2
3	ZNALVDI1831	20170502	ZZ	1	20160504	20160504	0	'4		09FEB2013	19MAY2014				
4	ZNALVDI2305	20161019	ZZ	1	20160628	20160316	3	'1	09NOV2013	23SEP2013	23SEP2014	ZZ	1	3	'3
5	ZNALVDI2501	20151021	ZZ	1	20150603	20150414	2	'6	10DEC2013	12DEC2013	06NOV2014				
6	ZNALVDI2307	20160308				20150728									
7	ZNALVDI1830	20161115	ZZ	1		20160626	1	'5	17JAN2013	27SEP2013	19MAY2014	ZZ	1	0	'8
8	ZNALVDI2408	20161018	ZZ	1	20160321	20160629	3	'5	26JUL2013	16DEC2013	16OCT2014	ZZ	1	3	'3
9	ZNALVDI1724	20161118			20160610	20160815									
10	ZNALVDI2006	20160913	ZZ	1	20161029	20161028	1	'9	29OCT2013	17OCT2013	26JAN2014	ZZ	1	1	'2
11	ZNALVDI2408	20161019	ZZ	1	20160321	20160629	3	'5	26JUL2013	16DEC2013	16OCT2014	ZZ	1	3	'3
12	ZNALVDI1812	20160305	ZZ	1	20161106	20161030	6	'6	27NOV2013	20DEC2013	20FAP2014	ZZ	1	4	'3
13	ZNALVDI2408	20161019	ZZ	1	20160321	20160629	3	'5	26JUL2013	16DEC2013	16OCT2014	ZZ	1	3	'3
14	ZNALVDI1830	20161115	ZZ	1	20160321	20160629	3	'5	26JUL2013	16DEC2013	16OCT2014	ZZ	1	0	'3
15	ZNALVDI2408	20161019	ZZ	1	20160321	20160629	3	'5	26JUL2013	16DEC2013	16OCT2014	ZZ	1	3	'3
16	ZNALVDI2408	20161019	ZZ	1	20160321	20160629	3	'5	26JUL2013	16DEC2013	16OCT2014	ZZ	1	3	'3
17	ZNALVDI2408	20161019	ZZ	1	20160321	20160629	3	'5	26JUL2013	16DEC2013	16OCT2014	ZZ	1	3	'3
18	ZNALVDI2408	20161019	ZZ	1	20160321	20160629	3	'5	26JUL2013	16DEC2013	16OCT2014	ZZ	1	3	'3
19	ZNALVDI2003	20161005	ZZ	1	20160628	20160626	8	'0	19OCT2013		23JAN2014	ZZ	1	6	'2
20	ZNALVDI1830	20161115	ZZ	1	20160626	20160626	1	'5	17JAN2013	27SEP2013	19MAY2014	ZZ	1	0	'8
21	ZNALVDI2407	20170109			20160622										
22	ZNALVDI2404	20161201			20161028	20161118									
23	ZNALVDI2000	20161227	ZZ	1	20161024	20161024	0	'1		03OCT2013	20DEC2014	ZZ	1	0	'2
24	ZNALVDI2401	20161024	ZZ	1	20160726	20160726	0	'1		06NOV2013	30DEC2013	ZZ	1	1	'2
25	ZNALVDI2009	20170201	ZZ	1	20160620	20161216	6	'2	20NOV2013	23SEP2013	07APR2014	ZZ	1	3	'1
26	ZNALVDI1830	20161115	ZZ	1	20160626	20160626	1	'5	17JAN2013	27SEP2013	19MAY2014	ZZ	1	0	'8
27	ZNALVDI2401	20170111			20161013										
28	ZNALVDI2508	20170201	ZZ	1	20160620	20161216	6	'2	20NOV2013	23SEP2013	07APR2014	ZZ	1	3	'1
29	ZNALVDI1830	20161115	ZZ	1	20160626	20160626	1	'5	17JAN2013	27SEP2013	19MAY2014	ZZ	1	0	'8
30	ZNALVDI2400	20160428	ZZ	1	20160628	20160625	1	'4	20NOV2013	21JAN2013	13JAN2014	ZZ	1	1	'2
31	ZNALVDI2400	20160428	ZZ	1	20160628	20160625	1	'4	20NOV2013	21JAN2013	13JAN2014	ZZ	1	1	'2
32	ZNALVDI1830	20170420	ZZ	1	20160502	20160218	1	'1	17FEB2013	04DEC2013	12NOV2014	ZZ	1	4	'1
33	ZNALVDI2408	20161129	ZZ	1	20160919	20160919	1	'2	19JUL2013	16OCT2013	20DEC2014	ZZ	1	0	'3
34	ZNALVDI2408	20161129	ZZ	1	20160919	20160919	1	'2	19JUL2013	16OCT2013	20DEC2014	ZZ	1	0	'3



Data-analyse in deze fase

- Onmogelijk om alle aandoeningen binnen Zenuwstelsel 'door te lichten'
- Keuzes maken: selectie van aandoeningen/thema's
- Belangrijk factor bij selectie: **impact**
 - ~ Bijvoorbeeld aandoeningen bij veel patiënten
- Data kunnen ons inzicht geven in aandoeningen waarbij veel patiënten zorg gebruiken



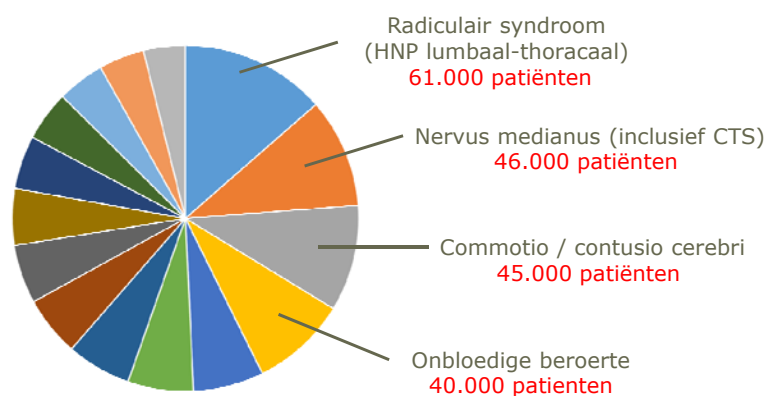
DBC-gegevens analyseren

- Gekeken naar zorggebruik in tweede lijn hier mogelijk veel impact?
- Analyse a.h.v. declaratiedata: DBC-gegevens die het Zorginstituut krijgt aangeleverd van VEKTIS
- DBC's ingedeeld naar specialismes neurologie dominant specialisme op gebied van 'ziekten van het zenuwstelsel'
- DBC's binnen neurologie op volgorde gezet van diagnoses waarvoor veel patiënten zorg gebruiken

13



DBC's neurologie ordenen o.b.v. aantal patiënten



14



Diagnoses samenvoegen

1. **Radiculair syndroom / HNP lumbaal-thoracaal (61.000 patiënten)**
2. Nervus medianus (inclusief CTS)
3. Commotio / contusio cerebri
4. Onbloedige beroerte
5. **Overige hoofdpijn**
6. **Epilepsie gegeneraliseerd**
7. **Migraine en migraine-varianten**
8. Pseudoradiculair syndroom lumbo-sacraal
9. TIA (inclusief amaurosis fugax)
10. Morbus Parkinson
11. Polyneuropathie anderszins
12. **Epilepsie partieel**
13. Overige aandoeningen bewegingsstelsel
14. **Radiculair syndroom / HNP cervicaal**
15. Spinale stenose lumbaal (18.000 patiënten)

15



Top 10 van grote aandoeningen selecteren

- Enkele diagnoses samengenomen
- MS toegevoegd vanwege hoge uitgaven aan zorg
 - ~ o.a. dure geneesmiddelen
- Breed gespecificeerde diagnoses nu niet meegenomen
 - ~ bijvoorbeeld 'overige slaapstoornissen'
- Duizeligheid, hersentumor en NAH toegevoegd a.h.v. signalen uit het veld

16



Voorlopige selectie van 10 aandoeningen

- Cerebrovasculair Accident (CVA) en Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH)
- Commotio/contusio cerebri
- Carpaal Tunnel Syndroom (CTS)
- Epilepsie
- Hoofdpijn/migraine
- Multiple Sclerose (MS)
- Ziekte van Parkinson
- Lumbaal Radiculair Syndroom (LRS)
- Duizeligheid
- Hersentumor

17



Conclusies

- A.h.v. zorggebruik in tweede lijn grote aandoeningen binnen de neurologie geselecteerd ~ voorlopige top 10
 - ~ hier kunnen we mogelijk veel **impact** hebben
- Aantallen patiënten als uitgangspunt
- Veel impact kan ook bij kleinere groep patiënten
- Verkennende analyse: top 10 nog niet in beton gegoten



18



Signalen uit gesprekken



19



Criteria onderwerpen

1. Impact voor de patiënt en de maatschappij
2. Draagvlak voor het onderwerp bij partijen
3. Nog niet aangepakt in de praktijk
4. Meerdere bronnen bevestigen dat zorg beter kan
5. Passend binnen de taken van het Zorginstituut

Niet:

- innovaties
- kennishiaten waarvoor langdurend onderzoek nodig is
- financieringsproblemen

20



Werkwijze

- In vier groepen
- 10 minuten per poster
- Rouleren

21



Indeling groepen

Geel

Lumien van der Meer
Afaf Azourak
John Wokke
Jetty van Meeteren

Blauw

Anne Kors-Walraven
Michiel Lindhout
Monique Lindhout
Esther Verstraete
Arnoud Vincent
Anne Marie ter Steeg

Rood

Leen Voogt
Eric Fivet
Margriet Bouma
Agnita Stadhouders
Geert-Jan Rutten
Raphael Hemler

Groen

Frans Kingma
Masja van Hoofd
Carla Aalderink
Eline Tuyn
Hilko Ardon

22



Diner



23



Signalen prioriteren en bespreken



24



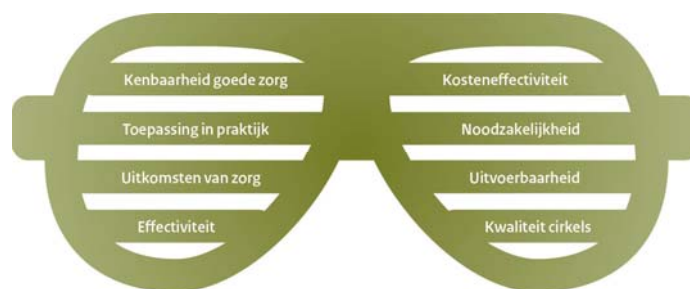
Planning en vervolgstappen



25



Analyse van onderwerpen



26



Samenwerking

- Verslag startbijeenkomst screeningsfase: beoordelen
- Uitvoeren systematische analyse:
uitzetten eventueel aanvullend onderzoek (DAS)
- Vervolgbijsamenkomst: bevindingen interpreteren en mogelijke verdiepingsonderwerpen bepalen
- Schriftelijke consultatie: rapport systematische analyse beoordelen

27



Meer informatie over lopende dossiers op onze werkagenda

<https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/zenuwstelsel/zinnige-zorg-screening-ziekten-van-het-zenuwstelsel>

Voor vragen: Ingrid de Groot
E-mail: Igroot@zinl.nl

28

Klacht - aandoening	Diagnose	Behandeling	Revalidatie	Nazorg
Totaal neurologische aandoeningen	<ul style="list-style-type: none"> • (H)erkennen van onzichtbare gevolgen specifieke klachten van hersenletsel, met name gericht op het functioneren (breed). Zowel in de acute als in de chronische fase. Wordt niet goed in verband gebracht met het eerdere hersenletsel. • Waar moet deze persoon naar toegestuurd worden? (kennishiaat). 	<ul style="list-style-type: none"> • Samen beslissen: relatie patiënt - neuroloog verbeteren. Zowel bij diagnose als bij de behandeling. Implementatie drie goede vragen voor houvast van patiënt verbeteren. • In het Erasmus loopt een proef waarbij gesprekken tussen arts en patiënt worden opgenomen, zodat de patiënt het gesprek later kan naluisteren. 	<ul style="list-style-type: none"> • Indicatiestelling: Onduidelijkheid indicatiestelling en wat de optimale behandeling is. • Uitvoering mantelzorgparticipatie divers en lastig. • Bespreekbaar maken van zingeving en seksualiteit moeilijk. • Toename complexe patiënten: Complexiteit patiënten neemt toe, revalidatie onvoldoende toegerust op mogelijke risico's. • Verbeteren communicatie en uniforme verslaglegging zorgverleners. • Er lijken verschillende visies op mantelzorg. Er zijn verschillende verwachtingen over wat een mantelzorger kan en wil en zou moeten kunnen en willen. • Nijpend tekort aan verpleegkundigen niveau 4 of 5. 	<ul style="list-style-type: none"> • Geen doorverwijzing naar psycholoog mogelijk. Wordt herkend door NHG en door specialisten. • Afstemming met gemeentes over begeleiden van het ontslag en organiseren van zorg thuis. • Langdurige bewustzijnsstoornissen. • Zorg voor Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH) is versnipperd. De ketenzorg moet verbeterd worden.

Klacht - aandoening	Diagnose	Behandeling	Revalidatie	Nazorg
			<ul style="list-style-type: none"> • Veilig Incident Melden (VIM): protocol niet altijd gevolgd. • Er zijn wachttijden voor revalidatie. • Organisatie van zorg voor mensen met hersenletsel moet beter. 	
<p>Samenvatting en conclusie: Deze overkoepelende poster bevestigde vooral de signalen opgehaald bij de specifieke aandoeningsposters. Maar wel nog een belangrijke aanvulling, namelijk signaal om de situatie van patiënten met een neurologische aandoening breder in beschouwing te nemen. Kijk niet alleen naar de medische kant, maar ook naar de gevolgen en de invloed hiervan op het functioneren.</p>				
LRS	<p>Overdiagnostiek: Variatie: MRI door huisartsen niet geadviseerd, maar gebeurt toch of te snel. Het nut van de MRI wordt door de huisarts onvoldoende toegelicht. Als een MRI gemaakt wordt, dan is de interpretatie richting patiënt vaak lastig. De MRI biedt geen uitkomst om het probleem van de patiënt te verklaren.</p> <p>Ontwikkeling HNP poli's voor diagnostiek in één dag, terwijl daar geen indicatie voor is op grond</p>	<p>Variatie in behandeling: Relatief veel hernia-operaties vergeleken bij buitenlandse cijfers.</p> <p>Praktijkvariatie bij ernstige pijn (sommige praktijken overwegen doorverwijzing wortelblokkade en/of operatie, wanneer wat bij wie?).</p> <p>Doorverwijzen: (Te) snel doorverwijzen naar tweede lijn. (Te) veel doorverwijzen naar fysiotherapeut in acute fase.</p> <p>Overbehandeling/effectiviteit:</p>		Chronische pijn na operatie (Failed Back Surgery Syndrom, FBSS) heeft grote impact.

Klacht - aandoening	Diagnose	Behandeling	Revalidatie	Nazorg
	<p>van bijv. aard, ernst en duur van de klachten.</p> <p>Wachttijd: De wachttijd voor een MRI bij de neuroloog is lang.</p>	<p>(Te) snel epidurale injecties (niet bewezen effectief, en duur i.v.m. dagopname).</p> <p>Effectiviteit: Wat is de waarde van injecties bij LRS t.o.v. een operatie?</p> <p>Overbehandeling: Onnodig fysiotherapie in acute fase?</p> <p>Onduidelijkheid over ketenzorg: Kan de neuroloog uit de keten (zoals nu al gebeurt bij behandelcentra)?</p> <p>Wachttijd: Er wordt gewacht met opereren volgens de richtlijn. Maar: sommige patiënten met zeer ernstige pijnklachten waarbij het probleem 'klip en klaar' is moeten wel erg lang wachten.</p> <p>Effectiviteit: Patiënten worden vanwege het oplopen van de wachttijd regelmatig doorgestuurd naar een pijnspecialist (anesthesiologen) voor het zetten van een wortelblokkade. Dit is een behandeling met weinig risico's en kan de patiënt helpen de periode tot (eventuele) operatie te</p>		

Klacht - aandoening	Diagnose	Behandeling	Revalidatie	Nazorg
		<p>overbruggen. De vraag is wel wat de effectiviteit van deze behandeling is. Daarbij is de wachttijd voor deze behandeling ook erg lang.</p> <p>Patiënteninformatie: Patiënten hebben behoefte aan een duidelijk behandelplan, maar vaak worden ze nog doorgestuurd voor MRI en moeten dan lang wachten op dit plan. Hierdoor is voor hen niet duidelijk hoe het behandeltraject eruit zal zien.</p>		
<p>Samenvatting en conclusie: LRS wordt als mogelijk onderwerp voor de verdiepingfase geselecteerd. Het gaat om de behandeling in de hele keten, incl. timing van en uitleg over MRI's, positie van de neuroloog, wachttijden, praktijkvariatie en inzet wortelblokkades en andere anesthesiologische behandelingen. N.B.: het Zorginstituut heeft niet de middelen om wachttijden aan te pakken. Capaciteit moet in overleg tussen zorgverzekeraars en zorgverleners aan de orde komen.</p>				
CTS	<p>Diagnosestelling: Twijfel over noodzaak van betrokkenheid neuroloog bij diagnostiek (zoals opgenomen in richtlijnen). Kan er rechtstreeks verwezen worden naar de plastisch chirurg?</p> <p>Overdiagnostiek: Wat is de rol van EMG-onderzoek?</p> <p>Optimale inrichting van de ketenzorg:</p>			

Klacht - aandoening	Diagnose	Behandeling	Revalidatie	Nazorg
	<p>Onduidelijkheid van de keten bij klassiek CTS.</p> <p>Kennishiaat: Wat is beter: eerst injectie of direct opereren? Er loopt een onderzoek naar effectiviteit injectie vs. operatie (door het AMC - SEENEZ).</p>			
Samenvatting en conclusie: Carpaal Tunnel Syndroom (CTS) wordt als onderwerp geselecteerd als mogelijk onderwerp voor de verdiepingsfase. Het gaat om de behandeling van CTS in de hele keten.				
Commotio/NAH/CVA	<p>Criteria aanvullend onderzoek.</p> <p>Geen of late diagnose.</p> <p>Identificeren van cognitieve klachten na NAH.</p> <p>Chronische gevolgen LTH: kennishiaat van neurologen/huisartsen.</p> <p>Misdiagnostiek bij patiënten met langdurige bewustzijnsstoornissen.</p> <p>'Onzichtbare' gevolgen. Goede diagnose ◊ goed vervolgtraject.</p> <p>Mogelijke oplossing? Screening/polibezoek na 3</p>	<p>Naleven richtlijn: De aanbevelingen in de Zorgstandaard Traumatisch hersenletsel worden onvoldoende nageleefd (indicatie van revalidatietherapie en frequentie). Er is een richtlijn voor licht traumatisch hersenletsel, niet voor zwaar traumatisch hersenletsel en niet voor nazorg.</p> <p>Onderbehandeling: Negen van de tien patiënten krijgt geen behandeling/verwijzing voor geriatrische revalidatie.</p> <p>Onderbehandeling: Patiënten met licht traumatisch hersenletsel ervaren op den duur soms klachten. Die klachten worden slecht gelinkt met het doorgemaakte hersenletsel.</p>	<p>Meer tijd nodig voor goede indicatiestelling (geldt voor CVA en is regionaal verschillend)</p> <p>Effectiviteit revalidatie (?)</p> <p>CVA: krijgt iedereen revalidatie? Criteria voor revalidatie.</p> <p>Wat is goede revalidatie?</p> <p>Geen mogelijkheid voor bijstelling. (binnen korte tijd moet de indicatie voor revalidatie gesteld worden, terwijl dit nog kan veranderen).</p> <p>Onvoldoende behandeling bij langdurige</p>	<p>Bij start revalidatie in verpleeghuis overplaatsing naar revalidatiecentrum niet mogelijk.</p> <p>Herkennen late gevolgen van CVA/NAH, zoals concentratie, depressie, angst en vermoeidheid. Mogelijk oplossing? Nazorg poli.</p>

Klacht - aandoening	Diagnose	Behandeling	Revalidatie	Nazorg
	maanden.	Behandeling wordt daardoor (te) laat ingezet. Prognostische informatie: (ontbreekt die?) Behandeling op maat: (moet dit beter?)	bewustzijnsstoornissen > 25 jaar. Aanpassingen thuis niet tijdig (WMO). Aansluiting 1e en 2e lijn bij ontslag. Voldoende kennis in de 1e lijn? Rol ergotherapeut. Vergoeding?	
Samenvatting en conclusie: Zowel bij NAH als bij CVA onderkennen partijen problemen bij het niet of te laat identificeren van gevolgen van NAH of CVA ("onzichtbare gevolgen"). Het gaat zowel om patiënten waarbij de gevolgen in eerste instantie te licht zijn ingeschat, als om ernstig aangedane patiënten die mogelijk niet in het juiste revalidatietraject terecht komen. Comotio cerebri en Hoofdpijn zijn in de discussie minder als knelpunt naar voren gekomen. NAH (inclusief CVA) wordt geselecteerd als mogelijk onderwerp voor de verdiepingfase.				
MS	Beeldvormende diagnostiek: Verdeeldheid veld over diagnostiek. Dit signaal wordt niet herkend door de NVN. De MSVN geeft aan dat de huidige richtlijn niet compleet is. Er mist informatie over onderwerpen die voor de patiënt zeer relevant zijn: blaas- en darmproblemen, oogproblemen en pijn & spasmen. Ook ontbreekt er een patiëntenversie. De richtlijn zou ook niet nageleefd worden of is	Over- en onderbehandeling: Er vindt zowel over- als onderbehandeling plaats. Bepaalde medicatie wordt eerder ingezet dan volgens richtlijn wordt aanbevolen. MS Vereniging Nederland: <ul style="list-style-type: none"> • Toegankelijkheid: In de VS zijn vaak al effectieve medicijnen beschikbaar voor patiënten, terwijl dat in Nederland niet het geval is. • Kennishiaat: Wat is de effectiviteit en veiligheid van stamcel-transplantatie bij een 		MDO eerstelijns: Opvang in eerste lijn: zijn er voldoende zorgaanbieders met de juiste competenties? Fysiotherapie (te) specialistisch. (Te) weinig gelegenheid voor MDO in eerstelijns (probleem = geld). Er moet contact zijn tussen huisarts en revalidatiearts. Er moeten neuronnetwerken komen. Er loopt nu een onderzoek in Leiden naar 1 ^e lijns- neuronnetwerk. Als deze

Klacht - aandoening	Diagnose	Behandeling	Revalidatie	Nazorg
	<p>onvoldoende geïmplementeerd. (Zo wordt een geneesmiddel soms niet op het juiste moment in de behandeling ingezet). Hoewel de richtlijn herzien wordt, is de verwachting dat dit alleen het deel over medicijnen zal betreffen.</p> <p>De MSVN brengt in dat er een soort tweedeling lijkt te ontstaan tussen 3 universitair medische centra enerzijds en de MS zorg op overige plekken. Deze tweedeling is ongewenst. Er zou meer contact moeten zijn tussen deze netwerken.</p>	<p>selecte groep MS patiënten?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toegankelijkheid: Door standpunt van ZIN over medicinale cannabis is toegankelijkheid van de behandeling afgenomen. In deze beoordeling is niet meegenomen dat gebruik van medicinale cannabis mogelijk kan leiden tot minder gebruik van reguliere medicatie. 		<p>pilot succesvol is, zal dit landelijk geïmplementeerd worden.</p>
<p>Samenvatting en conclusie: Bij MS wordt herkend dat er sprake is van praktijkvariatie. De richtlijn van neurologen uit 2012 wordt herzien. Ook is een multidisciplinaire richtlijn in ontwikkeling. Het Zorginstituut is hierbij betrokken en zal signalen over blaas- en darmproblemen, oogproblemen en pijn en spasmen inbrengen. MS wordt niet geselecteerd als mogelijk onderwerp voor de verdiepingsfase. N.B.: Problemen rond toegankelijkheid van medicatie zijn vanwege wet- en regelgeving over medicatie niet door het Zorginstituut op te lossen. Het Zorginstituut heeft ook niet de middelen om wachttijden aan te pakken. Capaciteit moet in overleg tussen zorgverzekeraars en zorgverleners aan de orde komen. Er komt een MS-register, wat bijdraagt aan informatie over volgorde van behandelingen, bijwerkingen etc.</p>				
Parkinson	<p>Kennis over Parkinsonismen:</p>	<p>Wachlijst: Lange wachlijsten (1,5 – 2 jr) voor plaatsen van neuromodulatie bij patiënten met ziekte van Parkinson vanwege: - Inkoopprobleem?</p>	<p>Revalidatie: Evidence en onderbouwing voor revalidatiebehandeling ontbreekt en leidt mogelijk tot onderbehandeling in deze fase.</p>	<p>MDO eerstelijns: Opvang in eerste lijn: zijn er voldoende zorgaanbieders met de juiste competenties? Fysiotherapie (te)</p>

Klacht - aandoening	Diagnose	Behandeling	Revalidatie	Nazorg
		<ul style="list-style-type: none"> - Inspectie? - Steeds meer mensen komen voor deze behandeling in aanmerking. - Als te lang wordt gewacht met plaatsen, kan de patiënt te slecht geworden zijn om neuromodulatie te krijgen. - Capaciteit parkinsonverpleegkundigen onvoldoende. - In Leiden gaat men nu de procedure aan om vergunning te krijgen om deze behandeling te kunnen doen. <p>Kosteneffectiviteit: Levodopa-pomp vs. neuromodulatie bij ziekte van Parkinson (kennishiaat).</p> <p>Parkinsonmedicatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aanlevering van verpakkingsmateriaal van medicijnen: Parkinsonpatiënt heeft hulp nodig bij openen van medicatie. • Beschikbaarheid van geneesmiddelen: tekorten van (merk)middelen zorgen voor leveringsproblemen. Wisselingen in de medicatie komen vaak voor en zijn niet 		<p>specialistisch.</p> <p>(Te) weinig gelegenheid voor MDO in eerste lijn (probleem = geld).</p> <p>Hoofdbehandelaar niet de huisarts, maar revalidatiearts</p> <p>Beschikbaarheid van gespecialiseerd verpleegkundigen en daarmee de aandacht (kennis/tijdsbesteding) voor psychosociale en maatschappelijke problemen.</p> <p>Kans op onderdosering Parkinsonmedicatie door onvoldoende kennis hierover.</p> <p>Medicatieaanpassing zonder consultatie neuroloog kan leiden tot onderbehandeling (dosering van medicatie) in verpleeghuis. Er is een proefschrift 'Handreiking voor handleiding in verpleeghuizen'. Moet geïmplementeerd worden en daar is hulp bij nodig. De vraag is of het een</p>

Klacht - aandoening	Diagnose	Behandeling	Revalidatie	Nazorg
		<p>zonder risico's.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beschikbaarheid van gespecialiseerde verpleegkundigen en daarmee de aandacht (kennis/tijdsbesteding) voor psychosociale en maatschappelijke problemen. • Kans op onderdosering Parkinsonmedicatie door onvoldoende kennis. • Werk(begeleiding): (Gebrekkige) eenduidigheid over reintegratietrajecten. • Voldoende kennis bij bedrijfsartsen over progressieve karakter en belastbaarheid over de tijd? • Effectiviteit medicinale cannabis niet duidelijk en gebruik ook niet altijd zonder risico's. • Toegankelijkheid van therapeuten in de eerste lijn kan beperkt worden door rigide inkoopbeleid van verzekeraars. • Er gaat een onderzoek lopen naar de meerwaarde van parkinsonverpleegkundigen. 		<p>regieprobleem is. Spelen schotten en financiering een rol?</p> <p>Care: te weinig tijd voor en kennis voor implementatie. Huisartsen zien slechts 2 patiënten per jaar.</p>
<p>Samenvatting en conclusie: Bij Parkinson komt het signaal naar voren dat met name de zorg patiënten in verpleeghuizen niet goed geregeld is. Daar vindt mogelijk onderbehandeling plaats doordat verzorgenden onvoldoende kennis hebben van medicatie en de neuroloog te weinig betrekken bij aanpassingen daarin. Ziekte van Parkinson wordt geselecteerd als mogelijk onderwerp voor de verdiepingfase.</p>				
Duizeligheid	Onvoldoende samenwerking tussen neuroloog en kno-	<p>Medicamenteuze behandeling: Bij ziekte van Ménière.</p>		

Klacht - aandoening	Diagnose	Behandeling	Revalidatie	Nazorg
	arts bij complexe diagnostiek.	Inzet van multidisciplinaire poli's zou <i>best practice</i> kunnen zijn.		
Samenvatting en conclusie: Duizeligheid wordt niet geselecteerd als mogelijk onderwerp voor de verdiepingsfase.				
Epilepsie	<p>Er is onvoldoende aandacht voor psychosociale zorg vanaf de diagnose tot en met de nazorg.</p> <p>Moet aanvalsmonitoring een plaats hebben in de diagnostiek?</p> <p>Aanwezige kennis over subcategorieën is onvoldoende bekend bij diagnostiserende artsen.</p>	Wachttijd voor epilepsie-chirurgie en doorlooptijd te lang.		
<p>Samenvatting en conclusie: Epilepsie wordt als geselecteerd als mogelijk onderwerp voor de verdiepingsfase. Het gaat om de behandeling in de gehele keten.</p> <p>N.B.: Het Zorginstituut heeft niet de middelen om wachttijden aan te pakken. Capaciteit moet in overleg tussen zorgverzekeraars en zorgverleners aan de orde komen.</p>				
Hoofdpijn/migraine	<p>CT-scan door huisarts aangevraagd i.p.v. door de tweedelij.</p> <p>Beeldvormende diagnostiek: Niet aanbevolen bij niet-acute hoofdpijn, maar onder druk van de patiënt toch uitgevoerd.</p>			
Samenvatting en conclusie: Ppartijen noemen nagenoeg geen knelpunten in de zorg bij hoofdpijn. Hoofdpijn wordt niet geprioriteerd als mogelijk onderwerp				

Klacht - aandoening	Diagnose	Behandeling	Revalidatie	Nazorg
voor de verdiepingfase.				
Hersentumoren bij kinderen		<p>Vergoedingsstatus geneesmiddel: In Máxima Medisch Centrum kleine groep behandeld met zeer duur geneesmiddel. Vergoedingsstatus onduidelijk.</p> <p>Verschillende partijen vinden dit geen onderwerp voor Zinnige Zorg.</p>		
Samenvatting en conclusie: Partijen vinden Hersentumoren bij kinderen geen mogelijk onderwerp voor de verdiepingfase.				
Hersentumoren		<p>Onderbehandeling: In de richtlijn staat dat binnen zes weken gestart moet worden met bestraling. Dit wordt soms niet gehaald.</p> <p>Dit signaal blijkt volgens partij die het inbracht bij nader inzien toch niet zo te zijn. Het wordt niet als relevant onderwerp voor Zinnige Zorg gezien.</p> <p>Er lijkt praktijkvariatie bij de behandeling van een hersentumor, met name in het aantal uitgevoerde operaties. Het ene ziekenhuizen doet meestal alleen een biopt, terwijl in het andere ziekenhuis meestal een operatie volgt (kennishiaat).</p>	Op dit moment wordt vaak geen revalidatie gedaan bij patiënten met een hersentumor die erg zwak zijn, en bijvoorbeeld bezig zijn met radiotherapie of chemotherapie. Men vraagt zich af of 'niets doen' in dit geval wel het beste is (kennishiaat).	
Samenvatting en conclusie: Partijen vinden Hersentumoren geen mogelijk onderwerp voor de verdiepingfase.				

