



Zorginstituut Nederland

Zorginstituut magazine

kwartaalblad van
Zorginstituut Nederland
juli 2018

Lector Data Intelligence
Roger Bemelmans:

"Knuffelrobot
doet goed werk
in ouderenzorg"

Dilemma:
doorbehandelen
of niet?

Vijfjaar
Programma
Zinnige Zorg

Inhoud

6 Dilemma: wel of niet behandelen?

Doorbehandelen is niet altijd de beste oplossing voor de patiënt. Bij arts en patiënt komt steeds meer aandacht en ruimte voor de keuze voor palliatieve zorg, of zorg in de laatste levensfase. Niet gericht op genezing, maar op kwaliteit van leven.

12 Rapport burgerforum

Wat vinden burgers belangrijk bij de afweging een behandeling al dan niet in het basispakket op te nemen? De Radboud Universiteit en de EUR lieten een groep van 24 burgers een oordeel vellen over acht casussen.

14 Kwaliteitskader Cosmetische Geneeskunde

Zorgverleners, patiëntenvertegenwoordigers en zorgverzekeraars hebben onder regie van het Zorginstituut overeenstemming bereikt over een Kwaliteitskader Cosmetische Geneeskunde.

22 Maak van migraine een hoofdzaak

Dat migraine ernstige, zelfs invaliderende vormen kan aannemen, is nauwelijks bekend. Een campagne van onder meer het Migrainefonds en WOMEN Inc. moet deze relatief onbekende hersenziekte op de kaart zetten.

24 Hoe maak je data toegankelijk?

De hoeveelheid data in de zorg groeit sterk. Zij bevatten belangrijke gegevens waarmee de zorg verbeterd kan worden. Maar hoe maak je ze toegankelijk? Het Zorginstituut onderzocht twee concepten die hierbij helpen: FAIR data en de Personal Health Train.



Rubrieken

9 Column Martin van der Graaff

10 Tien vragen aan: Rolf de Groot

16 Feiten & Cijfers

18 De andere blik
Lector Data Intelligence Roger Bemelmans over knuffelrobots in de zorg.

26 Aan het bureau / aan het bed
Theorie vs. praktijk over de afspraken rondom de Zorgstandaard Geboortezorg.

28 Zinnige Zorg
Vijf jaar Zinnige Zorg.

31 Elevator Pitch
Het werk van Joost Enzing van het Zorginstituut in 200 woorden gevat.

32 Over zorg gesproken

Burgerbetrokkenheid

Voorwoord



In deze editie treft u onder meer een artikel aan over het initiatief van het Radboudumc om de mogelijkheden van een Burgerforum in de zorg te verkennen. Burgers bogen zich een aantal weekenden over concrete pakketbeslissingen. Op 21 juni heb ik het rapport in ontvangst mogen nemen en is een manifest van het Burgerforum aan de voorzitter van de Tweede Kamercommissie voor Volksgezondheid aangeboden.

Burgerbetrokkenheid is een onderwerp dat ons als overheidsorganisatie in de gezondheidszorg al langer bezighoudt. Vooral in de wetenschap dat overheidsgezag niet zomaar vanzelfsprekend is en anders dan vroeger steeds en op nieuwe manieren gelegitimeerd moet worden.

Vier april hielden we onze jaarlijkse Zorginstituut Nederland Lezing in Beeld en Geluid te Hilversum. We kozen dit keer voor het thema 'de geïnformeerde burger'. Het was een duo-lezing van filmmaker Bas Welling en acteur Nasriddin Dchar. De boodschap was duidelijk: de tijd is voorbij dat de overheid het volk kan informeren door eenzijdig boodschappen uit te zenden. Dat werd prachtig geïllustreerd met nu hilarisch aandoende overheidsfilmpjes uit de zestiger en zeventiger jaren. In dit internettijdperk kent ons land 17 miljoen zenders! Die moet je zien te engageren om beweging te maken. En engageren is ook emotie. Eén 'gezicht' op tv van iemand die een behandeling niet vergoed krijgt is altijd krachtiger dan alle wetenschappelijke rapporten en statistieken bij elkaar. Hoeveel waarheid daarin ook mag schuilen. "De geïnformeerde burger?", zei Dchar, "Keer het om, werk aan een geïnformeerde overheid die de burgers in al hun diversiteit kent."

Betrokkenheid van burgers bij belangrijke overheidsbeslissingen is in deze tijd naar mijn mening een must om geloofwaardig te kunnen zijn. Ik bedoel niet dat we voor elke individuele beslissing over het wel of niet toelaten tot het basispakket een 'referendum' moeten uitschrijven. Het gaat niet per se om een meerderheid van stemmen. De democratische rechtstaat beschermt immers ook de belangen van minderheden. Maar het is ook méér dan de inspraak die we nu kennen bij de openbare vergaderingen van onze Adviescommissie Pakket. Ik denk dat we vooral burgerengagement zouden kunnen organiseren op vraagstukken over hoe wij tot onze beslissingen komen. Bijvoorbeeld: hoe moet het Zorginstituut omgaan met de verhouding tussen wat een behandeling kost en wat zij oplevert, hoe moet het Zorginstituut wegen of het collectief verzekeren van zorg echt noodzakelijk is, hoe moet het Zorginstituut zijn beslissingen wegen als de totale budgetimpact heel groot is. Et cetera.

Het Burgerforum heeft laten zien dat dat op een heel verantwoorde, afgewogen manier kan. En ja, het kan zijn dat bepaalde accenten anders worden gelegd dan we vanuit academische denken – niet vrij van impliciete normen over wat wel en niet rechtvaardig is – tot nu toe gewend waren. Maar dat zijn juist de maatschappelijke verrijkingen die we moeten opzoeken, zelfs moeten koesteren en die de legitimiteit van overheidsbeslissingen vergroten.

Arnold Moerkamp
Voorzitter Zorginstituut Nederland

Korte berichten

Blockchain maakt administratie in de kraamzorg efficiënter en transparanter

In de kraamzorg valt naar verwachting een transparanter en efficiënter proces voor het registreren van kraamzorguren te realiseren door digitalisering met inzet van blockchaintechnologie. Dit blijkt uit de recent door het Zorginstituut en coöperatie VGZ uitgevoerde praktijkproef blockchain in de kraamzorg. De proef is inmiddels afgesloten.

Voor de proef hielden circa dertig kraamgezinnen en kraamverzorgenden van de drie kraamzorgaanbieders LiemersCare, Kraamzorg Zuid-Gelderland en Kraamzorg VDA de urenregistratie bij in de blockchain-toepassing *Mijn Zorg Log*. De deelnemers en de zorgverzekeraar zijn enthousiast over het extra inzicht, de bewustwording en de regie die onder verzekerden ontstaat. Op verschillende terreinen kan tijdswinst worden geboekt doordat het administratieve proces rondom de registratie, declaratie en uitbetaling van kraamzorguren anders en eenvoudiger kan worden ingericht. Om de toegevoegde waarde van blockchain ten volle te benutten moet nog wel een aantal vraagstukken worden beantwoord, onder andere op het gebied van privacy,



governance en digitale identiteit. Tiana van Grinsven, RvB-lid van het Zorginstituut, beaamt dat: "De ontwikkeling van blockchain staat in de kinderschoenen. Er zijn nog veel vragen, maar de resultaten uit de praktijkproef maken duidelijk dat het de moeite waard is samen aan de slag te gaan met blockchain in de zorg." Zie voor het rapport van de praktijkproef: www.blockchainindezorg.nl.

Wijzigingen basispakket voor paracetamol, zittend ziekenvervoer en COPD

In december 2016 adviseerde het Zorginstituut om paracetamol, vitaminen en mineralen die ook in de vrije verkoop bij bijvoorbeeld de drogist of supermarkt verkrijgbaar zijn, niet langer te vergoeden uit het basispakket. De kosten van deze middelen zijn laag; per patiënt gemiddeld iets meer dan een euro per week. Het kabinet volgt dit advies op.

De aanspraak op zittend ziekenvervoer wordt volgend jaar verruimd. Hierdoor kunnen patiënten gebruik maken van vervoer (anders dan met de ambulance) van en naar consulten, onderzoek en controles als deze samenhangt met de behandeling. Ook wordt vanaf 1 januari 2019 oefentherapie bij COPD vanaf de eerste behandeling vergoed en worden de bijbetalingen voor bepaalde geneesmiddelen volgens afspraak in het regeerakkoord gemaximeerd op 250 euro per jaar. Dit om stapeling van zorgkosten te voorkomen.

Kwaliteitskader Wijkverpleging opgenomen in Register

De partijen die in Nederland betrokken zijn bij de wijkverpleging hebben het afgelopen jaar hard gewerkt aan het Kwaliteitskader Wijkverpleging. In dit kader beschrijven zij de inhoud en organisatie van de zorg die de wijkverpleegkundige aanbiedt en de kennis en kunde die nodig is om deze zorg te kunnen geven. De Raad van Bestuur van het Zorginstituut is verheugd over het Kwaliteitskader Wijkverpleging en heeft besloten het op te nemen in het Register. Het kwaliteitskader beschrijft ook welke onderdelen nog ontwikkeld moeten worden, zoals een patiëntenversie en meetinstrumenten. De partijen achter het kwaliteitskader (Actiz, BTN, Patiëntenfederatie Nederland, VenVN en ZN) hebben gevraagd om deze op de Meerjarenagenda te plaatsen. Uiteindelijk zijn de meetinstrumenten en PREM (*Patient Reported Experience Measures*) op de Meerjarenagenda geplaatst. Dit onderstreept het belang dat alle partijen hechten aan goede kwaliteitsinformatie. De meetinstrumenten moeten voor 1 juli 2019 opgeleverd worden.

Wijzigingen basispakket: in 2019 meer ruimte voor preventie

Vanaf volgend jaar is er meer ruimte voor preventieve gezondheidszorg vanuit het basispakket van de zorgverzekering. Huisartsen kunnen mensen met een gezondheidsrisico door overgewicht verwijzen naar een zogenaamde gecombineerde leefstijl interventie (GLI). Aanbieders van een GLI-programma kunnen de kosten daarvan declareren bij de zorgverzekeraar. Minister Bruins voor Medische Zorg en staatssecretaris Blokhuys van VWS verwachten dat meer aandacht voor preventie zal leiden tot minder beroep op andere, duurdere vormen van zorg en meer participatie. "Dat is winst voor de patiënt en winst voor de premiebetaler", aldus Bruins. GLI is gericht op het tegengaan van overgewicht door onder begeleiding minder te eten, meer te bewegen en met psychologische ondersteuning te werken aan gedragsverandering.

Nieuwe middelen geselecteerd als sluiskandidaat

Nieuwe geneesmiddelen die in het ziekenhuis worden gebruikt, worden in beginsel zonder bijzondere (prijs) afspraken toegelaten tot het basispakket. De minister van VWS kan echter besluiten om nieuwe middelen toch tijdelijk uit het pakket te houden. In de tussentijd kan het Zorginstituut een advies uitbrengen en kan de minister met de fabrikant onderhandelen over de prijs. Het gaat daarbij om intramurale geneesmiddelen waarvan de behandelkosten per patiënt heel hoog kunnen oplopen of waarvan de totale kosten per jaar erg hoog kunnen oplopen als ze voor veel patiënten worden ingezet. In de tweede helft van 2018 zijn op basis van de Horizonscan de volgende middelen als sluiskandidaat geselecteerd:

- | | |
|--|--|
| 1. Axicabtagene ciloleucel (Yescarta®) | Lymfeklierkanker en leukemie |
| 2. Ipilimumab (Yervoy®) | Nierkanker en later in 2018 ook longkanker en darmkanker |
| 3. Voretigene neparvovec (Luxturna®) | Oogaandoening |
| 4. Venetoclax (Venclexta®) | Leukemie (meerdere indicaties) |
| 5. Durvalumab (Imfinzi®) | Longkanker en later ook andere kankertumoren |
| 6. Abemaciclib (Verzenio®) | Borstkanker |
| 7. Tisagenlecleucel-T (Kymriah®) | Lymfeklierkanker en leukemie |
| 8. Osimertinib (Tagrisso®) | Longkanker |

- een veld met informatie of een middel nieuw is;
- een keuzemenu: biosimilar, generiek, nieuw middel, nieuwe toedieningsvorm of indicatie-uitbreiding;
- inzicht per geneesmiddel in welke fase van de ontwikkeling het zich bevindt.

Horizonscan brengt komst nieuwe dure medicijnen in kaart

Sinds kort biedt onze openbare website 'Horizonscangeneesmiddelen.nl' ook een geactualiseerd overzicht van welke nieuwe dure medicijnen de komende tijd op de markt komen en wat ze gaan kosten. Ook bij de bepaling welke nieuwe medicijnen als sluiskandidaten worden geselecteerd, is recent gebruik gemaakt van de Horizonscan. Daarnaast monitort de Horizonscan indicatie-uitbreidingen van bestaande innovatieve geneesmiddelen en zorgt de scan ervoor

dat patiënten, behandelaars, ziekenhuizen, zorgverzekeraars en overheidsorganen vroegtijdig op de hoogte zijn van de ontwikkelingen op het gebied van de innovatieve geneesmiddelen. De Horizonscan richt zich op de intramurale en extramurale geneesmiddelen en kijkt twee jaar vooruit. Met de net geactualiseerde editie biedt de Horizonscan ook:

- beter onderbouwde prijs- en patiëntvolumeschattingen;

Meer informatie?

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

Dilemma: wel of niet doorbehandelen?

Niet behandelen is ook een behandeling

Artsen zijn opgeleid om te genezen. Patiënten hebben doorgaans een sterke wil om te overleven. Artsen zijn dan ook geneigd om patiënten te behandelen. Maar het besef groeit dat behandelen niet altijd de beste oplossing is voor de patiënt. Soms geeft acceptatie van de eindigheid van het leven rust en is de kwaliteit van het bestaan in die laatste maanden belangrijker dan vastklampen aan elk sprankje hoop. Er komt dan ook steeds meer aandacht voor palliatieve zorg, of zorg in de laatste levensfase. Niet gericht op genezing, maar op kwaliteit van leven.

Tekst Jos Leijen

Beeld Mrs Peacock

Actrice Sjoukje Hooymaayer (77) zat eind mei monter aan tafel bij Jeroen Pauw in diens talkshow. Ze heeft uitgezaaide kanker en is niet meer te genezen. Ze wil niet behandeld worden, legde ze uit. “Ik ga voor kwaliteit van leven. En niet beginnen, misschien wel een heel jaar, aan de meest vreselijke behandelingen en operaties waarbij je weet dat je aan het einde een wrak bent. En er is minder dan 10 procent kans dat het helpt. Dat ga ik niet doen.”

Niet aandringen

Longarts Sander de Hosson begrijpt de keuze van de actrice, die jarenlang gestalte gaf aan dokter Lydie van der Ploeg in de tv-serie *Zeg 'ns AAA*. “Ik sprak onlangs een patiënt met uitgezaaide longkanker die dezelfde keuze maakte. ‘Ik heb het hele proces gezien bij een tante’, zei hij. ‘Daar heb ik geen zin in.’ Ik heb hem uitgelegd dat nieuwe behandelingen minder belastend zijn en hem goed geïnformeerd over voor- en nadelen. Maar ik ga niet aandringen.”

Het omgekeerde komt ook voor, weet De Hosson uit eigen ervaring. Soms hangen mensen zo aan het leven, dat ze elke behandeling willen proberen, ook al is de kans op een positief resultaat maar klein en levert het slechts enkele weken respijt op. “Dan gaan we in gesprek. Ik stel vragen: Is dit wel verstandig? Wat doet dit met de kwaliteit van leven? Maar uiteindelijk volg ik de patiënt. Wel behandelen is een even respectabele keuze als niet behandelen.”

Behandelen of niet is vaak een lastige afweging, aldus de longarts van het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen. “Je kunt natuurlijk wel vooraf een inschatting maken van de kans op succes, maar je kunt pas achteraf een conclusie trekken. Vaak is het wel gemakkelijker om een chemotherapie in gang te zetten dan om met de patiënt het einde van het leven te bespreken.”

Zinnige Zorg

In het kader van het project ‘Zinnige Zorg in de laatste levensfase bij longkanker en darmkanker’ publiceerde het Zorginstituut in 2017 een zogeheten verbeteringsignalement. Vooraf bestond het vermoeden dat artsen en patiënten ook in de laatste levensfase volop doorgingen met chemo’s, immunotherapieën, bestraling en andere behandelingen. Dat bleek mee te vallen, zegt Linda van Saase, manager oncologie bij het Zorginstituut. Wel bleken kankerpatiënten meer gebruik te maken van algemene zorg: ze kwamen vaker op de Spoedeisende Eerste Hulp, werden vaker opgenomen in het ziekenhuis en kregen vaker controlebezoeken en diagnostisch onderzoek. Daardoor sterven veel mensen in het ziekenhuis, terwijl de meeste patiënten juist thuis hun laatste dagen willen doorbrengen. Het Zorginstituut ziet daarom mogelijkheden om de zorg te verbeteren.

Het verbeteringsignalement geeft drie aanbevelingen. Patiënt en zorgverlener moeten al direct na de diagnose van ongeneeslijke ziekte met elkaar praten over de wensen en behoeften van de patiënt in de tijd die hem of haar nog rest. Daarnaast moet de patiënt goed inzicht krijgen in de mogelijkheden voor behandeling, met daarbij ook de optie om niet te behandelen. Goede informatie is hierbij essentieel. Verder moeten specialisten en huisartsen beter samenwerken en gegevens uitwisselen.

Niet alles hoeft

“Wij hebben de indruk dat de optie om niet te behandelen niet altijd voldoende aan de orde komt in het gesprek tussen arts en patiënt”, zegt Van Saase. “Wil een 85-plusser die een heel leven achter zich heeft nog dat zware traject in? Daar moet je serieus over praten. Het is ook belangrijk dat de huisarts daarbij betrokken wordt.”

Sander de Hosson: “Vaak is het gemakkelijker een chemotherapie in gang te zetten dan met de patiënt het einde van het leven te bespreken”

PALLIATIEVE ZORG

Palliatieve zorg is zorg die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten, die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid. De zorg is gericht op het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van problemen van fysieke, psychische, sociale en spirituele aard. Gedurende het verloop van de ziekte of kwetsbaarheid heeft palliatieve zorg oog voor het behoud van autonomie, toegang tot informatie en keuzemogelijkheden. De wensen van de patiënt en diens naasten omtrent waardigheid worden gedurende het verloop van de ziekte of kwetsbaarheid, tijdens het stervensproces en na de dood erkend en gesteund.

Misschien blijft ‘niet behandelen’ ook wel onderbelicht doordat artsen toch vooral leren hoe ze patiënten beter moeten maken. Hun basisattitude is daardoor: behandelen. Bovendien was er tot voor kort in de artsopleidingen heel weinig aandacht voor palliatieve zorg (zie kader). Longarts De Hosson herinnert zich dat er tijdens zijn basisopleiding vijftien uur in zes jaar aan besteed werd. De laatste jaren is er wel een kentering ten goede gaande, constateert Van Saase. In 2015 kwam het KNMG met het rapport *Niet alles wat kan, hoeft*. Een stuurgroep met vertegenwoordigers van patiënten, artsen, verpleegkundigen en ouderen formuleerde als verbeterdoelen:

- Het aanvaarden van en het praten over het levenseinde wordt gewoner.
- De wensen van patiënten worden verhelderd en de samenwerking, inclusief overdracht, verbeterd.
- Beslissingen neem je samen: het proces van besluitvorming wordt verbeterd.
- Richtlijnen zijn niet alleen gericht op ‘doen’, maar ook op ‘laten’.
- Het zorgstelsel wordt minder gericht op productie en meer op passendheid.

In 2017 is het Zorginstituut gestart met het programma ‘Uitkomstinformatie voor Samen Beslissen’. Dit programma is er onder meer op gericht om informatie-uitwisseling te verbeteren, zodat patiënt en arts betere keuzes kunnen maken. Verder mikt het programma op een cultuurverandering bij zorgverleners én patiënten die nodig is om samen beslissen echt mogelijk te maken. Over vier jaar moet er voor de helft van de aandoeningen uitkomstinformatie beschikbaar zijn waarop arts en patiënt hun keuze kunnen baseren.

Zelf uitvogelen

Sander de Hosson is een de artsen die de afgelopen jaren aandacht hebben gevraagd voor palliatieve zorg. “In 2003 ging ik aan het werk in de praktijk en merkte ik dat er heel veel mensen sterven. Hoe je daar als arts mee om moest gaan, moest ik zelf maar een beetje uitvogelen. Hoe praat je met mensen over de naderende dood? Daar hadden ze me in de opleiding bijna niets over verteld. De nadruk lag op opereren en medicatie voorschrijven.” De jonge arts maakte het tot zijn missie om palliatieve zorg in de schijnwerpers te zetten. Hij was een van de auteurs van het ►

leerboek *Probleemgeoriënteerd denken in palliatieve zorg* (2011). Ondanks de niet zo spannende titel is het boek inmiddels in gebruik bij veel artsenopleidingen. Daarnaast beschreef De Hosson zijn ervaringen in columns die onder meer gepubliceerd werden in *Medisch Contact*. In maart verscheen een bundel met de titel *Slotcouplet*.

Linda van Saase: “Wil een 85-plusser die een heel leven achter zich heeft nog dat zware traject in? Daar moet je serius over praten”

Er is een omslag gaande, stelt De Hosson net als Van Saase vast. “Er is meer aandacht voor palliatieve zorg in de media. Het taboe op praten over de dood wordt minder. Het ministerie van VWS heeft het Nationaal Programma Palliatieve Zorg opgezet en de informatie naar patiënten en professionals is verbeterd. De cursussen voor huisartsen over palliatieve zorg zitten vol.”

Ouderen screenen

Of de aandacht voor palliatieve zorg zal leiden tot minder overbehandeling, durft De Hosson niet te zeggen. Het zijn geen communicerende vaten. “Het is wel belangrijk dat de arts ook de optie om niet te behandelen op tafel legt. Niet behandelen is ook een behandeling. Palliatieve zorg kost tijd en aandacht. Het is goed dat de NZa werkt aan de financiering. Het ministerie heeft ook een informatiekaart gemaakt voor professionals over de financiering van palliatieve zorg.”

Het voorkomen van overbehandeling is het doel van een proef van het HagaZiekenhuis in Den Haag en het LUMC in Leiden. Het LUMC vond uit dat 10 procent van de 70-plussers die zich melden bij de spoedeisende eerste hulp binnen drie maanden overlijdt. Van nog eens 20 procent gaat de gezondheid fors achteruit. Moet je deze senioren nog wel behandelen als ze er toch niet beter van worden?

De ziekenhuizen screenen ouderen met een eenvoudige vragenlijst om zo het risico van sterfte en achteruitgang in te schatten. Als dat risico hoog is, volgt eerst een gesprek om

patiënten (en hun naasten) goed te informeren. Ouderen verdienen de beste zorg, zei internist ouderengeneeskunde Simon Mooij-aart (LUMC) dit voorjaar in de nrc. “Maar als ik denk dat de patiënt er meer last van gaat krijgen dan dat hij er baat van zal hebben, raad ik behandeling af.”

Zorgkosten

Eind april legde GroenLinks in de initiatiefnota *Lachend Tachtig* expliciet de relatie tussen overbehandeling en kosten van de zorg. “We moeten ouderen in het ziekenhuis eerder en eerlijker vertellen wat de gevolgen kunnen zijn van een operatie”, aldus Tweede Kamerlid Corinne Ellemeet (GroenLinks), ook in de nrc. “De beste zorg is soms niet behandelen. Maar als je dat zegt, krijg je al snel het verwijt: GroenLinks wil besparen op ouderen. Het tegendeel is waar: veel ouderen willen helemaal niet de medische molen in als de kwaliteit van hun leven daardoor achteruitgaat.”

Voorzitter René Héman van Artsenfederatie KNMG reageerde op de KNMG-website gereserveerd op de screening en de plannen van GroenLinks. De discussie over passende zorg zou volgens hem niet over kosten mogen gaan. Bovendien is het de vraag of overbehandeling afneemt als er nieuwe regels komen. “De belangrijkste opdracht aan zorgverleners is vooral: richt je op de patiënt en op zinnige zorg.” De KNMG heeft zijn hoop onder meer gevestigd op de Samen Beslissen-campagne. Verder heeft de artsenfederatie een handreiking gepubliceerd die artsen moet helpen om met patiënten te praten over de dood. ●

“De Treeknormen blijven
van kracht: als Ingrid wil dat
Henk de tuin doet, mag hij
die klus niet langer dan twee
weken laten liggen”



Martin van der Graaff werkt
als adviseur bij het Zorginstituut

Akkoord MSZ

column

Nergens is het vermogen om vrijwel onhaalbare afspraken in hallucinante bewoordingen te gieten zó sterk ontwikkeld als in de zorg. Als je het onderhandelaarsakkoord medisch-specialistische zorg (MSZ) doorneemt, struikel je voortdurend over ambitieuze vergezichten en ambtelijke kromspraak. Je moet er toch niet aan denken dat je zoiets op een willekeurig huishouden zou los laten. Bijvoorbeeld: Henk en Ingrid de Wit maken een financiële planning voor 2018 en 2019. Henk wil graag een nieuwe auto, Ingrid een nieuwe keuken. Er is dus nog geen gelijke gerichtheid van belangen. Daarover zijn zij een Goed Gesprek aangegaan. Om te bezien of Bruin dit kan trekken, hebben zij de kosten van hun wensen uitgeschreven op een bierviltje, dat nu door het leven gaat als het VHI (Visiedocument Huishoudelijke Investerings). Het komt erop neer dat zowel Henk als Ingrid zal moeten bezuinigen op typisch mannelijke (bier en voetbal) en vrouwelijke (kleertjes) prioriteiten. Beide partijen moesten beloven dat ze de gerealiseerde besparingen in een virtuele lege jampot storten en er niet alsnog andere spullen (visgerei of cosmetica) mee financieren. Als ze allebei echt minder gaan uitgeven en dus over 2018 naar krimp bewegen, kan er wel een enkel keertje als aanmoediging een extraatje vanaf. Er wordt dan incidenteel transformatiegeld beschikbaar gesteld uit het ‘familiepotje onvoorzien’.

Samen gaan ze een huishoudboekje bijhouden, om hun lerend vermogen als professionals qua huishoudinvesteringen te verbeteren. Waarschijnlijk moeten ze op de posten vervoer en vermaak nog een paar extra bezuinigingen doorvoeren. Daarover stellen ze samen een versnellingsagenda op. Om het leven een beetje gezellig te houden, spreken ze ook af om wederzijds minder te vitten op de manier waarop ze dingen in het huishouden aanpakken, zolang de tuin, de afwas en de boodschappen maar gedaan worden. Dat betekent een forse vermindering van het aantal structuur- en procesindicatoren. Overigens blijven de Treeknormen van kracht: als Ingrid wil dat Henk de tuin doet, mag hij die klus niet langer dan twee weken laten liggen.

Wat ze bijhouden in het huishoudboekje staat vanaf nu op de achterkant van een sigarendoosje, dat de naam ‘sectoraal actieplan Familie De Wit’ krijgt. Het bierviltje en het sigarendoosje zitten samen in één envelop, waarop met zwarte viltstift staat geschreven: ‘Onderhandelaarsakkoord Familie de Wit’. Met kleine incidentjes is rekening gehouden. Als Henk bijvoorbeeld vaker sigaretten haalt dan afgesproken, moet hij bijklussen. Dat meldt hij op een vel papier op het prikbord in de gang met de titel ‘Macro Beheers Instrument’ (MBI).

Mocht dit allemaal tot auto noch keuken leiden, is het laatste redmiddel een gesprek op hoofdlijnen via het Bestuurlijk Overleg Familie de Wit. Henk en Ingrid komen er wel. Of dat ook voor de zorg geldt, blijft de vraag.

Wat is hier
de best
passende zorg...

en wat wil
de patiënt?



10

vragen aan
Rolf de Groot

Tekst Robert van der Broek

Beeld De Beeldredactie | Arno Massee

1 Wat is uw eerste ervaring met de gezondheidszorg?

“Zoals bij iedereen, de geboorte. In mijn geval ging dat niet heel makkelijk; de destijds bekende gynaecoloog professor Plate moest eraan te pas komen. Natuurlijk ging ik in mijn jeugd wel eens naar de huisarts of, wat vaker voorkwam, de huisarts kwam op visite. In ons dorp was er veel respect en sympathie voor hem. Overigens was hij de vader van de bekende zorgondernemer Loek Winter.”

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

“Het heeft lang geduurd voordat die gedachte bij me opkwam. Pas toen ik in de jaren tachtig als advocaat mocht gaan werken voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg – toen nog het ‘Staatstoezicht’ geheten – raakte ik erg geïnteresseerd in de geneeskunde. Was ik dat maar gaan studeren! Maar daarvoor was het intussen te laat. Dus bleef ik advocaat in de gezondheidszorg. Wat voor dokter ik zou zijn geworden? Zeker geen chirurg, want ik kan niet tegen bloed! Ik denk dat ik gekozen zou hebben voor een exacte richting. Bijvoorbeeld epidemiologie of medisch-wetenschappelijk onderzoek. Mooie en belangrijke dingen ontdekken en daarmee de echte dokters ondersteunen.”

PERSONALIA

Rolf de Groot (1951) werd per 1 mei jongstleden benoemd tot voorzitter van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de SKGZ. Hij had een langdurige carrière als advocaat bij Pels Rijcken, specialisatie gezondheidszorg. In 1998 promoveerde hij op tariefregulering in de gezondheidszorg. Van 2002 tot 2010 was hij hoogleraar zorgverzekeringsrecht aan de VU. De Groot is plaatsvervangend raadsheer in het Gerechtshof 's-Hertogenbosch. Daarnaast is hij lid van de Raad van Toezicht van de Centrale Huisartsenposten Rijnmond en het Haaglanden Medisch Centrum. De Groot schreef tal van publicaties over zorgverzekeringen en marktregulering en is actief op de gebieden arbitrage, mediation en governance.



“Natuurlijk zijn begrip, inlevingsvermogen en communicatie erg belangrijk in de zorg. Maar eerlijk gezegd word ik liever behandeld door een verrekt goede dokter”

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

“Ik zou goede plannen maken om patiënten in staat te stellen te kiezen voor een zorgverlener die hun vertrouwen het meest verdient, objectief en op basis van gemeten resultaten. Je wilt toch weten welk ziekenhuis of welke specialist de beste behandeling voor jou biedt? Waar snel en liefst in één keer de juiste diagnose wordt gesteld? Niet: welke dokter is het aardigst, of wie is een vriendje van mijn huisarts, of welk ziekenhuis heeft de leukste franje. Ik ben een fervent aanhanger van Porters *Redefining Health Care*. De Harvard-professor zegt dat elke partij in de gezondheidszorg zich zou moeten concentreren op het creëren van zoveel mogelijk waarde voor de patiënt, te meten in gezondheidsresultaten en kosten, en dat patiënten daarvoor moeten kunnen kiezen.”

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

“Ik geloof niet dat het basispakket veel echt overbodige zorg bevat. Wel is de drempel om zorg in het pakket op te nemen vrij hoog. Daar zullen redelijke argumenten voor zijn. Anderzijds wordt niet regelmatig getoetst of eenmaal opgenomen zorg inderdaad effectief is, terwijl de toets voor in- en uitstroom in principe dezelfde is. Het is blijkbaar lastiger om zorg uit de verzekering weg te strepen.”

5 Welke zorg zou volgens u onmiddellijk in het basispakket opgenomen moeten worden?

“Daar kan ik in mijn functie beter geen uitspraken over doen. Wat mij wel aanspreekt is het Preventieakkoord van staatssecretaris Blokhuis. Hij vindt terecht dat er een enorme disbalans bestaat tussen de 80 miljard euro die aan zorg wordt uitgegeven en de fractie daarvan die naar preventie gaat. Zorgverzekeraars spelen daar nog een bescheiden rol in, omdat er voor hen geen prikkel of vergoeding voor preventie is. Blokhuis heeft gezegd dat hij dat wil uitzoeken. De hoogste tijd, als je het mij vraagt.”

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

“Gewoon even wachten of het met een paracetamolletje overgaat. Bij aanhoudende klachten: gaan.”

7 Wat is uw favoriete zorgwoord?

“Dat heb ik niet. ‘Zorg’ is taalkundig een gemaltraiteerd woord. Je ziet het te pas en te onpas terug in allerlei lelijke samenstellingen en betekenissen. Laten we teruggaan tot de oorspronkelijke betekenis van het woord. Volgens Van Dale is zorg: ‘liefderijke bezorgdheid’. En dat is wat het zou moeten zijn.”

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

“Eigenlijk liefst niemand. Ik wil graag een kamer voor mij alleen. Dan kunnen er veel mensen op bezoek komen met wie ik kan kletsen zonder dat we anderen hinderen. Hoewel, ik heb ooit een paar dagen in een ziekenhuis gelegen naast een aardige Marokkaanse jongen die tweemaal daags bezoek kreeg van zijn hele gezin. En dat was helemaal niet vervelend, maar juist gezellig.”

9 Wat vindt u de belangrijkste voorwaarde voor goede zorg?

“Kenniss en kunde van de professional. Natuurlijk zijn begrip, inlevingsvermogen en communicatie erg belangrijk. Maar eerlijk gezegd word ik liever behandeld door een verrekt goede dokter. Zelfs al is hij kort aan gebonden en niet een toonbeeld van soepele conversatie.”

10 Hoe ziet de zorg er volgens u over vijf jaar uit?

“De geschiedenis laat zien dat veranderingen in een zorgstelsel langzaam, laten we zeggen ‘incrementeel’, plaatsvinden. Het ziekenfondsstelsel kwam in 1941 en bleef tot 2006. Zo zal ons huidige stelsel waarschijnlijk ook nog lang blijven, zelfs al wordt er voortdurend aan getimmerd en verbouwd. Ons zorgstelsel is een te kostbaar bezit om er ruw mee om te gaan en alles in een keer op zijn kop te zetten.” ●

Burgerforum:

Burgers maken keuzes voor de zorg

Hoe kunnen we burgers betrekken bij de lastige afweging om een behandeling al dan niet in het basispakket op te nemen? Het Zorginstituut zoekt al jaren naar een antwoord op deze vraag. Het haakte dan ook graag aan bij een onderzoek van de Radboud Universiteit en de Erasmus Universiteit. Die lieten een groep van 24 burgers een oordeel vormen over acht casussen. Keuzes maken bleek moeilijk, maar het besef groeide dat die keuzes noodzakelijk zijn.

Tekst Jos Leijen

Beeld De Beeldredactie | Freek van den Berg

Onderzoekers van de Radboud Universiteit, het Radboud Universitair Medisch Centrum en de Erasmus Universiteit wilden inzicht krijgen in de maatschappelijke waarden bij de vergoeding van medisch behandelingen. Wat vinden burgers belangrijk? Wat vergoed je wel en wat niet? En welke criteria hanteer je daarbij? De wetenschappers klopten aan bij het Zorginstituut voor advies en ondersteuning. Het Zorginstituut gaf dat graag. “Bij de zittingen van de Adviescommissie Pakket (ACP) van het Zorginstituut komen vaak patiënten en patiëntenverenigingen inspreken”, vertelt ACP-secretaris Jacqueline Zwaap. “Maar de stem van de premiebetalende burger wordt niet gehoord. De vraag ‘wat willen we met elkaar en voor elkaar betalen’ wordt beantwoord door de leden van de ACP. Uit de commotie die soms in de samenleving ontstaat, zou je kunnen afleiden dat ze dat niet altijd goed doen. Daarom is het goed dat burgers zich nu over deze materie hebben gebogen.”

Dwarsdoorsnede

De 24 deelnemers aan het experiment werden geselecteerd door onderzoeksbureau Motivaction uit hun pool van respondenten. Bij de selectie werd rekening gehouden met

sociale achtergrond, geslacht, woonplaats en leeftijd, zodat het min of meer een dwarsdoorsnede van de bevolking werd. De deelnemers hebben wel allemaal een belangstelling voor maatschappelijke vraagstukken. In het najaar van 2017 kwamen de 24 deelnemers drie weekenden bij elkaar in Amersfoort om acht casussen te bespreken (zie kader). Het Zorginstituut verzorgde de voorlichting over deze casussen. “We hebben de informatie zoveel mogelijk compleet en objectief aangeleverd”, zegt Zwaap. “Zodat de deelnemers aan de discussie zelf hun argumenten konden bedenken.”

Kiezen moet

Door de informatie en de discussie gingen de deelnemers beseffen dat keuzes noodzakelijk zijn. Het budget is nu eenmaal niet oneindig. Ze bedachten zestien criteria om die keuzes te kunnen maken, zoals medische noodzaak, effectiviteit van de behandeling, kosten, alternatieven, leeftijd en leefstijl. Het wegen van deze criteria bleek ingewikkeld en per deelnemer verschillend, afhankelijk van voorkeuren, normen en waarden. “Datzelfde zie je ook in de ACP”, merkt Zwaap op. “De leden zijn individuen met hun eigen achtergrond en mening. Een unaniem oordeel is mooi, maar is niet het doel. Een verdeeld advies is ook niet erg, als we maar laten zien welke argumenten een rol spelen en hoe we

tot een conclusie zijn gekomen. Je kunt aan diverse criteria geen vast gewicht hangen, want de context is altijd verschillend.”

Kwaliteit van leven

Volgens de onderzoekers bieden de zestien criteria van het Burgerforum een breder scala dan de vier die de ACP hanteert. Dat zijn: noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid. Zo kijkt het Burgerforum niet alleen naar de gezondheid, maar ook naar de kwaliteit van leven in ruimere zin, bijvoorbeeld hoe iemand functioneert in de samenleving.

Zwaap ziet geen grote verschillen tussen

Acht casussen

De deelnemers aan het Burgerforum bespraken in drie weekenden acht verschillende casussen en beoordeelden of die al dan niet vergoed zouden moeten worden uit het basispakket:

- Gebitsbeugels voor jongeren
- Ziekte van Alzheimer
- Brandend maagzuur
- ADHD bij kinderen
- Eculizumab bij aHUS
- Total body scan
- Obesitas
- Heupprothese op hoge leeftijd



Arnold Moerkamp (l), Heleen Post (Patiëntenfederatie) en Rob Baltussen (projectleider) tijdens de overhandiging van het rapport van het Burgerforum.

de criteria van de ACP en het Burgerforum. “De zestien criteria overlappen voor een groot deel de vier die de ACP hanteert. Er is er niet één waarvan ik zeg: daar hebben we als Zorginstituut nooit aan gedacht. Er zijn veel overeenkomsten, alleen de definities lopen wat uiteen. En met sommige criteria, zoals de leefstijl, mogen we wettelijk niets doen.” De ACP-secretaris omarmt de aanbeveling van de onderzoekers om burgers vaker te betrekken bij pakketbeslissingen. Dat is ook belangrijk voor het draagvlak van de adviescommissie. “Je kunt burgers niet bij elk advies betrekken, maar we zoeken wel mogelijkheden om bijvoorbeeld periodiek de criteria en pakketadviezen te toetsen. Het is wel een ingewikkeld traject. Je kunt niet even Maurice de Hond een winkelcentrum insturen met een vragenlijst. Daar is het te complex voor.” ●

Het rapport De basis voor juiste keuzes is op 21 juni in Nieuwspoort aangeboden aan Arnold Moerkamp, bestuursvoorzitter van het Zorginstituut, en Helma Lodders, voorzitter van de vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

SAMEN MET BURGERS WERKEN AAN BETERE INFORMATIEVOORZIENING

Goede informatievoorziening is essentieel in het proces van gezond zijn, worden en blijven. Daarom gaat het in ons werk niet alleen om de zorgvraag van de burger, maar ook om de informatiebehoefte die hij of zij heeft. Informatie en informatiemanagement spelen een belangrijke rol bij de uitvoering van onze wettelijke taken. We willen de gegevensuitwisseling en informatievoorziening in de zorg verbeteren en nog beter aan laten sluiten bij wensen van burgers. Daarom betreft het Zorginstituut ook burgers bij dit type vraagstukken. We zijn daarbij op verschillende terreinen actief. Momenteel onderzoeken we bijvoorbeeld hoe we de gegevensuitwisseling rond het aanvragen van een indicatie voor langdurige ouderenzorg kunnen verbeteren. Hiervoor voeren we gesprekken met mantelzorgers en vertegenwoordigers van cliënten. Dit doen we in samenwerking met Vilans, het kenniscentrum voor langdurige zorg.

Verder willen we helder krijgen welke informatie mensen willen

hebben over wachtlijsten in de langdurige zorg. Daarvoor organiseren we in samenwerking met de Patiëntenfederatie Nederland focusgroepen en sturen we een landelijke vragenlijst uit. We nodigen burgers nadrukkelijk uit om deel te nemen aan onze twejaarlijkse werkconferentie Denktank IZO, waar ze als ervaringsdeskundigen hun stem kunnen laten horen tijdens workshops en in het debat met professionals in de wereld van zorg en welzijn. Tijdens de Denktank IZO van 5 juni 2018 (met als thema ‘Mantelzorg zonder digitale hindernissen’), hebben we bewust het podium geboden aan ervaringsdeskundige Cora Postema om haar ervaringen als mantelzorger met het publiek te delen. De meningen en ervaringen van burgers (lees: mensen, patiënten, cliënten, bewoners, mantelzorgers, ervaringsdeskundigen, naasten, ervaringsdeskundigen) zijn belangrijk voor het Zorginstituut. Wij zullen hen blijven betrekken en een actieve rol geven, óók als het gaat om (modernisering van) de informatievoorziening in de zorg.

Overeenstemming over Kwaliteitskader Cosmetische Geneeskunde

Duidelijkheid voor patiënten en zorgverleners

Zorgverleners, patiënten-vertegenwoordigers en zorgverzekeraars hebben onder regie van het Zorginstituut overeenstemming bereikt over een Kwaliteitskader Cosmetische Geneeskunde. Dit document beschrijft wat goede cosmetische zorg inhoudt. De partijen zijn nog in gesprek over bekwaamheidseisen voor zorgverleners die cosmetische behandelingen uitvoeren. Naar verwachting worden het kwaliteitskader en een toevoeging (addendum) over de bekwaamheidseisen nog dit jaar opgenomen in het Kwaliteitsregister van het Zorginstituut.

Tekst Noël Houben

Beeld Arie Kievit (HH)

Het Kwaliteitskader Cosmetische Geneeskunde is een wat vreemde eend in de bijt, erkent adviseur Kim Boerman van het Zorginstituut. Eerdere kwaliteitskaders richtten zich op zorg die wordt vergoed op basis van de Zorgverzekeringswet of de Wet langdurige zorg. Cosmetische behandelingen zijn geen verzekerde zorg, al vergoeden zorgverzekeraars ze soms wel in de aanvullende verzekering. Maar, stelt Boerman: “De burger moet overal in Nederland goede en veilige zorg krijgen, of die nu verzekerd is of niet.

Voor dit principe staan we als Zorginstituut. Daarom vinden we het belangrijk dat er ook voor de cosmetische geneeskunde heldere kwaliteitsnormen komen.”

Holland: “Straks is er een aangescherpte basisopleiding cosmetische geneeskunde”

Daar komt bij dat het aantal cosmetische behandelingen snel groeit: jaarlijks met 10 procent, zo becijferde de Nederlandse Vereniging voor Cosmetische Geneeskunde (NVCg). Dat geldt vooral voor relatief lichtere ingrepen. In 2016 vonden er in Nederland bijna vierhonderdduizend botox- en fillerbehandelingen plaats, blijkt uit onderzoek van het Erasmus Medisch Centrum. Zorgverleners met uiteenlopende achtergronden voeren de cosmetische ingrepen uit: naast plastische chirurgen onder meer ook tandartsen, huidtherapeuten en huisartsen. Geheel rimpelloos verloopt de groei niet. Op gezette tijden gaan ingrepen mis, al dan niet als gevolg van medische fouten. Een belangrijke reden voor toenmalig minister Schippers van VWS om vier jaar geleden aan te dringen op een kwaliteitskader. Dit moet richtlijnen en normen bevatten die ertoe leiden dat burgers overal in Nederland veilige en kwalitatief goede cosmetische zorg krijgen.

Scalpel

Koepelorganisatie Nederlandse Stichting Esthetische Geneeskunde (NSEG) kreeg eind 2014 subsidie om zo’n kwaliteitskader op te stellen. Die poging liep vast. Heet hangijzer

waren vooral de bekwaamheidseisen: over welke opleiding en ervaring moet een zorgverlener beschikken om de verschillende cosmetische behandelingen uit te voeren? Waar de medisch specialisten stelden dat alles waar een scalpel aan te pas komt alleen door een specialist mag worden uitgevoerd, vonden andere partijen dit te rigide. Om de impasse te doorbreken, verzocht de minister het Zorginstituut vorig jaar om het Kwaliteitskader Cosmetische Geneeskunde op de Meerjarenagenda te plaatsen.

Gedragen netwerk

“Dit betekent dat we sinds mei 2017 een faciliterende en coördinerende functie hebben”, vertelt Boerman. “We verzamelen en verwerken input, stemmen aanpassingen aan het kwaliteitskader af met de partijen die betrokken zijn bij cosmetische geneeskunde en bewaken de planning.” De ‘klus’ is opgeknipt in twee delen: eerst wordt een inhoudelijk kwaliteitskader vastgesteld, daarna komt er nog een addendum met bekwaamheidseisen. Over het eerste deel, dat beschrijft wat kwalitatief goede cosmetische zorg inhoudt, waren de partijen het namelijk in 2017 al grotendeels eens. Na definitieve overeenstemming hierover ligt er een betere basis om over de bekwaamheidseisen in gesprek te gaan. Een cruciale rol is weggelegd voor Peter Holland. De gynaecoloog, onder meer oud-voorzitter van het artsenfederatie KNMG en erkend trouble shooter in de zorg, treedt op als onafhankelijk voorzitter en bemiddelaar. Holland: “Ik probeer de kou uit de lucht te halen en ervoor te zorgen dat er een gedragen netwerk ontstaat binnen de cosmetische geneeskunde. Want uiteindelijk moeten de partijen zelf het stokje weer overnemen bij de uitvoering van de afspraken in de praktijk.”

BETROKKEN PARTIJEN

Het kwaliteitskader is opgesteld door:

- Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT);
- Dutch Aesthetic Laser Association (DALA);
- Federatie Medisch Specialisten (FMS);
- Huisartskliniek;
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT);
- Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG);
- Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH);
- Nederlandse Vereniging Voor Cosmetische Chirurgie (NVVCC);
- Nederlandse Vereniging voor Cosmetische Geneeskunde (NVCg);
- Nederlandse Vereniging voor Dento Faciale Esthetiek (NVDfE);
- Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV);
- Nederlandse Vereniging voor Esthetische Plastische Chirurgie (NVEPC);
- Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied (NVKNO);
- Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica (NVKF);
- Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie (NVMKA);
- Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC);
- Patiëntenfederatie Nederland;
- Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN);
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN).



Boerman: “Als partijen de bekwaamheidseisen zelf opstellen, passen ze deze ook eerder toe in de praktijk”

DNA

Het afgelopen jaar stond in het teken van luisteren, overleg, terugkoppelen en het wegnemen van irritaties; zowel plenair als met partijen afzonderlijk. Verder zijn ook de zorgverzekeraars en patiënten aangehaakt bij het overleg. Inmiddels zijn partijen het eens over het inhoudelijk kwaliteitskader. Boerman en Holland hebben goede hoop dat dit ook met de bekwaamheidseisen zal lukken. “Het willen bieden van goede, verantwoorde zorg: dat zit in het DNA van zorgverleners”, zegt Holland. “Uiteindelijk is er tussen de partijen meer wat hen bindt dan wat hen scheidt. Uitgangspunt is dat er straks een aangescherpte basisopleiding cosmetische geneeskunde is, met aanvullende modules voor de verschillende behandelingen. Denk bijvoorbeeld aan een module voor laserbehandeling, voor ooglidoperaties, voor liposuctie, enzovoorts. Zonder de vereiste opleiding mag een zorgverlener dan geen cosmetische behandelingen meer uitvoeren.”

Het kwaliteitskader met addendum moet uiteindelijk – samen met onder meer een patiëntenversie en een implementatieplan – een plek krijgen in het Register van het Zorginstituut. Hier kan iedereen het kader online raadplegen. Het is vervolgens aan de

partijen zelf om te zorgen voor de invoering in de praktijk. Als zij er wat betreft de bekwaamheidseisen toch niet uitkomen, zal het Zorginstituut zijn doorzettingsmacht gebruiken. Boerman: “Maar dat doen we liever niet. Als de partijen de bekwaamheidseisen zelf opstellen, zullen ze deze ook eerder toepassen in de praktijk.”

Heldere kaders

Het inhoudelijk kwaliteitskader betekent al een grote stap vooruit, betoogt Holland: “Het beschrijft de rechten van patiënten en de kwaliteitseisen waaraan zorgverleners moeten voldoen. De cosmetische ingrepen zijn onderverdeeld in vijf categorieën: van licht – bijvoorbeeld oppervlakkige laserbehandelingen – tot zwaar, bijvoorbeeld borstvergrotingen. Per categorie is onder meer beschreven hoe de behandelkamer moet worden ingericht, hoeveel bedenktijd de patiënt krijgt voordat de behandeling uitgevoerd mag worden, welke nazorg moet plaatsvinden, wat er in het medisch dossier wordt opgenomen en wat er moet gebeuren bij complicaties. Dit biedt niet alleen duidelijkheid aan patiënten en zorgverleners; het geeft de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd ook heldere kaders waarop ze kan toetsen. De zorg als geheel wordt hier beter van.” ●

Feiten & Cijfers



340.000

mensen ontvingen in 2017 langdurige zorg. Dit zijn er 5.000 minder dan in 2015.

BRON: VEKTIS INTELLIGENCE

Bij ongewijzigd beleid zullen de uitgaven aan geneesmiddelen in 2021

€ 5,1 miljard

per jaar bedragen.

BRON: GIPELINGEN ZORGINSTITUUT



20% van de ouderen gebruikt **80%** van de zorguitgaven voor ouderen. Bijna **48%** van de totale zorguitgaven gaat naar ouderen.

BRON: NZA

Het Landelijk Meldpunt Zorg (LMZ) ontving in 2017 in totaal **6.885 klachten**, vooral over **ziekenhuiszorg, ggz en verpleeghuiszorg**.

BRON: LMZ



1 miljard suikerklontjes wil Albert Heijn tot 2020 uit zijn huiskamerproducten verwijderen.

BRON: AH.NL

1.800

Nederlandse patiënten gebruiken medicinale cannabis. In 2006 waren dat er **450**.

BRON: VWS



Nederland gaf in 2017
€ 97.500.000.000

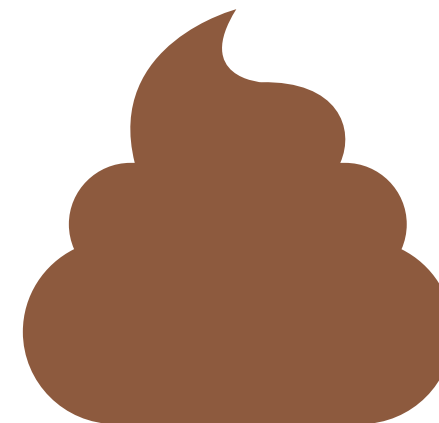
uit aan zorg.
Dat is twee miljard meer dan in 2016.

BRON: CBS



De komende 4 jaar krijgt de wijkverpleging **€ 435 miljoen** extra.

BRON: VWS



1 op de 5 mensen van 16 jaar of ouder liet in de afgelopen twee jaar zijn poep onderzoeken op aanwezigheid van bloed en dus mogelijk darmkanker. **In 2014 was dit nog 1 op de 14.**

BRON: CBS

'Zorgjargon' nader verklaard

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

Het Engelse leenwoord 'management' is inmiddels zo vernederlandst, dat de afgeleide term 'casemanagement' raar in de oren kan klinken: "Keesmanagement? Welke Kees dan?". Gelukkig leidt de term op papier tot minder verwarring. Een 'case' is immers óók een volledig ingeburgerd leenwoord, dat gebruikt wordt om een geval, kwestie, probleem, zaak of – jawel – casus aan te duiden. Ook in de zorg houdt men zich bezig met allerlei cases, en dus ook in combinatie met management. Maar wat houdt casemanagement dan in? Een antwoord daarop is niet eenvoudig, want casemanagement kan verschillende verschijningsvormen hebben. Op www.ensie.nl vinden we een uitleg die misschien het dichtst bij een algemene definitie komt: "Casemanagement is een manier van werken waarbij één professional voor de cliënt het aanspreekpunt is. Deze professional coördineert en stemt alle hulpverlening op elkaar af, waarbij de hulpvraag van de cliënt sturend is."

Het Zorginstituut heeft in 2011 een standpunt uitgebracht over casemanagement. We beoordeelden of de elementen die onder deze zorg vallen tot de te verzekeren prestaties van de Zvw behoren. Ook keken we of casemanagement voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Omdat de wetwijzigingen in het kader van de hervorming van de langdurige zorg tot vragen leidden, hebben we onlangs een addendum uitgebracht bij het standpunt uit 2011. Zie hiervoor onze website, onder publicaties, trefwoord: 'Verduidelijking standpunt casemanagement'.

De andere blik

“Een robot kan goed werk doen in de ouderenzorg”

Dementerende ouderen kunnen baat hebben bij robotica. Zo blijken ‘knuffelrobots’ een positieve invloed te hebben op hun gemoedstoestand. Maar die ervaringen zijn nog maar het begin. Volgens Roger Bemelmans, onderzoeker en lector Data Intelligence aan Zuyd Hogeschool Heerlen, is de toekomst aan zelflerende systemen. Die zouden met kunstmatige intelligentie menselijk gedrag kunnen herkennen en zodoende helpen zorg op maat te leveren.

Tekst Robert van der Broek **Beeld** De Beeldredactie | Marcel van Hoorn

“Er zijn al zelfrijdende auto’s. Vliegtuigen doen bijna alles op de automatische piloot. Fabrieken verhogen de productie met robots. We kunnen naar de maan en straks zelfs naar Mars. Dan moeten we toch ook in staat zijn om met technologie onze kwaliteit van leven te verbeteren? En waar anders is dat relevanter dan in de gezondheidszorg? Ik vind dat we het aan elkaar verplicht zijn om innovaties in te zetten voor het welzijn van de mensen die dat nodig hebben. Ik ben gepromoveerd op robotica in de ouderenzorg. Op verzoek van verpleeghuizen zoek ik naar oplossingen voor de ouderenzorg en in het bijzonder de intramurale psychogeriatric. Ze kampen daar met personeelskrapte en een almaar toenemende zorgvraag. Daarbij komt dat al die patiënten kampen met aandoeningen die om intensieve verpleging vragen. Dat maakt de belasting voor zorgverleners alleen maar groter. Bij Zuyd Hogeschool zijn we een onderzoek gestart naar het effect van ‘knuffelrobot’ Paro op het welzijn van dementerende ouderen.

Op basis van de positieve resultaten hebben drie andere zorginstellingen, te weten Lentis, Proteion en Sevagram, ook enkele Paro’s aangeschaft. Paro is een Personal Assistant Robot in de vorm van een zeehond, die in Japan is ontwikkeld om dementerende ouderen op hun gemak te stellen. Deze robot heeft met zijn witte vacht, grote ogen en bijna levensechte gedrag een positieve invloed op het gemoed van patiënten. Paro doet iets met mensen wat ons niet lukt, met al onze ervaring en kennis. Dat is

enorme winst voor zowel patiënten als zorgverleners. Demente ouderen lijden immers vaak aan depressies, zijn angstig en onrustig. Kun je die gevoelens wegnemen of in elk geval een beetje dempen, dan zullen zij zich een stuk prettiger voelen. De verzorger heeft daar ook baat bij, want de robot maakt zijn werk een stuk lichter. Je kunt je voorstellen dat het wassen en aankleden van een demente oudere een beproeving kan zijn, als die zich hevig verzet. Zo ken ik een voorbeeld uit de praktijk: er was een vrouw die telkens enorm tegenstribbelde wanneer zij een pedicurebehandeling kreeg. Na haar kennismaking met Paro was dat over; met de knuffel op schoot was ze kalm en blij.”

Zuinig op mensen

“Ouderenzorg is mensenwerk, maar zonder technologie redden we het niet meer. Er komt gewoon te veel op de schouders van de zorgverleners terecht. Met de toename van het aantal ouderen stijgt de zorgvraag. Volgens het CBS heeft 70 procent van de 65-plussers een chronische ziekte. Boven de 75 jaar heeft meer dan de helft meer dan één chronische ziekte. In het jaar 2030 heeft bijna 40 procent van de 75-plussers meer dan drie aandoeningen. Als we zuinig willen zijn op onze verpleegkundigen en mantelzorgers, dan moeten we ze ondersteunen. Robots zijn een heel praktisch hulpmiddel. Natuurlijk zijn er mensen die de voortschrijdende technologie als een bedreiging zien. Pakken robots onze baan af, nemen ►



“Laten we wel wezen: een verpleegkundige kunnen we niet zomaar uit de kast trekken. Een robot wel. Als die ons kan ontlasten, moeten we daar gebruik van maken”



“Knuffelrobot
Paro doet iets met
mensen wat ons niet
lukt, met al onze
ervaring en kennis.
Dat is enorme winst
voor zowel patiënt
als zorgverlener”

veel nauwkeuriger kunnen inschatten. Zo'n systeem zou dan aan de hand van omgevingsfactoren en afwijkingen in iemands leefpatroon uit eigen beweging een signaal kunnen afgeven. Is iemand nog niet thuis, terwijl hij er normaal om die tijd wel is? Slaapt de bewoner gewoon lang uit, of is er iets ernstigers aan de hand? Waarom zit iemand de hele tijd in de woonkamer zonder zich te verplaatsen? Kunstmatige intelligentie kan straks exact aangeven wat er aan de hand is.”

Troeven achter de hand

“Een voorwaarde voor zelflerende robotica is dat zij onze onvoorspelbaarheid leren begrijpen. Dat wordt nog een hele uitdaging. Wij mensen zijn nu eenmaal grillig en opportunistisch. Toch zie ik mogelijkheden. Vorig jaar won Libratus, een zelflerende computer, een pokertoernooi in de Amerikaanse staat Texas. Dat is bijzonder als je bedenkt dat poker, anders dan schaken, geen wiskundig voorspelbaar spel is. Bij poker wint degene die met vijf kaarten de hoogste combinatie maakt. Maar je kunt de anderen ook laten geloven dat je goede kaarten hebt. Zo kun je zelfs met slechte kaarten nog winnen. Dat bluffen is een typisch menselijke eigenschap. Blijkbaar beheerste de robot-pokerspeler die kunst ook. Als je verder denkt, zou je zo'n vorm van kunstmatige intelligentie ook kunnen inzetten om ziekten te bestrijden. De robot zou dan uit zichzelf hypothesen kunnen ontwikkelen en een behandelplan opstellen voor een specifieke situatie. Een tekort aan medicatie hoeft dan bijvoorbeeld niet te betekenen dat er geen behandeling mogelijk is. De robot heeft al een slim alternatief bedacht dat óók kan werken. Kijk, de gezondheidszorg is een domein dat zichzelf nog flink kan verbeteren. En is tegelijkertijd van grote betekenis voor de maatschappij. Ik ben ervan overtuigd dat de mensen in de zorg echt iets aan robotica hebben. Ik vind het heel spannend en interessant om robotica en kunstmatige intelligentie ten dienste van mensen te stellen.” ●

ze onze plaats in? Ik begrijp die angst, maar daar is geen reden voor. Robots vormen eerder een kans om de kwaliteit van leven te verbeteren. En laten we wel wezen: een verpleegkundige kunnen we niet zomaar uit de kast trekken. Een robot wel. Als die ons kan ontlasten, moeten we daar gebruik van maken. Ik verwacht ook dat ouderen langer zelfstandig kunnen wonen dankzij nieuwe technologie. Er zijn al domotica met slimme sensoren en apps die de bewoner dag en nacht monitoren. Huisverlichting die vanzelf aan- en uitgaat, een zelfsturende thermostaat, bewakingscamera's – de grote uitdaging is nu om zelflerende systemen te ontwikkelen die met kunstmatige intelligentie gedragspatronen herkennen. Kunstmatige intelligentie werkt met software die instructies geeft op basis van algoritmen. Die algoritmen zijn van onze cognitieve functies afgekeken: het vermogen om keuzes te maken en beslissingen te nemen. Als je dat kunt implementeren in de ouderenzorg zou je risico's eerder en

Leidraad stimuleert ontwikkeling betrouwbare keuzehulpen

In 9 stappen naar een goede keuzehulp

Keuzehulpen zijn bedoeld om zorgverleners en patiënten te helpen bij hun gezamenlijke keuze voor de juiste behandeling. Maar hoe weet je of een keuzehulp betrouwbaar en actueel is? En hoe maak je die? De onlangs ontwikkelde leidraad *Hoe ontwikkel ik een keuzehulp bij een richtlijn?* moet uitkomst bieden. Zorginstituut-medewerkers Uriëll Malanda en Sander van de Scheur waren nauw betrokken bij de totstandkoming van deze leidraad.

Tekst Edith Bijl

Voor wie is de leidraad bedoeld?

Van de Scheur: “De leidraad wordt gebruikt door zorgverleners, beroepsverenigingen en patiëntenverenigingen, maar ook door subsidieverstrekkers en ontwikkelaars van keuzehulpen. De leidraad laat zien hoe je in negen stappen een goede keuzehulp maakt (zie kader). Daarnaast weten gebruikers dat als een keuzehulp voldoet aan de leidraad, deze betrouwbaar is.”

Waarom was een leidraad nodig?

Malanda: “Het Zorginstituut kwam al in 2014 met het idee om een leidraad te ontwikkelen. Er was toen een wildgroei aan keuzehulpen, zonder landelijk afgestemde structuur. Voor zowel de patiënt als de zorgverlener was onduidelijk wat de kwaliteit van de keuzehulpen was. Daarom wilden wij een landelijke consensus over waar keuzehulpen aan moeten voldoen. Voor de patiënt, maar ook voor de ontwikkelaars van keuzehulpen. Ook bleek er behoefte aan keuzehulpen die passen bij de wetenschappelijke richtlijn en/of kwaliteitsstandaard. Zo kunnen keuzehulpen, net als patiëntversies, helpen bij het overbrengen van informatie uit richtlijnen.” Van de Scheur: “Bovendien wilden we voorkomen dat keuzehulpen die met subsidie (dus publiek geld) zijn ontwikkeld, te snel verouderd raken omdat zij niet aangepast kunnen worden aan nieuwe ontwikkelingen, nieuwe standaarden of aan een vernieuwde website. Dat laatste ondervonden wij zelf toen in 2014 de site KiesBeter.nl onderdeel van het Zorginstituut werd. De bestaande

keuzehulpen kregen geen plek op de nieuwe site en waren ook niet zomaar elders te plaatsen. Wij hebben ons dan ook sterk gemaakt voor stap 8 en 9: het beheren en actueel houden van de keuzehulpen.”

Hoe is de leidraad tot stand gekomen?

Malanda: “Zoals we altijd werken: we brengen partijen bij elkaar en stimuleren ze om samen iets te ontwikkelen dat bijdraagt aan de verbetering van de zorg. Dit resulteerde in een eerste versie. De huidige versie van de leidraad is doorontwikkeld door de Patiëntenfederatie, het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN). Zij hebben gezamenlijk dit initiatief goed opgepakt en daar zijn wij heel blij mee. Toch zou de leidraad er niet zijn geweest zonder de initiële inzet van prof.dr. Trudy van der Weijden (hoogleraar Implementatie van Richtlijnen en Samen Beslissen in de Geneeskunde aan de Universiteit Maastricht - red.). Met

haar enthousiasme, haar standvastigheid om er met de partijen uit te komen én haar wetenschappelijke onderbouwingen was zij de motor van het eerste traject.”

Wat is de impact van de leidraad voor betrokken partijen?

Van de Scheur: “De patiënten merken er nu nog weinig van. De totstandkoming van de leidraad is een eerste stap; de eerste keuzehulpen die de leidraad volgen, moeten nog gemaakt worden.” Malanda: “Waar we uiteindelijk naartoe willen is dat subsidieverstrekkers straks als voorwaarde stellen dat nieuwe keuzehulpen voldoen aan de leidraad. Daarnaast moet er een landelijk netwerk komen waar *alle* keuzehulpen vindbaar zijn. Maar het ultieme doel is natuurlijk dat patiënt en arts de keuzehulpen straks in de spreekkamer gebruiken in het kader van samen beslissen.” ●

Binnenkort is de leidraad te downloaden op www.zorginzicht.nl.

9 stappen naar een goede keuzehulp



1. Het team



4. Inhoud



7. Afronden



2. Afbakenen



5. Vorm



8. Beschikbaar stellen



3. Vragen en voorkeuren



6. Feedback



9. Actueel houden

Campagne gaat onwetendheid en vooroordelen te lijf

Maak van migraine een hoofdzaak!

Dagenlang misselijk, braken, overgevoelig voor licht en geluid en een vreselijke, kloppende hoofdpijn. Dat migraine zulke ernstige, zelfs invaliderende vormen kan aannemen, is nauwelijks bekend. En dat terwijl dagelijks zo'n zeventigduizend Nederlanders letterlijk door een migraineaanval worden geveld. De campagne 'Maak van migraine een hoofdzaak!' moet deze relatief onbekende hersenziekte op de kaart zetten.

Tekst Edith Bijl

Beeld WOMEN Inc.

Er bestaan nog altijd veel vooroordelen over migraine. Met deze campagne willen WOMEN Inc., het Migrainefonds, de Vereniging van Nederlandse Hoofdpijncentra (VNHC) en de Nederlandse Hoofdpijn Vereniging (NHV) de kennis over migraine vergroten en de vele vooroordelen te lijf gaan. Om enkele voorbeelden te noemen: meer dan de helft van de Nederlanders denkt onterecht dat migraine wordt veroorzaakt door stress of drukte. 53 procent denkt dat het aantal migrainepatiënten veel lager ligt dan de werkelijke 2 miljoen. Ook weet 80 procent niet dat migraine een hersenziekte is en denkt één op de tien mensen dat migraine hetzelfde is als hoofdpijn.

Niets is minder waar: migraine gaat veel verder dan een ernstige hoofdpijn. Het is ontwrichtend en invaliderend, vertelt Johanneke Kramer. Zij heeft nu ruim tien jaar last van migraineaanvallen, zo'n twee keer per maand. Tijdens die aanvallen, die twee à drie dagen duren, is Johanneke gekluisterd aan bed. Ze kan geen licht, geluid en geurtjes verdragen, is misselijk en moet vaak overgeven. "Ik kan dan niet werken, de kinderen moeten stil zijn en het huishouden komt volledig op mijn man neer. Mijn leven draait om die migraine. Ik ben minder gaan werken, maak alleen afspraken met vrienden onder voorbehoud van een aanval en ik boek geen vlieguren meer. Dat vind ik nog het ergst; dat ik mijn kinderen niets van de wereld kan laten zien."

Sinds Kramer aan migraine lijdt, is zij op zoek naar de oorzaak en – vooral – de genezing ervan. "Ik slikte eerst medicijnen (triptanen) maar omdat ik daar nare bijwerkingen van kreeg, heb ik die afgezworen. Ik probeer alles: gluten- en lactosevrij eten, gemberthee. Maar dingen die bij mij lijken te werken, slaan bij een ander niet aan. Een eenduidige behandeling is er niet, zeker niet zolang de exacte oorzaken van migraine niet gevonden zijn."

Gissen naar de oorzaken

Er zijn duidelijke aanwijzingen dat vrouwelijke hormonen een rol spelen bij de oorzaak van de ziekte. Migraine komt drie keer zo vaak voor bij vrouwen, en dan vooral bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd, vertelt Emile Couturier, neuroloog en voorzitter van de VNHC: "Momenteel loopt er een onderzoek van het LUMC en de Erasmus Universiteit naar de invloed van progesteron en oestrogeen op migraine. Daarnaast speelt erfelijkheid een belangrijke rol. Wat zeker is, is dat het geen welvaartsziekte is; migraine komt overal in de wereld evenveel voor. Volgens de WHO staat migraine nummer 2 op de lijst van meest belastende ziekten wereldwijd. Als ik dat aan patiënten vertel, zie ik ze breken. Omdat ze altijd dachten dat het psychisch is, of dat ze zelf schuld hebben aan een aanval door stressvol of ongezond te leven. Of dat het 'gewoon' bij het vrouw-zijn hoort. Door deze WHO-cijfers voelen zij zich gesteund, krijgen ze de erkenning die ze altijd hebben moeten ontberen."

"Dit is écht een ernstige, ontwrichtende ziekte"

Onbegrip komt niet alleen voor in de naaste omgeving van patiënten, maar ook bij artsen. "Er is weinig aandacht voor in de opleiding", vertelt Couturier. "Ook onder neurologen is de kennis gering: van de negenhonderd neurologen zijn er veertig hoofdpijndeskundige, terwijl alle neurologen hoofdpijn op hun spreekuur tegenkomen. Veel artsen weten niet wat ze met migraine aan moeten. Terwijl ze toch veel kunnen doen. Zoals het uitsluiten van een hersentumor, of kijken welke medicatie de patiënt slikt – sommi-



Campagnebeeld 'Maak van migraine een hoofdzaak!'

gen nemen juist te veel anti-migrainepillen, waardoor de klachten verergeren. Zogeheten 'triptanen', medicijnen die al 25 jaar op de markt zijn, kunnen acute aanvallen of de duur ervan verminderen. Het nadeel is dat zij niet altijd effectief zijn. We wachten eigenlijk al 25 jaar op medicijnen die specifiek voor het voorkómen van migraine zijn ontwikkeld. Binnenkort komen die op de markt. Maar ook daarvan is het afwachten hoe zij aanslaan."

Campagne zet migraine op de kaart

Dat er 25 jaar over gedaan wordt voor er een nieuw migrainemiddel op de markt komt, is volgens Couturier deels toe te schrijven aan de relatief beperkte aandacht voor migraine. Ook daarom juicht hij de campagne toe: "Er zijn al vaker soortgelijke campagnes geweest,

maar vaak zakte de aandacht daarna weer in. In deze campagne heb ik meer vertrouwen. WOMEN Inc. is een heel professionele club, die al vaker goede campagnes heeft neergezet. Ik heb daar een goed gevoel bij." Ook Johanneke Kramer is blij met de campagne: "Heel goed dat migraine op de kaart wordt gezet, juist ook omdat het zo'n onzichtbare ziekte is: je lijdt thuis, niemand ziet wat je doormaakt. Meer bekendheid leidt hopelijk tot meer begrip. En dat wordt afgerekend met de fabel dat het tussen de oren zit. Want dit is écht een ernstige, ontwrichtende ziekte. Ik hoop ook dat de campagne meer aandacht en geld oplevert voor onderzoek, vooral ook naar migraine bij vrouwen. Want er is nog een lange weg te gaan." ●

E-LEARNING OVER MIGRAINE

Momenteel wordt de laatste hand gelegd aan een geaccrediteerde e-learning over migraine, speciaal voor huisartsen. Deze zal naar verwachting in de zomer beschikbaar zijn. Wilt u bericht krijgen als het programma beschikbaar is, laat dan uw mailadres achter op <https://hoofdpijnacademie.nl/>.

MIGRAINE IN HUISARTSENPRAKTIJK

Migraine in huisartsenpraktijk Om inzicht te krijgen in migraine in de huisartsenpraktijk heeft WOMEN Inc. onlangs een onderzoek laten uitvoeren onder honderd huisartsen in Nederland. Enkele opvallende uitkomsten:

- 90% van de huisartsen ziet minimaal 1 keer per maand patiënten met migraineklachten in de spreekkamer.
- Gemiddeld hebben huisartsen 109 patiënten met de diagnose migraine in hun praktijk.
- 46% van de huisartsen ervaart belemmeringen in het adequaat diagnosticeren en behandelen van migraine door onduidelijke klachten/symptomen.
- 89% van de huisartsen verwijst minder dan een kwart van hun migrainepatiënten door naar een neuroloog of VNHC hoofdpijncentra.
- Slechts 33% van de huisartsen is meer alert op ondermedicatie bij patiënten met migraine, dan op overmedicatie.
- 18% van de huisartsen mist bepaalde ondersteuning, educatie of informatie over het diagnosticeren en behandelen van migrainepatiënten.
- Slechts 17% van de huisartsen denkt dat migrainepatiënten moeite hebben om hun migraine bespreekbaar te maken.

Bron: Onderzoek GfK, 'Migraine - huisartsen' (2018). Zie voor meer informatie: www.migraineiseenhoofdzaak.nl.

Zorg verbeteren met data

Hoe maak je data toegankelijk?

De hoeveelheid data in de zorg groeit sterk. Niet alleen bij zorgverleners en onderzoekers, maar ook bij burgers – denk aan alle persoonlijke gezondheidsdata die mensen opslaan. Deze data bevatten belangrijke gegevens waarmee de zorg verbeterd kan worden. Maar hoe maak je ze toegankelijk? En wie kan er wat mee? Het Zorginstituut onderzocht twee concepten die hierbij helpen: FAIR data en de Personal Health Train.

Tekst Marieke Vos

Beeld Mrs Peacock



Een van de taken van het Zorginstituut is het duiden en onderzoeken van nieuwe ontwikkelingen in informatiemanagement. Met als doel de meest veelbelovende toepassingen verder te brengen, zodat de zorg uiteindelijk beter wordt. Wouter Franke, projectleider bij de afdeling Informatiemanagement, vertelt hoe ze dat doen: “We gebruiken de methode van de vijf D’s: detecteren, denken, doen, doorleven en doorgeven. We gaan echt zelf met nieuwe technieken aan de slag, want alleen dan kom je erachter hoe ze precies werken en of ze mogelijk iets voor de zorg kunnen betekenen. Is het antwoord ja, dan geven we ze door aan bijvoorbeeld een beroepsgroep of aan marktpartijen, zodat zij ze verder kunnen brengen.”

Onderzoeken door te doen

Dankzij digitale ontwikkelingen neemt de hoeveelheid data exponentieel toe en daarmee de potentie om de zorg te verbeteren. Medisch-inhoudelijk, bijvoorbeeld door meer data voor onderzoek te gebruiken. Maar ook in bijvoorbeeld de informatievoorziening

aan burgers. Een knelpunt bij het gebruiken van data is dat deze op heel veel verschillende plekken zijn opgeslagen en dat ze niet uniform worden omschreven. Dat maakt het heel lastig om ze op een goede manier te gebruiken. FAIR data en de Personal Health Train – de twee concepten die Franke met zijn team onderzocht – bieden hier mogelijk een oplossing voor.

FAIR data

FAIR data gaat om het toegankelijk maken van data. Het zijn internationale richtlijnen, waar het Dutch Techcentre for Life Sciences de initiërende kracht achter is. FAIR staat voor Findable (vindbaar), Accesible (toegankelijk), Interoperable (koppelbaar) en Reusable (herbruikbaar). Met deze richtlijnen wordt er als het ware een soort woordenboek bij een dataverzameling gemaakt, zodat onderzoekers en andere geïnteresseerden deze data kunnen vinden en begrijpen. Om te onderzoeken hoe dit werkt, maakte het projectteam van het Zorginstituut een eigen dataset FAIR. Franke: “We kozen de uitvoe-

ringsinformatie over langdurige zorg. Dat zijn gegevens die we van de zorgkantoren ontvangen en op basis waarvan we bijvoorbeeld wachtlijstcijfers publiceren.” Het bleek niet ingewikkeld om deze gegevens FAIR te maken, omdat ze al heel gestructureerd zijn, vertelt hij.

Het team voegde een stukje programmeercode aan de data toe, zodat deze data ook voor machines begrijpelijk worden. Elly Kampert, informatieanalist bij het Zorginstituut: “Het gaat er niet alleen om dat data vindbaar en begrijpelijk zijn voor mensen, maar ook voor machines. Doordat je precies beschrijft wat jouw data betekenen, wordt duidelijk of en hoe jouw data vergeleken of aangevuld kunnen worden met data van andere instanties. Op die manier kun je data uit heel veel bronnen gebruiken. Daarmee worden bijvoorbeeld onderzoeksdata beter benut en kun je de informatievoorziening aan burgers verder verbeteren.” Het project testte een koppeling met de BAG (de basisregistratie adressen en gebouwen) en publi-

ceerde de wachtlijstgegevens op een kaart. De eindconclusie van het project is dat het concept van FAIR data kansrijk is om de zorg op verschillende manieren te verbeteren.

Personal Health Train

Naast FAIR data onderzocht het projectteam de Personal Health Train (PHT). Kampert: “Als iedereen zijn data FAIR ter beschikking stelt, kunnen die gebruikt worden. Maar daar heb je wel toepassingen voor nodig. Zo’n toepassing is PHT.” Het is een methode voor het analyseren van data. Meestal worden data voor een analyse op één plek verzameld. PHT draait dat om: de data blijven op hun plek en de analyse komt naar ze toe. Als een soort treintje, vandaar de naam. Initiërende krachten achter PHT zijn het LUMC, Maastricht UMC+ en het Dutch Techcentre for Life Sciences. Het projectteam bouwde een simulatieomgeving om de ‘treintjes’ van PHT te laten rijden, om te ontdekken hoe het werkt en welke mogelijke impact een brede implementatie heeft. Ook het privacy-aspect werd onderzocht, samen met de landsadvocaat.

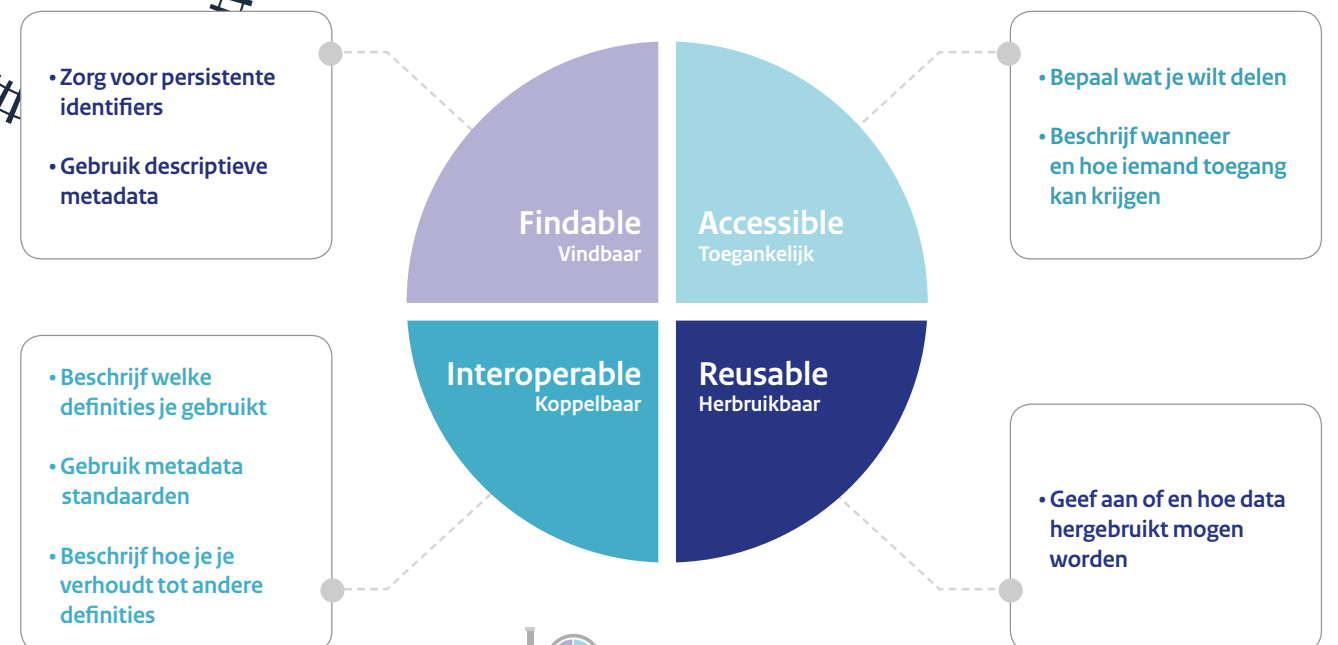
De eindconclusie is dat PHT potentie heeft, bijvoorbeeld om informatie die nu nog handmatig verzameld moet worden, automatisch te vergaren. Of om informatievoorziening veel meer toe te spitsen op individuele patiënten. Maar er moet nog wel het nodige geregeld worden voordat PHT breed in de zorg ingezet kan worden, met

“Met FAIR kunnen we data toegankelijk maken”

name op organisatorisch en juridisch vlak. Franke: “PHT geeft extra mogelijkheden om privacy te waarborgen doordat niet de ‘ruwe’ data, maar alleen het resultaat van de analyse wordt uitgewisseld. Op die manier zijn bijvoorbeeld data niet herleidbaar tot personen. Maar volgens de privacywet moet een maker van een analyse op verzoek van een burger inzage geven in welke gegevens hij van hem heeft gebruikt. Dat botst.” Ook

organisatorisch zitten er haken en ogen aan PHT. Kampert: “Met PHT doe je analyses op de plek waar de data staan en dat vraagt processorkracht. Bij een kleine analyse is dat geen probleem, maar wat gebeurt er als je een groot onderzoek doet? Daar zul je afspraken over moeten maken.”

De conclusie is dan ook dat PHT nader onderzocht moet worden. Er wordt met het ministerie van VWS overlegd welke mogelijke rol de overheid daarbij kan spelen. FAIR data is zo kansrijk dat het Informatieberaad Zorg nu bespreekt of het een standaard kan worden. Het Zorginstituut gaat er alvast zelf mee aan de slag, besluit Franke: “We gaan kijken in welke programma’s we FAIR als uitgangspunt kunnen nemen. De hoeveelheid data groeit enorm en de kans om met al die data de zorg te verbeteren is groot. Maar dan zullen we ze wel toegankelijk moeten maken. Dat kan met FAIR.” ●





Cellissen: "Dankzij de zorgstandaard is nu helder voor moeder en partner welke zorg zij kunnen verwachten"

Hoe pakken de adviezen, richtlijnen, handreikingen of standpunten van het Zorginstituut in de praktijk uit? In hoeverre sluit dat wat 'aan het bureau' is bedacht aan op de dagelijkse praktijk 'aan het bed'? Deze keer de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg, die in de zomer van 2016 werd vastgesteld.

Tekst Noël Houben

Beeld De Beeldredactie | Maarten Boswijk en Piroshka vd Wouw

aan het bureau

Evelien Cellissen (College Perinatale Zorg) en **Uriëll Malanda** (Zorginstituut) zijn als adviseurs betrokken bij het opstellen en invoeren van de zorgstandaard.

Cellissen: "Tien jaar geleden behoorden wij qua babysterfte tot de Europese achterhoede. Het rapport *Een goed begin* uit 2009 bevatte aanbevelingen om de geboortezorg te verbeteren. Daar komt de zorgstandaard uit voort."

Malanda: "De zorgstandaard bevat afspraken hoe de geboortezorg eruit moet zien als we het belang van moeder en kind vooropstellen. Het opstellen was een proces van vallen en opstaan. Twee keer heeft het Zorginstituut zijn doorzettingsmacht moeten gebruiken. Maar in juli 2016 is de zorgstandaard vastgesteld. Een jaar later stonden ook een cliëntenversie, een implementatieplan en kwaliteitsindicatoren in het Kwaliteitsregister. Inmiddels zijn partijen druk bezig met de invoering in de praktijk."

Cellissen: "De streefdatum hiervoor is januari 2020. Dat is geen sinecure. De samenwerking tussen zorgverleners binnen verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) moet versterkt worden, want de zorgstandaard legt daar veel verantwoordelijkheden. De VSV's moeten een gezamenlijk kwaliteitssysteem invoeren, afspreken hoe ze de feedback van cliënten meenemen en nog veel meer. Het CPZ faciliteert en ondersteunt hierbij op landelijk niveau. We zorgen dat informatie makkelijk vindbaar is, dat goede voorbeelden worden uitgewisseld en we signaleren knelpunten en adresseren deze."

Malanda: "Ik volg de implementatie en stimuleer dat het proces van leren en verbeteren op gang komt."

Cellissen: "Dankzij de zorgstandaard is nu helder voor moeder en partner welke zorg zij kunnen verwachten. En de standaard stimuleert zorgverleners om op inhoud samen te werken."

Malanda: "Of het nu komt door de zorgstandaard of door de VSV's, de integrale geboortezorg ontwikkelt zich goed. De uitkomsten lijken vanuit het oogpunt van de zwangere te verbeteren. Daar gaat het uiteindelijk om."



Vandenbussche: "Ik gebruik de zorgstandaard ook in gesprekken met de directie"

aan het bed

Hoogleraar Verloskunde **Frank Vandenbussche** van Radboudumc en verloskundige **Janneke Croonen** werken samen binnen VSV **SAMEN zorgen voor nieuw leven**.

Croonen: "De verloskundige praktijken in de regio Nijmegen trekken al twaalf jaar intensief samen op binnen een coöperatie. Al die tijd is er ook een goede samenwerking met de twee Nijmeegse ziekenhuizen."

Vandenbussche: "De samenwerking is in de loop van de jaren wel steeds verder uitgebouwd. De kraamzorg en de jeugdgezondheidszorg zijn inmiddels ook aangesloten. Er is een gezamenlijk bestuur, een programmaraad van zorgverleners, tien werkgroepen, een moederraad..."

Croonen: "Samen begeleiden we ouders van de kindervens tot en met het eerste jaar van de baby. De zorgstandaard is daarbij een belangrijke leidraad. We zijn druk bezig met de invoering ervan. We vragen ons bijvoorbeeld steeds af wie op welk punt de zwangere het beste kan ondersteunen. Daarbij speelt het geen rol welke organisatie die zorg biedt. De verloskundige fungeert als casemanager en vast aanspreekpunt van de aanstaande ouders. Via een digitaal systeem bespreken de verloskundige en de gynaecoloog in het ziekenhuis de zwangeren met een medische indicatie. Samen kijken zij wat er nodig is om de moeder goed te begeleiden."

Vandenbussche: "We werken cliëntgericht. Wil een zwangere al die onderzoeken niet, niet aan allerlei lijntjes liggen bij een bevalling? Dan respecteren wij dat. Voor zorgverleners is het slikken, maar het is prettig dat de zorgstandaard duidelijkheid geeft over dit soort onderwerpen. Ik gebruik de zorgstandaard ook in gesprekken met de directie. In het Radboudumc kan nog niet iedere moeder haar kraamtijd beleven in een eenpersoonskamer. Dat moet veranderen, betoog ik dan met verwijzing naar de zorgstandaard. Wat ik betreurt is dat er in het veld nog weerstand bestaat tegen de kwaliteitsindicatoren. Door de kwaliteit te meten en van elkaar te leren, kan de zorg verder verbeteren."

Zorginstituut breidt aantal Zinnige Zorg-trajecten fors uit

Vijf jaar Zinnige Zorg

Vijf jaar geleden startte het Zorginstituut met het programma ‘Zinnige Zorg’. Het doel: onnodige zorg en onnodige kosten vermijden. Samen met partijen in de zorg zoekt het Zorginstituut mogelijkheden om de zorg te verbeteren. Dat heeft inmiddels geleid tot zeven ‘verbetersignalen’. Partijen in de zorg werken aan de implementatie hiervan. Het Zorginstituut maakt zich op om het programma de komende jaren fors uit te breiden.

Tekst Jos Leijen

Beeld Wanz illustraties

Arnold van Halteren is hoofd van de afdeling Zorg bij het Zorginstituut en verantwoordelijk voor het programma ‘Zinnige Zorg’. Na een wat zwalkende start heeft het programma nu echt zijn draai gevonden, constateert hij. Partijen accepteren de rol van het Zorginstituut en werken op veel plaatsen in het land aan verbetering van de zorg volgens de afspraken die gemaakt zijn in de verbeter-signalen.

Wat is de oorsprong van Zinnige Zorg?

Van Halteren: “Het kabinet wilde fors besparen op de zorg. Het ministerie van VWS stelde voor om aandoeningen met een lage ziektelast dan maar uit het basispakket te halen. Dat vonden wij geen goed idee. We boden aan om de zorg kritisch door te lichten en te kijken of we onnodige zorg konden blootleggen en tegengaan. Dan zouden we kosten kunnen besparen. De aanleiding was dus echt financieel.”

Hoe reageerden partijen in de zorg daarop?

“Die waren niet meteen enthousiast. Veel organisaties hadden hun eigen besparings-opgave vanuit het Hoofdlijnenakkoord. Daar kwamen wij doorheen. Daarnaast moesten wij aan onze rol wennen. In het begin kwamen wij met eigen ideeën zonder ‘het veld’ te raadplegen. Dat riep veel weerstand op. Ook al omdat we vooral op de kosten zaten. Daardoor was er weinig commitment van zorgpartijen.”

Hoe hebben jullie dat verbeterd?

“We hebben meer ingezet op de kwaliteit van de zorg. In de veronderstelling dat de besparingen dan vanzelf komen. We nemen nu beide aspecten mee in onze trajecten. Daarnaast is het nu meer een samenspel. We vragen partijen: wat zien jullie? Waar zijn volgens jullie verbeteringen mogelijk? Vanuit

onze eigen analyse en onderzoek voeden we die discussie. Zo komen we tot gezamenlijke inzichten met een groter draagvlak.”

Een Zinnige Zorg-traject begint met een screening die uiteindelijk uitmondt in een verbetersignalelement. Hoe gaat dat in de praktijk?

“Het begint met een analyse van een zorg-gebied. We doen onderzoek, praten met experts tijdens de startbijeenkomst en stellen zo een longlist op van onderwerpen die in aanmerking kunnen komen. Door verder met elkaar te discussiëren en aanvullend onderzoek te doen brengen we die lijst terug tot een paar onderwerpen. In het begin een stuk of vijf, maar inmiddels zijn we teruggegaan naar twee onderwerpen. Dat is voor alle partijen beter te behappen. Die onderwerpen diepen we echt uit.”

“Er valt nog genoeg te verbeteren. Het is een voortdurend proces”

En al die andere onderwerpen?

“Die blijven liggen. Daar is ook winst te halen, maar als je te veel tegelijk aanpakt, is het risico dat het niet goed gebeurt. En er komen nieuwe kansen. We zijn in 2013 als eerste traject begonnen met het bewegingsapparaat, specifiek: heup- en knieartrose. Binnenkort starten we een nieuw traject voor het bewegingsapparaat, waarbij andere aspecten aan bod komen.”

Wat is het meetbare effect van Zinnige Zorg?

“Daar kan ik nog weinig over zeggen. Dat heeft twee oorzaken. Het verbetersignalelement voor het eerste traject was in 2015

BETERE ZORG VOOR HETZELFDE GELD

Rimke Geels is senior medisch adviseur bij Zilveren Kruis. De medisch adviseurs van de zorg-verzekeraars zijn vanuit koepel Zorgverzekeraars Nederland betrokken bij Zinnige Zorg-trajecten. “De grote waarde van Zinnige Zorg is dat alle partijen erbij betrokken worden en zich committeren”, zegt Geels. “Met elkaar bespreken we hoe de zorg beter kan en wat elke partij daaraan kan bijdragen. In het begin moesten we wel aan elkaar wennen en nam iedereen een af-wachtende houding aan. Inmiddels is het vertrouwen gegroeid. “Hoe groot de effecten zijn van het eerste traject, moeten we af-wachten. Maar ik verwacht veel van de projecten die daarna gestart zijn en waarvoor er nu verbetersignalen liggen. Slechte zorg is altijd te duur, net als onzinnige zorg. We willen een beheersbare premieont-wikkeling. Daarom moeten we voor hetzelfde geld slimmere en betere zorg bieden. Het programma ‘Zinnige Zorg’ helpt daarbij.”

gereed. Daarna zijn partijen ermee aan de slag gegaan. Voordat je effecten in de praktijk ziet, ben je weer een paar jaar verder. Veranderen kost tijd. Bovendien zit er een vertraging van twee jaar in de cijfers. We hebben nu pas de cijfers over 2016.”

Wat doet het Zorginstituut om te zorgen dat aanbevelingen worden uitgevoerd?

“We brengen de partijen regelmatig bij elkaar om de voortgang te bespreken. Partijen spreken elkaar dan ook aan op de afspraken. Patiënten vragen bijvoorbeeld hoe ver partijen zijn met de keuzehulp die nodig is om samen met de arts te beslissen over de behandeling. Wij presenteren data die we verzamelen en als spiegel kunnen gebruiken. Daarnaast hebben we bijvoorbeeld geholpen om behandeling van etalagebenen door de fysiotherapeut in het basispakket te krijgen.”

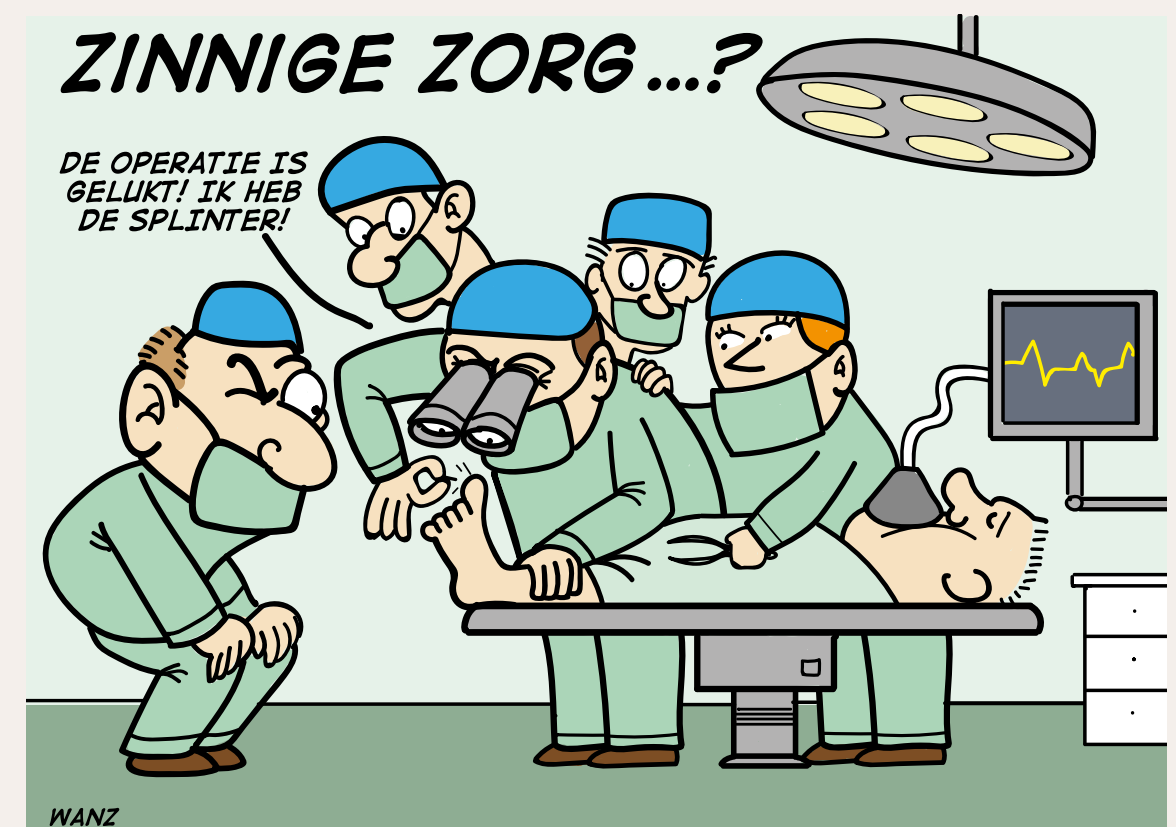
En is dat voldoende?

“Niet altijd. Ik sprak laatst een lid van de raad van bestuur van een ziekenhuis dat veel knie- en heupprotheses doet. Die bleek het

verbetersignalelement dat juist op die ingrepen gericht is, niet te kennen. Die informatie moet via de partners die aan tafel zitten op de juiste plek komen, maar dat gebeurt nog niet altijd. We gaan daarom vaker direct contact zoeken met instellingen. Wat hebben die nodig? Wat werkt waar? En wat kunnen andere instellingen daarvan leren?”

Hoe ziet de toekomst van Zinnige Zorg eruit?

“Er staan een heleboel nieuwe trajecten op stapel. We hebben 22 nieuwe medewerkers aangenomen die we nu inwerken. Een aantal van hen werkt deels in de praktijk. De werkwijze staat inmiddels stevig en we hebben een eigen team om data te analyseren en onderzoek te doen. We hebben een goede modus gevonden om samen te werken met zorgpartijen, verzekeraars en patiënten. En er valt nog genoeg te verbeteren. Het is een voortdurend proces.” ●



WANZ

Rapport over berekening ziektelast

Basispakket: óók voor minder kosteneffectieve zorg

Hoe bepalen we de ernst van een ziekte bij een patiënt? En sluit dat ook aan bij opvattingen over rechtvaardigheid in de samenleving om de zorg te vergoeden uit het basispakket? Op deze vragen geeft het Zorginstituut antwoord in het rapport *Ziektelast in de praktijk*.

Tekst Loek Kusiak

Het Zorginstituut adviseert de minister van VWS welke zorg collectief vanuit de basisverzekering moet worden vergoed en hoe verzekerde zorg doelmatig kan worden ingezet. Deze advisering gebeurt aan de hand van vier pakketcriteria: noodzakelijkheid, effectiviteit en kosteneffectiviteit van behandeling en uitvoerbaarheid. “Onder ‘noodzakelijkheid valt de vraag of er sprake is van een belangrijk gezondheidsprobleem”, vertelt Sylvia Vijgen, adviseur bij het Zorginstituut en een van de auteurs van het rapport. Het rapport is onder meer geschreven op verzoek van de Adviescommissie Pakket (ACP), die is ingesteld door de minister van VWS.

“Het begrip ziektelast geeft aan hoe het gesteld is met de gezondheid van een patiënt in vergelijking tot patiënten met een andere aandoening of gezonde mensen”, vervolgt Vijgen. “Met dit rapport maken we duidelijk hoe we de methodiek gebruiken om de ernst van een ziekte te bepalen en welke opvattingen van rechtvaardigheid we laten meewegen.”

Gezondheidswinst

De vraag wat de samenleving bereid is te betalen voor het effect van een behandeling

– de zogeheten ‘kosteneffectiviteit’ – staat de laatste jaren door de stijgende zorgkosten hoog op de maatschappelijke agenda. Het Zorginstituut wil kosteneffectiviteit een belangrijke rol laten spelen bij pakketbeslissingen.

“Dit rapport toont dat achter de droge getallen een hele wereld van gedachten over rechtvaardigheid zit”

Vijgen: “Om maximale gezondheidswinst voor de hele bevolking te behalen, moet je in de basisverzekering alleen behandelingen opnemen met een gunstige verhouding tussen kosten en effectiviteit. Doe je dat niet, dan kun je minder doen met de zorggelden en kan kosteneffectieve zorg verdrongen worden door niet-kosteneffectieve zorg. Maar omdat het Nederlandse zorgstelsel steunt op solidariteit zijn we ook bereid minder kosteneffectieve zorg te vergoeden

naarmate een ziekte ernstiger is. Het Zorginstituut werkt daarom met drie referentiewaarden voor kosteneffectiviteit bij een lage, een gemiddelde en een hoge ziektelast.”

Middenpositie

Om ziektelast te bepalen gebruikt het Zorginstituut de zogeheten *proportional shortfall-methode*. Die gaat ervan uit dat mensen door ziekte levensjaren verliezen en ook de kwaliteit van leven vermindert. Het afzetten van deze ‘verloren’ levensjaren tegen die van een persoon zonder ziekte, levert een decimaal getal op tussen de 0,0 (geen verlies aan gezondheid door ziekte) en 1,0 (totaal verlies van gezondheid). De *shortfall-methode* neemt een middenpositie in tussen verschillende opvattingen van rechtvaardigheid, waarbij de factor leeftijd een wisselende rol speelt. “In een andere opvatting over rechtvaardigheid is leeftijd weer wél belangrijk. Jongeren krijgen daardoor prioriteit, wat ten nadele is van ouderen. En in een nog andere opvatting over rechtvaardigheid speelt leeftijd juist helemaal geen rol.”

Handleiding

Omdat de *proportional shortfall-methode* het midden houdt tussen verschillende opvattingen over rechtvaardigheid, blijft het Zorginstituut deze methode gebruiken. Vijgen: “We laten met dit rapport zien dat achter de droge getallen een hele wereld van gedachten over rechtvaardigheid zit. Op het concept is door 25 organisaties gereageerd, wat aangeeft dat het erg leeft in de samenleving. Dit rapport is het meest recente in een reeks van eerdere rapporten waarin het Zorginstituut de systematiek van beoordeling voor het basispakket uitlegt.”

Voor partijen die het Zorginstituut vragen om interventies voor toelating tot het basispakket te beoordelen, is het rapport een goede handleiding om de juiste gegevens aan te leveren, stelt Vijgen. “Nu beoordeelt het Zorginstituut alleen nog maar de kosteneffectiviteit van geneesmiddelen, maar in de toekomst willen we ook voor andere soorten zorg, zoals operaties en apparaten, naar het effect van de interventie en kosteneffectiviteit kijken.” ●

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

Joost Enzing
Adviseur Ontwikkeling
en Wetenschap / Zorgeconoom

“Zo’n tien jaar geleden begon ik bij Fondsen, de afdeling die financiële rapportages opstelt over de zorgfondsen.

Inmiddels werk ik als adviseur aan verschillende projecten van de afdeling Zorg. Als econoom richt ik mij vooral op de economische kant van die projecten. Zo controleer ik of de gegevens kloppen die fabrikanten aanleveren over de kosteneffectiviteit van hun geneesmiddelen, maak ik een inschatting van het financiële effect van een pakketmaatregel en begeleid ik onderzoek naar verdringing.

Daarnaast werk ik aan mijn proefschrift.

Daarvoor onderzoek ik hoe je de kosteneffectiviteit kunt bepalen van ‘niet-geneesmiddelen’. Dat doe ik samen met de Erasmus School of Health Policy and Management. Bij beoordelingen van deze andere vormen van zorg spelen verschillende criteria een rol. Het spannendste criterium is kosteneffectiviteit: het vergelijken van de kosten met de gezondheidswinst. Tien jaar geleden leek me dat eenvoudig: het gaat toch om het behalen van zoveel mogelijk gezondheid voor je budget? Inmiddels is het me goed duidelijk dat dit niet zo simpel is. Waarom niet? Omdat we gezondheid eerlijk willen verdelen, omdat het bepalen van kosteneffectiviteit erg lastig kan zijn, en vooral omdat het gaat om mensen en hun gezondheid. Dit onderwerp zal volgens mij altijd lastig blijven, maar ook spannend.”

Elevator Pitch

Beeld Ron Zwagemaker

Over zorg gesproken...

“Volgens Van Dale is de oorspronkelijke betekenis van ‘zorg’: ‘liefderijke bezorgdheid’. En dat is wat het zou moeten zijn.”

Voorzitter van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de SKGZ Rolf de Groot in deze editie (p. 10-11).

“De telefoon in de zorg lijkt wel het nieuwe vaatdoekje: je realiseert je niet hoe vies het kan zijn.”

V&VN-directeur Sonja Kersten op skipr.nl (8 juni 2018).

“Kwaliteit is een moreel concept, afhankelijk van tijd en plaats. Pas als je ziet dat kwaliteit complex is, wordt het simpel.”

Jan Kremer, hoogleraar Radboudumc en voorzitter van de Kwaliteitsraad van het Zorginstituut, op zorgvisie.nl (4 mei 2018).

“Racisme is geen bekende bijwerking van welk Sanofi-medicijn dan ook.”

Medicijnfabrikant Sanofi reageert op uitlatingen van comédienne Roseanne Barr, die het slaapmiddel Ambien de schuld gaf van de racistische tweet die zij publiceerde, in De Volkskrant (31 mei 2018).

“Als het duizendingendoekje en overlooppotje van de zorg heb ik het al druk genoeg.”

Huisarts en journalist Joost Zaat in De Volkskrant (7 mei 2018).

“We moeten af van de perverse productieprikkel voor ziekenhuizen.”

Martin van Rijn, bestuursvoorzitter van de Reinier Haga Groep, in het AD (28 april 2018).

“Muggen doden meer mensen op een dag dan haaien in een eeuw.”

Bill Gates in zijn blog gatesnotes.com (23 april 2018).

“Sta je met terugwerkende kracht mooi voor lul, met die ijsbucket boven je hoofd”

Columnist Bert Wagendorp stelt dat ook fondsen als de stichting ALS beleggen in farmaceuten die “aandoeningen louter als winstmaximalisator zien”, in De Volkskrant (6 april 2018).

“Voor een hulpbehoevende oudere is 6.000 euro per jaar beschikbaar, voor een jongere met problemen 92 euro.”

Kinderarts Ferko Öry vindt dat de vele aandacht voor ouderenzorg ten koste gaat van jongerenzorg, in Trouw (27 april 2018).