



Zorginstituut Nederland

Zorginstituut magazine

kwartaalblad van
Zorginstituut Nederland
april 2019

Burgerparticipatie:
hoe betrekken wij
burgers bij ons werk?

**Kan narratieve
informatie de
verpleeghuiszorg
verbeteren?**

Ziekenhuisbestuurder Suzanne Kruizinga:

**“Bestuurders:
kies voor het
menselijk
kapitaal”**

Inhoud

6 Burgerparticipatie
Het Zorginstituut wil burgers betrekken bij zijn activiteiten. Zodat mensen begrijpen hoe besluiten tot stand komen. Hier werken we al op verschillende manieren aan. Ook doen we onderzoek naar wat die burger denkt. Enkele voorbeelden.

12 Verhalen over verpleeghuiszorg
Wat zegt een individueel verhaal van een bewoner over de kwaliteit van een verpleeghuis? Hoe kun je die informatie gebruiken om te leren en te verbeteren? Tijdens een 'hackathon' werd gezocht naar antwoorden op deze vragen.

14 Geneesmiddelenbeoordeling is maatwerk
Het Zorginstituut heeft onlangs drie relatief nieuwe geneesmiddelen tegen kanker beoordeeld voor toelating tot het basispakket. De sterk uiteenlopende uitkomsten laten zien dat onze beoordeling van geneesmiddelen echt maatwerk is.

22 Pilot 'Meer tijd voor de patiënt'
Zorgverzekeraar VGZ onderzoekt wat het betekent als huisartsen meer tijd hebben voor hun patiënt. Vijf minuten langer spreekuur levert voor zowel huisarts als patiënt veel winst op. En het resulteert bovendien in minder zorgkosten.

24 "Iedereen recht op goede zorg"
"Met elk stapje lager op de sociale ladder stijgt de kans op chronische ziekten en vroegtijdig overlijden." Daarom zet huisarts en hoogleraar Maria van den Muijsenbergh zich in voor het verkleinen van de gezondheidsverschillen in Nederland.



Rubrieken

9 Column Martin van der Graaff

10 Tien vragen aan: Sjoerd Repping

16 Feiten & Cijfers

18 De andere blik
Ziekenhuisbestuurder
Suzanne Kruizinga.

21 Zinnige Zorg
Lopende trajecten binnen Zinnige Zorg.

26 Aan het bureau / aan het bed
Zinnige Zorg-verbetersignalement 'Pijn op de borst': theorie vs. praktijk.

31 Elevator Pitch
Het werk van Zorginstituut-medewerker Lonneke Timmers in 200 woorden gevat.

32 Over zorg gesproken

De burger bepaalt?

Voorwoord



Terwijl ik dit schrijf is de verkiezingscampagne voor de Provinciale Statenverkiezingen in volle gang. Lijsttrekkers van de Tweede Kamerfracties kruisen de degens over grote thema's als klimaat, onderwijs en zorg. En hoe verschillend hun meningen en visies ook zijn, allemaal – van links tot rechts – zeggen ze de stem van 'het volk' of 'de gewone Nederlander' te vertegenwoordigen. Het past in deze tijd, waarin je als politiek zwaargewicht – maar ook als bestuurder! - niet meer weggkomt met het voeren van een beleid vanuit een ivoren toren; alleen als je luistert naar de geluiden in de samenleving en daar aantoonbaar wat mee doet, ben je geloofwaardig en win je aan autoriteit.

Wat betekent dat voor ons, als Zorginstituut? Hoe verhouden wij ons tot wat er leeft in de samenleving? Hoe gaan wij om met wat burgers willen en nodig hebben?

Tot enkele jaren terug draaide alles wat wij deden om kennis en wetenschap. In onze adviezen vormde wetenschappelijk bewijs de hoeksteen van ons werk. Daaraan refereren was lange tijd voldoende om onze standpunten te rechtvaardigen.

Inmiddels weten we dat we daar niet meer mee weg komen; burgers zijn mondiger geworden, willen gehoord worden. Dat betekent niet dat wij hun de totale zeggenschap geven in wat wij doen, maar wij moeten hen wel meenemen in wat we doen. Wetenschap is nog altijd een belangrijke bouwsteen van ons werk, maar even belangrijk is dat wij die wetenschap ook aan de burger (kunnen) uitleggen. Daarvoor moet je goed geïnformeerd zijn over wat er in de samenleving speelt. En de context van ons werk kennen.

Dit vergt van ons een manier van werken die we inmiddels ook in praktijk brengen. Neem bijvoorbeeld de recente ontwikkelingen rond Fampyra. Hoewel het Zorginstituut al tweemaal eerder oordeelde dat dit middel voor MS-patiënten niet effectief is en dus niet opgenomen kan worden in het basispakket, is er onlangs toch nieuw onderzoek gestart naar de werking van Fampyra bij een specifieke groep patiënten die hier mogelijk wel baat bij heeft. Die vraag naar nieuw onderzoek, op basis waarvan wij opnieuw een beoordeling gaan doen, doen wij niet omdat tweeduizend mensen roepen dat we dat moeten doen, maar omdat het veld (de neurologen) kiest voor een nieuwe insteek: gepast gebruik. Hieruit blijkt maar weer hoe contextgevoelig wetenschap kan zijn. Daar willen wij voor open staan en als daar beslissingen uit voortvloeien (zoals wel of niet vergoeden), kunnen we die richting de burger verantwoorden. Besluitvorming in een herkenbare context dus; dat is voor ons een essentiële taak, eentje die de huidige samenleving van ons verlangt. En dat is maar goed ook.

Sjaak Wijma
Voorzitter Zorginstituut Nederland

Korte berichten

Nieuw onderzoek effectiviteit Fampyra

Neurologen van de landelijke MS-werkgroep van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN) stellen een nieuw dossier samen om de effectiviteit van fampridine (Fampyra) voor een kleinere, duidelijk omschreven groep MS-patiënten aan te tonen. Het Zorginstituut heeft Fampyra al eerder, in 2012 en 2018, beoordeeld. Beide keren kwamen wij tot de conclusie dat er onvoldoende bewijs was voor de effectiviteit van Fampyra, waardoor het middel niet langer (tijdelijk) vergoed werd. Omdat er een groep MS-patiënten lijkt te bestaan voor wie het middel wellicht wel aantoonbaar effectief is, drongen wij er bij de betrokken partijen op aan nieuwe en overtuigende onderzoeksgegevens aan te leveren. Op basis van het nieuwe dossier van de NVN bereiden wij een nieuwe beoordeling voor. Alle partijen streven ernaar binnen zes maanden een uitspraak te hebben. Tot die tijd blijft Fampyra uitgesloten van het verzekerde pakket.

Peter Siebers nieuw lid Raad van Bestuur



Per 1 mei aanstaande treedt drs. P.L. (Peter) Siebers toe als lid van de Raad van Bestuur van het Zorginstituut. Siebers (1964) studeerde bedrijfseconomie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Van 2002 tot 2013 werkte hij bij de Raad voor de Kinderbescherming, vanaf 2006 als lid van de landelijke directie. Tot op heden is hij werkzaam als bestuurder en portefeuillehouder Bedrijfsvoering bij het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA). De komst van Peter Siebers versterkt de bestuurlijke expertise van het Zorginstituut op financieel en juridisch gebied. Onderdeel van zijn portefeuille worden onder meer het beheer van de fondsen (Zvw en Wlz) en de risicoverevening.

ZorgCijfers Monitor: gebruik en kosten regeling ziekenvervoer

Ongeveer 90.000 patiënten hebben in 2017 gebruikgemaakt van de regeling ziekenvervoer om reiskosten naar het ziekenhuis of een andere zorginstelling vergoed te krijgen. In totaal werd 106,8 miljoen euro gedeclareerd; gemiddeld 1.206 euro, oplopend tot enkele tienduizenden euro's per persoon. Rolstoelgebruikers vormen de grootste groep die actief van de regeling gebruikmaakt, gevolgd door kankerpatiënten. De regeling ziekenvervoer dekt vervoer met een taxi, (eigen) auto of openbaar vervoer zonder medische begeleiding. Het doel van de regeling is te voorkomen dat mensen die veel zorg nodig hebben deze vanwege (te) hoog oplopende reiskosten gaan mijden. Ter evaluatie van de regeling heeft het Zorginstituut onderzoek gedaan naar het gebruik en de kosten van de regeling in 2017, het meest actuele jaar waarover gegevens beschikbaar zijn.

Uitgebreider informatie over de analyse van het Zorginstituut is te vinden in de ZorgCijfers Monitor 'Regeling ziekenvervoer: gebruik en kosten'.

Zorginstituut neemt regie over ontwikkeling Kwaliteitskader Cosmetische Geneeskunde

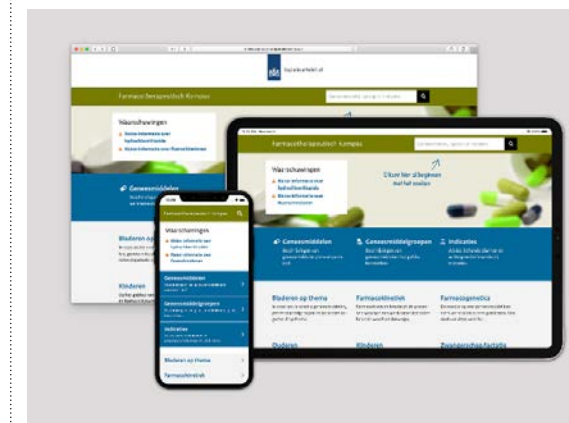
Het Zorginstituut heeft begin dit jaar de regie overgenomen bij de verdere ontwikkeling van het Kwaliteitskader Cosmetische Geneeskunde en de bekwaamheidseisen die daar deel van uitmaken. Binnen de sector was namelijk vóór 1 december 2018 (de 'deadline' op de Meerjarenagenda) geen overeenstemming bereikt over wie bekwaam is om cosmetische geneeskundige ingrepen uit te voeren en waar de bekwaamheidseisen worden

vastgelegd. Daardoor kon het complete kwaliteitskader niet worden aangeboden voor opname in het openbare Register van het Zorginstituut. Met de inzet van onze 'doorzettingsmacht' wil de Raad van Bestuur van het Zorginstituut nu bewerkstelligen dat het hele kwaliteitskader medio 2019 is afgerond, zodat het in het Register kan worden opgenomen.

Geen bewezen meerwaarde PHP-behandeling bij oog-melanoom met uitzaaingen in lever

Het Zorginstituut concludeerde onlangs dat percutane leverperfusie (PHP) met melfalan (een vorm van chemotherapie) bij patiënten met niet-operabele uitzaaingen in de lever, als gevolg van een melanoom in het oog (uveamelanoom) niet voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk en daarom geen onderdeel is van het basispakket. Volgens de fabrikant leidt PHP tot een langere overleving met een betere levenskwaliteit en zijn er minder systemische bijwerkingen vergeleken met andere behandelingen. Volgens het Zorginstituut is dit echter onvoldoende aangetoond. Er is waarschijnlijk een klein relevant effect op progressievrije overleving, maar het is niet aangetoond of de extra 3,8 maanden ook met voldoende levenskwaliteit doorgebracht kunnen worden. Wel laten studies zien dat complicaties na PHP regelmatig voorkomen en soms (zeer) ernstig zijn. Hierdoor kan de kans op een aantal extra maanden zonder progressie van ziekte niet afgezet worden tegen mogelijk verlies van kwaliteit van leven. En daarmee is de meerwaarde van PHP ten opzichte van 'best supportive care' (BSC) voor deze patiënten nog niet voldoende aangetoond.

Farmacotherapeutisch Kompas (FK) nog beter mobiel toegankelijk



Het ontwerp van het Farmacotherapeutisch Kompas (FK) is gemoderniseerd. Daardoor is de website nog beter voor mobiele apparaten toegankelijk en gebruiksvriendelijk voor alle platformen (desktop, laptop, mobiele telefoon en tablet). De website is als app op het beginscherm van mobiel of tablet te plaatsen en gedraagt zich daarop ook als een app. Alle informatie in het FK - dus ook de indicaties, geneesmiddelgroepen en berichten - is hierdoor nu overal, op mobiel of tablet, makkelijk toegankelijk. Wel moet er toegang tot internet zijn. De huidige (offline) FK-app blijft ook beschikbaar, maar deze biedt alleen beperkt informatie over geneesmiddelen en beschikt ook niet over dezelfde functionaliteiten als de online app.

Meer informatie?

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

Zorginstituut werkt aan burgerparticipatie

“Niet zonder ons over ons beslissen”

De adviezen van het Zorginstituut hebben gevolgen voor de bevolking, bijvoorbeeld voor mensen die afhankelijk zijn van dure geneesmiddelen. Wij streven er dan ook naar om burgers te betrekken bij onze activiteiten. Zodat mensen begrijpen hoe besluiten tot stand komen. Het Zorginstituut werkt al op verschillende manieren aan burgerparticipatie. Ook doen we onderzoek naar wat die burger denkt. Hier geven we enkele voorbeelden van hoe we dat aanpakken.

Tekst Jos Leijen

Beeld Inge Kooiman

Het Zorginstituut heeft tot taak ervoor te zorgen dat iedere burger toegang heeft en houdt tot goede zorg, tegen aanvaardbare kosten voor ons allemaal: niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk. Het geluid van die burger weegt daarbij zwaar. Niet vanuit een ivoren toren vertellen wat er moet gebeuren, maar luisteren naar en praten met de mensen om wie het gaat. Dat doet het Zorginstituut door sociale media en burgerfora in te zetten, maar ook door

patiënten inspraak te geven bij beslissingen rondom het zorgverzekeringspakket.

Voorbeeld 1: inzet burgers bij Zinnige Zorg Burgers betrekken bij gehandicaptenzorg

De betrokkenheid van de burger kan ook verder gaan. Zo haalt het team Gehandicaptenzorg een ervaringsdeskundige aan boord voor het Zinnige Zorg-traject om de zorg voor mensen met een lichte verstandelijke beperking te verbeteren. “Ons adagium is: niet zon-

der ons over ons beslissen”, zegt Angelie van der Aalst, lid van het team Gehandicaptenzorg. “Als ik soms praat met mensen met een lichte verstandelijke beperking, ben ik verrast hoe goed ze vragen stellen die de essentie weergeven. Ik merk tegelijk dat wij soms moeite hebben om in gewone taal dingen uit te leggen. Dat zijn we een beetje vergeten.”

Toen hbo-student Rick van Herk aanklopte bij het Zorginstituut met de vraag onderzoek te mogen doen, greep het team Gehandicaptenzorg die kans aan. Van Herk onderzocht de mogelijkheden om ervaringsdeskundigen te betrekken en Angelie van der Aalst trad op als zijn begeleider. Van Herk sprak met mensen binnen en buiten het Zorginstituut en kwam tot de conclusie dat er wel pogingen gedaan worden om burgers te betrekken (zie kader pagina 8), maar dat het veel beter kan. Ervaringsdeskundigen worden vaak laat en beperkt betrokken bij besluitvorming. Daardoor worden ze onvoldoende gehoord. En daardoor mist bijvoorbeeld het team Gehandicaptenzorg unieke inzichten vanuit het perspectief van de doelgroep. Het goede nieuws is dat binnen dit team een groot draagvlak is om ervaringsdeskundigen te betrekken. Tot nu toe werkt er alleen een medewerker met een gehoorbeperking. “Dat is nog niet direct een afspiegeling van de samenleving”, erkent Van der Aalst. “Wellicht zijn er ongemerkt drempels om hier te werken. We onderzoeken hoe we de participatie kunnen uitbreiden.”

Ervaringsdeskundige in het team

Een optie is om meer mensen met een beperking als ervaringsdeskundige op te nemen in het team. Het Zorginstituut is daarover in gesprek met de LFB, de landelijke belangenorganisatie door en voor mensen met een verstandelijke beperking. Het team Gehandicaptenzorg wil een ervaringsdeskundige met een lichte verstandelijke beperking



Francine van den Driessen Mareeuw, Rachel Kalf en Diana Delnoij tijdens de Wetenschapsdag

inzetten in de verdiepfase van Zinnige Zorg (zie ook het artikel over Zinnige Zorg op pagina 21). Een van de onderwerpen die geselecteerd zijn voor de verdieping is de (eerstelijns)zorg voor mensen met een lichte verstandelijke beperking en een gezondheidsprobleem. “Het is een uitdaging om hier verder vorm aan te geven”, zegt Van der Aalst. “Het vraagt draagvlak en een open houding van alle medewerkers. We zullen er ook tijd, geld en geduld voor over moeten hebben. Veel overheidsorganisaties hebben wel ervaring met deze doelgroep, maar vaak gaat het dan om koffie schenken of fruitschalen bijvullen. Wij gaan verder. Het wordt pionieren, maar ik denk dat het zeker de moeite waard is om het te proberen.”

Voorbeeld 2: inzet sociale media voor pakketadvies

Real world-informatie

Een andere manier om het geluid van burgers te horen, is het benutten van sociale media. Dat kan bijvoorbeeld informatie opleve-

ren over de werking van geneesmiddelen in de praktijk. De Adviescommissie Pakket (ACP) baseert zich bij de beoordeling van de effectiviteit van geneesmiddelen veelal op onderzoeksgegevens die verkregen zijn via zogeheten *randomized controlled trials* (RCT). Hiervoor verdeelt men patiënten willekeurig over twee of meer behandelingen. Vervolgens worden de resultaten vergeleken. De wetenschap erkent *randomized controlled trial* als de beste manier om het effect van een behandeling te meten. Maar het heeft ook beperkingen. Zo worden voor een RCT patiënten geselecteerd die aan strenge criteria voldoen. Zwangere vrouwen bijvoorbeeld zijn uitgesloten, evenals mensen die naast de onderzochte ziekte andere aandoeningen hebben of andere geneesmiddelen slikken (comorbiditeit). Bij zeldzame ziekten is een RCT ook lastig, omdat de doelgroep meestal te klein is om steekhoudende conclusies te trekken. Het Zorginstituut zoekt daarom manieren om gegevens te verzamelen uit de ‘echte wereld’, zogeheten *real world*-informatie. ►

Angelie van der Aalst: “Mensen met een lichte verstandelijke beperking kunnen verrassend goed vragen stellen die de essentie weergeven, terwijl wij moeite hebben dingen in gewone taal uit te leggen”

PAS OP VOOR VOOROORDELEN

(Hoe) moeten we de burger betrekken? En wat doen we er dan (niet) mee? Dit was de ondertitel van de tweede wetenschapsdag die het Zorginstituut op 7 februari organiseerde. Naast Diana Delnoij en Rachel Kalf van het Zorginstituut sprak onder anderen Ian Leistikow van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Hij introduceerde het begrip ‘epistemic injustice’. Dit begrip heeft te maken met ongelijkheid die ontstaat door het niet goed inschatten van kennis. Meestal als gevolg van vooroordelen of cultuurverschillen. Een voorbeeld is de veronderstelling dat mensen met een lage opleiding wellicht niet snappen waar het om gaat. Of artsen die de mening van andere artsen hoger inschatten dan die van niet-artsen. Hierdoor creëer je ongelijkheid.

De IGJ trekt uit haar ervaringen met burgerparticipatie de volgende lessen:

- Je mag je als instituut niet verschuilen achter wetgeving.
- Meegaan met de ontwikkelingen in de maatschappij en niet vast blijven houden aan oude opvattingen.

Het zijn lessen die wellicht ook op het Zorginstituut van toepassing zijn.



Wetenschapsdag februari 2019



Rachel Kalf: “Sociale media kunnen een waardevol hulpmiddel zijn om patiënten te bevragen over de kwaliteit van leven”

Hoe ervaren patiënten in de praktijk een geneesmiddel? Van welke bijwerkingen hebben ze last? Hoe beïnvloedt een geneesmiddel de kwaliteit van leven? Deze informatie is ook van belang bij geneesmiddelen die voorwaardelijk zijn toegelaten. Producenten van geneesmiddelen moeten dan patiënt-ervaringen registreren en hierover rapporteren. Afhankelijk daarvan kan een voorwaardelijke toelating worden omgezet in een definitieve toelating tot het basispakket.

Snel gegevens verzamelen

Zorginstituut-medewerker Rachel Kalf doet promotieonderzoek aan de Universiteit Utrecht naar het gebruik van sociale media om gegevens te verzamelen. Uit haar literatuurstudie bleek onder meer dat sociale media heel geschikt zijn om snel gegevens te verzamelen en om mensen met zeldzame ziekten te bereiken. Tegelijk bestaat het risico dat de onderzoeksgegevens niet representatief zijn. Ook is het lastig om de juistheid van de informatie te controleren.

Kalf deed ook zelf onderzoek via sociale media. Ze maakte hierbij gebruik van de website van het Melanoma Patient Network Europe, een Europese organisatie van huidkankerpatiënten. Ze kwam in contact met 72 patiënten en 17 mantelzorgers. “De onderzoeksgroep was niet representatief”, vertelt Kalf.

“Vrouwen en mensen met een hoge opleiding waren oververtegenwoordigd. Maar rekening houdend daarmee hebben we interessante resultaten gevonden.” De patiënten gaven drie facetten aan die hun kwaliteit van leven in grote mate bepalen: familie, een normaal leven kunnen leiden en genieten van het leven. “Of ze moeite hebben met inspannende activiteiten was voor sommige patiënten minder relevant dan voor anderen”, zegt Kalf. “Terwijl deze vraag wel in vragenlijsten is opgenomen. Dat geldt ook voor de vraag of patiënten last hebben van een zwelling. We concluderen dat sociale media een waardevol hulpmiddel kunnen zijn om patiënten te bevragen over de kwaliteit van leven.”

Een volgende vraag is welke rol sociale media kunnen spelen bij de beoordeling van nieuwe geneesmiddelen. “Ik weet niet precies hoe deze gegevens gewogen moeten worden voor het pakket”, zegt Kalf. “Daar is extra onderzoek voor nodig. Het is wel belangrijk om er rekening mee te houden, bijvoorbeeld bij voorwaardelijke toelating. De fora van websites van patiëntenverenigingen kunnen veel informatie opleveren over patiënt-ervaringen. Ook al zijn de gegevens niet representatief, ze geven wel een goede indicatie hoe medicijnen het doen in de echte wereld in specifieke doelgroepen.” ●

VEEL INITIATIEVEN VOOR PARTICIPATIE

In diverse projecten en programma's betreft het Zorginstituut de burger bij zijn activiteiten. Rick van Herk heeft een inventarisatie gemaakt en kwam tot meer dan twintig initiatieven. Enkele voorbeelden:

- De afdeling Zorg van het Zorginstituut heeft diverse tools ontwikkeld voor patiëntenparticipatie, zoals een *Handboek ontwikkelen CQ-index* en een blauwdruk voor patiëntenparticipatie in richtlijnontwikkeling.
- Het Zorginstituut onderhoudt diverse websites die ook gericht zijn op burgers, zoals Kiesbeter.nl en Medicijnkosten.nl. Periodiek doen we onderzoek onder gebruikers om de websites te verbeteren.
- Patiëntenorganisaties zijn aanwezig bij consultaties en bijeenkomsten van de Adviescommissie Pakket (ACP). De ACP adviseert de Raad van Bestuur, die op zijn beurt de minister adviseert. In de ACP zit ook een lid vanuit een patiëntenvereniging.
- Het Zorginstituut ondersteunt een bijzondere leerstoel 'Sturing op kwaliteit en doelmatigheid van zorg' aan de Erasmus School of Health Policy and Management van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Diana Delnoij is bijzonder hoogleraar en doet onderzoek naar de rol van het Zorginstituut bij het verbeteren van de zorg, in het bijzonder naar de inbreng van patiënten en burgers.

“Jammer hoor... als u een laagcomplex schaafwond had gehad, hadden we u graag geholpen. Maar de chirurg is helaas al naar huis”



Martin van der Graaff werkte jarenlang bij het Zorginstituut en werpt nu als gepensioneerde zijn licht op de wereld van de zorg

Spoedeisende eerste hulp

column

Ziekenhuizen maken er tegenwoordig een gewoonte van om geheel of gedeeltelijk te sluiten. Dat leidt tot paniek bij zorgconsumenten. Stel, je woont in Flevoland. De afstand tot een fatsoenlijk ziekenhuis wordt steeds groter. Maar de polderwegen zijn anderzijds overzichtelijk recht en meestal filevrij. Een tijdig gearriveerde ambulance kan je plankgas naar een geschikt ziekenhuis vervoeren. Volgens politici is je probleem trouwens al bijna verholpen als je de ambulance bent ingeschoven, want de vaderlandse ambulancezorg behoort tot de Europese top. Dat zal zo'n politicus toch niet zomaar zeggen? Ik weet er niet veel van, maar ik weet wel dat een ambulance volgens internationale normen binnen acht minuten ter plaatse moet zijn, terwijl de BV Nederland een veldnorm van vijftien minuten ook al heel mooi vindt.

Ook het aantal locaties waar nog fatsoenlijke Spoedeisende Eerste Hulp (SEH in ons polderbargoens) kan worden geboden, is onderhevig aan krimp. 'Krimp' staat (net als 'dode patiënten') lelijk, maar betekent minder kosten en is dus niet per se ongewenst. En bovendien, SEH valt onder de marktwerking. En dan krijg je nu eenmaal dit soort dingen. Maar wat doe je als ziekenhuis dat geen trots SEH-label meer mag voeren? Hulp weigeren is ook zo wat. Lijdende patiënten die op een brancard voor de ingang blijven liggen werken bovendien demoraliserend op patiënten met een afspraak die zich langs die brancard(s) een weg naar binnen moeten banen. Hier komt wellicht een heerlijke polderoplossing voor: de zogenaamde 'SEH light'. Dat is een spoedzorgpoli "voor veelvoorkomende 'laagcomplex spoedzorgvragen', zoals het behandelen van snij- en schaafwonden, hechtingen en eenvoudige fracturen". Mooi geregeld, 24/7. Tijdens kantooruren krijg je er complexere spoedzorg bij op het gebied van cardiologie, chirurgie en longgeneeskunde.

Ik zie het al voor me: de ambulance stopt met gillende remmen voor de ingang van zo'n polderpoli, terwijl de wijzers van de klok van 17.00 op 17.01 springen. Een triagist buigt zich over de patiënt, en stelt een chirurgisch acuutje vast: "Jammer hoor...als u een laagcomplex schaafwond had gehad, hadden we u graag geholpen. Maar de chirurg is helaas al naar huis." En dus plankgas op weg naar een echt ziekenhuis. Wellicht in een Europese toptijd van pakweg Lelystad naar Harderwijk. Is ook onderscheidende zorg. Stel je daar ambulancepersoneel bij voor, gekleed in snelle turquoise pakjes die goed zouden passen bij formule-I-personeel en je wilt niet anders meer. De koepel die erover gaat is sceptisch, en vindt dat je beter kunt kiezen voor 'alles-of-niets-SEH'. Of zo'n onvaderlands, niet-polderend advies goed valt in de Flevopolders? Kijk, daar zou iemand nou eens onderzoek naar moeten doen.

10

vragen aan

Sjoerd Repping

Tekst Edith Bijl

Beeld Ron Zwagemaker

1 Wat is uw eerste ervaring met de gezondheidszorg?

“Dat was meteen bij mijn geboorte, ik ben namelijk geboren in het Radboud Ziekenhuis in Nijmegen. Mijn moeder werkte daar bovendien als verpleegkundige neonatologie. Ik kreeg dus van jongs af aan veel verhalen mee over hoe zorgverleners actief zijn in de zorg. Mijn eerste persoonlijke ervaringen met de zorg waren met de kno-arts in het Radboud. Omdat ik als kind veel kampte met oorontstekingen, kwam ik daar regelmatig.”

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

“Ik hoop een heel goede dokter! En ik denk dat ik dan chirurg was geworden; ik houd van klussen, dus dat had wel bij mij gepast. Overigens heb ik destijds bewust niet gekozen voor geneeskunde. Ik wilde vooral graag nieuwe dingen ontdekken, meer wetenschappelijk bezig zijn. Geneeskunde was – in mijn ogen toen – een nogal protocollaire studie, met weinig vrijheid om nieuwe dingen te ontdekken. Ik koos uiteindelijk voor biomedische wetenschappen.”

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

“Ik heb het idee dat ik steeds meer over de zorg te zeggen krijg, dus ik ben op de

PERSONALIA

Prof.dr. Sjoerd Repping (1974) is sinds 1 februari 2019 bij het Zorginstituut werkzaam als kwartiermaker van het nieuwe programma ‘Zorgevaluatie en Gepast Gebruik’. Het programma is een samenwerkingsverband van alle partijen in de medisch-specialistische zorg en heeft als doel deze partijen te verbinden aan een afgestemde kwaliteitscyclus van agenderen, evalueren en implementeren van zorg. Naast zijn rol als kwartiermaker blijft Repping verbonden als hoogleraar Zinnige Zorg aan de Faculteit der Geneeskunde van de Universiteit van Amsterdam (AMC-UvA) en als strategisch adviseur van de Raad van Bestuur van Amsterdam UMC. Repping woont met zijn vrouw en hun twee dochters (16 en 14) en zoon (11) in Amstelveen.



“Het huidige zorgstelsel zit vol prikkels die samenwerking in de zorg tegengaan. Mijn ideaalbeeld is een systeem dat partijen juist stimuleert tot samenwerking, met als gezamenlijk doel hoge kwaliteit tegen acceptabele kosten”

goede weg. Ik zou graag willen dat het zorgstelsel zo wordt ingericht dat samenwerking tussen partijen veel natuurlijker wordt. Op dit moment zit het hele systeem vol prikkels die die samenwerking juist tegengaan. Het huidige marktdenken versterkt onderlinge competitie: omdat ziekenhuizen beter willen zijn dan andere doen ze alles alleen. Ook werkt het huidige stelsel tegenstellingen in de hand, bijvoorbeeld tussen zorgverleners en zorgverzekeraars, en tussen verzekeraars en patiënten. Mijn ideaalbeeld is een systeem dat partijen juist stimuleert tot samenwerking en samenhang, met als gezamenlijk doel hoge kwaliteit tegen acceptabele kosten.”

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

“Alle zorg waarvan we weten dat het onzinnig is. Maar ook zorg waarvan we nóg niet weten of het zinnig is. Daarvoor moeten we een soort voorwaardelijke situatie creëren, waarbij de zorg direct geëvalueerd wordt en dus veel sneller wordt besloten of het via het basispakket vergoed wordt. Je krijgt dan een veel geslotener pakket dan we nu hebben.”

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

“Ik hoop dat we in dit land nog heel lang alle zorg kunnen krijgen die zinnig is. Maar op een gegeven moment zullen we toch keuzes moeten maken. Op dit moment werken we met het QALY-systeem, dat uitgaat van de kosten voor elk gewonnen levensjaar in goede gezondheid. Dat systeem is vanwege de opzet gericht op geld. Ik denk dat je dat zou moeten omdraaien door de vraag te stellen: ‘je hebt 100.000 euro; wat kopen we daarvoor?’. Dan gaat het veel meer over kwaliteit en wat de patiënt ervoor krijgt. Dat is waar zorg ook over zou moeten gaan.”

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

“Ik ga niet zo snel naar de huisarts; ik geloof dat ik hem in de afgelopen vijftien jaar één keer heb gezien. Gelukkig heb ik nooit iets, afgezien van wat sportblessures. En als er wat is, vertrouw ik meestal eerst op de expertise van mijn vrouw; zij is medisch specialist.”

7 Wat is uw favoriete zorgwoord?

“Dat is een inkoppertje: zinnig!”

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

“Barack Obama - al is het vrij onwaarschijnlijk dat hij in een Amsterdams ziekenhuis komt te liggen. Een heel charismatisch man van wie ik, denk ik, veel kan leren. Hij laat zich niet inpakken door de waan van de dag, maar kijkt naar de uitdagingen van morgen, en draagt dat constant uit. Dat vind ik heel inspirerend.”

9 Wat vindt u de belangrijkste voorwaarde voor goede zorg?

“Dat de patiënt daadwerkelijk iets heeft aan de zorg die wij leveren, dat deze toegevoegde waarde heeft. Door in alle situaties te kijken wat voor die specifieke patiënt goed is, wat zinnige zorg is. Waar de een kiest voor een intensieve behandeling om nog een paar maanden langer te kunnen leven, ziet een ander daar juist van af om de kwaliteit van leven zo hoog mogelijk te houden. Belangrijk is wel dat er bewijs is welk effect een keuze heeft op de voor die specifieke patiënt belangrijke uitkomstmaten. En dat patiënten goed geïnformeerd worden over de consequenties van hun keuze.”

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

“Dat is voor mij een relatief makkelijke vraag: het programma ‘Zorgevaluatie en Gepast Gebruik’ (zie ook kader - red.) heeft als doel te komen tot een systeem waarin zorg als van nature geëvalueerd wordt. Over vijf jaar zou zorgevaluatie dan ook een vast onderdeel van reguliere zorgprocessen en zorgverlening moeten zijn.” ●

Hackathon naar inzet narratieve informatie voor verbeteren kwaliteit verpleeghuiszorg

Hoe lees je een verhaal?

Wat zegt een individueel verhaal van een bewoner over de kwaliteit van een verpleeghuis? En welke informatie kun je halen uit heel veel individuele verhalen over het leven in een verpleeghuis? Hoe kun je die informatie gebruiken om te leren en te verbeteren? Op zoek naar een antwoord op deze vragen organiseerde het Zorginstituut in februari een 'hackathon' (zie kader hieronder) met wetenschappers, informatiedeskundigen en mensen uit de zorgsector.

Tekst Jos Leijen

Beeld Roos Oosterbroek

Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg beschrijft wat mensen mogen verwachten als ze verhuizen naar een verpleeghuis. Zaken als tijd en aandacht voor de bewoner en gemotiveerde en deskundige medewerkers. Aan de hand van dit kwaliteitskader heeft het ministerie van VWS het programma 'Thuis in het Verpleeghuis' opgesteld. Het programma stelt onder meer: "De bewoner en zijn naasten moeten erop kunnen rekenen dat er aandacht voor ze is, dat het welzijn van de bewoner voorop staat en de zorg in het verpleeghuis veilig is."

Inzicht in verpleeghuiszorg

De verpleeghuissector krijgt op termijn 2,1 miljard euro extra om de doelen van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg te realiseren. Met dit extra geld kunnen verpleeghuizen de personeelsbezetting beter afstemmen op de behoeften van bewoners. Het is dan wel belangrijk dat alle ketenpartners in de verpleeghuissector kunnen volgen of de kwaliteit van de zorg voor cliënten ook werkelijk verbetert. Om beter inzicht te krijgen in deze ontwikkelingen in de verpleeghuis-

sector is het programma 'Keteninformatie Kwaliteit Verpleeghuiszorg' (KIK-V) opgezet. Hierin werkt het Zorginstituut samen met partijen in de verpleeghuiszorg aan het verzamelen en ontsluiten van data voor alle ketenpartners. Naast reguliere data is er speciale aandacht voor narratieve informatie. Dit is informatie in verhalende vorm, over de individuele beleving van bewoners, familie en professionals. De vraag is echter hoe je deze informatie kunt inzetten om te leren en te verbeteren.

Op zoek naar een antwoord op deze vraag organiseerde het Zorginstituut in februari een 'hackathon' voor technici, wetenschappers en zorgprofessionals. De opdracht van deze hackathon: bedenk hoe uit de verhalen van bewoners, familie, verpleegkundigen en verzorgenden bruikbare informatie gedistilleerd kan worden voor verschillende doelgroepen, zoals burgers, zorgorganisaties, zorgkantoor en beleidsmakers. Dit heeft geleid tot een aanbesteding van de opdracht aan een ter plekke gevormd consortium met het beste voorstel.



De hackathon werd gewonnen door een samenwerkingsverband van zorgorganisatie Tante Louise, Ynformed en ICATT.

Meer dan cijfers

Thijs Houtappels is bestuurder van Atlant, een zorgorganisatie met vier verpleeghuizen en vijf woonzorgcentra in Apeldoorn en omgeving. Hij verzorgde een inleiding bij de hackathon: "Cijfers en informatie vertellen maar een deel van het verhaal als het gaat om kwaliteit", vertelt hij. "Ik heb twee dochters. Als ik die later vraag naar de kwaliteit van het gezinsleven, dan vertellen ze niet hoe schoon het huis was en of het eten altijd op tijd op tafel stond. Ze kijken of we leuke dingen met elkaar deden en of ik er was als het er echt toe deed." Datzelfde geldt voor bewoners van het verpleeghuis. "Verpleeghuis is sowieso een misleidende term", vindt Houtappels. "Mensen krijgen zorg, maar er blijven nog veel uren over in een dag. Hoe kun je die betekenisvol maken, wat willen bewoners in die tijd doen? Dat kun je halen uit de verhalen van mensen. Verhalen over wat ze vroeger deden, wat de beperking met ze doet en wat ze vandaag willen ondernemen. Je kunt verhalen gebruiken om in te spelen op de individuele wensen en behoeften van bewoners. En je kunt ze benutten om er informatie uit te halen die je helpt om te leren en te verbeteren." Een verhaal is een subjectieve beleving van één bewoner en eventueel familie. "Maar als je veel verhalen bij elkaar hebt, geeft dat wel een beeld van je organisatie. Van de rauwe en de mooie kanten. Voor een totaalbeeld

heb je ook de cijfers nodig. Maar die geven geen beeld van de cultuur, van hoe mensen het verblijf in een verpleeghuis beleven. En dat is minstens even belangrijk als de zorg."

Data ontsluiten

Houtappels hoopt dat de hackathon handvatten oplevert om verhalen beter te gebruiken bij het sturen van de organisatie, het verbeteren van het welzijn en welbevinden van de bewoners en het werkplezier van de zorgverleners. Dat is ook precies de bedoeling, meent Peter Snaterse, programamanager KIK-V bij het Zorginstituut: "We brengen de wetenschap, de techniek en de verpleeghuiszorg bij elkaar. Samen zoeken we innovatieve oplossingen om de data te ontsluiten. Zodat we er de informatie uit kunnen halen die partijen nodig hebben om goede beslissingen te nemen."

Verhalenvenster

De hackathon werd gewonnen door een samenwerkingsverband van zorgorganisatie Tante Louise, Ynformed en ICATT. De combinatie stelde voor om een 'verhalenvenster' te maken. "Die term sprak ons erg aan", zegt jurylid Nina van Loon, senior adviseur Zorg in Rotterdam en nauw betrokken bij het programma KIK-V. "Het winnende idee is om diverse verhalen en narratieve informatie te combineren en te ontsluiten voor verschillende stakeholders, te beginnen met bewo-

ners, mantelzorgers en zorgprofessionals." De winnaars hebben de opdracht gekregen en gaan hun ideeën verder uitwerken in een pilotproject. Naar verwachting wordt die pilot in de zomermaanden uitgevoerd en zijn eind dit jaar de resultaten bekend. "Ik hoop dat we dan cijfers en beoordelingen kunnen aanvullen met verhalen en andere narratieve informatie, zodat we een beter zicht krijgen op de kwaliteit van zorg", aldus Van Loon. "De professionals kunnen die informatie gebruiken om de kwaliteit van de zorg verder te verbeteren." ●

Keteninformatie Kwaliteit Verpleeghuiszorg

Het programma KIK-V is gestart op 1 juli 2018 en heeft een looptijd van drie jaar. Het doel is om informatie over de ontwikkeling van de kwaliteit van verpleeghuizen te verzamelen en te ontsluiten voor alle partijen in de sector. Het Zorginstituut werkt hierbij samen met de leden van de stuurgroep verpleeghuiszorg, waaronder Actiz, Patiëntenfederatie Nederland, Zorgverkeers Nederland en ook met de Inspectie Gezondheidszorg & Jeugd (IGJ), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) en het ministerie van VWS.

Wat is een hackathon?

Een hackathon is een bijeenkomst waarbij professionals met verschillende expertises (samen) onder hoge tijdsdruk werken aan een vraagstuk of thema, met als doel elkaar te inspireren, tot creatieve oplossingen te komen en deze uit te werken.



Deelnemers aan de hackathon buigen zich over de opdracht van het Zorginstituut.

Zorginstituut beoordeelt drie sluisgeneesmiddelen tegen kanker

Beoordeling van geneesmiddelen is maatwerk

Het Zorginstituut heeft onlangs Yescarta, Kymriah en Verzenios, drie relatief nieuwe geneesmiddelen tegen kanker, beoordeeld voor toelating tot het basispakket. Ondanks hun overeenkomsten – het zijn alle drie oncolytica en zogenaamde ‘sluismiddelen’ – lopen de uitkomsten van onze beoordelingen sterk uiteen. Die variatie toont nog eens aan dat de beoordeling van geneesmiddelen echt maatwerk is.

Tekst Edith Bijl

Yescarta

Yescarta is een effectieve immuuntherapie voor bepaalde subgroepen patiënten met lymfeklierkanker: zogenaamd diffuus grootcellig B-cellymfoom (DLBCL) en primair mediastinaal grootcellig B-cellymfoom (PMBCL). Het middel wordt eenmalig toegediend en levert een overlevingswinst van gemiddeld ruim elf maanden op in vergelijking met de standaardbehandeling. Dat is aanzienlijk, zeker gezien de agressiviteit van deze vorm van kanker. Omdat er nog onzekerheid bestaat over de precieze overleving op de langere termijn, heeft het Zorginstituut nog geen betrouwbare inschatting kunnen maken van de kosteneffectiviteit. Maar de kans is aanzienlijk dat die de referentiewaarde van 80.000 euro per QALY (gewonnen levensjaar van goede kwaliteit) zal overschrijden. Daarom vinden wij dat Yescarta niet opgenomen moet worden in het basispakket, tenzij een lagere prijs wordt overeengekomen.

Toch zal het middel al tijdens de prijsonderhandelingen beschikbaar komen voor de Nederlandse patiënt. De fabrikant van het product zal in de kosten daarvan voorzien. Omdat de schatting van het aantal patiënten uiteenloopt, heeft het Zorginstituut verschillende scenario's berekend voor de

budgetimpact; deze loopt uiteen van 29,3 miljoen euro (drie jaar na de introductie) tot 43,9 miljoen euro.

Kymriah

Het Zorginstituut heeft Kymriah, dat ook eenmalig wordt toegediend, inmiddels beoordeeld voor verschillende ziektebeelden/indicaties. Eind vorig jaar oordeelden wij dat het kostbare middel – ruim 320.000 euro per patiënt/behandeling – bij zogenaamde acute B-cel lymfoblastaire leukemie een therapeutische meerwaarde heeft ten opzichte van de gebruikelijke behandeling. Op grond hiervan komt het in aanmerking voor opname in het basispakket.

Kymriah zat ook in de ‘sluis’ voor een andere indicatie: DLBCL (waarvoor Yescarta ook beoordeeld is). Uit onderzoek naar de effectiviteit van Kymriah bij deze indicatie kwam weliswaar een overlevingswinst naar voren

ten opzichte van de gebruikelijke behandeling (chemotherapie), maar omdat dit effect waarschijnlijk klein is en de kwaliteit van dit bewijs zeer laag is, adviseert het Zorginstituut om Kymriah voor DLBCL *niet* op te nemen in het basispakket. De fabrikant kan een nieuw verzoek tot beoordeling indienen als nieuw gepubliceerde gegevens daartoe aanleiding geven.

Verzenios

Na Palbociclib en Ribociclib is Abemaciclib (Verzenios) het derde middel voor hetzelfde type borstkanker dat in de sluis is geplaatst. Vorig jaar al adviseerden wij om Palbociclib en Ribociclib niet te vergoeden vanwege een ongunstige kosteneffectiviteit. Omdat voor Verzenios hetzelfde geldt adviseren wij om ook over dit middel afspraken te maken en aan te sluiten bij de prijsafspraken die al voor Palbociclib en Ribociclib zijn gemaakt. ●

Sluis voor dure geneesmiddelen

Nieuwe intramurale geneesmiddelen worden in beginsel zonder (prijs)afspraken toegelaten tot het basispakket, zodat innovatieve zorg snel beschikbaar komt. De minister voor Medische zorg en Sport kan echter besluiten om nieuwe middelen, vanwege de hoge prijs, toch tijdelijk uit het pakket te houden en in een ‘sluis’ te plaatsen. In de tussentijd kan het Zorginstituut een advies uitbrengen en kan de minister met de fabrikant onderhandelen over de prijs.

Kosten betere spoedzorg vallen mee

Elf partijen dienden begin 2018 een concept Kwaliteitskader Spoedzorgketen in bij het Zorginstituut. Doel van het document: de (hoge) kwaliteit van de spoedzorg behouden en op punten verder verbeteren. Voordat het kwaliteitskader kon worden opgenomen in het Register, moest nog duidelijk worden of er bij invoering een risico bestond op (aanzienlijke) meerkosten. Een doorrekening van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) laat zien dat die alleszins meevallen.

Tekst Noël Houben

Beeld Reyer Boxem (HH)

Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen bevat richtlijnen, normen en aanbevelingen voor de samenwerking tussen de ‘schakels’ in de spoedzorg. Onder de spoedzorgketen vallen huisartsenspoedzorg, ambulancezorg en acute zorg in het ziekenhuis. In elf regio's brachten zorgverleners en vertegenwoordigers van betrokken partijen (zie kader) vanaf 2015 de kwaliteit van de spoedzorg in kaart. Elf zogenoemde ‘ingangsklachten’ als benauwdheid, verwardheid, brandwonden en hoge koorts stonden hierbij centraal. Aan de hand van het pad dat patiënten met deze klachten doorlopen, formuleerden de partijen verbeterpunten.

Enkele van deze verbeterpunten konden mogelijk tot extra kosten leiden, bleek uit de toetsing van het kwaliteitskader door het Zorginstituut. Zo moet in de toekomst op elke spoedeisende hulp (SEH) een arts aanwezig zijn met minimaal twee jaar klinische ervaring. Nu bewaakt soms alleen

een arts-in-opleiding het fort. Ook moet er binnen een halfuur een zorgverlener op de SEH kunnen zijn die is gespecialiseerd in de zorg voor ouderen. Ten slotte moet er binnen dertig minuten ondersteuning van apotheek, klinische chemie en microbiologie beschikbaar zijn.

BIA

Op verzoek van het Zorginstituut heeft de NZa een budget impactanalyse (BIA) gemaakt voor deze nieuwe normen. Daar hadden ook de betrokken partijen om gevraagd. De NZa verzamelde informatie bij de 87 SEH's in Nederland. De meerkosten voor het invoeren van het kwaliteitskader bleken te liggen tussen de 6,7 en 26,8 miljoen euro. De NZa heeft mogelijke besparingen niet meegenomen in de berekeningen. De verwachting van alle betrokken partijen is dat die er wel zijn. Door de aanwezigheid van meer ervaren en gespecialiseerde zorgverleners krijgen bijvoorbeeld oudere patiënten eerder de juiste diagnose en behandeling. Gevolg is dat ze minder vaak (en minder lang) in het ziekenhuis hoeven te worden opgenomen.

Beter informeren

Betrokken partijen beraden zich nu op het indienen van een definitief kwaliteitskader. Hierbij nemen ze de resultaten van de BIA mee. Bij het definitieve document zal dan ook een plan zitten voor de invoering van het kwaliteitskader in de praktijk. Die invoering is in veel regio's trouwens al gestart. Zo informeren zorgverleners elkaar al beter over de bedden die ze beschikbaar hebben en over de expertise die in huis aanwezig is. Daardoor weten ambulancemedewerkers bijvoorbeeld naar welk ziekenhuis ze welke patiënt het beste kunnen brengen. ●

Het Zorginstituut is initiatiefnemer van het kwaliteitskader. Contactpersoon is adviseur Marjolein de Booy.

Breed gedragen

De partijen achter het Kwaliteitskader Spoedzorgketen zijn:

- Federatie Medisch Specialisten;
- Ambulancezorg Nederland;
- Landelijke Netwerk Acute Zorg;
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra;
- NVZ Vereniging van Ziekenhuizen;
- Nederlandse Vereniging van SEH-artsen;
- Nederlands Huisartsen Genootschap;
- beroepsvereniging van verpleegkundigen en verzorgenden V&VN;
- Patiëntenfederatie Nederland;
- vereniging voor eerstelijnszorg Ineen;
- Zorgverzekeraars Nederland.

Feiten & Cijfers



Bijna **2 van de 3 doktersassistenten** hebben de afgelopen twee jaar te maken gehad met **geweld**. Ze werden geslagen, geschopt of bedreigd met een wapen.

BRON: NEDERLANDSE VERENIGING VAN DOKTERSASSISTENTEN (NVDA)

€ 2.080.000.000

is in 2017 uitgegeven aan dure geneesmiddelen. In 2016 was dat nog 1,91 miljard euro.

BRON: VOORLOPIGE CIJFERS UIT DE MONITOR DURE GENEESMIDDELEN IN DE MSZ VAN DE NEDERLANDSE ZORGAUTORITEIT (NZA)



Bijna **3.000** mensen kregen in 2018 minimaal één keer de **hiv-preventiepil PrEP** verstrekt.

BRON: STICHTING FARMACEUTISCHE KENGETALLEN (SFK)

In 2018 zijn in Nederland **815 orgaantransplantaties** geweest en ruim **4.000** patiënten geholpen met gedoneerd weefsel. Dit is een stijging van respectievelijk **15 en 18%** ten opzichte van 2017.

BRON: NEDERLANDSE TRANSPLANTATIE STICHTING (NTS)



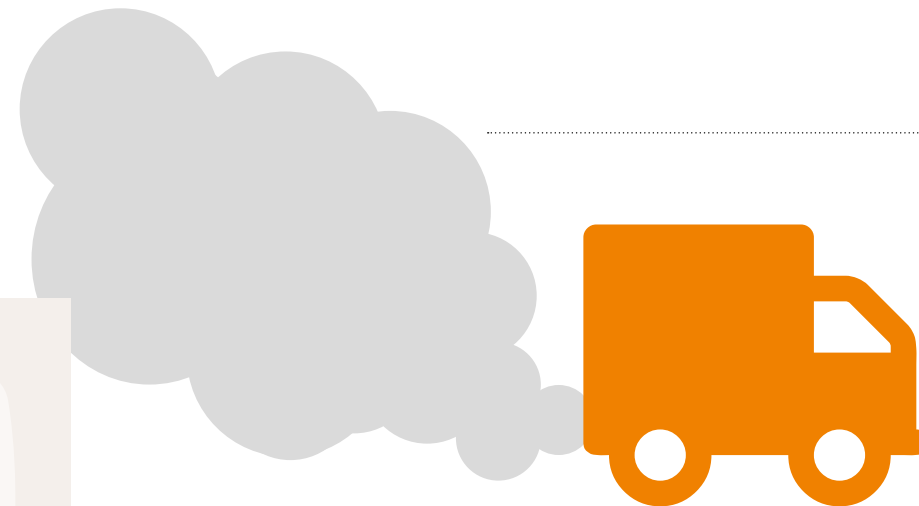
Het Zorginstituut beantwoordde in 2018 **4.998 vragen** over het basispakket en de kwaliteit van zorg.

BRON: ZORGINSTITUUT



Ruim **twee miljard mensen** op aarde zijn te dik. Dat is bijna een derde van de wereldbevolking.

BRON: WERELDGEZONDHEIDSGORGANISATIE WHO

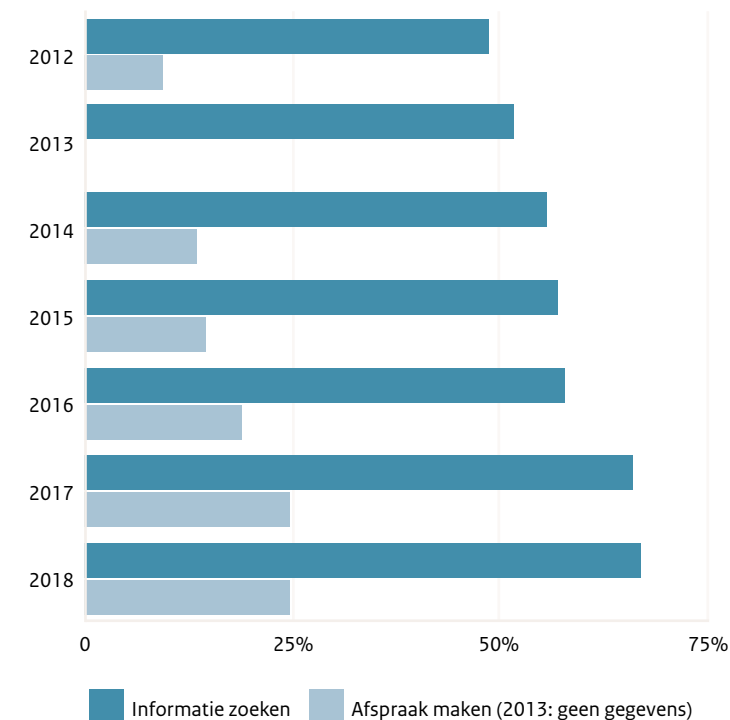


Elke dieselauto kost de samenleving **14.700 euro** aan ziektekosten.

BRON: MILIEUDEFENSIE EN DE UNIVERSITEIT VAN OXFORD

67% van de Nederlanders van 12 jaar of ouder zocht in 2018 online naar informatie over gezondheid en leefstijl:

NEDERLANDERS EN GEZONDHEID ONLINE, 12 JAAR OF OUDER



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: **'Magneetziekenhuis'**.

Magneetziekenhuizen trekken iets 'als een magneet' aan. Maar wat? Patiënten? Extra geld? De nieuwste technische snufjes? Specialistische zorg? Nee, zij trekken verpleegkundigen aan! Magneetziekenhuizen hebben een plezierig werkklimaat, geven verpleegkundigen veel autonomie, betrekken hen bij het bestuur en investeren in hun professionaliteit – allemaal kenmerken om verpleegkundigen als een magneet aan zich te binden. Niet gek dus dat in deze tijden van grote tekorten aan verplegend personeel dit concept aan populariteit wint. Wat wél gek is: Nederland heeft nog helemaal geen magneetziekenhuis. Hoe zit dat?

In de VS bestaat het magneetziekenhuis al enkele decennia; in 2012 waren dat er al 41. Toenmalig VWS-minister Schippers maakte in dat jaar een rondreis langs enkele van die ziekenhuizen, waar ze erg 'gecharmeerd' van was, zo meldde nos.nl. Haar enthousiasme leidde er echter niet toe dat het concept meteen met haar meereisde naar Nederland. Sterker; zeven jaar later is hier dus nog steeds geen magneetziekenhuis te bekennen. Reden daarvoor is dat je niet zomaar het predicaat 'magneet' krijgt, vertelt Ankie van Rossum, bestuursvoorzitter van VieCuri, afgelopen december in *Zorgvisie*. VieCuri overweegt de erkenning te halen, al gelooft Van Rossum niet dat het magneetziekenhuisconcept dé oplossing is voor het verpleegkundig tekort: "Het vereist een cultuurverandering. Met zo'n traject ben je jaren bezig." Maar dan nog blijft het magneetziekenhuis een aantrekkelijk concept. Alleen al met het oog op de kwaliteit van de geleverde zorg.

De andere blik

“Bestuurders: kies voor het menselijk kapitaal”

Meer kiezen voor de zorg, beter leren en anders werken. Dat zijn de actiepunten van de commissie Werken in de Zorg, die VWS-minister De Jonge heeft ingesteld om te zoeken naar een duurzame oplossing voor de personeelstekorten. Ziekenhuisbestuurder Suzanne Kruizinga (45) stuurde een open brief naar deze minister, waarin zij hem vraagt het veld de ruimte te geven om de gewenste verandering door te maken en echt anders te gaan werken. Ze legt uit hoe ze daartoe kwam.

Tekst Robert van der Broek Beeld De Beeldredactie | Kees van de Veen

“Naarmate de druk op ons zorgstelsel toeneemt, vervallen we steeds weer in de klassieke modus. We zoeken houvast bij onze vaste manier van denken, standaardoplossingen en bij toezicht, controle en verantwoording. Dat doen we als werkgevers in de zorg niet goed. Het is immers overduidelijk dat zo’n hiërarchisch geleide organisatie het werkplezier en de inzet van medewerkers ernstig ondermijnt. Daarom is een andere besturingsfilosofie nodig. Bestuurders en toezichthouders zouden een stapje terug moeten doen. Vervolgens kunnen ze aan de slag met het creëren van randvoorwaarden en stimulatie van professionele autonomie. Dan kunnen we de patiënt echt weer centraal stellen en zorg op maat leveren. Ik verbaas mij erover dat dat ons maar mondjesmaat lukt. Een van de oorzaken hiervan is dat de zorgsector, maar ook de overheid, nog heel traditioneel kijken naar opleiden, functies en competenties. Een goed voorbeeld daarvan is de functiedifferentiatie van mbo- en hbo-profielen voor verpleegkundigen. Dat is weer zo’n maatregel die competenties van mensen reduceert tot diploma’s en taakomschrijvingen. We maken dus niet het menselijk kapitaal leidend. Organisaties zijn ecosystemen die we op waarden moeten besturen.”

Zelfbestuur

“De meeste inspanningen bij de aanpak van personeelstekorten zijn nu nog gericht op werving en opleiding van nieuw personeel. Maar de uitstroom is zo hoog dat nieuwe mensen dat gat nooit kunnen opvullen. Daarom wil

de commissie Werken in de Zorg dat bestaand personeel behouden blijft. Dat lukt ons nog niet zo, maar ik deel die wens. Daarvoor moeten we vooral *anders* leren werken; doen we dat niet, dan is het dweilen met de kraan open. We kunnen meer werk maken van patiënten en inwoners van Nederland en meer energie steken in het ontwikkelen van gezondheidsvaardigheden. Als we in de regio meer gaan samenwerken, medewerkers breed inzetten, aan elkaar uitlenen, expertise verdelen en optimaal gebruikmaken van technologie en e-health, richten we de reguliere zorg slimmer in. Die samenwerking kunnen de werknemers in de zorg onderling heel goed vormgeven. Of het nou gaat om ziekenhuiszorg, huisartsenzorg, welzijnswerk of thuiszorg, maatschappelijk werk, sport of fysiotherapie. Het wordt tijd voor integrale centra waarin alle typen zorg worden aangeboden. Niet meer alleen in een ziekenhuisgebouw, maar ook in de wijk, op scholen en bij de mensen thuis. Aandacht voor gezondheid en leefstijl zou er al op jonge leeftijd moeten zijn. Ook het onderwijs heeft daar een rol in.”

Preventie en participatie

“De minister pleit voor een transformatie van het zorglandschap. Ook dat is weer een klassieke benadering. Laten we nou eens niet redeneren vanuit die amorphe begrippen ziekte en zorg, maar ons richten op de maatschappelijke relevantie van gezondheid, gedrag en participatie. Alles hangt toch met elkaar samen? Hoor ik de mensen praten over hun bezoek aan de dokter of ►



“Hoor ik mensen praten over hun bezoek aan hun arts, dan gaat het over hoe lang ze hebben moeten wachten en wat ze begrepen hebben van het korte consult. Als ik dat hoor, denk ik: het echte *shared decision making* moet duidelijk nog vorm krijgen”



“Het wordt tijd voor integrale centra waarin alle typen zorg worden aangeboden. Niet alleen in een ziekenhuisgebouw, maar ook in de wijk, op scholen en bij mensen thuis”

de specialist, dan gaat het bijna nooit over de aandoe-ning zelf. Nee, ze praten over hoe lang ze hebben moeten wachten, of de dokter aardig was en wat ze wel en niet begrepen hebben van het korte consult. Als ik die verhalen hoor, denk ik telkens: het echte *shared decision making* moet duidelijk nog vorm krijgen. Alleen een doorverwijzing of receptje voor de apotheek is toch geen kwaliteit van zorg? In een goed zorgstelsel zijn patiënten geen zorgvragers, maar burgers die inspraak hebben, flexibel zijn en bereid tot aanpassing van hun leefpatroon. Het Nationaal Preventieakkoord is een goed begin, maar werken aan gezondheid moet nog veel meer buiten de schotten van de overheid en de tweede lijn plaatsvinden. Als we toe willen naar een inclusieve maatschappij – en dat is geen vraag meer maar een noodzaak – zal je ieder-

een moeten betrekken bij zorg en welzijn. We kunnen en moeten nog veel meer energie stoppen in het opleiden van onze burgers.”

Rolverdeling

“Voor een andere manier van besturen hebben we ook andere bestuurders en toezichthouders nodig. Het type bestuurder dat los durft te laten en toezicht houdt op het regionale netwerk en de zorgketen, niet zozeer op de organisatie. Bestuurders die beseffen dat er ontzettend veel potentieel zit in de mensen die kiezen voor de zorg. Of daar nog niet voor gekozen hebben maar dat overwe- gen, zoals de zij-instromers. Bestuurders die weten dat de medewerkers de ruimte nodig hebben om hun profes- sie naar eigen inzicht uit te oefenen. Dan kunnen ze al hun talenten botvieren en eventueel ook elders ingezet worden, wat weer in het belang is van de regionale sa- menwerking. We moeten toe naar andere rollen, niet naar andere functies. Een rol geeft je meer autonomie dan een functie, waarbij je altijd aan eisen en restricties gebonden bent. Wie zijn rol pakt binnen de gezondheidszorg, doet dat met overtuiging en zal genieten van de erkenning. Dat er zoveel mensen weglopen uit de zorg moet je de mensen niet kwalijk nemen. We hebben ze er met onze functiegedreven systemen uit weggejaagd. Laten we opnieuw in de mensen investeren en vragen hoe zij zélf aan de zorg willen bijdragen.”

Ruimte geven

“Het aantal openstaande vacatures was in het tweede kwartaal van 2018 het hoogste in twintig jaar: ruim 31.000. We weten dat professionele autonomie voor bijna iedereen in de zorg op nummer één staat. Waarom doen we dat dan niet? Waarom slagen we er niet in hen op een *andere* manier te benaderen, meer op hun moge- lijkheden dan op hun functie? Die opdracht ligt bij ons- zelf, niet bij de overheid of de zorgverzekeraars. Werkge- vers moeten de uitdaging aangaan en de regie voor een deel ook durven los te laten. We moeten nadenken over hoe we onze mensen en diensten kunnen beoordelen op waarden en hoe we die kunnen wegen. Zo behouden we goede mensen en bewegen we nieuwe mensen om voor de zorg te kiezen. Maar ik vind dat de voorgenomen transformatie ook van Den Haag een andere besturings- filosofie vraagt. In mijn brief aan minister De Jonge heb ik hem uitgenodigd om meer naast ons in de frontlinie te gaan staan. Dat hij zich hard maakt voor een integrale benadering op alle vlakken en dus verbindingen legt tus- sen de ministeries van VWS, Onderwijs, Sociale Zaken en Wonen. En dat wij in het veld de ruimte krijgen om echt anders te gaan werken. Uiteindelijk moeten we samen het verschil maken.” ●

Suzanne Kruizinga is lid van de Raad van Bestuur van het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen. Daarnaast is zij voorzitter van de RAAT-werkgroep in Noord-Nederland (Regionaal Actieplan Aanpak Tekorten).

Zinnige Zorg

Start verdiepingsfase gehandicaptenzorg

De screeningsfase van het Zinnige Gehandicaptenzorg- traject is in januari afgesloten met de publicatie van het definitieve screeningsrapport. In de verdiepingsfase worden twee onderwerpen nader onderzocht: gezondheidsproblemen van mensen met een lichte verstandelijke beperking en probleemgedrag bij mensen met een verstandelijke beperking. Teammanager Ineke van der Voort en projectleider Albertine van Diepen lichten de keuze toe.

Tekst Jos Leijen

Beeld Tetra Images (HH)

“In eerste instantie wilden we bij gezond- heidsproblemen bij de doelgroep de aan- dacht vooral richten op de huisarts”, vertelt Van der Voort. “We gaan het nu toch iets breder aanpakken, want ook anderen in de eerste lijn hebben te maken met de doel- groep, zoals de apotheker en de fysiothera- peut. Daarnaast worden mensen met een lichte verstandelijke beperking doorverwe- zen naar het ziekenhuis. Dat neemt niet weg dat de nadruk ligt op de eerste lijn.”

In de verdiepingsfase onderzoekt het Zorg- instituut wat er in de praktijk gebeurt. “Het zal de nodige moeite kosten om gegevens boven tafel te krijgen”, verwacht Van Diepen. “Bij andere Zinnige Zorg-trajecten kijken we naar de richtlijnen, leggen declaratiedata ernaast, en dan tekent zich vaak al een beeld af. Maar mensen met een lichte verstande-



lijke handicap zijn vaak onbekend, ook bij de eigen huisarts. Dat is een uitdaging in ons onderzoek.”

Discussie

Het tweede onderwerp voor de verdieping is probleemgedrag bij mensen met een verstandelijke beperking. Met partijen in het veld is wel enige discussie geweest over dit onderwerp, aldus Van der Voort. “Er is hiervoor een richtlijn in de maak. Sommige partijen vinden het te vroeg om er dan ook een Zinnige Zorgtraject op te zetten. Aan de andere kant is het misschien precies het goede moment. De richtlijn omvat heel veel aspecten. Dan is het goed om in kaart te brengen wat er al gebeurt en waar je priori- teiten zou kunnen leggen.”

Ook dit traject heeft uitdagingen op het gebied van onderzoek, vertelt Van Diepen. “Bij zorg die valt onder de Zorgverzekerings- wet worden alle handelingen geregistreerd. Bij zorg uit de Wet langdurige zorg is dat veel minder het geval. Wat er precies gebeurt is minder makkelijk te achterhalen. Het wordt

een zoektocht naar data. We hopen dat we hierbij hulp kunnen krijgen van bijvoorbeeld het Centrum voor Consultatie en Expertise. De VU doet ook onderzoek op dit gebied.”

Ervaringsdeskundige

Het team Gehandicaptenzorg wil een ‘erva- ringsdeskundige’ met een lichte verstandelij- ke beperking toevoegen aan het onderzoek- steam. “We denken aan één dag in de week”, zegt projectleider Van Diepen. “Het past in het streven naar burgerparticipatie van het Zorginstituut (zie ook het artikel op pagina 6) en het kan een waardevolle toevoeging zijn. Wij zijn nog wel eens geneigd om snel voor anderen te denken. Iemand uit de doelgroep kan zorgen voor het juiste perspectief.” Van der Voort vult aan: “We werken hiervoor samen met de LFB, de belangenvereniging van en voor mensen met een verstandelijke beperking. De LFB heeft mensen opgeleid als ervaringsdeskundige. Zij hebben de bagage om te reflecteren en ook ervaringen van anderen in te brengen. Dat kan voor beide partijen een meerwaarde geven.” ●

Pilot VGZ ‘Meer tijd voor de patiënt’ succesvol

Vijf minuten langer spreekuur maakt huisarts én patiënt blij

“Vijf minuten meer per consult lijkt heel weinig, maar het is een wereld van verschil. Als je meer tijd hebt kun je echt met de patiënt in gesprek gaan. Dat is fijn voor de patiënt, maar ook voor ons als huisarts. Je dag is minder jachtig en je hebt minder losse eindjes. Waar je eerst dacht: ‘ik moet dóór!’, heb je nu het gevoel: ‘ik ga er even rustig voor zitten’. Heerlijk!”

Tekst Edith Bijl

Beeld Wanz illustraties

Moeiteloos somt huisarts Karin Verschoor de voordelen op van een langer consult. Haar praktijk, de Kersenboogerd in Hoorn, is een van de deelnemers van de pilot ‘Meer tijd voor de patiënt’ van VGZ. Ze zijn nog maar zes weken bezig, maar Verschoor en haar collega’s zijn nu al enthousiast over de nieuwe werkwijze. Net als hun patiënten, die de extra aandacht en tijd die zij van de huisarts krijgen, zeer waarderen.

Ook zorgverzekeraar VGZ, initiatiefnemer van deze pilot, is blij met de eerste resultaten. Marcel Meijer, innovatiemanager bij VGZ, geeft aan dat de pilot precies past in de visie van de verzekeraar: “Wij gaan voor betere zorg tegen lagere kosten, waarbij de patiënt centraal staat. Met verschillende partijen zijn we al enige tijd bezig om deze visie te implementeren en een cultuurverandering binnen die organisaties te realiseren. Samen met hen bogen wij ons over de vraag: ‘wat betekent het als huisartsen meer tijd hebben voor de patiënt?’. Uit gesprekken met huisartsen kwamen drie aannames naar voren: we verwachten dat meer tijd leidt tot minder verwijzingen, tot minder medicijngebruik en tot minder diagnostiek. Deze aannames zijn we vervolgens gaan testen in de pilot.”

Drie regio’s

En zo startte VGZ eind 2016 een pilot met zeven huisartsenpraktijken in de regio Gorinchem. Vanaf 2015 liep ook een soortgelijke pilot met vier praktijken in de regio Afferden. Begin dit jaar is de derde pilot in West-Friesland (regio Hoorn-Enkhuizen-Wieringermeer) van start gegaan. Nick Westgeest, collega van Meijer: “De pilot vergt van de deelnemende huisartsenpraktijken meer dan alleen het aanpassen van de agenda’s

“Minder onnodige verwijzingen en diagnostiek betekent minder zorgkosten in de tweede lijn”

naar consulten van een kwartier. Het idee van deze pilot is namelijk dat er ook meer flexibiliteit in de duur van de consulten wordt aangeboden. Zo kunnen praktijken ook consulten van vijf of zevenenhalf minuten aanbieden. Of dertig minuten voor klachten die meer tijd vergen. De crux is dat assistenten beter triageren, dus van te voren beter inschatten hoeveel tijd een patiënt nodig

heeft. VGZ biedt huisartsenpraktijken in deze pilot ook de ruimte om zich te trainen in de triage, waardoor zij beter kunnen plannen op basis van de vraag van de patiënt. Zo helpen wij hen de praktijkvoering te optimaliseren.”

Minder verwijzingen en diagnostiek

Een ander onderdeel van de pilot is dat huisartsen extra tijd inruimen om samen patiënten te bespreken, bijvoorbeeld als een arts twijfelt of hij iemand moet doorverwijzen naar een specialist. Een huisarts die dit met zijn collega’s kan bespreken, zal minder snel onnodig doorverwijzen, was het idee. Dat blijkt te kloppen, getuige de eerste uitkomsten van de pilot in de regio Gorinchem, vertelt Meijer: “Het aantal onnodige verwijzingen is daar met 18 procent gedaald. Dat komt doordat twijfelgevallen met elkaar worden besproken, maar ook zeker door de extra tijd voor het consult. Een huisarts heeft nu meer tijd om de context van de klacht te achterhalen, zodat hij of zij de ernst van de klacht beter kan inschatten. En als de huisarts besluit dat er niet doorverwezen hoeft te worden, heeft hij nu ook meer tijd om dat aan de patiënt uit te leggen. Datzelfde mechanisme geldt ook voor diagnostiek: huisartsen sturen mensen minder snel door voor labonderzoek. Dat leidde in Gorinchem tot 9 procent minder lab-aanvragen.”

Meer tevreden patiënten

De eerste resultaten van de pilot zijn dus ronduit positief, geeft Westgeest aan: “De uitkomsten voldoen op alle fronten aan onze uitgangspunten en visie. Want minder onnodige verwijzingen en diagnostiek betekent minder zorgkosten in de tweede lijn. Maar wat belangrijker is: de extra tijd wordt enorm gewaardeerd door de patiënt. Bij de deelnemende huisartsen in Gorinchem zagen we een net promoter score (NPS; een methode waarbij het percentage kritische klanten/patiënten in mindering wordt gebracht op het percentage promotors) van 68. Dat is heel hoog; de NPS ligt landelijk op gemiddeld 45.” De eerste uitkomsten van de pilot in de regio Afferden tonen eenzelfde beeld, vult Meijer aan: “We hopen in West-Friesland dezelfde mooie resultaten te kunnen halen.”

Meer werkplezier voor de huisarts

Daar ziet het wel naar uit, afgaande op de eerste geluiden uit praktijk De Kersenboogerd. Voor huisarts Karin Verschoor staat in elk geval vast dat de nieuwe werkwijze het werkplezier verhoogt en de werkdruk vermindert:

“Doordat je meer tijd hebt om de diverse opties met de patiënt te bespreken, kun je samen met de patiënt beslissen welke actie de juiste is”

“Ik vind het heel prettig dat ik meer tijd per patiënt heb, dat ik eerst goed kan luisteren naar de klachten en daarna de diverse opties kan uitleggen. Zo kun je samen met de patiënt beslissen welke actie voor hem of haar de juiste is.”

De aanpassingen die Verschoor en haar collega’s in de praktijkvoering moesten doorvoeren, vielen erg mee. “Het aanpassen van de agenda’s aan de langere en flexibelere consulttijden was een klus, maar te overzien. Onze assistentes zijn al goed opgeleid in de triage, dus daar hebben we geen extra opleiding voor nodig. Wel starten twee assistentes binnenkort met de opleiding van spreekuurondersteuner, waardoor zij straks zelf de kleinere klachten kunnen afhandelen en ons zo kunnen ontlasten. Ondanks dat hebben we toch nog een extra arts nodig, omdat we nu minder consulten per dag kunnen doen.

Het vinden van een geschikte waarnemer was misschien nog wel het lastigst, maar ook dat is gelukt.”

Voor de deelnemers in West-Friesland is het nog te vroeg om iets te zeggen over de patiënttevredenheid en veranderingen in het verwijsgedrag; dat moet straks blijken uit de cijfers. Verschoor: “Ik ben benieuwd, want West-Friesland verwijst al aantoonbaar minder door dan andere regio’s. Wel verwacht ik zeker een hogere waardering van patiënten. Omdat we nu tijdens het eerste consult patiënten uitgebreider kunnen informeren, denk ik ook dat zij minder snel terugkomen. Ook hoop ik dat patiënten mij nu minder nodig hebben, dat ze zelfredzamer worden omdat ik de zaken beter heb kunnen uitleggen. Dat zou ik een heel mooi resultaat vinden.” ●



Maria van den Muijsenbergh:

“Iedereen heeft recht op goede zorg”

“Met elk stapje lager op de sociale ladder wordt de kans op chronische ziekten en vroegtijdig overlijden hoger.” Precies om die reden zet Maria van den Muijsenbergh - huisarts en hoogleraar gezondheidsverschillen en persoonsgerichte integrale eerstelijnszorg – zich met hart en ziel in voor het verkleinen van de gezondheidsverschillen in Nederland.

Tekst Marieke Vos
Beeld Pharos

Het typeert Maria van den Muijsenbergh: vlak na het interview voor *Zorginstituut Magazine* vertrekt ze naar de daklozenopvang in Nijmegen, waar ze als straatdokter werkt. “Straatdokters zorgen voor mensen die op straat leven. Dat gebeurt in het hele land. In Nijmegen houden we twee keer per week spreekuur op een plek waar daklozen komen. We zijn hier met vijf collega’s die dit op vrijwillige basis doen, naast hun praktijk.” Dak- en thuislozen hebben veel gezondheidsklachten waar ze geen zorg voor krijgen, door allerlei redenen. Ze maken deel uit van een doelgroep waar Maria van den Muijsenbergh zich voor inzet. Als hoogleraar op de vorig jaar in het leven geroepen leerstoel over dit onderwerp aan het Radboudumc, als senior onderzoeker, als adviseur bij Pharos en als huisarts.

Hoe groot zijn de gezondheidsverschillen in Nederland?

“Met elk stapje lager op de sociale ladder wordt de kans op chronische ziekten en vroegtijdig overlijden hoger. Mensen met

weinig inkomen en opleiding krijgen veel vaker suikerziekte, chronische longziektes, dementie, kanker en hart- en vaatziekten. Het gaat om grote verschillen, zo hebben lager opgeleiden 55 procent meer kans op kanker dan hoger opgeleiden.”

Hoe kan het dat die verschillen zo groot zijn in een land als Nederland, waar de zorg – zeker vergeleken met andere landen - goed geregeld is?

“Omdat veel mensen de weg naar zorg niet goed weten te vinden en omdat ze moeite hebben met het begrijpen van de informatie die ze krijgen. Dat is een grote groep: 34 procent van alle Nederlanders heeft zoals dat heet ‘beperkte gezondheidsvaardigheden’. Dat zijn mensen die moeite hebben met lezen en schrijven, migranten die het Nederlands niet machtig zijn, daklozen en psychiatrisch patiënten. Maar ook mensen die in het dagelijks leven prima functioneren, maar voor wie gezondheidsinformatie moeilijk is. Veel mensen begrijpen bijvoorbeeld niet dat ‘tweemaal daags’ innemen ‘twee keer op één dag’ betekent.”

Veel mensen hebben dus moeite om informatie over gezondheid te begrijpen. Maar gezondheidsverschillen komen toch vooral doordat mensen met weinig inkomen en opleiding vaak ongezonder leven?

“Dat is een deel van de waarheid. Mensen met chronische stress hebben een overbelast

hormoonstelsel en maken te veel stresshormonen aan. Die hebben een direct negatief effect op de bloedvaten, waardoor ze eerder hart- en vaatziekten krijgen. Het heeft ook effect op de suikerspiegel, waardoor deze mensen eerder diabetes krijgen. Dat gebeurt ook bij mensen die in de kindertijd veel stress hebben ervaren. Mensen met een laag inkomen ervaren vaker chronische stress, bijvoorbeeld omdat ze schulden hebben. Bovendien is bewezen dat als je veel stress hebt, je moeilijker beslissingen kunt nemen die voor de langere termijn beter zijn. Vaak weten mensen wel dat ze moeten afvallen of stoppen met roken, maar als het slecht met je gaat dan is dat echt moeilijk. Het gaat dus om mensen die al een grotere kans op ziekte hebben en die minder vermogen hebben om dat te voorkomen. En als ze ziek worden, dan kunnen ze minder goed zorg tot zich nemen.”

Wat doet het Zorginstituut?

Het Zorginstituut vindt het belangrijk dat de gezondheidsverschillen tussen mensen kleiner worden. Daarom initiëren wij onderzoeken die aan dit doel bijdragen, zoals het onderzoek naar persoonsgerichte zorg dat Van den Muijsenbergh uitvoert. Ook voert het Zorginstituut het programma ‘Uitkomstinformatie voor Samen Beslissen’ uit, in opdracht van het ministerie van VWS. Hierdoor moet het voor patiënten makkelijker worden om, op basis van begrijpelijke informatie, samen met hun zorgverlener keuzes te maken over de eigen behandeling.



Maria van den Muijsenbergh

Is er wat aan die grote verschillen te doen?

“We kunnen de verschillen zeker kleiner maken. Omdat het een complex probleem is, lukt dat alleen als we meerdere maatregelen nemen, met alle betrokken partijen. Van maatregelen die de onderliggende problematiek aanpakken, zoals de bestrijding van armoede en het bevorderen van gezond leven door het goedkoper maken van groente en fruit. Tot maatregelen op lokaal en individueel niveau, waarbij we in de eerstelijnszorg gezondheidsklachten meer in samenhang bekijken.”

Er komt in de zorg aandacht voor een meer integrale benadering, met nadruk op preventie en een gezonde leefstijl. Gaat dat helpen?

“Alleen als we daarmee ook deze doelgroep bereiken. Dat is niet vanzelfsprekend. Kijk naar de gecombineerde leefstijlinterventie die nu wordt vergoed. Ik zie nergens in de contractering met zorgverleners hoe die ervoor gaan zorgen dat deze interventie mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden bereikt. Het risico is nu dat alleen de mensen die het toch al begrijpen naar leefstijlcoaches gaan. Dan worden de gezondheidsverschillen nog groter. De zorgverzekeraars kunnen hier wellicht een rol spelen in hun afspraken met de zorgverleners.”

U doet onderzoek naar persoonsgerichte zorg en bent momenteel bezig met een onderzoek in opdracht van het Zorg-

instituut. Kan persoonsgerichte zorg gezondheidsverschillen verkleinen?

“Ik doe hier al jaren onderzoek naar, op kleine schaal. De resultaten zijn goed. We zijn bezig met een groot onderzoek in Utrecht, in drie achterstandswijken waarin veel mensen wonen met chronische stress en psychische problemen. De kern van persoonsgerichte zorg is dat je breed kijkt wat er echt speelt bij een persoon. En dat je vervolgens kunt doorverwijzen naar de juiste partij. Daarvoor werken in dit project huisartsen en verpleegkundigen samen met de gemeente in de sociale buurtteams en maatschappelijk werk. Iedereen wordt getraind in de persoonsgerichte benadering, bijvoorbeeld in communicatieve vaardigheden voor deze doelgroep. We gaan de komende drie jaar meten wat dit oplevert. Onze verwachtingen zijn dat de stressklachten bij deze populatie afnemen, dat mensen meer een gevoel van controle krijgen over hun eigen leven en dat het aantal verwijzingen naar de tweede lijn zullen verminderen. Ik hoop van harte dat mijn onderzoek eraan zal bijdragen dat we in ons zorgstelsel meer persoonsgerichte zorg gaan leveren. En dat we daarmee de gezondheidsverschillen wat kleiner maken.” ●

Maria van den Muijsenbergh is huisarts, werkt bij Pharos, het expertisecentrum gezondheidsverschillen, en is hoogleraar gezondheidsverschillen en persoonsgerichte integrale eerstelijnszorg aan het Radboudumc in Nijmegen.

BEGRIJPelijke TAAL

Gezondheidsverschillen worden mede veroorzaakt doordat mensen informatie van zorgaanbieders niet begrijpen. Maria van den Muijsenbergh pleit daarom voor communicatie in eenvoudige taal. Haar oratie werd voorzien van een samenvatting in begrijpelijke taal, waarin ze uitlegt wat ze als hoogleraar gaat doen. Een fragment:

Ik ga kijken hoe we mensen met problemen kunnen helpen om gezonder te worden. En wat zij zelf kunnen doen. Ik ga onderzoeken hoe iedereen in de zorg beter kan samenwerken.

Waarom ga ik dit doen?

- Omdat iedereen recht heeft op goede zorg.
- Omdat juist mensen die het moeilijk hebben goede zorg en hulp nodig hebben.
- Omdat we allemaal hetzelfde zijn, maar soms wel andere hulp of zorg nodig hebben.
- Omdat ik het belangrijk vind dat we goed voor elkaar zorgen.

Wilt u de communicatie van uw organisatie begrijpelijk maken voor iedereen? Er zijn diverse instellingen die u hierbij kunnen ondersteunen. Zoals de Stichting ABC en Pharos.



Hoe pakken de adviezen, richtlijnen, handreikingen of standpunten van het Zorginstituut in de praktijk uit? In hoeverre sluit dat wat ‘aan het bureau’ is bedacht aan op de dagelijkse praktijk ‘aan het bed’? Deze keer het Zinnige Zorg-verbetersignalement ‘Pijn op de borst’.

Tekst Edith Bijl

Beeld De Beeldredactie | Arno Massee

aan het *bureau*

Tobias Bonten is huisarts en onderzoeker aan het LUMC.

“Naast huisarts ben ik de helft van de week als onderzoeker verbonden aan het LUMC. Vanuit die hoedanigheid heb ik in opdracht van het Zorginstituut onderzoek gedaan naar de zorg rond pijn op de borst. In het kader van het programma ‘Zinnige Zorg’ wilde het Zorginstituut inzicht krijgen in de kwaliteit van deze zorg en hoe deze verbeterd kon worden. Een goed initiatief met grote relevantie: jaarlijks komen 500.000 mensen met pijn op de borst naar de huisarts. Meestal is het niets ernstigs, maar de pijn kan ook wijzen op een hartinfarct. Omdat je een infarct niet wilt missen, stuurt de huisarts mensen al snel door naar de specialist. Maar dat blijkt in wel 80 procent van de gevallen niet nodig te zijn. Dat betekent dus veel onnodige zorg en onnodige kosten.

Uit ons onderzoek kwam een aantal verbeterpunten naar voren. Zo bleek dat de aansluiting tussen de eerste en tweede lijn beter kan. Ook werd duidelijk dat huisartsen sneller doorverwijzen omdat het hun aan concrete handvatten ontbreekt om pijn op de borst zelf te testen. Bovendien werken zij nu volgens twee, deels verouderde en deels elkaar tegensprekende richtlijnen: één voor bij een hartinfarct en één voor stabiele pijn op de borst. Daarbij is het voor huisartsen niet altijd duidelijk welke richtlijn zij moeten volgen.

Naar aanleiding van deze verbeterpunten werken huisartsen, cardiologen en patiëntenorganisatie Harteraad nu samen aan nieuwe richtlijnen en ontwerpen we een nieuw zorgpad. Ook onderzoeken we of we huisartsen meer handvatten kunnen geven, die we straks in de nieuwe richtlijnen kunnen opnemen. Met concrete handvatten, nieuwe richtlijnen en een betere samenwerking willen we het aantal onnodige verwijzingen - en daarmee de kosten voor (onzinnige) zorg rond pijn op de borst - terugdringen.”

“Als de verbeterpunten worden opgepakt, kunnen we onnodige zorg rond pijn op de borst en dus ook onnodige kosten terugdringen”



aan het *bed*

Anne Kors-Walraven is beleidsadviseur bij patiëntenorganisatie Harteraad.

“De belangrijkste opbrengst van het verbetersignalement is dat het ons als patiëntenorganisatie inzicht verschaft in de zorg rond pijn op de borst. Ook werd ons duidelijk dat veel van die zorg onzinnig blijkt te zijn. Daar schrokken wij wel van. Dat zijn ook zaken die wij als patiënten niet weten: wij hebben er geen zicht op of een operatie wel of niet zinvol is. Het signalement geeft ook duidelijk aan op welke punten de zorg verbeterd kan worden, zodat alle betrokkenen hiermee aan de slag kunnen. Zo gaan we samen met zorgverleners aan een leidraad (zorgpad) werken en zijn we betrokken bij de ontwikkeling van ‘Landelijke Transmurale Afspraken’ (LTA) om de zorg rond hartfalen binnen en tussen de eerste en tweede lijn te verbeteren en op elkaar aan te laten sluiten. Daarbij hebben wij vooral aandacht voor de vraag ‘Hoe informeren we patiënten en hoe kunnen we hen mee laten beslissen?’. Helaas zijn er – ondanks herhaaldelijke oproepen van onze kant – nog geen afspraken gemaakt over het ontwikkelen van patiënteninformatie en keuzehulp in het kader van samen beslissen. Ik vind het jammer dan dit niet als topprioriteit wordt gezien. Wat ik wél heel positief vind is dat alle partijen nu, naar aanleiding van het signalement, die samenwerking zijn aangegaan. De LTA-vergaderingen kenmerken zich door goede, constructieve discussies over hoe we de zorg rond pijn op de borst kunnen optimaliseren. Er is al veel in beweging gezet, en als de LTA Pijn op de Borst binnenkort klaar is hebben we een mooi resultaat bereikt, met nieuwe richtlijnen die elkaar niet meer tegenspreken. Ik betwijfel of we ooit zo ver waren gekomen als het signalement deze verbeterpunten niet zo expliciet had geformuleerd.”

“Als de LTA Pijn op de Borst binnenkort klaar is hebben we een mooi resultaat bereikt, met duidelijke, nieuwe richtlijnen”

Isala Hartcentrum overtuigt zorgverzekeraars

“Hartrevalidatie met digitale tools supereffectief”

Na een hartinfarct thuis revalideren met digitale ondersteuning; vanaf dit jaar wordt deze zorg door verzekeraars vergoed. Revalidatie bespaart 30 tot 40 procent sterfgevallen onder hartpatiënten. Isala Hartcentrum in Zwolle is pionier in de ontwikkeling van telezorg voor hartpatiënten. Bestuursvoorzitter Ed de Kluiver voerspelt dat ziekenhuiszorg thuis met technologie dé toekomst is.

Tekst Loek Kusiak

Beeld Isala

Hart- en vaatzieken zorgen in Nederland jaarlijks voor ongeveer 40.000 doden en zeven miljard euro aan zorgkosten. Het aantal sterfgevallen kan flink omlaag wanneer hartpatiënten na een hartinfarct of dotterbehandeling kiezen voor revalidatie. Met revalidatie volgens de richtlijnen van de Nederlandse Hartstichting is er zelfs 35 procent kans op extra levensjaren. “Revalidatie verbetert het inspanningsvermogen, vermindert angst bij patiënten en zorgt ervoor dat ze sneller weer aan het werk kunnen”, zegt Ed de Kluiver, bestuursvoorzitter van het Isala Hartcentrum in Zwolle. Maar ondanks de gunstige effecten op de gezondheid gaat slechts 30 tot 50 procent met hartrevalidatie aan de slag.*

“Cardiologen verwijzen nog niet altijd door voor revalidatie, maar ook patiënten hebben belemmeringen”, vertelt De Kluiver. “Te weinig tijd of weinig motivatie, of te lange reisafstand naar het ziekenhuis om een paar maanden lang twee keer per week in groepsverband hartrevalidatie te volgen. Dat is te betreuren, zeker voor de groep die dat het hardst nodig heeft, zoals ouderen, lager opgeleiden en migranten. Hartpatiënten

die revalideren en hun leefstijl veranderen, hoeven minder vaak of zelfs nooit meer naar het ziekenhuis voor een opname.”

Digitaal programma

Een ideaal alternatief dat Isala sinds een aantal jaren aanbiedt - en waarmee het de primeur in Nederland had - is telerevalidatie. Hoe het werkt? De patiënt volgt thuis een digitaal ondersteund herstelprogramma met hartslagband, smartphone en een gecertificeerde trainingsapp van HC@home. Fysieke activiteit en hartslag worden automatisch doorgezonden naar het e-portal van het ziekenhuis. Daar ziet een verpleegkundige of een sportarts of iemand zijn beweegadvies ook haalt en de training in de juiste hartslagzone gebeurt. Op afgesproken tijdstippen bellen zij met de patiënt. “Isala heeft nu ruim vierhonderd deelnemers in telerevalidatie”, aldus De Kluiver. “Onze oudste patiënt is 92. Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat telehartrevalidatie even veilig en effectief is als de gangbare hartrevalidatie en ook de zorgkosten verlaagt. In achttien maanden tijd, zo laat een studie zien, bespaar je op een hartpatiënt die telerevalidatie volgt 500 euro vergeleken met iemand die reguliere revalidatie in de kliniek volgt.”

Positieve stap

Vóór 2019 werd hartrevalidatie in het ziekenhuis wel al door zorgverzekeraars vergoed. “Maar het geheel was niet dekkend. Om telerevalidatie in het basispakket onder te brengen, hebben we zeven jaar moeten lobbyen en onderhandelen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft uiteindelijk een eerste positieve stap gezet, samen met toenmalig minister Schippers. Zij gaf de opdracht om voor deze vorm van e-health de financiële en andere voorwaarden te creëren, zoals een richtlijn Telerevalidatie bij hartfalen. Ook het Zorginstituut heeft steeds welwillend naar deze vorm van e-health gekeken. Nu is het aan de sector om telerevalidatie breder uit te rollen.”

Naast Isala Hartcentrum zijn er nog maar drie instellingen die telerevalidatie aan hartpatiënten aanbieden. Of het lastig te organiseren is? Een pilot met vijftig patiënten lukt nog wel. “Maar als het om vijfhonderd patiënten gaat wordt het een uitdaging”, meent De Kluiver. “Hoe voeg ik dit zorgpad in binnen mijn andere processen? Welke nieuwe protocollen zijn nodig? En welke technologie kies ik? Wanneer een arts eenduidig kiest voor telerevalidatie moet hij patiënten niet voor herhaalconsulten willen blijven zien. Dat is vragen om wachtlijsten.”

Ziekenhuis thuis

Het pionierswerk van De Kluiver en medewerkers van Isala heeft nog andere innovaties opgeleverd, waarmee het ziekenhuis zelfs leading is in Europa. Zoals het programma Chance@home, gericht op begeleiding van patiënten met hartfalen die thuis herstellen. Elke dag komt een verpleegkundige bij de patiënt thuis, controleert bloeddruk en



Ed de Kluiver

“De herstelkansen zijn thuis, met ondersteuning van mobiele meetapparatuur en technologie, vaak veel groter. Thuis voelt iemand zich minder ziek, is er minder kans op een delirium en minder infectierisico dan in het ziekenhuis”

gewicht, neemt bloed af, dient intraveneuze medicatie toe, maakt een hartfilmpje. Eind 2017 stond bij Isala de teller op ruim vijfduizend thuisopnames, merendeels ouderen met meerdere chronische ziekten. “Dat een patiënt thuis ziekenhuiszorg krijgt aangeboden, ben ik nog nergens anders tegengekomen”, zegt De Kluiver. “Het is routine om zieke mensen in een ziekenhuis op te nemen. Toch zijn de herstelkansen thuis, met ondersteuning van mobiele meetapparatuur en andere technologie, vaak veel groter. Thuis voelt iemand zich minder ziek, is er minder kans op een delirium en minder infectierisico. In een ziekenhuis is dat risico veel groter. Ziekenhuiszorg in de leefomgeving wordt dé norm als gevolg van de toenemende zorgvraag, personeelskrapte en veranderende wensen van patiënten.”

Europese studie

Dit voorjaar maakt het Isala Hartcentrum alle resultaten bekend van een Europese studie naar de effectiviteit van programma's voor hartrevalidatie bij 65-plussers. Isala is coördinator van deze EU-CaRE studie, waarbij zeventienhonderd hartpatiënten in zeven landen betrokken zijn. De Kluiver: “Van de patiënten die revalidatietraining volgen en een redelijke conditie opbouwen was al bekend dat de helft na één jaar terugvalt in de oude leefstijl. En 75 procent na twee jaar. Hartpatiënten in Parijs revalideren anders dan in Kopenhagen of Zwolle. De EU-studie moet aantonen welke revalidatiemethode het meest bijdraagt aan duurzame vitaliteit. De eerste studieresultaten laten wel al zien dat telerevalidatie supereffectief is vergeleken met andere trainingsmethodes.” ●

“TELEZORG IS WAARDEVOLLE BIJDRAGE”

“We zouden moeten streven naar minder productie en consumptie van zorg in ziekenhuizen”, zegt Hans Ossebaard, adviseur innovatie bij het Zorginstituut. “De trend is dat de zorg, mede door de vergrijzing, zich geleidelijk aan naar de thuissituatie verplaatst. Burgers moeten zich richten op de vraag of ze daarin ondersteund willen worden met zorgtechnologie. Telezorg voor hartpatiënten is een waardevolle bijdrage die de druk op de zorg kan verlichten en waardoor je meer patiënten voor dezelfde of minder kosten helpt. De technologische vernieuwing in de zorg gaat enorm snel. De uitdaging is hoe zorgprofessionals hun expertise verbinden met de technologie die patiënten gebruiken. Het succes van zorginnovaties wordt maar voor een heel klein deel door technologie bepaald. Doorslaggevend is cultuurverandering bij artsen en verpleegkundigen. Voor routinematige checks heb je het ziekenhuis niet meer nodig. In plaats van de patiënt face-to-face te zien, kan de arts contact onderhouden via beeldzorg of een andere vorm van e-health. Wat uiteindelijk goede zorg is, ook bij zorg op afstand, beschrijven artsen en verzekeraars in richtlijnen en protocollen. Daarbij is het de taak van het Zorginstituut om dat te stimuleren en inzichtelijk te maken.”

**)Deze conclusie heeft het Zorginstituut ook getrokken in zijn Zinnige Zorg-verbetersignalement 'Pijn op de borst'. Een van de uitkomsten van dit signalement was dat “61 procent van de patiënten die een kransslagaderoperatie heeft ondergaan mogelijk wordt onderbehandeld omdat zij geen hartrevalidatie krijgen”*

Cascade-effect bij wegvallen spoedzorg verschilt

Wat gebeurt er als een ziekenhuislocatie niet langer acute zorg aanbiedt omdat de spoedzorg elders wordt aangeboden? Wat betekent dat voor de kwaliteit van en de vraag naar andere zorg? Neemt die af, waardoor sommige specialismen of faciliteiten niet langer kunnen worden aangeboden? Treedt er, met andere woorden, het gevreesde ‘cascade-effect’ op waardoor de voordelen van concentratie niet langer opwegen tegen de nadelen? Ja en nee, zo blijkt uit een onderzoek van KPMG Health.

Tekst Edith Bijl

KPMG Health voerde het onderzoek uit in opdracht van het Zorginstituut en publiceerde eind vorig jaar de uitkomsten. Belangrijkste conclusie is dat eventuele nadelige gevolgen van concentratie afhankelijk zijn van de spoedindicatie die geconcentreerd wordt. Bovendien blijkt dat de nadelen van deze effecten in veel gevallen voorkómen of beperkt kunnen worden.

Aanleiding onderzoek

In de discussies over de toepassing van kwaliteitsindicatoren voor de complexe spoedzorg werd de vrees uitgesproken voor cascade-effecten: de concentratie van de (spoed)zorg zou negatieve gevolgen hebben voor de kwaliteit, rendabiliteit en toegankelijkheid van de overige zorg in het latende ziekenhuis. Doordat er minder patiënten via de spoedzorg binnenkomen, zou er ook minder vraag ontstaan naar aanpalende zorg. Het wegvallen van (een deel van het) zorgaanbod in de achterblijvende ziekenhuizen betekent een inperking van keuzemo-

gelijkheden voor patiënten. Om deze reden heeft de Autoriteit Consument en Markt (ACM) in 2014 de waarschuwing gegeven dat concentratie van zorg en dus inperking van de keuzemogelijkheden alleen geoorloofd is als er consensus is dat concentratie de kwaliteit van de geboden zorg verbetert. Ofwel, steeds weer moet er een afweging worden gemaakt of de voordelen van concentratie opwegen tegen mogelijke nadelen, bijvoorbeeld als gevolg van cascade-effecten.

Wegen de voordelen van concentratie van (spoed)zorg op tegen de nadelen?

Cascade-effecten zes (spoed)zorgindicaties

Willen de betrokken partijen de discussie over de kwaliteit van de (spoed)zorg beter onderbouwd kunnen voeren, dan is het relevant dat zij weten hoe de verwachte kwaliteitswinst van concentratie zich ver-

houdt tot een eventueel verlies aan kwaliteit van en/of beperking van keuzevrijheid in de reguliere zorg. Het Zorginstituut heeft daarom opdracht gegeven tot het onderzoek naar de eventuele cascade-effecten voor de zes complexe (spoed)indicaties: hartinfarct (AMI), beroerte (CVA), gesprongen slagader in de buik (rAAA), multitrauma, heupfractuur en geboortezorg.

Conclusies

Uit het onderzoek blijkt dat concentratie van multitrauma, hartinfarct, beroerte en gesprongen buikslagader een betere kwaliteit van de zorg oplevert. De voordelen van concentratie zijn groter dan de nadelen. Anders ligt dat bij de geboortezorg en de heupfractuurzorg. Het wegvallen van geboortezorg kan leiden tot minder verwijzingen naar de kinderarts. Het begin van een cascade-effect. In dit onderzoek zien we voor klinische verloskunde een daling van 78 procent en voor kindergeneeskunde een daling van 50 procent. Dit maakt het voor de betrokken ziekenhuizen lastig om de kwaliteit en de beschikbaarheid van deze zorg rendabel te exploiteren. Bij acute heupfractuurzorg gaat het meestal om oudere patiënten, die naast de heupfractuur vaak meerdere aandoeningen hebben waar andere specialismen voor nodig zijn. Met het niet langer aanbieden van acute zorg valt vaak ook de (mede)behandeling van deze patiënten in het ziekenhuis weg. Dit heeft gevolgen voor de rendabiliteit van het ziekenhuis. Voor beide indicaties geldt dus dat concentratie nadelige gevolgen kan hebben voor het aanbod van het ziekenhuis, zonder dat er bewezen kwaliteitsvoordelen tegenover staan.

Uit het onderzoek blijkt overigens ook dat een ziekenhuis met een aantal maatregelen de genoemde cascade-effecten kan voorkomen of beperken. Bijvoorbeeld door patiënten, die nu voor de spoedzorg naar een ander ziekenhuis worden gebracht, voor de nazorg terug te verwijzen naar de oorspronkelijke ziekenhuislocatie. Ook kan ervoor gezorgd worden dat medisch specialisten op meerdere locaties werken, dus zowel op locaties met als zonder spoedzorg. Zo kan ook de expertise in het latende ziekenhuis op peil blijven. ●

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

Lonneke Timmers

Expert/secretaris Wetenschappelijke Adviesraad (WAR)

“Voordat ik begin 2019 bij het Zorginstituut kwam, werkte ik bij zorgverzekeraar Menzis. Ik ben apotheker en was bij Menzis verantwoordelijk voor de afspraken met ziekenhuizen over dure geneesmiddelen en het landelijke beleid omtrent dure geneesmiddelen. Ik had bijvoorbeeld zitting in de commissie Beoordeling Add-on Geneesmiddelen (cieBAG), waarin verzekeraars tezamen add-on geneesmiddelen en indicaties duiden die niet door het Zorginstituut zijn beoordeeld. Daarnaast voerden wij als zorgverzekeraars gezamenlijk rechtstreekse prijsonderhandelingen met fabrikanten. Ook werkten we samen met ziekenhuizen om middelen in onderlinge concurrentie in te kopen.

Afgelopen januari begon ik bij het Zorginstituut als expert en algemeen secretaris van de Wetenschappelijke Adviesraad (WAR). De WAR geeft wetenschappelijke adviezen, met name op het gebied van pakketbeheer. Ik verbind de activiteiten binnen en buiten het Zorginstituut en werk samen met veldpartijen en nationale en internationale organisaties aan een toekomstbestendig pakketbeheer.

Hoe gaan we bijvoorbeeld om met personalized medicine, diagnostiek, combinatiebehandelingen, subpopulaties, digitalisering, regeneratieve geneeskunde zoals genterapieën, cyclisch pakketbeheer en gebruik van real world evidence. De complexiteit van die opdracht vormt een uitdaging, maar wel een heel leuke! Want zo draag ik - samen met zorgprofessionals en zorgverzekeraars en ondersteund vanuit onze onderzoeksagenda - bij aan de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg.”

Beeld Ron Zwagemaker

Elevator Pitch

Over zorg gesproken...

“Minister Bruins, trek deze zevenmijlslaarzen aan en breek de macht van Big Farma.”

Lilianne Ploumen, Tweede Kamerlid PvdA, in AD (1 februari 2019).

“We zitten als maatschappij opgescheept met hele dure medicijnen waarvan we niet goed weten of ze werken. Wij willen het systeem uitdagen.”

Carla Hollak, hoogleraar Amsterdam UMC, in Trouw (11 februari 2019).

“Doktoren worden in de toekomst meer toezichthouders die ingrijpen als het nodig is, op basis van gevalideerde voorspellingen en adviezen, aangedragen door algoritmes.”

Jeroen Tas, technologietopman van Philips, in Het Parool (15 januari 2019).

“Het zorgstelsel is misschien net als het weer: het is nooit goed.”

Gezondheidseconoom Marco Varkevisser, in Het Financieel Dagblad (18 januari 2019).

“Het buitengewoon slecht functionerend EPD heeft me bijna de das om gedaan.”

Respondent in FMS-onderzoek naar oorzaken burn-out onder medisch specialisten, op skipr.nl (5 februari 2019).

“Magikjekwakkiedan is een belediging van mijn sperma.”

Columnist Max Pam, in De Volkskrant (5 maart 2019).

“Ik behandel de dood zoals een dokter zijn patiënt. Betrokken, maar niet té.”

Componist Gavin Bryars over het schrijven van een requiem, in NRC NEXT (7 februari 2019).

“Ik ben een dokter, geen nummer.”

Longarts Bas van der Maat ageert tegen de BIG-regeling, in NRC Handelsblad (7 Maart 2019).

“Achteraf gezien waren we te optimistisch over de participatie-maatschappij”

Oud-minister Jet Bussemaker in haar oratie als hoogleraar Wetenschap, beleid en maatschappelijke impact, in het bijzonder in de zorg (15 februari 2019).

“Zoals goedkoop junkfood slecht is voor je lijf, is goedkoop licht slecht voor je brein.”

‘Lichtprofessor’ Karl Ryberg, in Metro (22 januari 2019).