



Zorginstituut Nederland

Zorginstituut magazine

kwartaalblad van
Zorginstituut Nederland
december 2017

Psychiater Wiepke Cahn:

“Krijgt psychiatrisch
patiënt wel de juiste
lichamelijke zorg?”

Betere afstemming
IGJ, NZa en
Zorginstituut

Betrouwbare
uitkomstinformatie
voor Samen Beslissen

Inhoud

6 Interview NZa, IGJ en Zorginstituut

Het Zorginstituut, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) werken nauwer samen, zodat zij de kwaliteit in de zorg effectiever kunnen stimuleren en hetzelfde verhaal vertellen.

12 Hoe komen geneesmiddelen in het basispakket?

Als een nieuw geneesmiddel op de Nederlandse markt komt, wordt het niet altijd meteen toegelaten tot het basispakket. Of het medicijn eerst door het Zorginstituut beoordeeld wordt, hangt af van verschillende factoren. Welke?

20 ICHOM-gegevens

Om samen te kunnen beslissen over de te volgen behandeling, moeten zorgverleners én patiënten kunnen beschikken over betrouwbare informatie over de effecten van die behandeling. ICHOM-gegevenssets spelen hierin een belangrijke rol. Maar wat is ICHOM?

24 Medicinale cannabis niet vergoed

Recente wetenschappelijke publicaties geven geen aanleiding tot een herbeoordeling van medicinale cannabis. Het middel komt dus niet in het basispakket, waardoor patiënten hun 'mediwiet' zelf blijven betalen. Toch zijn er lichtpuntjes.

28 Subsidie anonieme e-mental health

Als de schaamte te groot is om professionele hulp te vragen, kan anonieme e-mental health uitkomst bieden. Aanbieders van deze zorg kunnen hiervoor subsidie aanvragen bij het Zorginstituut. Gripopjedip.nl en Proud2Bme zijn daar twee voorbeelden van.



Rubrieken

9 Column Martin van der Graaff

10 Tien vragen aan: Michiel van Agtmael

14 Feiten & Cijfers

16 De andere blik
Psychiater Wiepke Cahn pleit voor integratie van psychiatrie en andere medische specialismen.

23 Zinnige Zorg
Lopende trajecten binnen Zinnige Zorg.

26 Aan het bureau / aan het bed
Theorie vs. praktijk over de afspraken rondom het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg.

31 Elevator Pitch
Het werk van Rudi van der Valk van het Zorginstituut in 200 woorden gevat.

32 Over zorg gesproken

Werken met ambitie

voorwoord

In het nieuwe regeerakkoord van het kabinet Rutte III valt meerdere keren het woord ambitie. In de inleiding lees en proef ik een overtuiging, een drive, passie, misschien zelfs hier en daar een beetje boosheid op voorhand: “Deze agenda brengt Nederland verder. (...) En ja, het politieke landschap is versplinterd. En ja, de financiële mogelijkheden zijn nog altijd begrensd. En ja, iedereen wil liever zijn eigen gelijk dan een compromis uitleggen. Maar daarin berusten, brengt niemand verder. We willen verantwoordelijkheid nemen en vooruit komen in de beste traditie die ons land rijk is: in Nederland trekken we samen op als het erop aankomt en gaan we niet tegenover elkaar staan. We zijn vóór verschillen, maar tegen tegenstellingen. Met die energie willen we samenwerken met alle partners om dit prachtige land nog beter te maken voor iedereen.”

In september - nog vóór het nieuwe regeerakkoord - heeft het Zorginstituut zijn plannen voor 2018 bij VWS ingediend. In plaats van een opsomming van producten vonden we het inspirerend om ambities voor de komende jaren te laten zien en hoe we die in 2018 invullen. ‘Ambities’; het hangt in de lucht om in ambities te denken. Positief vooruit denken! Het Zorginstituut heeft drie ambities waarop we met praktijkpartijen en met de publieke driehoek (NZA, IGJ en Zorginstituut) de uitdaging willen aangaan. Om burgers echt in positie te brengen in de gezondheidszorg willen we graag dat ze goed geïnformeerd hun keuzes kunnen maken. Onze bevoegdheden op het gebied van het vastleggen en ‘verbindend verklaren’ van verschillende standaarden en *outcome*-indicatoren als ICHOM zullen we daar gericht voor inzetten. Dat doen we ook om eraan bij te dragen dat de zorg steeds beter wordt. Nederland behoort tot de top en dat moet zo blijven. Dan hebben burgers ook iets goeds te kiezen. Zo zijn we er trots op dat we een *point of no return* hebben kunnen passeren in de verbetering van de verpleeghuiszorg. Dan voeg je maatschappelijke waarde toe, ook al kost dat tot schrik van de financiële departementen kille pecunia!

Maar we weten natuurlijk heel goed dat de bomen niet tot in de hemel groeien. Alles hangt af van de blijvende bereidheid van de burger om solidair te zijn, nu en in de toekomst. Dat laat zich niet uitdrukken in een percentage van het BBP. Wel hangt dat bijvoorbeeld af van het rechtmatig (‘naar de mate van het recht’) en doelmatig (‘naar de mate van het doel’) besteden van middelen. Als je als overheid burgers verplicht zich te verzekeren voor een prachtig maatschappelijk doel als gezondheidszorg, dan willen ze daar op zijn minst een verantwoorde, zinnige besteding voor terug. Daar ligt onze derde ambitie: een zo groot mogelijke gezondheidsopbrengst van de zorgeuro’s.

Onze ambities stoelen op belangrijke maatschappelijke waarden: individuele keuzevrijheid en gezamenlijke solidariteit in de zorg. De beste zin in het regeerakkoord is dan ook de openingszin: “In Nederland gaan individuele vrijheden en een hecht collectief hand in hand.”

Arnold Moerkamp

Voorzitter Zorginstituut Nederland

Korte berichten

Mijn Zorg Log wint award beste ICT-project



ICT-vakblad *Computable* heeft Mijn Zorg Log van het Zorginstituut vorige maand verkozen tot beste ICT-project van het jaar in de zorg. De vakjury van de *Computable Awards 2017* riep de blockchainoplossing uit tot winnaar.

Peter Snaterse van het Zorginstituut: “Een prijs als deze winnen is een erkenning voor onze aanpak. We hebben er bewust voor gekozen een concrete oplossing te bouwen met blockchaintechnologie, in plaats van een uitvoerig rapport te schrijven over hoe het zou kunnen werken. Zo ontdekken we samen met partijen in de zorg en ondersteuning hoe de zorg er uit kan zien wanneer je blockchain toepast. Het is

verrassend dat er zo veel mogelijk is wat voorheen niet kon. Administratieve processen kunnen echt anders ingericht worden, en nog belangrijker: de burger krijgt meer regie over zijn gegevens. We komen tot dit eindresultaat doordat we al in een vroegtijdig stadium juristen, techneuten en mensen met kennis over het zorgproces lieten samenwerken.” Het winnen van de Award is geen eindpunt. Integendeel: op dit moment lopen de voorbereidingen voor een kleinschalige praktijkproef van Mijn Zorg Log om vast te stellen wat blockchain betekent voor de administratieve processen.

Advies: neem ataluren bij spierdystrofie van Duchenne niet op in GVS

Het Zorginstituut adviseerde de minister voor Medische Zorg en Sport onlangs om ataluren (Translarna®) niet op te nemen op lijst 1B van het Geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS). Uit onderzoek blijkt dat ataluren een therapeutische minderwaarde heeft ten opzichte van het placebo. Daarnaast is ataluren op basis van de gehanteerde criteria geen kandidaat voor voorwaardelijke toelating. Ataluren is een weesgeneesmiddel en geïndiceerd voor spierdystrofie van Duchenne als gevolg van een nonsense mutatie in het dystrofine-gen (nmDMD) bij ambulante patiënten van vijf jaar en ouder.

Daratumumab bij multipel myeloom nog niet in basispakket

Eind vorige maand adviseerde het Zorginstituut om het geneesmiddel daratumumab niet op te nemen in het basispakket. Alleen als door prijsonderhandeling de kosteneffectiviteit van deze behandeling verbeterd en de impact op het zorgbudget gereduceerd wordt, kan het middel voor vergoeding in aanmerking komen.

Daratumumab kan in combinatie met andere geneesmiddelen ingezet worden bij patiënten die minstens één eerdere behandeling hebben gehad voor multipel myeloom (de ziekte van Kahler), een aandoening waarbij er sprake is van een kwaadaardige woekering van plasmacellen.

Door de hoge prijs van daratumumab zijn de kosten van zo'n combinatietherapie aanzienlijk: in totaal 67 tot 76 miljoen euro per jaar. Om het middel toch zo snel mogelijk beschikbaar te maken voor de patiënten wijst het Zorginstituut op de verantwoordelijkheid van partijen om de onderhandelingen zo kort mogelijk te laten duren. Vanuit het patiëntperspectief zou het geneesmiddel ook tijdens de onderhandeling door en voor rekening van de fabrikant ter beschikking moeten worden gesteld aan de patiënt.

Steeds meer uitkomstindicatoren in medisch-specialistische zorg

In 2018 neemt het gebruik van uitkomstindicatoren in de medisch-specialistische zorg toe. Dit blijkt uit tellingen door het Zorginstituut van het aantal vastgestelde indicatoren waarover zorginstellingen volgend jaar verplicht of vrijwillig gegevens openbaar maken. De stijging van het aantal uitkomstindicatoren weerspiegelt de gezamenlijke inspanningen om bij het meten van de zorgkwaliteit de focus te verschuiven naar het resultaat voor de patiënt. Het Zorginstituut speelt hierin een stimulerende rol; zie ook het artikel over ICHOM op pagina 20 van dit magazine.

Ggz-aanbieders publiceren kwaliteitsstatuut op website

Vrijwel alle ggz-aanbieders hebben een kwaliteitsstatuut opgesteld waarin staat welke zorg zij aanbieden en hoe die georganiseerd is. Zij hebben dat ook op hun website gepubliceerd, zodat mensen kunnen zien voor welke zorg zij bij de aanbieder terecht kunnen. Zorgaanbieders in de ggz moeten sinds januari een kwaliteitsstatuut hebben. Inmiddels hebben 374 ggz-instellingen en 4.536 regiebehandelaren in de ggz aan die eis voldaan. Dat blijkt na een gezamenlijke controle van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het Zorginstituut. Zij controleerden samen de websites van 250 ggz-aanbieders. Deze aanbieders zijn goed voor circa 88 procent van de vergoedingen voor ggz uit de Zorgverzekeringswet. Van deze 250 aanbieders hadden 32 het kwaliteitsstatuut niet op de website staan. Deze zijn gebeld, waarna zij hun kwaliteitsstatuut alsnog hebben gepubliceerd.

Advies vaccinatie rotavirus

De Gezondheidsraad en het Zorginstituut adviseerden de minister eind september om alleen kinderen met een risicofactor te vaccineren tegen het rotavirus. Het rotavirus veroorzaakt vooral bij baby's en peuters een ontsteking in de maag en de darmen. Dat kan leiden tot koorts, misselijkheid, overgeven en diarree. Kinderen die te vroeg geboren worden, een laag geboortegewicht of een aangeboren afwijking hebben, vallen onder de risicogroep.



Het is ook een optie om de vaccinatie onder te brengen in het Rijksvaccinatieprogramma, zodat alle kinderen worden ingeënt. Dit levert meer gezondheidswinst op, maar de vraagprijs voor de vaccins is op dit moment te hoog. Algemene vaccinatie voorkomt jaarlijks ongeveer 1.900 tot 3.400 door het rotavirus veroorzaakte ziekenhuisopnames bij kinderen jonger dan vijf jaar. Mogelijk worden er dan ook vijf tot zes sterfgevallen per jaar voorkomen. Beide organisaties hebben vanuit hun eigen taak een advies opgesteld. In een gezamenlijke notitie legden de organisaties de minister voor welke gevolgen deze keuze heeft voor de financiering van de vaccinaties.

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

Weten waar de ander aan werkt

Betere afstemming in publieke driehoek

Het Zorginstituut, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) werken nauwer samen. Elke organisatie heeft een coördinator aangesteld die activiteiten in de ‘publieke driehoek’ afstemt en regelmatig overlegt met de eigen bestuurder. Dit moet ertoe bijdragen dat de drie effectiever de kwaliteit in de zorg kunnen stimuleren en hetzelfde verhaal vertellen.

Tekst Jos Leijen

Beeld De Beeldredactie | Christiaan Krouwels

Ronnie van Diemen (IGJ), Marian Kaljouw (NZa) en Sjaak Wijma (Zorginstituut) begroeten elkaar als oude bekenden. Ze hebben elkaar het afgelopen jaar vaak gezien rond het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, dat in januari is opgenomen in het Register. Het kwaliteitskader is nu de wettelijke basis voor de kwaliteit van de verpleeghuiszorg. Alle drie de organisaties houden zich bezig met de kwaliteit van de zorg, elk op het eigen domein. “Wij stellen feitelijk vast waaraan de kwaliteit moet voldoen”, legt Wijma uit. “De ‘private driehoek’ van zorg-aanbieders, verzekeraars en patiënten formuleert gezamenlijk in een kwaliteits-

document wat volgens hen de kwaliteit van zorg zou moeten zijn en biedt dat aan voor inschrijving in het Register. Het Zorginstituut begeleidt en stimuleert hen in dat traject en toetst de voorgedragen inschrijving.”

Van Diemen: “De weg van theorie naar praktijk vraagt continu afstemming tussen ons en met alle betrokkenen in het veld”

Tenzij het veld er niet uitkomt?

“Als de partijen het niet eens worden, gaat de Kwaliteitsraad aan het werk. Dat is een adviescommissie van het Zorginstituut. De Kwaliteitsraad bestaat uit deskundigen uit de volle breedte van de zorg. En dan nog blijft het veld aan zet. De Kwaliteitsraad legt zijn voorstellen voor aan de betrokken zorgpartijen maar hakt de knoop zelf door. Altijd vanuit het perspectief van de patiënt.” Van Diemen: “Bij de implementatie van een kwaliteitsstandaard ligt het primaat ook bij de zorgpartijen. De rol van de IGJ is vooral om erop toe te zien dat partijen binnen een bepaalde periode de criteria uit de standaard tot praktijk maken. Dat doen we door te observeren: hoe is het gesteld? Waar gaat het goed, waar is extra aandacht nodig? Als instellingen het niet op orde krijgen, kunnen we ingrijpen.” Kaljouw: “Wat de NZa doet is complementair aan wat het Zorginstituut en de Inspectie doen. Wij reguleren de markt. Dat is overi-

gens meer dan praten over bekostiging en financiering. Wij stellen de prestaties vast. We houden ons bezig met de wat-vraag, niet hoe. We bemoeien ons niet met de inhoud. Dat is het terrein van de IGJ. Wij reguleren kwantitatief de markt binnen de financiële kaders die zijn gesteld door de politiek. Als het goed is, sluit wat het Zorginstituut, de IGJ en de NZa doen naadloos aan.”

En sluit het aan?

Wijma: “We zijn nu begonnen om de afstemming naadloos te krijgen. We hebben na de opname van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg in het Register gemerkt dat er veel gezamenlijk overleg nodig is. Soms denken wij dat het naadloos is, maar blijken er in het veld toch veel vragen te zijn. Toen het kader net was opgeleverd, hebben de IGJ en het Zorginstituut een toer gemaakt langs vijftien verpleeghuizen om per regio de partijen in het veld te informeren. Dan merk je dat zaken verschillend worden geïnterpreteerd. Het is dan belangrijk dat we in afstemming het gesprek aangaan. We hoeven niet alles samen te doen, maar moeten wel van elkaar weten waar we mee bezig zijn.” Van Diemen: “We moeten ervoor waken dat we de buitenwereld niet verrassen met tegenstrijdige berichten. Afstemming is nodig om hetzelfde verhaal te vertellen. Dat voorkomt verwarring en helpt de mensen in het veld. Het is goed dat we samen aan tafel zitten als het veld met voorstellen komt over hoe ze het kader kunnen implementeren. Dan spelen alle vragen door elkaar. Over kwaliteit, financiering, verdere ontwikkeling van het kader. De weg van theorie naar praktijk vraagt continu afstemming tussen ons en met alle betrokkenen in het veld.”



V.l.n.r.: Ronnie van Diemen, Sjaak Wijma en Marian Kaljouw

Hoe is die afstemming gegaan met het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg? Er was grote commotie toen in september bleek dat de nieuwe kwaliteitseisen betekenen dat de kosten met 2,1 miljard euro stijgen. Wijma: “Wat er is gebeurd, is dat er in dat kader een personeelsnorm vastgesteld moest worden. Daar werden partijen het niet over eens. Omdat onderbouwing voor een personele norm in de sector ontbrak hebben we een tijdelijke norm vastgesteld. Wat moet er minimaal geregeld zijn, in de wetenschap dat er ultimo 2018 een definitieve onderbouwde contextgebonden norm wordt opgeleverd.” Kaljouw: “Er waren grote zorgen over de kwaliteit van verpleeghuizen. Partijen in het veld kwamen er samen niet uit. Dan heeft het Zorginstituut de opdracht om zijn doorzettingsmacht te gebruiken. De NZa heeft samen met VWS vijftien zorginstellingen geselecteerd die dicht in de buurt komen van de criteria van het kwaliteitskaders. We hebben praktische zaken bekeken, waaronder hun dienst-

roosters. Dan zie je dat de normen helemaal zo gek niet zijn. Dat wil overigens niet zeggen dat als je maar volgens deze normen werkt, alles in orde is. Je kunt voldoen aan de normen en toch slechte zorg leveren en er zijn ongetwijfeld huizen die uitstekende zorg leveren en het anders vormgeven.” Wijma: “De opdracht voor het kwaliteitskader was ook niet om een personeelsnorm te bepalen. De vraag was: hoe kunnen we ervoor zorgen dat mensen in het verpleeghuis goede persoonsgerichte zorg krijgen? De personele norm maakt daar onderdeel van uit. Natuurlijk heeft dat een prijs, daarom is er ook aandacht voor doelmatigheid in het kader, maar een kostenraming zelf behoorde niet tot de opdracht.”

Welke invloed heeft deze affaire gehad op het voornemen om de samenwerking te intensiveren?

Van Diemen: “Rond het kwaliteitskader hebben we veel contact gehad. Maar de afgelopen jaren opereerden we relatief los van

Kaljouw: “We moeten activiteiten op elkaar afstemmen zodat zaken die de driehoek aangaan, ook in de driehoek besproken worden”

elkaar. Af en toe bracht een onderwerp ons bij elkaar. Als we bij de IGJ bezig waren met kwaliteitsindicatoren wisten we het Zorginstituut wel te vinden. Ging het over fraude, dan was er contact met de Zorgautoriteit. Maar we hadden van elkaar geen goed inzicht waar de ander mee bezig was. In het traject met het kwaliteitskader, dat nog steeds loopt, hebben we gemerkt dat voortdurende afstemming belangrijk is.”

Hoe krijgt die afstemming vorm?

Van Diemen: “We hebben alle drie in onze organisaties een coördinator aangesteld. Zij hebben samen de regie over activiteiten die in de driehoek plaatsvinden, zodat we van elkaar weten wie met welke onderwerpen bezig is. De coördinatoren overleggen met elkaar, zodat ze weten wat er speelt. Zij kunnen ook inschatten welke onderwerpen we gezamenlijk moeten oppakken. Zo voorkomen we dat er straks allerlei op zich goede initiatieven zijn terwijl de sturing en samenhang ontbreekt. De komende periode ►



Wijma: "We willen ieder vanuit onze eigen rol kwaliteitsverbetering op gang brengen. Dat gaat beter als we samenwerken"

ligt de nadruk op het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, maar in de loop van de tijd komen daar andere onderwerpen bij, zoals de spoedzorg en de wijkverpleging. In deze fase zien de coördinatoren elkaar enkele keren per week. Zij kunnen binnen hun eigen organisatie mensen mobiliseren die ook actief zijn met zaken die de driehoek aangaan." Kaljouw: "Het betekent dat we activiteiten op elkaar moeten afstemmen om ervoor te zorgen dat zaken die de driehoek aangaan, ook in de driehoek besproken worden. Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, maar ook de regulering van de spoedzorg, de wijkverpleging, de bekostiging en alles wat erbij hoort. Het minste is dat we toetsen of het in de driehoek hoort en hoe we het dan gaan vormgeven."

Wijma: "We gaan van incidenteel overleg naar gestructureerd, georganiseerd overleg. De coördinatoren spreken elkaar geregeld. Zelf zit ik twee keer per week met onze coördinator aan tafel. Daardoor ben ik als bestuurder goed geïnformeerd over wat speelt in onze eigen organisatie en bij de partners in de publieke driehoek. Ik consta-

teer dat de coördinatoren zaken goed oppakken. Daar hebben ze ook het mandaat voor."

En wat is het resultaat voor de consument?

Kaljouw: "Goede zorg tegen een goede prijs." Van Diemen: "Het kan altijd beter, dat ademt het kwaliteitskader ook. Je bent nooit klaar. Dat geldt ook voor onze organisaties. We willen het lerend vermogen stimuleren en eraan bijdragen dat bewoners en hun naasten liefdevolle zorg ervaren die goed geregeld is. Dat is een dynamisch proces."

Wijma: "Als wij als publieke driehoek samen optrekken kunnen we vanuit een gezamenlijke visie het gesprek aangaan met zorgaanbieders, verzekeraars en patiënten in de private driehoek. Onze ambitie is om met die gemeenschappelijke inzet een bijdrage te leveren aan het welzijn van mensen die afhankelijk zijn van de zorg. We willen ieder vanuit onze eigen rol kwaliteitsverbetering op gang brengen. Dat gaat beter als we samenwerken." ●

NEDERLANDSE ZORGAUTORITEIT

De Nederlandse Zorgautoriteit heeft als taak toegankelijke, betaalbare en goede gezondheidszorg voor iedereen te bevorderen. De NZa bestaat sinds 1 oktober 2006 op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg. De NZa bepaalt welke zorg aanbieders in rekening mogen brengen en wat de zorg (maximaal) mag kosten. De NZa controleert - op basis van eigen analyses en van meldingen van consumenten - of zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich aan de wetten en regels houden. De NZa let er verder op dat ziekenhuizen, verzekeraars en artsen goede, eerlijke en begrijpelijke informatie geven over prijzen, polissen en prestaties. Patiënten en verzekerden kunnen op basis daarvan hun eigen zorgaanbieder en verzekeraar kiezen.

INSPECTIE GEZONDHEIDSZORG EN JEUGD

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) is op 1 oktober 2017 ontstaan uit de fusie van de Inspectie Gezondheidszorg en de Inspectie Jeugdzorg. De IGJ bewaakt en bevordert de veiligheid en kwaliteit van de zorg en bekijkt onder meer of de samenwerking tussen zorgaanbieders goed verloopt. Ook toetst de IGJ op de samenwerking met de patiënt of cliënt, met ouders en mantelzorgers goed verloopt en of iedereen zijn rol in het zorgnetwerk begrijpt, met respect voor die van anderen. De IGJ kan zorgaanbieders aanwijzingen geven om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Als verbeteringen uitblijven of als er acuut gevaar is voor de patiëntveiligheid, kan de IGJ ingrijpen. In het uiterste geval kan de Inspectie een instelling sluiten.

"Mevrouw heeft dorst, dat moet ik even in het patiënten-dossier invoeren!"



Martin van der Graaff werkt als adviseur bij het Zorginstituut

Kwaliteit

column

Hoe vaker een leukwoord wordt gebruikt, hoe onduidelijker de betekenis van zo'n woord. Een paar voorbeelden: integriteit, veiligheid, transparantie, kwaliteit.

In het dorp waar ik opgroeide ventte een groenteboer zijn waren uit via een open bestelwagen. Op de zijkant stond in grote letters: 'Kwaliteit is onze reclame'. Dan wist je als klant: de groente is vers, het fruit is geurig gerijpt.

Tegenwoordig betekent kwaliteit, zeker in de zorg, iets heel anders. Niet zelden is het een stapel invulformulieren met kwaliteitsindicatoren, procesparameters en andere met verhullend taalgebruik aangeduide slaag-faalfactoren. Ze hebben één ding gemeen: ze zeggen meestal weinig over het resultaat van de zorg en het gevoel waarmee de patiënt, ook wel klant geheten, achterblijft. Die klant is weliswaar koning, maar tegenwoordig hebben we het dan wel over een bijzonder constitutionele vorst. Mijn moeder kon erover meepraten. De thuiszorg besteedde per uur werk ongeveer tien minuten aan het bijhouden van het cliëntendossier. "In die tijd hadden ze een raam kunnen zemen", zei mijn moeder dan, "en bovendien ben ik na afloop meestal een balpen kwijt." Ik durf er vergif op in te nemen dat niemand, maar dan ook niemand dat dossier ooit heeft ingezien.

De tijd is niet ver meer dat ook in ziekenhuizen verpleegkundigen zullen worden geselecteerd op hun vermogen om kwaliteitssoftware te kunnen bedienen. Ik hoorde laatst een verhaal over een zojuist in het ziekenhuis gearriveerde cva-patiënt. Drinken mag op dat moment nog niet, maar een verpleegkundige zag dat de patiënt gebarsten lippen had en stelde de adequate vraag: "Hebt u misschien dorst?" De patiënt knikte hoopvol, waarna de verpleegkundige zich de gang op spoedde. In de verte hoorde men haar roepen tot een collega: "Mevrouw heeft dorst, dat moet ik even in het patiëntendossier invoeren!" Waarop een van de andere patiënten maar deed wat er moest gebeuren: de boel nathouden met een wattenstaafje.

Kwalitatief correct en invoelend handelen gaan niet altijd samen. Jaren geleden kwam ik in een ziekenhuis terecht met een gastro-enteritis. Na een nogal slechte nacht werd ik wakker gemaakt door een verpleegkundige die in het voorbijgaan een bakje lauw water en een washand op mijn nachtkastje deponeerde met de mededeling: "U kunt zichzelf wel even wassen!" Jezelf wassen in bed is voor gezonden al vrij gecompliceerd; ik bracht er dan ook weinig van terecht. Terwijl ik bezig was kwam er een andere verpleegkundige langs die mij toebeet: "Wat bent u aan het doen?! Het is totaal onverantwoord om zo op uw bed te balanceren met de valhekken naar beneden!" Met een enorme klap zette ze de hekken omhoog en wég was ze weer. Jawel, qua kwaliteitsborging werd er adequaat opgetreden. Maar als patiënt voelde ik mij – op z'n zachtst gezegd - niet erg gezien.

10

vragen aan
Michiel van Agtmael

Tekst Jacqueline Schadee

Beeld De Beeldredactie | Marco Okhuizen

1 Wat is uw eerste ervaring met de gezondheidszorg?

“Als student van achttien kreeg ik vrij ernstige acné. Ik herinner me nog goed hoe de dermatoloog met een martelwerktuig, de ‘comedonen quetscher’ in de weer ging en brandende crèmes voorschreef. Vervolgens zat ik met een roodgloeiend hoofd weer in de collegezaal. Niet echt bevorderlijk voor het opdoen van leuke nieuwe contacten!”

2 Als u iets anders dan geneeskunde had gestudeerd, wat was u dan geworden?

“Mijn tweede keus, na geneeskunde, was lucht- en ruimtevaarttechniek in Delft, vanwege mijn fascinatie voor de techniek van vliegen. Ik had een bètapakket op school en vond het leuk om oplossingen voor problemen te bedenken. Toch koos ik voor geneeskunde, want ik wilde mijn sociale kwaliteiten ook graag inzetten. Omdat ik aanvankelijk werd uitgeloot, heb ik het eerste jaar in Leuven gestudeerd. Daarna kon ik alsnog naar de UvA.”

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

“Ik zou verpleegkundigen meer waardering geven voor hun verantwoordelijke en zware werk. Niet alleen door middel van een beter salaris, maar ook door ervoor te zorgen

PERSONALIA

Prof. dr. Michiel van Agtmael is internist-infectioloog, klinisch farmacoloog en hoofd sectie Farmacotherapie aan het VUmc te Amsterdam. Per 1 september 2017 is hij benoemd tot hoogleraar farmacotherapie-onderwijs bij het VUmc, waar hij zich onder meer inzet voor het verbeteren van medicijnvoorschriften. Deze benoeming én een citaat van Van Agtmael (“Zo’n 10 procent van de medicijnvoorschriften, veelal door pas afgestudeerde artsen geschreven, bevat fouten” – skipr.nl, 8 september 2017) waren voor de redactie aanleiding om de nieuwe hoogleraar voor deze rubriek te vragen. Michiel van Agtmael woont in Amstelveen, is getrouwd en heeft drie kinderen.



“Zorgprofessionals weten heel goed hoe je kwaliteit kunt verhogen en kosten kunt beperken. Als je ze maar de regie geeft”

dat ze hun werk leuk en uitdagend blijven vinden. Bijvoorbeeld door ze te trainen als onderzoeker of als docent, net waar ze behoefte aan hebben. Daarnaast zou ik de prijsbepaling van de geneesmiddelen door de farmaceutische industrie aanpakken. Er is meer transparantie nodig en we moeten meer centrale en internationale afspraken maken. Het is vreselijk voor patiënten en artsen als een noodzakelijke behandeling niet kan worden uitgevoerd omdat die niet vergoed wordt.”

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

“Ik weet niet precies wat er in het basispakket zit, maar ik vind dat behandelingen waarvan het effect niet bewezen is, niet vergoed zouden moeten worden. Ik zou bijvoorbeeld graag meer studies zien die het effect van fysio- of ergotherapeutische behandeling aantonen.”

5 Welke zorg moet volgens u onmiddellijk in het basispakket?

“Ik zou het liefst een geneesmiddelenvergoeding zonder eigen bijdrage willen. Uit mijn praktijk weet ik dat het voor sommige mensen een probleem is als ze moeten bijbetalen: dan halen ze het geneesmiddel niet op bij de apotheek. Helaas duurt het soms lang voordat ik daarachter kom. Veel dokters weten niet of een geneesmiddel geheel vergoed wordt of niet, ook doordat elke verzekeraar een eigen preferentiebeleid heeft. Ik snap dat voorschrijvers het goedkoopste preparaat moeten kiezen, maar dan moet voor ons wel duidelijk zijn wat er vergoed wordt.”

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

“Ik heb de instelling dat alles weer overwaait, en dat blijkt gelukkig tot nu toe ook te kloppen. De afgelopen tien jaar heb ik mijn huisarts één keer gezien, dat was om hechtingen te laten verwijderen. Ik heb de indruk dat sommige mensen te snel naar de dokter gaan. Dan kruipen ze in de slachtofferrol, terwijl ze veel zelf kunnen doen om gezond te worden en te blijven: Google en Siri kunnen veel vragen beantwoorden. Natuurlijk moeten mensen met een verstandelijke of sociale beperking daarbij geholpen worden, maar een grote groep kan meer verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid nemen.”

7 Wat is uw favoriete zorgwoord?

“‘Levenslang leren voor iedereen’.

In mijn optiek zijn ‘leren’ en ‘verantwoordelijkheid krijgen’ prikkels om het werk leuk te houden. Zo hebben we op de VU de studentenpoli ontwikkeld, waarbij eerstejaarsstudenten zelf patiënten zien en recepten mogen uitschrijven, die daarna natuurlijk door ons gecontroleerd worden. Ze worden niet geregisseerd maar krijgen de regie, dat werkt heel motiverend. Dat geldt niet alleen voor studenten maar ook voor artsen, verpleegkundigen en patiënten. Een andere favoriete uitdrukking is: ‘Als het niet gaat zoals ‘t moet, dan moet het maar zoals het gaat’. Het lukt namelijk niet altijd om aan alle regels te voldoen.”

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

“Volgens mij kun je met een gebroken been prima naar huis, maar dat terzijde. Ik zou de kamer willen delen met iemand met humor, bijvoorbeeld met Jeroen van Koningsbrugge. Of met een heel slim iemand, zoals Robbert Dijkgraaf. Maar eigenlijk zijn er heel veel mensen met bijzondere verhalen. Dat merk ik elke dag.”

9 Wat vindt u de belangrijkste voorwaarde voor goede zorg?

“Laten we om te beginnen trots zijn op de goede zorg in Nederland. We behoren tot de top van de wereld. Door alle aandacht voor kwaliteitsverbetering vergeten we soms dat er een heleboel wél goed gaat. Het is belangrijk om vertrouwen te hebben in onze zorgverleners. Natuurlijk moeten we blijven streven naar verbetering, zoals ik me bijvoorbeeld inzet voor het terugdringen van voorschrijffouten. Maar laten we ons daarbij wel realiseren dat we van een rapportcijfer 8 een 9 proberen te maken.”

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

“Dat zal afhangen van onze drie nieuwe bewindspersonen op Volksgezondheid. Ik hoop dat ze intensief contact zullen hebben met de werkvloer: ik geloof erg in *bottom up* in plaats van *top down*. Zorgprofessionals weten heel goed hoe je kwaliteit kunt verhogen en kosten kunt beperken. Als je ze maar de regie geeft.” ●

Proces in beeld:

Hoe komen geneesmiddelen in het basispakket?

Als een nieuw geneesmiddel op de Nederlandse markt komt, wil dat niet zeggen dat het ook meteen wordt toegelaten tot het basispakket. Of het medicijn eerst door het Zorginstituut beoordeeld wordt, hangt af van verschillende factoren. Hoe zit dat nu precies?

Tekst Edith Bijl

Beeld Mrs. Peacock

Extra- of intramuraal?

Allereerst is er een onderscheid tussen intra- en extramurale geneesmiddelen. Extramurale middelen zijn medicijnen die buiten het ziekenhuis worden gebruikt en die dus door huisartsen worden voorgeschreven en door apothekers worden verstrekt. Nieuwe extramurale middelen worden altijd door het Zorginstituut beoordeeld op grond van de criteria effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid. Op basis daarvan adviseren wij de minister van VWS het middel wel of niet in het basispakket op te nemen. Anders ligt het bij de intramurale geneesmiddelen, dus de geneesmiddelen die alleen door specialisten voor gebruik binnen ziekenhuizen worden voorgeschreven. Deze worden in principe altijd behandeld alsof zij automatisch zijn toegelaten tot het basispakket.

Intramurale sluisgeneesmiddelen

In principe? Ja, want er zijn uitzonderingen. Soms is een intramuraal geneesmiddel zo duur – of maken zo veel mensen er gebruik van – dat de kosten hiervoor uit de hand dreigen te lopen. Voor die middelen heeft oud-minister Schippers een soort noodmaat-

regel ingevoerd: de 'sluis'. Het medicijn wordt dan niet direct toegelaten tot het basispakket, maar in een sluis geplaatst totdat het Zorginstituut het middel heeft beoordeeld op grond van de vier pakketcriteria. Dat geeft de minister van VWS ook de gelegenheid om pas tot opname over te gaan als er een aanvaardbare prijs is uitonderhandeld.

Wanneer in de sluis?

Een geneesmiddel komt in aanmerking voor plaatsing in de sluis op grond van twee kostencriteria:

- Als aan het totaal aantal behandelingen met het medicijn meer dan 40 miljoen euro op jaarbasis wordt gespendeerd.
- Als het medicijn meer dan 50.000 euro per individuele behandeling kost, en daarbij op macroniveau jaarlijks meer dan 10 miljoen euro kost.

Verwacht wordt dat het Zorginstituut jaarlijks op deze manier vijf intramurale geneesmiddelen kan beoordelen.

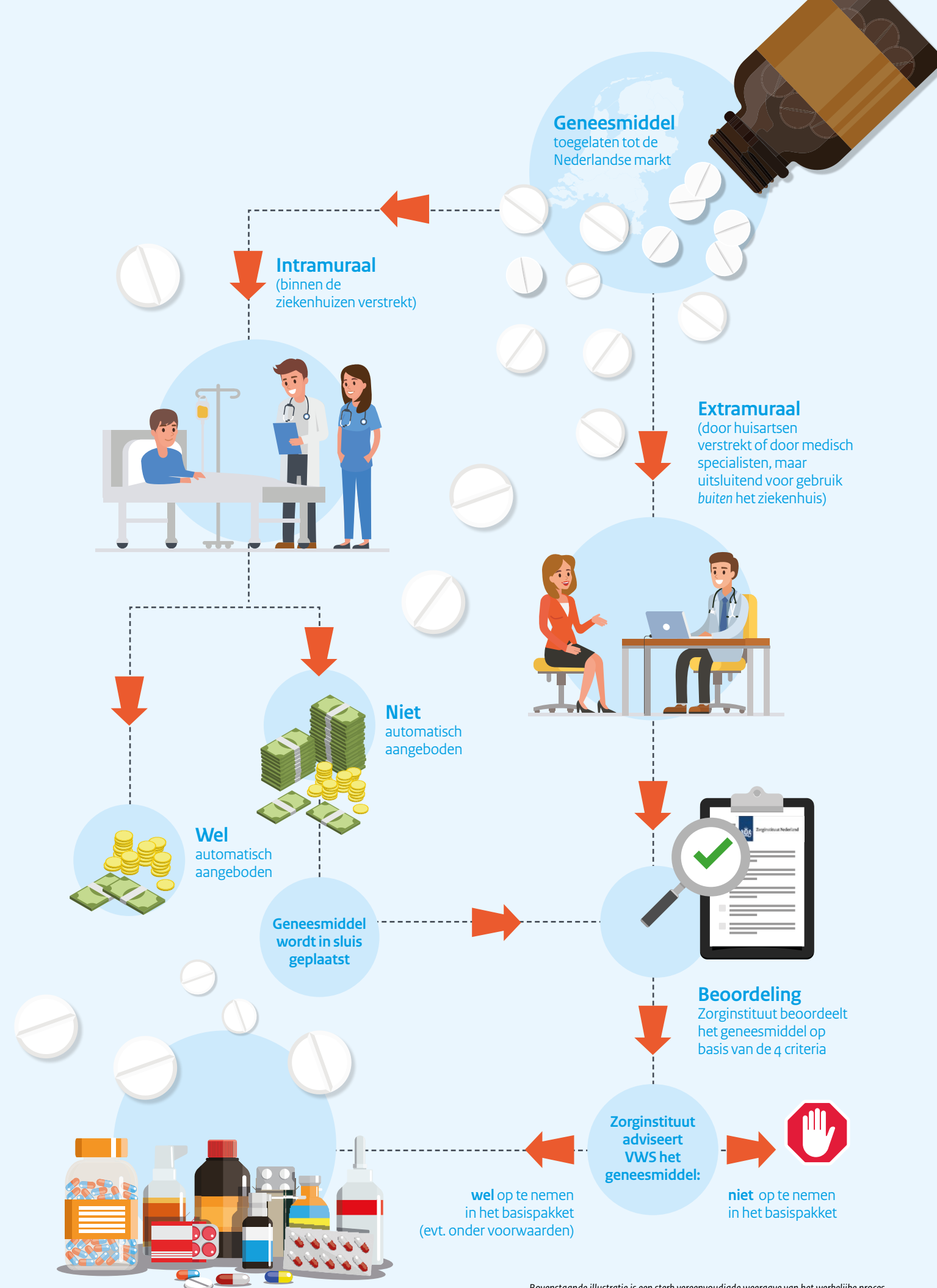
Voorbeelden van sluismiddelen

De geneesmiddelen sluis werd twee jaar geleden voor het eerst gebruikt bij nivolumab, een geneesmiddel tegen longkanker waarvoor de kosten op 134.000 euro per patiënt per jaar geraamd werden. Vanwege het hoge aantal longkankerpatiënten zouden de totale kosten voor dit middel de

pan uitrijzen. Na succesvolle (geheime) prijsonderhandelingen is de prijs voor het middel dermate gezakt, dat toelating tot het pakket mogelijk werd. Palbociclib, een middel tegen borstkanker, is afgelopen voorjaar ook vanwege een ongunstige kosteneffectiviteit in de sluis geplaatst. Het advies van het Zorginstituut luidde dat het middel effectief is, maar dat het pas na prijsonderhandelingen in het basispakket kan worden opgenomen. Andere medicijnen die de afgelopen jaren in de sluis zijn gekomen en door het Zorginstituut zijn beoordeeld zijn pembrolizumab, een medicijn tegen niet-kleincellige longkanker, en ibrutinib (voor een specifieke groep patiënten met chronische lymfatische leukemie).

Heel recent adviseerde het Zorginstituut om daratumumab (middel tegen de ziekte van Kahler) niet op te nemen in het basispakket, tenzij door prijsonderhandeling de kosteneffectiviteit verbetert en de impact op het zorgbudget gereduceerd wordt (zie ook pagina 4).

Beoordeling van de sluismiddelen ribociclib, atezolizumab en nusinersen lopen momenteel nog. ●



Bovenstaande illustratie is een sterk vereenvoudigde weergave van het werkelijke proces.

Feiten & Cijfers



€ 340 miljoen

kostte de behandeling van sportblessures in 2016. Circa 121.000 mensen hebben zich in 2016 met een sportblessure gemeld bij de spoedeisende hulp.

BRON: KENNISCENTRUM VEILIGHEIDNL

3.884

Nederlanders zijn vorig jaar overleden door een noodlottige valpartij. Dat is bijna **400 meer** dan in 2015.

BRON: CBS



Voor 2018 zijn in totaal **1.296 verplichte** en **22 vrijwillige kwaliteitsindicatoren** vastgesteld. Een flinke daling ten opzichte van 2013 (circa 2.760). Tegelijk stijgt het aantal uitkomstindicatoren in 2018 ten opzichte van 2017 met zo'n 4 procentpunt naar 19%.

BRON: ZORGINSTITUUT NEDERLAND

81,6 jaar

Dat is de gemiddelde levensverwachting van Nederlanders die in 2015 zijn geboren. Daarmee staat Nederland op een **vijftiende plaats** (Japan is nummer 1 met 83,9 jaar). Voor het jaar 1970 stond Nederland nog op een vijfde plaats; toen lag dat gemiddelde op 73,7 jaar.

BRON: OESO



5.000

55-plussers

kwamen in 2016 op de eerste hulp terecht door een ongeval waarbij alcohol een rol speelde. In 2013 waren dat er 3.000.

BRON: VEILIGHEIDNL

695

van de 976 ondervraagde vrouwen hadden klachten na de plaatsing van siliconen borstimplantaten. **281 vrouwen** hadden geen klachten.

BRON: RIVM

Ruim

1.000

patiënten overleden tussen half 2015 en half 2016 door medische missers in het ziekenhuis.

BRON: MONITOR ZORGGERELATEERDE SCHADE VAN ONDERZOEKINSTITUTEN NIVEL EN HET EMGO+

'Zorgjargon' nader verklaard

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

Kloonpolissen - het klinkt als een nieuw slachtoffer van Antoinette 'Radar' Hertsbergen, of een broertje van de 'woekerpolis', ook al zo'n term uit haar stal. Maar na even googelen werd de herkomst al snel duidelijk: het woord werd rond 20 november geïntroduceerd door de Consumentenbond, die vervolgens ook meteen tot actie opriep om deze zelfbenoemde 'kloonpolissen' uit de wereld te helpen.

Waarom? Kloonpolissen zijn volgens de Consumentenbond zorgverzekeringen van dezelfde verzekeraar met identieke voorwaarden, maar met een andere naam en een andere premie. De kloonpolissen zijn gelijk wat betreft dekking, gecontracteerde zorgverleners en vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde zorg. Er zit hooguit verschil in de dienstverlening, maar dat verklaart niet de soms flinke premieverschillen die de bond na vergelijking van tientallen polissen constateerde. Volgens Consumentenbond-directeur Bart Combée kan een derde van de 57 basisverzekeringen waaruit de consument in 2018 kan kiezen, geschrapt worden omdat ze gelijk zijn aan een andere polis. En: "Al die identieke polissen met andere namen maken het polisaanbod onnodig groot en dus onoverzichtelijk voor consumenten." Tegen die 'schijnkeuze' trekt de bond ten strijde. Als die strijd succesvol verloopt, is hun zelfbedachte 'kloonpolis' een wel héél kort leven beschoren...

De andere blik

“Drempel naar dokter is hoog voor psychiatrisch patiënt”

Meer dan 60 procent van de psychiatrische patiënten heeft lichamelijke aandoeningen. En bijna 30 procent van de patiënten met een lichamelijke ziekte heeft ook psychiatrische problemen. Dus wég met dat hokjesdenken in de geneeskunde! Psychiater Wiepke Cahn, hoogleraar lichamelijke gezondheid bij psychiatrische aandoeningen bij het Hersencentrum van het UMC Utrecht en bij Altrecht, pleit voor integratie van psychiatrie en andere medische specialismen.

Tekst Els van Thiel **Beeld** De Beeldredactie | Ed van Rijswijk

“Bij mijn oratie op 12 september beeldde een jonge-man dansend zijn psychose uit. Het mooie was dat hij tegelijkertijd liet zien dat je van een psychose goed kunt herstellen. Er wordt vaak gedacht dat psychiatrische aandoeningen altijd chronisch zijn, maar er zijn ook mensen die maar één keer in hun leven een psychose of depressie krijgen. Dat je beter kunt worden, is ook een boodschap in mijn oratie, want die gaat over herstel en hoe je dat voor elkaar krijgt.

Het is een schokkend gegeven dat mensen met een psychiatrische aandoening vijftien tot twintig jaar eerder overlijden dan de algemene bevolking. Een van de redenen is dat lichamelijke aandoeningen in de psychiatrie vaak over het hoofd worden gezien. Al komt er nu een bewustwording op gang.

De afsplitsing van de rest van de medisch-specialistische zorg en de gescheiden financiering spelen ook een rol. Die hebben ertoe geleid dat psychiatrische patiënten moeilijker in de medisch-specialistische sector terechtkomen en daar lastiger gehoor vinden. Psychiatrische patiënten gaan niet zo snel naar de dokter, de drempel is hoog. Ze zijn bang dat hun lichamelijke klachten als ‘psychisch’ afgedaan worden. Zo had ik een patiënt met een psychose die kampte met ernstige buikklachten. Als je psychotisch bent, kun je niet zo goed verwoorden wat er aan de hand is. Hij werd verwezen, maar het duurde langer dan nodig was. Was het niet psychisch? Kwam het

niet door stress? Uiteindelijk bleek dat hij een ernstige colitis ulcerosa had, een chronische ontsteking van het slijmvlies van de dikke darm.”

“Ik denk dat mensen met een psychose minder zorg consumeren terwijl ze het meer nodig hebben. En ik begrijp ook dat het voor artsen lastig is om een goede afweging te maken. Misschien duurt het wat langer om te achterhalen welke zorg nodig is. Daarbij moeten wij als psychiaters ook de hand in eigen boezem steken. We moeten veel meer gaan communiceren met huisartsen en andere medisch specialisten. Als mijn eigen patiënten mij bellen, weet ik dat er altijd iets aan de hand is. De drempel is zo hoog dat ze niet voor niets bellen.”

Gezonde leefstijl

“Mensen met een psychiatrische aandoening leven ongezonder. Ze roken meer dan gemiddeld. We weten nog niet precies waarom dat zo is. Mogelijk verlicht het de klachten en verlaagt het de spiegel van de medicijnen in het bloed waardoor de bijwerkingen verminderen. Laten we die mensen hun sigaretje niet afnemen, ze hebben al zo weinig, dachten we vroeger. Tegenwoordig weten we dat een gezonde leefstijl voor iedereen goed is, dus ook voor mensen met een psychiatrische achtergrond. We zijn nu bezig de ggz rookvrij te maken, maar dat is best lastig want er wordt nog hardnekkig gerookt, ►

“Het is schokkend dat mensen met een psychiatrische aandoening vijftien tot twintig jaar eerder overlijden dan de algemene bevolking”





“Laten we niet in hokjes denken, maar lichamelijke en psychische aandoeningen als één geheel zien”

ook door medewerkers. Het beleid is erop gericht de omgeving gezond te maken voor mensen die opgenomen zijn. Dat het personeel niet meer rookt, dat patiënten niet de hele dag zitten maar gaan wandelen en sporten en dat er gezond gekookt wordt op afdelingen waar mensen zelf de maaltijd klaarmaken. Ik heb een speciale polikliniek voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen en somatische comorbiditeit, vaak diabetes, longproblemen, hart- en vaatziekten en obesitas. We screenen deze patiënten, brengen hun leefstijl in kaart en kijken naar de bijwerkingen van de medicatie. Tot slot krijgen ze een advies hoe ze stap voor stap hun leefstijl kunnen verbeteren.”

Veerkracht en balans

“Het werkt ook andersom: bij somatische patiënten blijven psychiatrische problemen vaak onderbelicht of zelfs onontdekt. Als daar meer beleid voor komt, zal uiteindelijk ook de prognose van de lichamelijke aandoening verbeteren. Bij het werken met groeps-therapie in de oncologie wezen de uitkomsten inderdaad in die richting en bleek er minder kans op terugval. Ik werd benaderd door de ouders van een student met een bijnierprobleem. Steeds moest hij zijn studie tegen wil en dank onderbreken. We spraken over hoe hij kon omgaan met zijn ziekte. Hoe belastbaar ben je? Wat kun je aan? Hoeveel veerkracht heb je? En hoe vind je een goede balans? Misschien is het inderdaad beter dat ik mijn leven inricht mét mijn ziekte, was zijn conclusie, dan dat ik me blindstaar op leven als ieder ander. Het hoeft geen langdurige behandeling te zijn, soms kun je methoden uit de

psychiatrie aanwenden om een betere kwaliteit van leven te krijgen voor mensen met lichamelijke problemen. Psychiatrische ziekten zijn niet anders dan andere chronische ziekten. Het gaat ook altijd over hoe je het verwerkt. Hoe is je *coping*? En hoe zit het met je medicatietrouw?”

Integratie

“Laten we niet in hokjes denken, maar lichamelijke en psychische aandoeningen als één geheel zien. Vroeger had je de zenuwarts, die zowel neurologie als psychiatrie in één persoon verenigde. Het ontstaan van het aparte specialisme psychiatrie heeft ertoe geleid dat we afgesplitst zijn geraakt van de rest van de geneeskunde. Maar met de huidige gescheiden financiering is het vrijwel niet mogelijk om een hereniging goed vorm te geven. Ik pleit voor pilots waarin we kijken hoe we die financieringsstromen kunnen integreren. Pilots dus, die als het ware vooruitlopen op de huidige situatie. Zorgverzekeraars willen uitkomsten meten. Laten we uitzoeken hoe we dat op een andere manier kunnen doen dan nu gebeurt in onze gescheiden vakgroepen. Ik hoop dat we het voor elkaar krijgen! Dat vraagt om een andere attitude, zowel in de psychiatrie als in de rest van de gezondheidszorg. We moeten meer met elkaar optrekken en naar de patiënt als geheel kijken: wat kunnen we samen betekenen voor deze man of vrouw? Met een mooi integraal behandelplan kunnen we de kwaliteit van leven echt verbeteren. De integratie begint al in de eerste lijn. Door de transities die we de laatste jaren hebben doorgemaakt, krijgt de huisarts veel meer mensen met chronische psychiatrische klachten op het spreekuur. Samen moeten we kijken hoe we de integratie zo goed mogelijk kunnen organiseren. Dat betekent bijvoorbeeld dat psychiatrische patiënten gewoon meedraaien in het cardiovasculair risicomanagement en in de diabetesprogramma's. Ik merk dat huisartsen zeer bereidwillig zijn en dat een aantal zich specialiseert in psychiatrie. Ik ben ook blij dat er op sommige huisartsenposten ervaren psychiatrische verpleegkundigen meedraaien.

Bij de pijnpoli in het ziekenhuis is vaak een ziekenhuispsychiater aanwezig, maar er zijn meer vakgebieden waarbij dat zinvol zou zijn, bijvoorbeeld cardiologie en diabetologie. We kunnen dan niet alleen betere zorg leveren, maar krijgen ook meer inzicht in de samenhang van ziekten die samenkomen in één persoon. Zo komen bipolaire stoornissen vaak voor bij mensen met schildklierproblemen en bij schizofrenie zie je vaak diabetes. Voor een deel wordt dat door medicijnen veroorzaakt, voor een deel is het familiale kwetsbaarheid en een ander deel moet nog onderzocht worden. Een boeiend en nog onontgonnen gebied.

De essentie is dat je de psychiatrische patiënt niet steeds als ‘anders’ bestempelt, maar dat hij misschien andere dingen nodig heeft, en dat je dat faciliteert in het gewone circuit. Dat betekent dat je veel meer interdisciplinair te werk moet gaan.” ●

Betere zorg voor de kwetsbaarste cliënten

Wlz-cliënten die in een instelling verblijven krijgen niet altijd de integrale zorg die ze nodig hebben. Dat komt door het onderscheid tussen verblijf-met-behandeling en verblijf-zonder-behandeling. Het Zorginstituut adviseert het ministerie van VWS dat verschil op te heffen.

Tekst Dick Duynhoven

Beeld De Beeldredactie | Medea Huisman

De Wet langdurige zorg (Wlz) is bedoeld voor mensen die zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Het zijn chronisch zieken: zeer kwetsbare ouderen en mensen met een ernstige verstandelijke of lichamelijke beperking. Voor hen is het van groot belang dat zorgverleners en behandelaars hun activiteiten voortdurend en zorgvuldig op elkaar afstemmen.

Geen integrale zorg

Masja van den Burg, een van de opstellers van het advies, legt uit waarom die integrale zorg niet altijd mogelijk is. “Sommige instellingen voor Wlz-cliënten hebben zowel plaatsen met behandeling als plaatsen zonder behandeling. Bij verblijf-met-behandeling valt alle zorg onder het Wlz-pakket en is de instelling daarvoor verantwoordelijk. Dan is regie en onderlinge afstemming beter mogelijk. Maar bij verblijf-zonder-behandeling biedt de instelling alleen verpleging, begeleiding en persoonlijke verzorging. Voor de aanvullende zorg is de cliënt dan aangewezen op de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Dan zijn er bijvoorbeeld huisartsen en tandartsen 'van buiten' die op basis van de Zvw worden betaald en die niet altijd deelnemen aan het overleg binnen de instelling. Daardoor kan het gebeuren dat zorgverleners langs elkaar heen werken.”

Een “raar soort ongelijkheid”

De huidige situatie heeft volgens Van den Burg “een raar soort ongelijkheid” tot gevolg. Terwijl de eigen bijdrage voor iedere Wlz-cliënt even hoog is, heeft de ene cliënt



de beschikking over het integrale pakket, maar moet de ander zich bijverzekeren voor tandheelkundige zorg. Van den Burg: “Ook is het moeilijk uit te leggen waarom de ene cliënt bepaalde medicijnen, zoals laxeremiddelen en paracetamol, vergoed krijgt, terwijl de ander daar zelf voor moet betalen omdat die medicijnen niet in het basispakket van de Zvw zitten.”

Ongeveer 200.000 mensen met een Wlz-indicatie wonen in een instelling. 30 procent daarvan (ongeveer 65.000 cliënten) heeft een plaats-zonder-behandeling. Van den Burg wijst erop dat het vaak ‘toeval’ is op welke plaats iemand terecht komt. “Het is niet iemands zorgbehoefte die dat bepaalt, maar de voorkeur voor een instelling en het aantal beschikbare plaatsen met en zonder behandeling. Cliënten weten vaak niet dat er twee soorten plaatsen zijn.”

Meer sturingsmogelijkheid

Niet alleen voor cliënten, maar ook voor de verschillende zorgverleners is het huidige systeem complex en onduidelijk. De zorgverlening is versnipperd en vaak inefficiënt georganiseerd en er is sprake van afbakeningsproblemen tussen de verschillende zorgdomeinen (Wlz-zorg of Zvw-zorg). Het Zorginstituut adviseert daarom het verschil tussen verblijf-met- en verblijf-zonder-behandeling te laten vervallen. Elke instelling krijgt dan de verantwoordelijkheid en de sturingsmogelijkheid om alle cliënten de integrale zorg te geven die zij nodig hebben.

Het advies van het Zorginstituut werd in oktober door de toenmalig staatssecretaris Martin van Rijn aan de Tweede Kamer aangeboden. ●

Samen beslissen over zorg vraagt betrouwbare uitkomstinformatie

Waardegedreven zorg of value-based health care kijkt naast medische resultaten ook naar andere zaken die voor de patiënt belangrijk zijn. Een belangrijk aspect is dat zorgverlener en patiënt samen beslissen over de te volgen behandeling op basis van zogeheten uitkomstinformatie. Het Zorginstituut onderzoekt wat er nodig is om waardegedreven zorg breed in te voeren in Nederland.

Tekst Jos Leijen

Als patiënt wil je graag weten welke effecten een behandeling heeft. Zeker als er voor jouw aandoening verschillende behandelingen mogelijk zijn. En dan niet alleen in medische termen, maar ook wat de gevolgen zijn voor bijvoorbeeld je seksleven of je sociaal functioneren. Wanneer kun je weer aan het werk? Hoe lang hou je last van beperkingen? Dat zijn zaken waar je met de behandelaar graag van tevoren over wilt praten, zodat jullie samen de voor jou juiste behandeling kunnen kiezen. Over vijf jaar moet dit mogelijk zijn voor een groot deel van de aandoeningen. Een voorwaarde is dan wel dat patiënt en behandelaar over de juiste informatie kunnen beschikken. Informatie over welke effecten een behandeling heeft gehad voor andere patiënten noemen we 'uitkomstinformatie'. Deze moet van zowel artsen als patiënten komen.

Uitkomst van zorg

In het nieuwe regeerakkoord staat dat zorgprofessionals zich meer moeten richten op de uitkomst van de zorg in plaats van alleen op omzet: "Dit vraagt om een stevige inzet op het ontwikkelen van uitkomstindicatoren, bij voorkeur aansluitende bij internationale initiatieven. Het vraagt ook om een bredere benadering door professionals en het organiseren van zorg in netwerken." Op het moment dat dit regeerakkoord werd geschreven, was het Zorginstituut in opdracht van oud-minister Schippers al gestart met het programma 'Uitkomstinformatie voor Samen Beslissen'. Het programma bestaat uit vijf projecten (zie kader op pagina 22). Een van die projecten is een onderzoek naar de bruikbaarheid van zogeheten ICHOM-gegevenssets. De ICHOM-sets combineren medische informatie en informatie die patiënten aanleveren. ICHOM staat voor *International Consortium for Health Outcome Measures*. Het consortium is een non-profitorganisatie opgericht door econoom Michael Porter van de Harvard Business School, Martin Ingvar van het Karolinska Instituut in Stockholm en de Boston Consulting Group. ICHOM heeft als doel de gezondheidszorg te verbeteren door uitkomsten bij patiënten gestandaardiseerd te meten en te registreren.

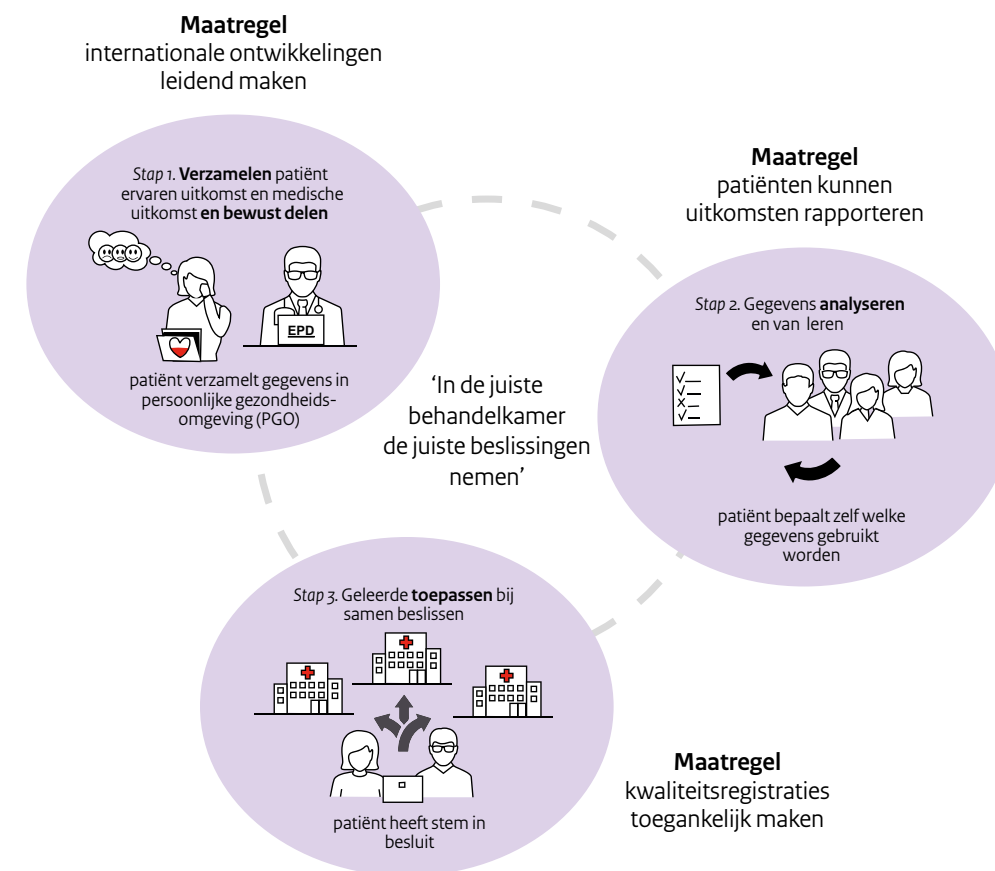
Value-based health care

In Nederland is het Erasmus Medisch Centrum als strategisch partner nauw betrokken bij ICHOM. Het speelde een belangrijke rol bij het opstellen van uitkomstensets voor diverse aandoeningen. Binnen het Rotterdamse universiteitsziekenhuis is hoogleraar 'Kwaliteit en uitkomsten van de zorg' Jan Hazelzet pleitbezorger voor het gebruik van de ICHOM-sets.

"Het gebruik van uitkomstinformatie past in de bredere context van value-based health care, of waardegedreven zorg", zegt Hazelzet. "Michael Porter definieert patiëntwaarde als de voor de patiënt relevante uitkomsten, gedeeld door de kosten per patiënt om deze uitkomsten te behalen. Het Erasmus MC heeft in 2013 voor value-based health care gekozen, omdat we denken dat dit concept uiteindelijk het beste oplevert voor de patiënt. Dat betekent wel dat je de uitkomsten en de kosten voor iedere patiënt moet kunnen meten."

Hazelzet: "Wij denken dat value-based health care uiteindelijk het beste oplevert voor de patiënt"

Het Erasmus MC begon in 2013 met waardegedreven zorg voor zes aandoeningen: borstkanker, blaaskanker, beroerte, hazenlip (schisis), obesitas en het syndroom van Turner. Voor elk ziektebeeld werd een 'zorgpad' opgesteld en een behandelteam geformeerd. Daarnaast werd met behandelars en patiënten bekeken welke uitkomsten belangrijk zijn. Zo ontstonden lijsten met uitkomstmaten, die vervolgens in een IT-systeem werden ondergebracht. Inmiddels heeft het ziekenhuis lijsten voor 25 aandoeningen. Voor elf aandoeningen wordt daadwerkelijk gemeten. De ICHOM-sets gaven belangrijke input voor de lijsten die het ziekenhuis nu hanteert. "Sommige sets, zoals die voor schisis en borstkanker, konden we bijna één op één overnemen", zegt Hazelzet. "We waren zelf dan ook nauw betrokken bij het opstellen van die sets. Voor andere ziektebeelden was



Bron: VWS

het ingewikkelder. De moeder- en kindzorg in Nederland is zo specifiek georganiseerd, dat de ICHOM-sets niet zo maar ingevoerd kunnen worden."

Het Erasmus MC gebruikt de vragenlijsten onder andere voor vrouwen met borstkanker. Op diverse momenten in hun behandeling vullen ze de lijsten in. Dat begint al twee weken voor de eerste afspraak met de specialist. "Het gesprek met de arts kan zich dan toespitsen op onderwerpen die afwijkend zijn en van belang voor de patiënt. Het spreekuur is zo veel effectiever. We ontdekten onder meer dat seksuele aspecten voor patiënten belangrijk zijn. Daarom hebben we een seksuoloog aan het team toegevoegd."

Casemanager

Het Máxima Oncologisch Centrum (MOC) in Veldhoven werkt net als het Erasmus MC volgens de beginselen van value-based health care. "We hebben de hele organisatie erop ingericht", legt manager Katinka van Bortel uit. "Voor ons betekent het dat we

zoveel mogelijk aansluiten bij de vraag van patiënten. We luisteren naar de patiënt en passen de zorg daarop aan. Patiënten krijgen een casemanager die gedurende de hele behandeling hun aanspreekpunt is, ook als ze van behandelaar wisselen." Het MOC heeft zorgpaden ontwikkeld voor diverse vormen van kanker. Het uitgangspunt is daarbij niet het centrum, maar het patiëntproces. Patiënten krijgen bijvoorbeeld zo snel mogelijk de uitslag van onderzoek te horen, zodat ze niet in onzekerheid hoeven te verkeren. De 'tumorteam' zijn gevormd rond de zorgpaden en er is regelmatig overleg tussen de diverse behandelars. "Patiënten voelen zich hier persoonlijk benaderd", aldus Van Bortel.

Van Bortel: "Als elk ziekenhuis zijn eigen wiel gaat uitvinden, gaat er heel veel energie verloren. We moeten met enkele koplopers aan de slag om één geïntegreerd systeem te maken"

Of die aanpak ook tot betere resultaten leidt voor de patiënt, kan het MOC nog niet hard maken. "We werken er hard aan om door de patiënt gerapporteerde uitkomsten te verzamelen, de zogeheten *patient reported outcome*. We zijn begonnen met darmkanker en 'multiple myeloom' (een kwaadaardige bloedziekte, red.) en werken hiervoor samen met Integraal Kankercentrum Nederland. Daarna gaan we ook aan de slag met andere vormen van kanker." Het verzamelen van uitkomstinformatie vraagt dat patiënten meewerken. "Dat is soms ingewikkeld", zegt Van Bortel. "We gebruiken nu de lijsten van ICHOM om zo objectief mogelijk gegevens in te winnen. ►

Orlebeke: "Patiënten hebben veel aan uitkomstinformatie bij het kiezen van een behandeling"

Maar het zijn heel uitgebreide sets en het kost de nodige tijd en moeite om die in te vullen. De casemanager speelt hierbij een belangrijke rol. Die nodigt patiënten uit om de lijsten in te vullen en legt samen met de medisch specialist uit hoe belangrijk het voor ons is dat die informatie beschikbaar komt. Dat geeft nog niet altijd de gewenste respons, maar het verbetert wel. De informatie is belangrijk voor de patiënt en zijn behandeling, maar ook voor andere patiënten. Als we zien waar we minder goed scoren, moeten we in ons proces misschien iets aanpassen. We gaan hiervoor op onze zorgpaden met focusgroepen werken. Patiënten kunnen dan samen met de tumorteams de zorg evalueren, niet op individueel niveau, maar voor de hele patiëntengroep met dezelfde diagnose. Daar beginnen we in 2018 mee."

ICHOM bruikbaar?

Suzan Orlebeke coördineert bij het Zorginstituut het onderzoek naar de bruikbaarheid van ICHOM in Nederland. Dit onderzoek moet antwoord geven op de volgende vragen:

- Wat kan het gebruik van ICHOM bijdragen aan het kiezen van behandeling en behandelbaar?
- Welke informatie ontbreekt er als alleen internationale sets voor uitkomstinformatie worden gebruikt? En wat is het effect daarvan voor gebruikers van deze informatie?
- Hoe organiseren we een landelijke invoering van uitkomstindicatoren zo dat de verzamelde gegevens betrouwbaar en vergelijkbaar zijn en de opbrengsten opwegen tegen de administratieve lasten?
- Op welke wijze kan Nederland invulling geven en bijdragen aan de internationale afspraken over het gebruik van de standaarden, zodat we deze nu en in de toekomst goed kunnen gebruiken?

"Patiënten hebben veel aan uitkomstinformatie bij het kiezen van een behandeling", zegt Orlebeke. "Xpert Clinic, een landelijk werkende kliniek voor hand- en polszorg,

meet bijvoorbeeld sinds 2008 uitkomsten door zowel zorgverlener als patiënt. Met deze uitkomsten kunnen ze patiënten beter voorlichten, bijvoorbeeld over hoe groot de kans is dat ze na een operatie hun hand weer goed kunnen gebruiken. Ook kunnen patiënten tijdens het behandelproces hun eigen scores zien, zoals de mate van pijn in vergelijking met andere patiënten. Deze informatie helpt bij keuzes in de behandeling." Partijen in de zorg en het Zorginstituut hebben de afgelopen jaren diverse kwaliteitsstandaarden met kwaliteitsindicatoren ontwikkeld en vastgelegd, maar die voldoen niet altijd, merkt Orlebeke op: "Er zijn veel indicatoren, maar die zijn veelal gericht op het proces en minder op de uitkomst voor de patiënt. Ik merk dat partijen in de zorg daar ook niet helemaal tevreden mee zijn. De kwaliteit van de zorg kan verbeteren als we meer weten over de uitkomsten."

Regisseur

Van Boxtel ziet een belangrijke rol voor het Zorginstituut als regisseur bij het invoeren van uitkomstindicatoren. "Het Zorginstituut en VWS kunnen een platform organiseren om zorgaanbieders en andere partijen bij elkaar te brengen. Als elk ziekenhuis zijn eigen wiel gaat uitvinden, gaat er heel veel energie verloren. Ik vind dat we met enkele koplopers aan de slag moeten om één geïntegreerd systeem te maken."

Ook Hazelzet voelt er veel voor om de regie bij het Zorginstituut te leggen. "Voor mij hoeven de ICHOM-sets niet ter discussie te staan. Hier en daar moeten ze wel wat worden aangepast aan de Nederlandse situatie. ICHOM werkt aan uniforme sets die bij alle ziektebeelden bruikbaar zijn, met specifieke sets toegespitst op de aandoening. Dat maakt het nog eenvoudiger om resultaten te vergelijken." Het Zorginstituut zou volgens Hazelzet onderdak kunnen bieden aan de uitkomstinstrumenten die in de zorg gebruikt gaan worden.

De bedoeling is dat er dit voorjaar een breed gedragen advies ligt over het gebruik van ICHOM-sets in Nederland. Het ministerie van VWS kan dit advies dan meenemen in de formulering van nieuwe hoofdlijnakoorden voor de zorg. ●

UITKOMSTINFORMATIE VOOR SAMEN BESLISSEN: VIJF PROJECTEN

Het project 'ICHOM als versnelling' is een van de vijf projecten van het programma 'Uitkomstinformatie voor Samen Beslissen'. De andere vier projecten zijn:

Selectie 50% ziektelast

Voor welke aandoeningen moet over vijf jaar uitkomstinformatie beschikbaar zijn? Samen moet dit de helft van de ziektelast in Nederland vormen. Ziektelast beschrijft hoe goed of slecht de gezondheid van een patiënt is. Hoe ernstiger de aandoening is, des te hoger de ziektelast.

Instrumentarium voor informatie-uitwisseling

Welke technieken of instrumenten zijn nodig om samen beslissen in de praktijk mogelijk te maken? Zowel patiënten als zorgverleners moeten eenvoudig uitkomstinformatie kunnen verzamelen, analyseren en delen.

Stimuleren nieuwe initiatieven uitkomsttransparantie

Samen beslissen staat of valt met het aanleveren van informatie door instellingen. Welke afspraken moeten daarover worden gemaakt? Wat is werkbaar en wie heeft welke rol? En hoe kun je patiënten stimuleren om hun ervaringen te delen?

Stimuleren van gebruik en implementatie

Het project richt zich op het stimuleren van het gebruik en de invoering van uitkomstinformatie voor Samen Beslissen. Het Zorginstituut pakt dit project in nauwe samenwerking met andere partijen op. Samenwerken, netwerken, met draagvlak veranderen, innoveren en communiceren staan hierbij centraal. Dit proces is ondersteunend aan de vier projecten in dit programma.

Zinnige zorg in de ggz

Meer aandacht voor diagnostiek

Begin 2018 verschijnt het screeningsrapport over Zinnige Zorg in de geestelijke gezondheidszorg. Het afgelopen jaar heeft het Zorginstituut gesproken met professionals, patiënten en andere betrokkenen in de ggz. Hier kwamen vier onderwerpen uit die in 2018 verder worden uitgewerkt. Verbetering van de diagnostiek is een belangrijk aandachtspunt.

Tekst Jos Leijen

Lise Rijnierse is namens het Zorginstituut programmaleider Zinnige Zorg Ggz: "We zijn begonnen met het opstellen van een lijst van zogeheten verbeter signalen. We keken daarbij wat er niet goed loopt en waar wij samen met het veld zaken kunnen verbeteren. Er gebeurt al veel in de ggz. De sector heeft een groot aantal zorgstandaarden ontwikkeld en is volop bezig met de 'Agenda ggz voor gepast gebruik en transparantie'. Het laatste wat wij willen is andere initiatieven doorkruisen en mensen voor de voeten lopen. We keken daarom goed waar we complementair kunnen zijn: welke problemen ervaren partijen waar ze zelf niet aan toe komen?"

Vier verbeter signalen

De lijst van 45 verbeter signalen werd met deze insteek teruggebracht tot negen. Tijdens een bijeenkomst in september kozen de ggz-partijen hier vier signalen uit die nu verder worden uitgewerkt:

- Gevolgen van psychotrauma worden niet herkend
- Chronisch psychiatrische patiënten gebruiken te veel geneesmiddelen tegelijk
- Diagnostiektrajecten zijn te beperkt
- Licht verstandelijke beperking wordt vaak niet herkend

"Een belangrijke gemeenschappelijke noemer is de diagnostiek", zegt Rijnierse. "Daar gaan vaak dingen verkeerd. Daardoor krijgen patiënten niet altijd de best passende behan-

dit naar schatting zelfs op 40 procent. Rijnierse: "Bij de start van het traject hadden we dit probleem al op de korrel, maar het lijkt ernstiger dan we dachten. Als dit niet wordt onderkend, kunnen patiënten een verkeerde behandeling krijgen. Ze snappen vaak de uitleg over bijvoorbeeld geneesmiddelen niet. Mensen met een licht verstandelijke beperking worden vaker gedwongen opgenomen. De bejegening in de instelling is vaak niet afgestemd op hun beperking."

Psychotrauma

Een ander probleem is dat behandelaars posttraumatische stress niet altijd herkennen. Zo blijkt uit recent onderzoek dat patiënten met een psychotische stoornis zelden de diagnose posttraumatische stressstoornis (PTSS) krijgen, terwijl 16 procent van deze patiëntengroep wel voldeed aan de criteria. Met ook hier het gevolg dat die patiënten niet de optimale behandeling krijgen.

"Met partijen gaan we kijken welke informatie we nodig hebben om de oorzaken scherp te krijgen", zegt Rijnierse. "We gaan onderzoek uitzetten om de benodigde onderbouwing te krijgen. Vervolgens formuleren we gezamenlijk oplossingen. We hebben het afgelopen jaar goed samengewerkt met patiënten, professionals en wetenschappers. We vertrouwen erop dat we samen de zorg kunnen verbeteren."

Op de hoogte blijven van dit Zinnige Zorg-traject? Meldt u zich dan aan voor de nieuwsbrief op zz-ggz@zinl.nl. Deze informeert u ook over de onderzoekstrajecten die volgend jaar aanbesteed gaan worden.



Lise Rijnierse (r.) en Antonie de Vlieger (VNG) tijdens de bijeenkomst met ggz-partijen in september

Medicinale cannabis niet in basispakket

Veertien jaar geleden concludeerde het Zorginstituut (toen nog CVZ) dat medicinale cannabis niet vergoed kon worden vanwege onvoldoende bewezen effectiviteit. Nieuwe wetenschappelijke publicaties vormen geen aanleiding voor heroverweging van dit advies, schreef het Zorginstituut vorige maand aan de nieuwe minister voor Medische Zorg, Bruno Bruins. Patiënten zullen hun ‘mediwiet’ dus ook in de toekomst zelf blijven betalen. Toch biedt het rapport ook lichtpuntjes.

Tekst Edith Bijl **Beeld** Paulien van de Loo (HH)

Hoewel medicinale cannabis dus al sinds 2003 niet meer wordt vergoed vanuit het basispakket, wilde de overheid voorkomen dat betrokken patiënten hun toevlucht moesten zoeken bij koffieshops. Met het officiële Bureau Medicinale Cannabis (BMC) biedt de overheid sinds 2001 een legaal, veilig en gecontroleerd alternatief voor deze groep patiënten. Daarnaast produceren enkele apotheken cannabispreparaten in de vorm van een olie, die de patiënt op doktersrecept kan afhalen. Voor beide legale kanalen geldt dat de patiënt de cannabis wel zelf moet betalen.

Geringe bewijskracht

Afgelopen zomer vroeg oud-VWS-minister Schippers het Zorginstituut om te onderzoeken of recente wetenschappelijke publicaties aanleiding konden geven tot een herbeoordeling van medicinale cannabis - en dan vooral de vijf plantaardige, medicinale cannabisproducten van het BMC. Daarop toetste

het Zorginstituut de bewijskracht in recente studies naar de werkzaamheid van cannabis bij verschillende ziektebeelden (zoals chronische pijn, slaapstoornissen en misselijkheid en duizeligheid door chemotherapie). Die bewijskracht bleek gering. Ook bleek er geen brede consensus te bestaan over de kracht en kwaliteit van het bewijs. Het Zorginstituut concludeerde dan ook in een rapport aan minister Bruins dat er geen reden is om medicinale cannabis opnieuw te beoordelen, laat staan op te nemen in het basispakket.

Patiënten die voor hun aandoening baat hebben bij medicinale cannabis moeten deze dus zelf blijven betalen. Maar het rapport biedt ook mogelijke lichtpuntjes. Zo wijst het Zorginstituut op een nieuw placebo cannabispreparaat dat qua structuur, smaak en geur overeenkomt met actieve cannabisproducten, maar verwaarloosbare hoeveelheden van de actieve stoffen tetrahydrocannabinol (THC) en cannabidiol (CBD) bevat. Deze placebo is met name geschikt om gecontroleerde studies met plantaardige producten van het BMC te doen. De verwachting is dat daarover de komende jaren meer en betere studies beschikbaar komen, op basis waarvan het Zorginstituut een eventuele herbeoordeling kan doen. Een ander punt uit het rapport waar patiënten hun hoop op kunnen vestigen is het advies aan de minister de verkooptarieven van het BMC zodanig te verlagen dat aanschaf van deze legale cannabis een stuk goedkoper wordt dan via de koffieshop. Bovendien besluit het rapport met het voorstel aan de minister om medicinale cannabis via bijvoorbeeld de Wmo te verstrekken. Een antwoord op deze aanbevelingen liet niet lang op zich wachten: nog geen week na ontvangst van ons advies meldde Bruins de verlaging van de tarieven van het BMC in overweging te nemen. We wachten de besluitvorming hieromtrent verder af. ●

Cijfers over medicinaal cannabisgebruik

Circa 1.800 patiënten betrekken cannabisproducten via de BMC of de apotheek. De kosten hiervoor kunnen per jaar oplopen tot ongeveer 2.000 euro per gebruiker. Tussen 2013 en 2016 is het gebruik van medicinale cannabis verdrievoudigd.

Bronnen: BMC, GIP-databank en Stichting Farmaceutische Kengetallen.

iStandaarden voor soepel berichtenverkeer

Voordeel voor cliënt en zorgaanbieder

Zorg aan cliënten beperkt zich vaak niet tot één afgebakend domein. Iemand kan met zowel de Wet langdurige zorg (Wlz) als de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) te maken krijgen. En wie in de Jeugdwet (Jw) zit, schuift vanaf zijn achttiende jaar meestal door naar de Wmo. Dan is het belangrijk dat alle partijen in het werkveld informatie over cliënten 'domeinoverstijgend' gestandaardiseerd kunnen uitwisselen.

Tekst Loek Kusiak

iStandaarden – de i staat voor informatie – maken het berichtenverkeer mogelijk voor de administratieve processen binnen de Wlz, de Wmo en de Jw: van indicatie via zorgtoewijzing en het leveren van zorg tot het vaststellen van de eigen bijdrage en facturering. Voor elk van de drie genoemde wetten is er een informatiestandaard, ofwel een verzameling regels en afspraken die ervoor zorgt dat de gegevens over de zorg per cliënt elektronisch, gestandaardiseerd en veilig worden uitgewisseld. Eenduidige informatieoverdracht voorkomt onnodig administratief werk en vermindert de kans op verkeerde interpretatie van gegevens en fouten in de toewijzing van zorg. Het Zorginstituut is de beheerder van de iStandaarden, die samen met de werkvelden zijn ontwikkeld. Gebruikers zijn gemeenten, SVB, CIZ, CAK, zorgkantoren en zorgaanbieders.

Modulair Pakket Thuis

Marie Katrien Litjens, informatieanalist van het Beheerteam iStandaarden: “De iStandaard beschrijft de informatiestroom en de definitie van gegevens. Dat resulteert in berichten voor zorgaanbieders. Wij definiëren de afspraken over taal en structuur van het berichtenverkeer, zodat de ene partij in het werkveld weet wat de andere partij bedoelt. Door op dezelfde manier te communiceren, voorkom je misverstanden.” Voor de Wlz is het werken met de iStandaard wettelijk verplicht, niet voor de Wmo en de Jw, de domeinen van de gemeenten. Wel stimuleert de VNG (Vereniging Nederlandse Gemeenten) het gebruik van de standaarden.

Eenduidige informatieoverdracht voorkomt onnodig administratief werk

Astrid Loomans, beleidsadviseur Administratieve Zaken/Cliëntzaken bij Pameijer, een instelling voor mensen met psychosociale problemen en/of een (lichte) verstandelijke beperking, vindt het werken met informatiestandaarden “een goede methode om veilig berichten uit te wisselen, waarbij ook het zorgkantoor goed kan monitoren welke zorg door welke aanbieder geleverd wordt. De iWlz is de meeste gestructureerde standaard in het berichtenverkeer. Binnen de Wlz bestaat bijvoorbeeld het Modulair Pakket Thuis (MPT). Cliënten kunnen delen van het zorgpakket thuis ontvangen als zorg in natura, of in een combinatie van zorg in natura en persoonsgebonden budget (pgb). In de iWlz wordt met ingang van april 2018

een verbetering gemaakt voor het MPT. Binnen het berichtenverkeer gebeurt de toewijzing van zorg niet meer via functies en klassen, maar in percentage van de zorgprofielen. Helaas moeten we declareren op basis van prestatiecodes volgens de richtlijnen van de NZa. Hier mag ter verbetering wel naar gekeken worden, zodat we de inzet van zorg makkelijker kunnen uitvoeren, bijvoorbeeld in de vorm van resultaatgericht werken.”

Vele variaties

Gemeenten zijn vrij om eigen voorwaarden te stellen aan zorgaanbieders. Loomans: “Best lastig, want dat zorgt voor vele variaties in de manier waarop gemeenten met de iWmo en de iJw en productcodelijsten werken. Voor ons is dit geen administratieve lastenverlichting. En voor de cliënt is het handig in de toekomst digitaal toegang te hebben tot zijn berichtenverkeer om de kwaliteit van de zorg te monitoren.” ●

iWlz on the move

Het Zorginstituut zorgt elk jaar – op verzoek van het werkveld of naar aanleiding van nieuwe regelgeving – voor een release van de informatiestandaarden, ofwel een vernieuwing van specificaties voor het berichtenverkeer. Releases worden zorgvuldig afgestemd met gebruikers en softwareleveranciers. Op 1 april 2018 wordt de release iWlz 2.0 van kracht. Als voorbereiding hierop organiseert het Zorginstituut in februari 2018 voor zorgaanbieders informatiesessies met de titel 'iWlz on the move'.

Meer informatie

zie www.istandaarden.nl of twitter: @istandaarden.



“De verantwoording gebeurde vroeger door te ‘tellen’, nu door ‘tellen én vertellen’”

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 het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg, dat in mei 2017 werd vastgelegd.

Tekst Jacqueline Schadee

Beeld Ron Zwagemaker en De Beeldredactie | Sander Koning

aan het bureau

Adviseur **Anco de Jong** van het Zorginstituut begeleidde de afgelopen twee jaar de totstandkoming van het nieuwe kader.

“Het mooie is dat het initiatief voor dit nieuwe kader vanuit de sector zelf is gekomen. Verschillende organisaties binnen de gehandicaptenzorg vonden dat het kwaliteitskader uit 2007 moest worden aangepast. Dat oude kader stond volgens de betrokken partijen, waaronder de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en cliëntorganisaties, te ver van cliënten en medewerkers af. Ook droeg de manier waarop landelijk verantwoording moest worden afgelegd, volgens hen onvoldoende bij aan de verbetering van de kwaliteit van de zorg. Er was te veel aandacht voor medicatieveiligheid en voor het voorkomen van incidenten, en te weinig voor het welbevinden van de cliënt. De partijen hebben toen een landelijke stuurgroep opgericht, waarin ook het Zorginstituut, het IGJ en het ministerie van VWS zitting hebben. De stuurgroep heeft in twee jaar tijd een nieuw kwaliteitskader opgesteld. En hoewel de belangen af en toe op gespannen voet met elkaar stonden, is de samenwerking over het algemeen goed verlopen. In het nieuwe kwaliteitskader staat de cliënt centraal. De wensen en zorgafspraken rondom die persoon moeten worden vastgelegd in een ondersteuningsplan. ‘Leren en verbeteren’ staan nu voorop in organisaties. De verantwoording vindt voornamelijk plaats via openbare kwaliteitsrapportages, al zijn de oude indicatoren over bijvoorbeeld veiligheid nog altijd van kracht. Anders gezegd: de verantwoording gebeurde vroeger door te ‘tellen’, nu door ‘tellen én vertellen’. Na een geslaagde testfase is het kader in mei dit jaar van kracht geworden. Aandachtspunt is dat er grote verschillen zijn in de kwaliteitsrapportages, waardoor ze voor de Inspectie minder geschikt zijn als instrument voor toezicht. Ook maken die verschillen het lastiger voor toekomstige cliënten om instellingen met elkaar te vergelijken. Dit onderwerp staat op de ‘ontwikkelagenda’ bij het nieuwe kwaliteitskader en wordt de komende jaren nader uitgewerkt.”



aan het bed

Elselien van Selst, teammanager bij Sherpa, heeft vier locaties voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel onder haar hoede op diverse plekken in ‘t Gooi.

“Sherpa is een van de 24 instellingen waar het nieuwe kwaliteitskader vorig jaar is uitgetest. De nieuwe manier van werken was voor ons aanvankelijk een zoektocht, maar dit jaar gaat het geweldig. Ik vind het nieuwe kader een supergoeie ontwikkeling. Er is meer aandacht voor zelfreflectie en voor het welzijn van de cliënt. Dankzij de nieuwe, verplichte ‘teamreflecties’ realiseerden we ons bijvoorbeeld dat de werkdruk tussen 7 en 10 uur ’s ochtends te hoog was. Dat is de periode waarin wij cliënten ondersteunen om op tijd op hun werk of de dagbesteding te zijn. We vonden dat we hen eigenlijk tekortdeden. Nu hebben we een extra tussendienst ingevoerd plus een ‘slapende’ nachtdienst, waardoor er zowel ’s avonds als ’s ochtends extra hulp is. Ook betekent de nieuwe manier van werken dat er meer aandacht is voor de behoeften van cliënten. Hun wensen worden geïnventariseerd door hun persoonlijk begeleider. Of ze nu taartjes willen halen of willen leren koffiezetten: we maken er tijd voor in het rooster. Daardoor wordt ons werk ook leuker. Heel belangrijk is dat het nieuwe kader gedragen wordt door het hele team. Als iemand met de hakken in het zand gaat staan, kom je niet vooruit. Elk team heeft een eigen ‘aandachtfunctionaris’ gekregen, die voorafgaand aan de teamreflectie de collega’s vraagt waar ze trots op zijn en welke onderwerpen ze willen bespreken. Ook hebben we op aandringen van de medewerkers het aantal teamreflecties teruggebracht van twee naar één keer per jaar. Het evalueren moet niet ten koste van de zorg gaan. Zelf heb ik geleerd om als teammanager meer achterover te leunen en mijn medewerkers te faciliteren. Binnen de spelregels van het kader laat ik ze zoveel mogelijk vrij.”

“Ik vind het nieuwe kader een supergoeie ontwikkeling. Er is meer aandacht voor zelfreflectie en voor het welzijn van de cliënt”

Subsidieregeling anonieme e-mental health

Anonieme online hulp voorkomt zwaardere zorgvraag

Als de schaamte te groot is om professionele hulp te vragen, kan anonieme e-mental health uitkomst bieden. Vroegtijdige herkenning van de klachten en gratis online interventies voorkomen een zwaardere zorgvraag. De Subsidieregeling anonieme e-mental health die het Zorginstituut uitvoert trekt veel belangstelling. Aanbieders van e-mental health op het gebied van onder meer depressieklachten en eetstoornissen zien groeiende hulpvragen, maar ook hoopgevende resultaten.

Tekst Loek Kusiak

Beeld Sabine Joosten (HH)

“Dat je überhaupt over je eetstoornis durft te vertellen, ook al doe je dat anoniem, is al een eerste, grote stap op weg naar genezing”, zegt de negentienjarige studente Gabriëlle. Zelf is ze sinds ongeveer een jaar hersteld van een eetstoornis type NAO (‘Niet Anderszins Omschreven’). NAO is de meest voorkomen-de van alle eetstoornissen, maar heeft niet alle symptomen die bij anorexia of boulimia horen. Gabriëlle was geruime tijd een regelmatig bezoeker van de website Proud2Bme, het platform waar jongeren anoniem ervaringen over hun eetstoornissen uitwisselen en chatten met psychologen, diëtisten en dertig ‘ervaringsdeskundige’ vrijwilligers. Omdat anonieme e-mental health vanwege de anonimiteit niet gedeclareerd kan worden bij zorgverzekeraars of gemeenten, heeft het ministerie van VWS in het verleden een subsidieregeling ingesteld om deze bijzondere zorgverlening toch mogelijk te maken. Het Zorginstituut heeft de subsidietaak (zie kader) overgenomen van VWS en is sinds 2017 uitvoerder van de financieringsregeling voor anonieme e-mental health, waar ook de website Proud2Bme onder valt.

Gabriëlle was vijftien en nog een havo-scholiere toen ze last kreeg van het prikkelbaredarmsyndroom. Ze verloor gewicht en moest aansterken. “Ik kwam bijna twaalf kilo aan, dus wilde ik weer afvallen. In die periode was ik erg onzeker, had last van faalangst, trok me dingen snel aan, bijvoorbeeld als ik een onvoldoende op school had. Eten begon ik te ontwijken, want zo kon ik nog érgens controle over krijgen. Het ontbijt sloeg ik over, boterhammen gooide ik weg. Maar door honger voelde ik me ook slecht. Als ik dan weer iets gegeten had, kreeg ik daar schuldgevoelens over. Dat werd heel

normaal, maar ik kon er niet mee omgaan. Ik verloor wel kilo's, maar niet tot de grens van anorexia. Uiteindelijk vertelde ik mijn ouders over mijn eetstoornis. Die schrokken vreselijk dat ze nooit wat gemerkt hadden.”

Uit isolement

Haar huisarts stuurde Gabriëlle door voor face-to-facegesprekken bij GGZ Rivierduinen Eetstoornissen Ursula in Leiden, die ook de site Proud2Bme onder beheer heeft. “Voor de face-to-facebehandeling was er een wachttijd van drie maanden”, vertelt Gabriëlle. “Maar via een vertrouwenspersoon op school was ik ook geattendeerd op Proud2Bme. Daar kon ik meteen een account aanmaken. 's Avonds tussen zeven en negen uur praatte ik er met lotgenoten van wie ik steun kreeg. Ik las hun blogs over eten, schoonheid en gezondheid en ik hield op de site een dagboek bij. Daardoor kon ik ook een patroon herkennen in mijn eetstoornis. Proud2Bme haalde me uit mijn isolement en vaagde uiteindelijk het stemmetje in mijn achterhoofd weg dat zei: ‘je mag niet eten.’”

Hoogste sterfte

Het aantal jongeren en jongvolwassenen met een eetstoornis bedraagt in Nederland naar schatting honderdduizend, vertelt professor Eric van Furth, klinisch psycholoog bij GGZ Rivierduinen Centrum Eetstoornissen en voorzitter van de Nederlandse Academie voor Eetstoornissen. “Van alle psychiatrische stoornissen hebben anorexia en boulimia nervosa de hoogste mortaliteit, ofwel sterfte. Daarom is de laagdrempeligheid en de snelheid van hulp via Proud2Bme, even onmisbaar als uniek. ‘Neem jezelf serieus, doe niet geheimzinnig en praat over je stoornis’, is de gedachte achter Proud2Bme. Jongeren en

In 2017 zijn de volgende e-mental-health-interventies ondersteund met subsidie van het Zorginstituut:

- Brijder.nl/hoewijhelpen
Bij verslaving aan alcohol, cannabis, drugs, gokken.
- Chatmetfier.nl
Psychosociale begeleiding jongeren.
- Proud2Bme.nl
Voor jongeren en jongvolwassenen met eetstoornissen.
- Featback.nl
Psycho-educatie bij eetstoornissen.
- Medische-psychologie.nl
Interventies bij angst- en depressieklachten.
- Gripopjedip.nl
Voor jongeren met matige depressieklachten.
- Kopstoring.nl
Voor jongeren met een ouder met psychische of verslavingsproblemen.
- Kopopouders.nl
Voor ouders met psychische en/of verslavingsproblemen ter preventie van psychische problemen bij kinderen.
- Ask-terwille.nl
Voor volwassenen met een verslaving.
- Doe-relegs.nl
Voor jongeren met een verslaving of verslavingsrisico.
- 99gram.nl
Voor jongeren met eetproblematiek.
- Pratenonline.nl/jongeren
Chattherapie voor matig tot ernstige depressieve jongeren.
- Minderdrinken.nl
Zelfstandig verminderen van alcoholgebruik.

De toegekende subsidies voor e-mental health in 2018 zijn te raadplegen op de site zorginstituutnederland.nl



De persoon op de foto komt niet in het verhaal voor

Van Furth: "Neem jezelf serieus, doe niet geheimzinnig en praat over je stoornis, is de gedachte achter Proud2Bme"

jongvolwassenen, onder wie veel meisjes, stellen online vragen over zelfwaardering, lichaamsbeweging, uiterlijk, eten. De helft van hen staat ook niet in contact met hulpverlening, maar zijn mogelijk wel bezig een eetstoornis te ontwikkelen. Hoe eerder een eetstoornis wordt herkend, hoe eerder we met vroeg opvang en een interventie iemand kunnen empoweren.” Proud2Bme bestaat intussen negen jaar en trekt twee miljoen unieke bezoekers per jaar. Dat zorgt dagelijks voor circa tienduizend anonieme bezoeken. “Daarmee is het”, meent Van Furth, “de best bezochte ggz-hulpsite van Nederland en koploper in deze gespecialiseerde zorg vergeleken met andere landen.”

Depressieklachten

Anonieme online hulp blijkt vanwege de laagdrempeligheid ook aantrekkelijk en effectief bij depressieklachten en angstpreventie. Voor het verminderen van matige depressieklachten en co-morbide angstklachten bij jongvolwassenen is er de website Gripopjedip.nl, die eveneens subsidie ont-

vangt van het Zorginstituut. Onderzoek door het Trimbos-instituut - kennisinstituut voor de ggz en verslavingszorg – toont aan dat 20 procent van de jongeren tussen 16 en 25 jaar last heeft van depressieve gevoelens. 5 procent heeft geen dip, maar een klinische depressie. Coördinator Rianne van der Zanden van de Stichting Gripopjedip: “We weten inmiddels ook dat e-mental health net zo goed blijkt te werken als - en soms zelfs beter dan - reguliere psychische hulp. Soms zijn patiënten online ook eerlijker.” Binnen de Stichting Gripopjedip werkt het Trimbos-instituut samen met de ggz-instellingen Parnassia, De Jutters, Dimence, Mindfit en Indigo als ketenpartners. De website Gripopjedip.nl biedt een online groepscursus van zes tot acht deelnemers en zes sessies in een chatbox onder begeleiding van een ggz-professional. Doel is voorkomen dat iemand lang in een dip blijft zitten. Omdat twee derde van het aanbod van e-mental health gratis en anoniem is, is dat ook een uitkomst voor jonge mensen. ►



Flyer van e-mental-health-project Gripopjedip

Van der Zanden: “Jongeren zijn vaak bang een stigma te krijgen als ze met familie of vrienden over depressieklachten praten. Er zit schaamte en onwetendheid over wat hun mankeert.”

Dipdeskundige

De cursist maakt ook thuis opdrachten en houdt dagelijks een stemmingsmeter bij. Van der Zanden: “Cursisten worden uitgedaagd negatieve gedachten te traceren en om te zetten in helpende gedachten en het ondernemen van plezierige dingen.” Jongeren kunnen hun vragen over somberheid ook anoniem via een e-mailservice voorleggen aan een 'dipdeskundige'. Binnen een paar dagen komt er antwoord. Bij de binnenkomende mails wordt gekeken of preventieve hulp met tips voldoende kan zijn of doorverwijzing naar andere hulp nodig is. “Op basis van de antwoorden op de vragenlijst voor de cursus en een 'gevalideerde depressieschaal' kunnen we ook het risico op zelfmoord inschatten. De cursus met de chatsessie is sowieso niet geschikt voor suïcidale jongeren. Die worden doorverwezen naar huisarts, 113 online of de reguliere ggz.” Matige depressieklachten die onbehandeld blijven, slaan vaak binnen één jaar om in een echte depressie. Van der Zanden: “Jarenlange ervaring leert dat alle jongeren die zich opgeven voor de online groeps cursus kwetsbaar zijn, ongeacht of ze worden toegelaten tot de cursus. Heeft iemand de stap genomen en zich voor Gripopjedip aangemeld, dan laten we deze persoon niet los voordat hulp of advies is geregeld.”

Op eigen benen

Wanneer Van der Zanden de aanmeldlijsten met de ingevulde vragen voor de online cursus doorkijkt, ziet ze “allerlei levensproblemen” voorbijkomen: “Studiedruk, geen energie meer hebben, stukgelopen relaties, getob met seksualiteit, problemen met ouders, sociale faalangst, buitengesloten voelen, verhuizen, eenzaamheid onder studenten, van mbo tot universitair. Veel van deze jongeren wonen zelfstandig. Ze willen aantonen op eigen benen te kunnen staan en gaan dan hun buien van neerslachtigheid niet delen met hun ouders. Ze willen het zelf oplossen - dat is ook gezond - maar zij hebben daar soms hulp bij nodig.”

“Gripopjedip.nl trekt inmiddels 70.000 unieke bezoekers per jaar. De site kan een deel van deze jongeren behoeden voor chronische problemen met verstrekkende impact. Denk aan schooluitval, afgebroken carrières, drugsgebruik of criminaliteit, die bovendien hoge zorg- en andere maatschappelijke kosten veroorzaken, nog los van de last die ook ouders van een depressief kind voelen.” Dat de belangstelling voor Gripopjedip.nl toeneemt, kan mede het effect zijn van de publiekscampagne die het ministerie van VWS is gestart om het taboe op praten over een depressie te doorbreken, met name onder jongeren van 13 tot 18 jaar en jonge vrouwen van 18 tot 35 jaar. “Uitstekend dat die campagne er is”, benadrukt Van der Zanden, “want meer openheid helpt. Maar wanneer dankzij de

Van der Zanden: “E-mental health blijkt net zo goed te werken als - en soms zelfs beter dan - normale psychische hulp”

campagne mensen tijdig de stap naar hulp durven nemen, moet de overheid ook boter bij de vis leveren wat betreft de financiering van e-mental health. De vraag is dus of een subsidie van twee miljoen euro nog wel afdoende is. Jongeren willen snel anonieme hulp voor hun depressieklachten en niet in de lange wachtrij komen van de reguliere ggz. Maar wat als Gripopjedip.nl straks 'nee' moet verkopen omdat er te weinig geld is voor anonieme online interventies? Waar zijn we dan mee bezig?!”

Dubbeltje per bezoeker

Ook Van Furth van GGZ Eetstoornissen Ursula merkt op dat “de omvang van de bestaande subsidieregeling niet meer in verhouding staat tot de stijgende vraag” naar anonieme e-mental health: “Ik ben blij met een regeling voor financiering, maar twee miljoen is absoluut te karig. Het frustreert beschikbare initiatieven rond e-health terwijl je met dit middel in de publieke gezondheidszorg enkele miljoenen mensen kan bereiken. We kunnen interventies plegen tegen een schijntje vergeleken met wat de reguliere ggz kost. Reken je de kosten van een community als Proud2Bme om naar kosten per individuele bezoeker per jaar, dan kost het een dubbeltje per bezoeker. Toch moet ik elk jaar weer een aanvraag indienen. Tot december, wanneer ik de uitslag verneem, zit ik te tobben of Proud2Bme het jaar erop kan voortbestaan, of ik afscheid moet nemen van medewerkers. Gezien de afnemende aantallen professionals in de ggz en de toekomst op middellange termijn, moeten we extra energie en middelen stoppen in preventie en vroegopvang met anonieme e-mental health.”

Gabriëlle, die haar eetstoornis dankzij Proud2Bme overwon, zegt: “Je hoeft niet eerst door een arts het label 'eetstoornis' opgeplakt te krijgen om de site te bezoeken. Al die meiden die op de site zitten omdat ze met hun eten rommelen en daarover dingen delen: ik vind het zó mooi. Ze willen een beter leven.” ●

Beeld Ron Zwagemaker



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

Rudi van der Valk

Teammanager Communicatie

“De kunst van communiceren is goed communiceren. Dat is waar ik en mijn collega's bij het team Communicatie ons voor inzetten. We adviseren en ondersteunen individuele collega's, teams, management en het Zorginstituut als geheel bij het goed communiceren. Zo eenvoudig is het ... nét niet.

We zijn een zelfstandig bestuursorgaan (ZBO) met diverse taken in de gezondheidszorg. Denk aan adviezen over wat wel of niet in het basispakket aan verzekerde zorg komt, of hoe je bevordert dat het gesprek tussen arts en patiënt in de spreekkamer echt 'samen beslissen' wordt. Dit zijn maar twee voorbeelden uit ons brede takenpakket. En ook bij een overheidsorganisatie als de onze zijn zaken als autoriteit of gezag richting burgers of zorgverleners gelukkig niet vanzelfsprekend meer. Die (inhoudelijke) autoriteit moet je echt verdienen. Tel daar nog bij op een complexe zorgwereld met een grote diversiteit aan bevlogen professionals met wie wij samenwerken. Deze optelsom levert een dynamisch werkveld op, ook op het vlak van communicatie.

In zo'n setting is het voor een goede communicatieaanpak altijd van belang om scherp op het netvlies te houden wat wij nu voor wie willen bereiken. Dus starten wij altijd met die ene simpele vraag: wat is je doel?”

Over zorg gesproken...

“We zijn een oeroud pact met bacteriën aan het verbreken.”

Microbioloog en TNO-onderzoeker Remco Kort, in AD (26 september 2017).

“Iedere patiënt is een parel. Een arts kan zo veel leren van één patiënt.”

Medisch oncoloog Bob Pinedo, in Parool (18 november 2017).

“Essentie van de zorgverzekering is dat de gezonde solidair is met de zieke, maar hoe ver rek je dat op...?”

CZ-topman Wim van der Meeren, Radio 1 Journaal (10 november 2017).

“Het recht op zorg van de patiënt weegt zwaarder dan het octrooirecht van de farmaceut.”

Carin Uyl-de Groot, hoogleraar health technology assessment aan de Erasmus Universiteit, in de Volkskrant (9 november 2017).

“Valongevallen zijn de sluipmoordenaars voor de alleroudsten onder ons.”

Manon Vanderkaa van Seniorenorganisatie KBO-PCOB in reactie op hoge sterftecijfers als gevolg van een val, op skipr.nl (26 oktober 2017).

“Het kan en zal je bedoeling niet zijn dat de zorg voor mensen met een beperking onderaan de ladder van politieke prioriteiten belandt.”

Femke Halsema, voorzitter van de VGN, in een brief aan Mark Rutte, op zorgvisie.nl (23 oktober 2017).

“Zo’n gigantisch academisch centrum in Amsterdam heeft de neiging om zich als academische monopolist te gedragen.”

VGZ-topman Tom Kliphuis over de voorgenomen fusie van AMC en VUmc, in het decembernummer van Skipr magazine 2017.

“De woorden zullen wel goed zijn, maar ik begrijp alles niet.”

Cliënt gehandicaptenzorg over de onbegrijpelijke taal in het eigen ondersteuningsplan, op zorgvisie.nl (27 oktober 2017).

“Schokkend dat mensen met psychiatrische aandoeningen vijftien tot twintig jaar eerder overlijden.”

Psychiater Wiepke Cahn in dit nummer (pagina 16).

“Kwaliteit is niet een set indicatoren, maar het individuele verhaal van elke cliënt echt horen.”

Gertrude van den Brink, bestuurder van zorgorganisatie Middin, op zorgvisie.nl (3 november 2017).