Deze uitgave is een nieuwsbrief, die belangrijke ontwikkelingen met leuke wetenswaardigheden in de gezondheidszorg combineert. Natuurlijk in Beweging is een initiatief van Zimmer Biomet, gevestigd in Dordrecht.

Natuurlijk in **Beweging**

In dit nummer o.a.:

- **Groei aantal oudere patiënten op de spoedzorg** • **Het resultaat telt**
- **Medisch specialisten** • **Ziekenhuizen onvoldoende beschermd tegen cyberdreiging**
- **Korte berichten gezondheidszorg**

ZIMMER BIOMET
Your progress. Our promise.™

MAART 2017 JAARGANG 6 • NUMMER 1

Kiezen of delen...

We zitten er weer midden in: de verkiezingen! Het kan niemand ontgaan zijn. Het gevecht om de zetels, de verhitte debatten, de mooie woorden en de al dan niet loze beloften zijn weer in volle gang. Opvallend, maar ook gelukkig, is de interesse die wij als Nederlanders aan de dag leggen in de oriëntatie naar de juiste keuze voor een partij of voor de kandidaat die onze stem krijgt. In 2012 hebben ruim 4 miljoen mensen de stemwijzer gebruikt. Dit aantal zal naar alle waarschijnlijkheid dit jaar ruim overschreden worden.

Een parallel met de zorg is dat de patiënt zich ook steeds meer oriënteert op de keuzes die hij/zij kan maken voor een ziekenhuis, arts en zelfs een behandeling. Begrijpelijk, met onze keuze willen we invloed uitoefenen op de (beste) uitkomsten op de lange termijn. We willen een bepaalde zekerheid of borging.

De onderwerpen die door de politieke partijen op de voorgrond worden gesteld, zijn zeer divers en er wordt sterk verschillend invulling aan gegeven. Zoom in op de verkiezingsprogramma's en je constateert dat 'zorg' slechts een bijproduct is van de grote politieke partijen. Sommige partijen hebben een duidelijke primaire focus, zoals de Partij voor de Dieren, 50plus en de ChristenUnie, maar ook bij deze partijen staat de zorg niet voorop.

De 'Partij voor de Zorg' is nog niet geboren, ondanks het feit dat onze zorg een van de duurste ter wereld is. Per jaar betaald de burger ruim € 5.000,-. Op dit moment worden de zorgkosten voor het grootste deel collectief georganiseerd en gefinancierd. Hierdoor draagt een modaal gezin op dit moment bijna een kwart van zijn inkomen af aan zorgpremies. Dit kan in 2040 oplopen tot tussen 30% en 45% van het inkomen. Deze stijgende uitgaven kunnen de solidariteit in de zorg, tussen jong en oud, arm en rijk, gezond en ongezond, op termijn onder druk zetten: zijn we solidair en delen we de kosten of maken we keuzes.

Vraag je op een gewone dag aan iemand wat hij/zij het belangrijkste vindt, dan zal hierop in veruit de meeste gevallen 'gezondheid' het antwoord zijn. Ik ben dan ook nieuwsgierig of dit zich ook vertaald in ons kiesgedrag.

Een paradox: gezondheid is ons grootste goed, maar is tegelijkertijd een 'bijdiscussie' in de politiek. Gezondheid heeft geen uitgesproken focus, ondanks het feit dat in 2040 tussen 19% en 31% van het bruto binnenlands product aan zorg wordt besteed, tegenover de huidige 11%.

Zorg en politiek: wordt het kiezen of delen? Kiezen of delen in de spreekwoordelijke betekenis: 'Wanneer twee partijen iets moeten verdelen, dan mag de ene partij het goed verdelen in twee delen, waarna de andere partij zijn deel mag kiezen. Hierdoor moet de verdelende partij zich inleven in de kiezende partij.'

Ik vrees dat zowel in de politiek als in de zorg dit 'kiezen of delen' niet op gaat. Het zal voorlopig kiezen blijven en daarna delen...

Veel leesplezier!

Roland van Esch

Gezondheid vertaald in ons kiesgedrag...?

Groei aantal **oudere patiënten** op de spoedzorg

Eind januari jl. is het rapport 'Code Oranje' van adviesbureau Fluent Healthcare verschenen. Ziekenhuizen luidden medio 2016 de noodklok over de toename van de werkdruk op de spoedeisende hulp (SEH). Dit is de reden geweest voor Fluent om dit geluid kwantitatief te toetsen en op zoek te gaan naar de oorzaken.

Voor het onderzoek vergeleek Fluent de gegevens van 43 ziekenhuizen uit de eerste vier maanden van 2016 met dezelfde periode in 2015. Fluent zette deze kosten vervolgens af tegen de kosten die via de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Wet langdurige zorg zijn vergoed.

Bevindingen

In 2016 maakten 65-plussers beduidend meer gebruik van de zorg. Zo meldden ouderen zich in 2016 bijna 20% vaker op de spoedeisende hulp dan het jaar ervoor. In 2016 werd 16,5 miljard euro uitgegeven aan verpleging en verzorging van de ouderen (inclusief acute zorgbezoeken). In 2015 lagen de uitgaven bijna 800 miljoen lager. De toename in 2016 is vooral merkbaar in de Zorgverzekeringswet (wijkverpleging, eerstelijnsverblijf en ziekenhuiszorg).

Ziekenhuizen ervaren de groei van de acute zorg als knelpunt. De planbare zorg wordt verdrongen door de toegenomen druk op de spoedeisende zorg. Uit het onderzoek blijkt dat de groei van de acute zorg verder gaat dan op basis van demografie verwacht mag worden. In de toegenomen stroom naar de ziekenhuizen zijn grofweg twee hoofdstromingen te zien: patiënten met cardiologische of neurologische problemen en patiënten met letsels: breuken en kneuzingen. Bij patiënten uit de kwetsbare oudere groep wordt ook een stijging van algemene klachten gezien. Patiënten worden ter observatie opgenomen en liggen met relatief lichte klachten in het ziekenhuis. De patiënt die op de SEH belandt, is ook ouder. De gemiddelde leeftijd in de vergeleken periodes laat een stijging met ongeveer 1,7 jaar zien.

De door Fluent waargenomen stijging is in lijn met de signalen die al langer door ziekenhuizen worden afgegeven. Uit cijfers van het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) in Noord-Holland en Flevoland blijkt dat de achttien SEH's in de betreffende regio het laatste kwartaal van vorig jaar twee keer zo vaak een opnamestop hebben afgekondigd dan het jaar ervoor.

Oorzaken

Bij het zoeken naar oorzaken van de toegenomen drukte in de acute zorg verwijst Fluent naast demografische ontwikkelingen ook naar de effecten van veranderingen in de verzorgings- en verpleeghuizen en de thuiszorg (VVT). Dat de stijging van de zorgkosten in 2016 wordt veroorzaakt door de bezuinigingen in andere sectoren kan volgens Fluent op basis van het uitgevoerde onderzoek niet hard aangetoond worden. Maar de toename van de zorgkosten is wel groter dan op basis van de demografie verwacht mag worden. Doordat ouderen langer thuis blijven wonen, ontbreekt het hen aan vroegdiagnostiek die er wel was in de VVT-instellingen. Hierdoor kunnen klachten ongezien verergeren. Ook vallen ze thuis sneller. De stijging van algemene klachten in deze groep wordt mogelijk verklaard door de behoefte tot monitoring van deze groep kwetsbare ouderen. Dit was in de verzorgings- en verpleeghuizen wel mogelijk maar in de thuissituatie niet. De ziekenhuizen die aan het onderzoek deelnamen, vermoeden ook een effect van zorgmijding door kwetsbare ouderen, waardoor complicaties toenemen.

Onderzoek door NZa

Over de drukte op de SEH schreef VWS op 22 december jl. aan de Tweede Kamer dat de verschillende zorgaanbieders vooral beter moeten samenwerken om de grotere toestroom van ouderen naar ziekenhuizen te kunnen opvangen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft eind vorig jaar op verzoek van VWS via een zogenoemde quickscan de acute zorg voor kwetsbare ouderen onder de loep genomen.

NZa constateert dat knelpunten zijn opgelost, maar dat dit nog wel een stuk beter kan. In een aantal regio's slagen zorgaanbieders er onderling niet in om goede afspraken te maken over het doorverwijzen van patiënten naar de juiste plek. In die regio's is er behoefte aan een partij die de regie neemt. Volgens NZa ligt het voor de hand dat zorgverzekeraars dat doen, omdat zij immers zorgplicht hebben. Het is hun taak om zorgaanbieders aan te spreken als er onvoldoende samenwerking en coördinatie is. Verzekeraars moeten in dit dossier dus meer de regie pakken.

Rol verzekeraars

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) onderschrijft in haar brief van 15 februari 2017 aan de Tweede Kamer dat de coördinatie in veel regio's inmiddels is opgebouwd en steeds beter functioneert. Zorgverzekeraars hebben afgesproken dat zij actie ondernemen in die regio's waar de coördinatie van acute zorg voor ouderen nog onvoldoende tot stand komt. Zorgverzekeraars doen dit in afstemming met het ROAZ. Daarnaast vinden zorgverzekeraars dat verwijzers (huisartsen, wijkverpleging) beter bekend moeten raken met de inzet van eerstelijnsverblijf in hun regio. En ze pleiten voor vereenvoudiging van de regelgeving en financiering van eerstelijnsverblijf.

Ten slotte vraagt ZN aandacht voor de rol van gemeenten. Het is belangrijk dat gemeenten spoedprocedures hebben zodat zij ouderen bij terugkeer in hun thuisomgeving snel kunnen ondersteunen bij woningaanpassingen, huishoudelijke hulp en preventie, zoals valpreventie. Voorkomen moet worden dat de gezondheidstoestand van ouderen na thuiskomst door onvoldoende ondersteuning onnodig snel verslechtert waardoor zij weer in het ziekenhuis belanden, aldus ZN. Goede en snelle procedures bij de gemeentes zijn op de eerste plaats goed voor de oudere, maar dragen ook bij aan het verminderen van overbezetting van SEH's en plekken voor eerstelijnsverblijf.

Bezuinigen betekent in principe dat er minder geld wordt uitgegeven. Maar het is de vraag of dat ook opgaat voor de bezuinigingen die de overheid heeft doorgevoerd in de thuiszorg. Er is weliswaar flink gekort op het budget dat beschikbaar is voor de zorg en ondersteuning van ouderen in de thuissituatie. Maar ondanks de pogingen tot meer regie en samenwerking tussen de verschillende zorgaanbieders heeft dit nog niet geleid tot een daling van de totale zorgkosten van deze groep. De ingezette bezuiniging lijkt volledig teniet gedaan te worden door de vergrote toestroom in de Zorgverzekeringswet sectoren.

Bronnen: website NZa 21 december 2016, Zorgvisie 27 december 2016, website Fluent 25 januari 2017, Skipr 26 januari 2017, website ZN 15 februari 2017 en het Financieele Dagblad 22 februari 2017

SEH-bezoeken in vijf jaar verdubbeld

Het aantal bezoeken aan de spoedeisende hulp (SEH) is opgelopen naar twee miljoen in 2015. Dat is een verdubbeling ten opzichte van 2010. Er worden ook meer mensen opgenomen via de SEH. Dat blijkt uit recente cijfers uit het Letsel Informatie Systeem. Het aantal ziekenhuisopnamen via de SEH is gestegen in de afgelopen tien jaar. In meer dan de helft van de gevallen kwam de patiënt naar de SEH-afdeling in verband met een ziekte of aandoening. Tien jaar daarvoor lag dit aantal rond de 900.000. Een op de drie patiënten had letsel door een ongeval, geweld of zelfbeschadiging.
Het aantal SEH-bezoeken in verband met letsel is geleidelijk gedaald sinds 2006: toen waren er 800.000, in 2015 waren er 700.000. Naar schatting kwamen 670.000 mensen naar de SEH met letsel door een ongeval. Hieronder valt letsel door een privé-, arbeids- , sport- of verkeerongeval. Ruim 30.000 mensen moesten naar de SEH als gevolg van geweld of zelfbeschadiging. In 2015 kregen bijna 120.000 van de ruim 700.000 SEH-bezoeken in verband met letsel een vervolg in de vorm van een ziekenhuisopname van het betreffende slachtoffer. De directe medische kosten van slachtoffers van een ongeval die op een SEH-afdeling van een ziekenhuis zijn behandeld of opgenomen zijn geweest, bedroegen naar schatting 1,9 miljard euro in 2015. De directe kosten door geweld of zelfbeschadiging 77 miljoen euro (Zorgvisie, 14 februari 2017).

Friese ziekenhuizen zorgen samen voor kwetsbare ouderen

Ziekenhuis Tjongerschans in Heerenveen en Antonius Ziekenhuis in Sneek gaan samenwerken op het vakgebied Klinische Geriatrie. Met de samenwerking willen de twee ziekenhuizen een optimaal behandelaanbod creëren voor kwetsbare ouderen die tweedelijnszorg nodig hebben. Zorg voor deze patiënten vereist een optimale coördinatie tussen diverse vakgebieden. Door toename van zowel het aanbod als de complexiteit vormt het vakgebied Geriatrie een steeds belangrijkere rol.

Door samenwerking profiteren Antonius en Tjongerschans van elkaars sterke kanten en ontstaat er een continu, kwalitatief goed aanbod in twee grote regio's. Als onderdeel van de operatie wordt de vakgroep Geriatrie van ziekenhuis Tjongerschans uitgebreid. De vakgroep bestaat nu uit zes geriaters, waarvan een deel werkzaam is in zowel het Antonius als in Tjongerschans.

Daarnaast werken de ziekenhuizen in zowel de regio Heerenveen als Sneek intensief samen met de huisartsen, ziekenhuizen, ouderenzorg en thuiszorg, met als doel de zorg voor de kwetsbare oudere dichtbij de patiënt, liefst in de thuissituatie, te organiseren. Eventuele ziekenhuiszorg wordt zowel in Heerenveen als in Sneek geboden, net als poliklinische geriatrische zorg. In geval van opname is Tjongerschans de aangewezen locatie (Skipr, 10 februari 2017).

Levensverwachting gaat naar negentig jaar

Mensen worden steeds ouder. Rond 2030 zal de levensverwachting de grens van negentig jaar passeren. Zo zullen de meisjes die in 2030 worden geboren in koploper Zuid-Korea gemiddeld bijna 91 jaar oud worden. Nederlandse vrouwen zullen 85,4 jaar worden, mannen 83,7 jaar. Dat meldt het medisch blad *The Lancet*. Zuid-Korea heeft ook bij mannen de hoogste levensverwachting. Een jongetje dat daar in 2030 wordt geboren, kan 84 jaar worden. De levensverwachting stijgt niet alleen voor baby's, maar ook voor volwassenen. Een Zuid-Koreaanse vrouw die in 2030 haar 65e verjaardag viert, heeft dan gemiddeld nog 27,5 jaar voor de boeg. Dat Zuid-Koreanen zo oud worden, komt door hun manier van leven: lage bloeddruk, weinig roken, goede gezondheidszorg en goede voeding voor kinderen.

Nederlandse mannen komen wereldwijd op de vijfde plaats. Jongetjes die hier in 2030 worden geboren, hebben een levensverwachting van 83,7 jaar. Nederlandse meisjes uit 2030 zitten met 85,4 jaar in de middenmoot. Nederlandse vrouwen uit 1965 hebben na 2030 gemiddeld nog 23 jaar te leven, mannen nog 21,5 jaar. De Verenigde Staten zullen in 2030 de laagste levensverwachting van de rijke landen hebben. De onderzoekers wijten dat aan hoge moordcijfers, veel overgewicht, hoge kindersterfte en een slechte toegang tot gezondheidszorg.

Uit het onderzoek blijkt ook dat vrouwen ouder worden dan mannen, maar dat het verschil kleiner wordt. Mannen leefden vroeger ongezonder en hadden dus een lagere levensverwachting. Ze rookten en dronken meer, hadden meer verkeersongelukken en werden vaker vermoord. De levens van mannen en vrouwen zien er steeds gelijker uit en dus ook hun levensverwachtingen (ANP, Skipr, 22 februari 2017).

Het resultaat telt **ziekenhuizen** 2015

Het resultaat telt 2015 geeft de scores weer van alle ziekenhuizen in Nederland op verschillende kwaliteitsindicatoren. De indicatoren zijn tot stand gekomen in een samenwerkingsverband tussen de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), de Federatie Medisch specialisten, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. Door de analyse wordt duidelijk waar de risico's liggen. Bij de verschillende ziekenhuizen maar ook bij de hele sector. De inspectie gebruikt de bevindingen in haar toezicht.

Een aantal resultaten uitgelicht:

- Risico's binnen het operatieve proces en de oncologie zijn zo goed onder controle dat de inspectie daar minder aandacht aan hoeft te besteden.
- Uit de analyse blijkt dat het Elektronisch Voorschrijfsysteem (EVS) nog onvoldoende is ingericht op de polikliniek. Klinisch is het EVS goed ingericht.
- De overdracht van medicatie-informatie behoeft aandacht. Te veel ziekenhuizen weten nog steeds niet wanneer en hoeveel medicatieverificatie gesprekken worden gevoerd. Daarnaast zijn er meer medicatieverificatie gesprekken bij oudere patiënten dan bij kinderen. Bij opname worden veel meer gesprekken gevoerd dan bij ontslag.
- Meer aandacht is nodig voor diagnostiek en coördinatie. Een goede diagnose bepaalt namelijk de kwaliteit en de effectiviteit van alle volgende stappen in een behandeling.

Ziekenhuizen voeren complexe operaties vaak genoeg uit, en voldoen daarmee aan de norm die hiervoor is opgesteld. Complexe operaties, zoals bij blaaskanker, zijn de afgelopen jaren meer geconcentreerd in ziekenhuizen of ziekenhuislocaties die hierin zijn gespecialiseerd. Dit heeft als resultaat dat ziekenhuizen bij vrijwel alle complexe operaties aan de volumenormen voldoen. De normen zijn vastgesteld door de wetenschappelijke verenigingen. Ook andere punten, zoals het nemen van een time-out in de OK, zijn voldoende ingevoerd.

Bron: IGZ 22 februari 2017

Wat gebeurt er met de onderzoeksuitkomsten?

De ziekenhuizen gebruiken deze indicatoren om hun processen te verbeteren. IGZ gebruikt de indicatoren in haar toezicht. Als blijkt dat een ziekenhuis achterblijft bij bepaalde indicatoren, is dat reden voor de inspectie om het gesprek aan te gaan en indien noodzakelijk te handhaven (IGZ, Skipr, 22 februari 2017).

Het resultaat telt **particuliere klinieken** 2015

Het resultaat telt particuliere klinieken 2015 geeft de data weer van particuliere klinieken in Nederland op verschillende risico-indicatoren. Door de analyse wordt duidelijk waar de risico's liggen. Bij de afzonderlijke klinieken, maar ook binnen de sector als geheel. Voorbeelden van deze indicatoren zijn bijvoorbeeld ongeplande her-operaties of infecties na een operatie.
De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) verwacht van de particuliere klinieken dat zij deze indicatoren gebruiken om hun zorg te verbeteren. Dit is de laatste keer dat de indicatoren van de ziekenhuizen en de klinieken apart gemeten en geanalyseerd zijn. Vanaf volgend jaar vormen de indicatoren van de ziekenhuizen en de particuliere klinieken samen een set.
De inspectie concludeert dat het op onderdelen goed gaat. Maar vergeleken met 2014 is de grote verbeterslag die de inspectie had verwacht niet te zien in de data van 2015.
Een aantal zaken hebben meer aandacht nodig, stelt IGZ. Dat gaat bijvoorbeeld over het maken van afspraken met een ziekenhuis voor calamiteiten en complicaties of zorg die de setting van een particuliere kliniek overstijgt. Ook op andere onderdelen moet de uitvoering beter, zoals de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, infecties en infectiepreventie, en de kwetsbaarheid en zorgzwaarte van patiënten bij invasieve ingrepen: de preoperatieve screening van ASA-klasse, BMI en delier (bij patiënten van 70 jaar en ouder). Verder komt het nog steeds voor dat orthopedische-, oog- en borstimplantaten ingebracht worden in een operatiekamer die geen klasse 1 is, terwijl dit wel is vereist. De registratie van implantaten, het gebruik van de richtlijn of protocol tromboseprofylaxe en de operationalisering van een systeem van jaargesprekken, visitatie, individueel functioneren medische specialisten en de regeling disfunctioneren voor medisch specialisten gaan steeds beter, aldus de inspectie.

De inspectie is in 2015 gestart en in 2016 voortgegaan met het intensiveren van haar toezicht op de particuliere klinieken.
De resultaten vragen om een stevig vervolg ook in 2017, stelt IGZ. Dit houdt in dat de inspectie meer onaangekondigde inspecties uitvoert (IGZ, Skipr, 22 februari 2017).

Rekenkamer: zorgakkoorden temperen groei zorgkosten

De zorgakkoorden die de minister van VWS de afgelopen jaren sloot met onder meer medisch specialisten, huisartsen en verzekeraars hebben zeer waarschijnlijk hun doel bereikt en een rem gezet op de groei van de uitgaven aan zorg. De Rekenkamer trekt deze conclusie in een onderzoek, waarbij de zorgakkoorden tegen het licht zijn gehouden. Het onderzoek spitste zich toe op de resultaten van afspraken in de jaren 2012 - 2015 in de curatieve zorg (26 miljard euro). Juist daar stegen de uitgaven de afgelopen tien jaar het hardst.

De Rekenkamer doet daarnaast ook een aantal aanbevelingen over een eventuele nieuwe ronde van zorgakkoorden, in het geval een volgend kabinet daarvoor kiest. In reactie daarop gaf VWS aan dat terughoudendheid gepast is, met de Tweede Kamerverkiezingen en formatie van een nieuw kabinet in het vooruitzicht. VWS zei wel te willen verkennen of zij met de zorgaanbieders een éénjarig transitieakkoord kan sluiten voor 2018.

De zorgakkoorden bevatten zowel inhoudelijke als financiële afspraken. Vooral die laatste hebben bijgedragen aan de beperking van de groei van de uitgaven. De Rekenkamer keek ook naar het effect op de zorgkosten van de inhoudelijke afspraken uit de zorgakkoorden, zoals die over doelmatig voorschrijven van medicijnen of het verschuiven van taken van de medisch specialist naar de huisarts. Zorgaanbieders verwachtten zelf veel van deze inhoudelijke afspraken. Zij achtten ze noodzakelijk voor het halen van de financiële doelstellingen. Maar de Rekenkamer acht het onwaarschijnlijk dat de inhoudelijke afspraken tot nu toe wezenlijk hebben bijgedragen aan beheersing van de uitgaven.
De akkoorden gaven niet alleen meer greep op de uitgaven, maar maakten ook een einde aan een periode vol tegenstellingen en onrust. 'Positief is dat partijen elkaar regelmatig treffen en in overleg gaan over mogelijke oplossingen', aldus het rapport. Het lijkt de Rekenkamer de moeite waard om te proberen deze gezamenlijkheid in de komende periode te behouden.

Als de minister van VWS in de komende kabinetsperiode eventueel zou kiezen voor het wederom afsluiten van zorgakkoorden, dan beveelt de Rekenkamer aan om te streven naar samenhang en die ook te bewaken. Hierbij gaat het niet alleen om samenhang tussen de afspraken met de verschillende zorgaanbieders, zoals de medisch specialisten, de eerstelijnszorg (onder meer huisartsen) en de GGZ, maar ook die tussen de inhoudelijke en financiële afspraken. De Rekenkamer beveelt in dat geval aan om in akkoorden de betrokkenheid van de minister vast te leggen op het punt van het uitvoeren van de inhoudelijke afspraken.

De Federatie Medisch Specialisten heeft aangegeven met de nieuwe minister zeker een nieuw akkoord te willen sluiten. Voorzitter Frank de Grave zei daarover op het Rode Hoed Symposium: 'Dat heeft de afgelopen jaren goed gewerkt; de afspraken die we maakten met elkaar droegen bij tot rust aan het front, kwaliteit en kostenbeheersing van de zorg. Alles tezamen is er eigenlijk maar één doel: de rust om gezamenlijk verder te werken aan wat allemaal in gang is gezet en de tijd om dat uit te bouwen en in de praktijk in goede banen te leiden.' (Rekenkamer, FMS, 6/7 december 2016).

Nieuwe keuzehulp bij artrose van de heup of de knie

De Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) heeft samen met Patiëntenfederatie Nederland en het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten de 'Consultkaarten Artrose van de heup en Artrose van de knie' ontwikkeld. Arts en patiënt kunnen aan de hand van de Consultkaart de behandelmogelijkheden vergelijken en samen kiezen voor de behandeloptie die het beste bij de patiënt past. Idee is dat een beter geïnformeerde patiënt bewustere keuzes maakt en meer tevreden is over de behandeling.

De Consultkaart biedt een leidraad voor het gesprek tussen arts en patiënt en kan als naslagwerk worden gebruikt. De eerste ervaringen met de Consultkaarten zijn positief bij zowel patiënten als artsen. Consultkaarten worden ontwikkeld door de wetenschappelijke vereniging en de betrokken patiëntenvereniging. De meeste gestelde vragen van patiënten bij een specifieke aandoening of ziektebeeld zijn uitgangspunt. De antwoorden

worden gegeven op basis van de medisch-wetenschappelijke richtlijn. Naast de Consultkaarten Artrose van de heup en Artrose van de knie ontwikkelt de NOV ook een Consultkaart over het letsel van de voorste kruisband. Andere wetenschappelijke verenigingen en betrokken patiëntenorganisaties zijn momenteel bezig met de ontwikkeling van Consultkaarten op de gebieden trombose, longembolie, blijvende schade aan de nieren, epilepsie bij volwassenen, vocht in het middenoor en ontstoken keelamandelen bij kinderen (FMS, 27 januari 2017).

VUmc introduceert naaldentechniek in nieuwe OK's

Het VU medisch centrum (VUmc) heeft twee operatiekamers ingericht waarin chirurgen vaten en organen opereren met behulp van zeer dunne naalden en kleine gaatjes in de huid. De dikte van de naalden varieert van die van een breinaald tot een speld. Zo is er minder contrastvloeistof of straling nodig. De operatietechniek wordt ondersteund door nieuwe medische technologie van Philips, die bij VUmc voor het eerst ter wereld wordt ingezet. De OK's zijn uitgerust met Azurion, een platform voor beeldgeleide interventie. Hiermee kunnen artsen tijdens de ingreep oude beelden uit bijvoorbeeld CT-scans direct vergelijken met nieuwe beelden die *real life* over het lichaam heen komen. De interface is meer intuïtief en gebruiksvriendelijk, zodat de arts minder aandacht voor de apparatuur hoeft te hebben. Omdat er minder belasting is van contrastvloeistof of straling, is de kans op bijvoorbeeld nierschade veel minder groot. Patiënten kunnen zo sneller van hun operatie herstellen. De OK's zijn hybride: als het nodig is, kunnen de artsen overschakelen op de traditionele chirurgie (Skipr, 23 februari 2017).

Onderzoek PwC: operaties in Nederland goedkoper dan gedacht

Operaties in Nederlandse ziekenhuizen zijn in vergelijking met het buitenland relatief goedkoop. Dat valt op te maken uit de zogeheten Hip-index die accountantskantoor PricewaterhouseCoopers (PwC) heeft opgesteld. PwC heeft de werkwijze van de wereldwijd gebruikte Big Mac-index toegepast op heupoperaties, staaroperaties en keizersneden. Bij de Big Mac-index wordt berekend hoeveel minuten je moet werken om in je eigen land een Big Mac-hamburger te kunnen kopen. De index is bedacht door het Britse blad *The Economist* om de koopkracht van burgers in landen te kunnen vergelijken.

PwC heeft voor zeven welvarende landen gekeken hoeveel uur je moet werken om de prijs van de gekozen operatie te kunnen betalen. In die berekeningen zijn zoveel mogelijk alle relevante kosten meegenomen, zoals het honorarium van het medisch personeel, de huur van de operatiekamer, gebruik van apparatuur, verwarming en verlichting, enzovoorts. De landen waarmee Nederland wordt vergeleken zijn: Zwitserland, Spanje, Verenigd Koninkrijk, Australië, Nieuw-Zeeland, VS en Zuid-Afrika. Dan blijkt dat Nederland, vergeleken met andere landen, goedkoop is: het goedkoopst voor de heupoperatie en de keizersnede, het op één na goedkoopst voor de staaroperatie.

Nieuwe heup

De operatiekosten liggen in Nederland op circa 11.000 dollar. In Spanje en Zuid-Afrika kost de ingreep minder dan 10.000 dollar. In Nieuw-Zeeland, het Verenigd Koninkrijk, Zwitserland en Australië ligt het tarief tussen 15.000 en 20.000 dollar. De VS is het duurst met een prijs van bijna 30.000 dollar.

Nederland geeft 330 miljoen dollar uit aan heupoperaties. Naar verwachting loopt dat door de vergrijzing in 2030 op tot boven de 430 miljoen dollar. De enige manier om daarop nog te bezuinigen is, volgens PwC, door minder operaties uit te voeren. In Nederland krijgen nu 165 mensen op 100.000 inwoners een nieuwe heup, in Spanje 112 op de 100.000. Als Nederland het Spaanse niveau zou halen, scheelt dat 100 miljoen euro per jaar. Maar dan is de prijs misschien dat veel meer mensen problemen hebben met lopen.

PwC noemt de uitkomsten verrassend, omdat het traditionele beeld is dat de Nederlandse specialistische zorg duur is. Doorgaans worden de kosten van de zorg berekend als percentage van het bruto binnenlands product (bbp). Nederland geeft volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) ongeveer 14% van het bbp uit aan zorg, meer dan alle andere landen, met uitzondering van de VS. Dit cijfer is zo hoog omdat het CBS ook de uitgaven voor welzijn, zoals kinderopvang, meerekent.

Maar ook als van die uitgaven voor welzijn wordt afgezien, geeft Nederland nog altijd bijna 11% van het bbp uit aan zorg en is daarmee internationaal zevende.

Die hoge klassering komt doordat in Nederland veel meer geld wordt uitgegeven aan geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en ouderen, dan in andere landen. De Hip-index laat zien dat de individuele behandelingen relatief goedkoop zijn (website PwC, NOS, 12 december 2016).

Medisch specialisten

Rapport EHCI: Europese landen kunnen veel leren van Nederlands zorgstelsel

Het Nederlandse zorgsysteem is een belangrijk voorbeeld voor de andere Europese landen. Het Nederlandse zorgsysteem haalt de hoogste score ooit in de *Euro Health Consumer Index* (EHCI) die op 30 januari jl. is gepubliceerd. De index vergelijkt Europese zorgstelsels op 48 onderdelen, zoals toegankelijkheid, uitkomsten en patiëntenrechten. De samensteller van de index, *Health Consumer Powerhouse*, stelt nadrukkelijk dat andere landen veel kunnen leren van Nederland en de vooruitgang die in de loop der jaren is gemaakt.

Nederland haalt niet alleen de hoogste score, maar verbetert de score ook elk jaar. Van de maximaal haalbare 1000 punten haalt ons land in 2016 927 punten; het hoogste aantal ooit. Sinds de eerste publicatie van de index in 2005 heeft Nederland altijd in de top 3 gestaan.

Positieve punten:

- het Nederlandse zorgstelsel kent, met concurrerende zorgverzekeraars, nauwelijks zwakke plekken in vergelijking met andere Europese stelsels
- het Nederlandse stelsel kent wellicht de beste organisatievorm als het gaat om het betrekken van de patiënt bij de zorg
- de bereikbaarheid en toegankelijkheid van de Nederlandse zorg is goed
- in Nederland gaan we op een goede en gepaste wijze om met het gebruik van medicijnen
- de uitkomsten van behandelingen worden als goed beoordeeld (HCP, ZN, 30/31 januari 2017).

Medisch specialisten mikken op internationale top

Nederlandse medisch specialisten moeten in 2025 aantoonbaar de beste zorg ter wereld leveren. Dit betekent onder meer grotere transparantie, intensievere samenwerking en een holistische aanpak. In de praktijk moet dit uitmonden in medische zorg die volledig rond de patiënt is georganiseerd, met de medisch specialist als onderdeel van een flexibel netwerk van zorgprofessionals. Dat stelt de Federatie Medisch Specialisten (FMS) in het visiedocument 'Medisch Specialist 2025'. In 2025 behoort de Nederlandse medisch-specialistische zorg aantoonbaar tot de meest innovatieve, doelmatige en kwalitatief beste zorg ter wereld. Als gevolg hiervan wordt de Nederlandse zorg, net als watermanagement, een internationaal voorbeeld. Patiënten en medisch specialisten van overal ter wereld zullen hiervan profiteren. In het visiedocument worden een aantal voorwaarden genoemd.

De meest in het oog springende voorwaarde gaat over 'gerechtvaardigd vertrouwen', waar nu nog wantrouwen vaak het sleutelwoord is. Dit betekent dat medische professionals inzichtelijk zullen moeten maken wat de kwaliteit en uitkomsten van zorg zijn. In 2025 zal door automatische registratie aan de bron meer en betere informatie over kwaliteit en doelmatigheid voorhanden zijn. Deze data worden volledig geïncorporeerd in de kwaliteitscyclus. Dit gerechtvaardigd vertrouwen moet de basis zijn van een intensievere samenwerking met de patiënt. De patiënt is tenslotte degene die bepaalt of de zorg bijdraagt aan diens kwaliteit van leven, aldus FMS. De relatie tussen patiënt en medisch specialist is in 2025 vooral gericht op het optimaliseren van de kwaliteit van leven voor de patiënt. Dit is meer dan alleen de behandeling van de ziekte. Veel meer dan nu het geval is, vraagt dit van de medisch specialist een holistische benadering van iedere, unieke patiënt. Nauwere samenwerking en een holistische benadering betekenen ook meer oog voor de 'zachte kanten' van het zorgproces. De holistische benadering krijgt ook een vertaling in de organisatie van de zorg. Medisch specialisten nemen het voortouw bij de ontwikkeling van zorgnetwerken van zorgprofessionals, zowel fysiek als digitaal: netwerkgeneeskunde. Een zorgnetwerk neemt de behoefte van de patiënt als uitgangspunt, vanuit de gedachte dat verschillende spelers in het netwerk op verschillende momenten waarde kunnen toevoegen voor de patiënt.

Andere steekwoorden in het visiedocument zijn 'preventie' en 'innovatie'. Medisch specialisten bieden op het gebied van preventie concrete handvatten aan hun patiënten. Dit doen zij op basis van een toegenomen kennis over de relatie tussen leefstijl, gezondheid, ziekte en functioneren, en over de effectiviteit van preventieve interventies.

In 2025 zijn medisch specialisten samen met patiënten meer betrokken bij het bedenken, ontwikkelen en beoordelen van innovaties binnen de zorg. Ziekenhuisorganisaties zijn gericht op het helpen door ontwikkelen en implementeren van deze innovaties. In 2025 kunnen patiënten door *big data analysis*, gecombineerd met *wearables* en thuisdiagnostiek, sneller een

beeld krijgen van hun medische situatie. Zelfmanagement van patiënten met chronische ziekten met online ondersteuning komt momenteel al veel voor (Skipr, 13 januari 2017).

Medisch-specialistische revalidatiezorg onder de loep

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft signalen ontvangen over de medisch-specialistische revalidatiezorg. Een keten van revalidatieklinieken zou de zorg verkeerd in rekening brengen. NZa onderzocht deze signalen en vindt het onacceptabel als zorg verkeerd in rekening wordt gebracht. Ook als deze handelswijze juridisch mag, schroomt NZa niet om in te grijpen.

NZA ontwikkelt nieuwe regelgeving om er voor te zorgen dat deze zorg in de toekomst op de juiste manier geleverd en gedeclareerd wordt. Tijdens het onderzoek bleek dat de indicatiecriteria voor medisch-specialistische revalidatiezorg de kern van het probleem zijn. Die staan nu toe dat patiënten te snel worden doorverwezen naar medisch-specialistische revalidatiezorg in plaats van naar fysiotherapie. Voor NZa geldt dat zij in het nieuwe bekostigingssysteem het onnodig verplaatsen van fysiotherapie naar revalidatiezorg niet meer mogelijk maakt. Ook zal in het nieuwe bekostigingssysteem het niet langer mogelijk zijn grote bedragen te declareren voor bijvoorbeeld een intake (NZa, 1 maart 2017).

Medisch specialisten bepleiten politieke aandacht voor inzet dure medicijnen

De politiek moet zich in de verkiezingsstrijd uitspreken over de kosten van nieuwe, dure medicijnen. Nu verengt de discussie zich tot het eigen risico, terwijl de betaalbaarheid van de gehele zorg op het spel staat, aldus medisch specialisten.

'Wat ik nu mis, is de aandacht voor dure innovatieve behandelmogelijkheden, waarvan er steeds meer bij komen', zegt voorzitter Haiko Bloemendal van de Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie tegen de NOS. 'Ik wil dat de politiek zich mengt in deze discussie', zegt cardioloog Tom van Loenhout. 'Er komen steeds meer behandelingen die heel erg duur zijn. Op een bepaald moment is dat voor ons als maatschappij niet meer te dragen. De vraag is dus: wat hebben we voor elkaar over? Dat kan niet ongelimiteerd zijn.' Volgens Van Loenhout zitten er grenzen aan de zorg, met name als het gaat om de behandeling van oudere patiënten die nog maar weinig levensjaren voor zich hebben. De vraag wat maatschappelijk aanvaardbaar is, is echter een politieke kwestie: 'Als hier geen uitspraak over wordt gedaan door de politiek, dan zullen die dure behandelingen en geneesmiddelen ten koste gaan van de zorg aan andere ouderen, bijvoorbeeld de wijkzorg of de verpleeghuizen.' (Skipr, 2 maart 2017).

Ziekenhuizen en zorgverzekeraars zetten in op Horizontaal Toezicht Zorg

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU) werken in een landelijk project samen om horizontaal toezicht in de medisch specialistische zorg vorm te geven. Eind vorig jaar is hiervoor een speciale themawebsite, horizontaaltoezichtzorg.nl, gelanceerd.

Horizontaal Toezicht Zorg is een vorm van samenwerking tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder die steunt op vertrouwen, wederzijds begrip en transparantie in handelen. In plaats van declaratiecontrole achteraf werken partijen bij horizontaal toezicht samen om de rechtmatigheid van declaraties in de registratieprocessen van het ziekenhuis te borgen. Dit is niet alleen een efficiëntere manier om correct registreren en declareren te borgen, maar het is ook effectiever. Onder de noemer Horizontaal Toezicht Zorg werken de partijen aan één landelijk raamwerk. Naast een gezamenlijke visie en implementatiestrategie bevat dit raamwerk ook een aantal feitelijke producten die de daadwerkelijke invoering van horizontaal toezicht ondersteunen. NFU, NVZ en ZN streven ernaar dat in 2020 80% van de ziekenhuizen is ingericht op Horizontaal Toezicht. Ook VWS omarmt de initiatieven (website horizontaaltoezichtzorg.nl).

Academische ziekenhuizen gaan dure medicijnen gezamenlijk inkopen

Met de gezamenlijke inkoop hopen de ziekenhuizen de sterk oplopende kosten van de nieuwe generatie medicijnen te beteugelen. Ze beginnen met de immunotherapie tegen kanker. Later volgen andere medicijnen. Op de nieuwe lichting kankermedicijnen rusten nog patenten en mede daardoor kan de prijs oplopen tot tienduizenden euro's per patiënt per jaar.

De ziekenhuizen verwachten gezamenlijk sterker te staan in de onderhandelingen met de farmaceut. Ziekenhuizen waren lang terughoudend met gezamenlijke onderhandelingen uit vrees voor monopolist te worden uitgemaakt, maar toezichthouder Autoriteit Consument en Markt gaf vorig jaar toestemming. De ziekenhuizen geven ook aan dat ze de korting die ze bedingen openbaar willen maken. Of dat lukt is nog maar de vraag, want de medicijnproducenten vrezen dat daardoor hun marktpositie wordt verzwakt. Het is goed mogelijk dat de fabrikanten in ruil voor geheimhouding een extra korting beloven (Financieele Dagblad, 20 februari 2017, Trouw, 21 februari 2017).

Vektis: definitief overstappercentage zorgverzekering 2017 is 6,4%

Verzekerden kunnen elk jaar tot 1 januari hun zorgverzekering opzeggen en hebben dan tot uiterlijk 1 februari de tijd om een nieuwe zorgverzekering af te sluiten. 6,4% van de verzekerden wisselde dit jaar van zorgverzekeraar. Dat zijn 1,08 miljoen verzekerden. Alle overstapinformatie is bekend en verwerkt bij de zorgverzekeraars.

Op basis daarvan heeft Vektis dit definitieve percentage vastgesteld. In april volgt een uitgebreide analyse van de overstapcijfers in de 'Zorgthermometer Verzekerden in beeld 2017'. Het percentage overstappers is een fractie hoger dan vorig jaar en iets lager dan in 2015: in 2016 wisselde 6,3% van de verzekerden van zorgverzekeraar en in 2015 was dit 6,8% (Vektis, 31 januari 2017).

Ziekenhuizen **onvoldoende** beschermd tegen cyberdreiging

Hoogwaardige technologische bedrijven, waaronder ziekenhuizen, beschermen zich onvoldoende tegen cyberbedreigingen volgens het rapport 'Een nooit gelopen race' van het Rathenau Instituut.
De huidige maatregelen van overheid en bedrijfsleven tegen cyberdreigingen volstaan niet meer. De steeds professionelere methoden van cybercriminelen, cyberspionnen en hackers vragen om extra maatregelen. De rijksoverheid en bedrijven met hoogwaardige technologie zijn inmiddels structureel doelwit van digitale spionageaanvallen. Als één van de meest ICT-intensieve economieën ter wereld is Nederland een aantrekkelijk doelwit voor cybercriminelen, cyberspionnen en hackers. De grootste dreiging vormen buitenlandse inlichtingendiensten die in ons land op grote schaal politieke, militaire en technologische informatie verzamelen en manipuleren.
Zowel burgers en bedrijven, maar ook ziekenhuizen, krijgen steeds vaker te maken met *malware* die computerbestanden versleutelt en daarmee ontoegankelijk maakt, waarbij voor ontsleuteling van de bestanden losgeld wordt gevraagd.
In de zorg bestaat vaak een gebrek aan bewustwording en beveiligingsmaatregelen. Bij een onderzoek door Deloitte onder 65.000 medewerkers van 28 ziekenhuizen naar *phishing* klikte gemiddeld 17% van de medewerkers door vanuit de e-mail en liet een meerderheid daarvan, 12%, onder andere persoonsgegevens achter op de website waarnaar werd doorgestuurd. Ook kampt de zorgsector met een hoog aantal lekken van privacygevoelige informatie.
Recent wees de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) ziekenhuizen erop dat de beveiliging van veel patiëntenportalen tekortschoot. Omdat voor medische gegevens het hoogste betrouwbaarheidsniveau is vereist, moeten ziekenhuizen gebruikmaken van zogeheten tweefactor authenticatie. Het AP heeft laten weten ervan uit te gaan dat ziekenhuizen hier gevolg aan geven. Zo niet, dan zal het AP handhavende maatregelen nemen.
Het Rathenau Instituut doet een aantal aanbevelingen om de weerbaarheid tegen cyberdreigingen te versterken. Zo zou er een onafhankelijk kennis- en adviescentrum voor midden- en kleinbedrijven moeten komen. Vitale sectoren, zoals de zorg, zouden een jaarlijkse hacktest moeten uitvoeren. Ook zou getoetst moeten worden of de bestaande aansprakelijkheidswetgeving wel voldoende is voor ICT-producten en -diensten. Toezichthouders als de Autoriteit Consument en Markt en het Agentschap Telecom zouden daarnaast krachtiger moeten optreden tegen het op de markt brengen van onveilige digitale producten. Tot slot zou de overheid, die in Nederland ca. 30% van de beveiligingsproducten en -diensten afneemt, nadrukkelijker een voorbeeldrol moeten vervullen als *launching customer* (Skipr, 2 maart 2017).

Ziekenhuizen besteden ICT steeds meer uit

Ziekenhuizen besteden hun ICT-diensten in toenemende mate uit. Kleinere ziekenhuizen doen het omdat het moet, en grotere ziekenhuizen omdat het kan en voordelen biedt, zo blijkt uit een onderzoek van adviesbureau M&I/Partners. Toen ICT binnen ziekenhuizen opkwam, voerden de ziekenhuizen in eerste instantie alles op dit gebied zelf uit. Maar omdat ICT de afgelopen tien jaar een enorme vlucht heeft genomen, zowel in complexiteit als de afhankelijkheid ervan, is de discussie ontstaan welke ICT-zaken het beste zelf uitgevoerd moeten worden, en welke beter overgelaten kunnen worden aan een externe partij. Waar bij andere zorgorganisaties vaak het grootste deel van de ICT uitbesteed is, is dat bij ziekenhuizen nog niet het geval.

Ziekenhuizen hebben echter wel plannen om steeds meer ICT uit te besteden. Door de complexer wordende ICT is het met name voor de kleinere ziekenhuizen in de meeste gevallen niet meer mogelijk om alles zelf te blijven doen. Bij de onderzochte grotere ziekenhuizen ligt dit anders. Deze ziekenhuizen zijn in de meeste gevallen groot genoeg om de benodigde ICT-specialisten in dienst te hebben. Waar deze grotere ziekenhuizen plannen hebben om uit te besteden, is dit meestal ingegeven door hun beleid om zo veel mogelijk generieke ICT-zaken uit te besteden.

Uit het onderzoek blijkt dat als de reden voor het uitbesteden niet beleidsmatig is, deze dan veelal ingegeven is door de wens tot verbetering van de kwaliteit van de ICT-dienstverlening. Kostenbesparing is in het algemeen geen reden om uit te besteden. Meestal wordt ICT niet goedkoper als het uitbesteed wordt, maar zelfs duurder. Wel zorgt het voor kostenflexibilisering. Zo kan er bijvoorbeeld betaald worden naar gebruik, waarbij meer of minder verbruik automatisch leidt tot meer of minder kosten. Bijna alle ziekenhuizen die onderzocht zijn, hebben delen van het technisch beheer van de ICT-infrastructuur uitbesteed. Op het gebied van technisch applicatiebeheer is te zien dat dit vaak voor het gebruikte Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) extern belegd is. Een enkel ziekenhuis heeft de hosting van haar EPD en ERP *(enterprise resource planning)* geheel uitbesteed. Er is niet één ziekenhuis dat alle niet-medische ICT-techniek heeft uitbesteed. Concrete plannen om dit wel te doen zijn er ook niet. De reden om dit niet na te streven is, volgens M&I/Partners, het gebrek aan acute noodzaak en het ontbreken van succesverhalen over totale uitbesteding. Het merendeel van de ondervraagde ziekenhuizen beschikt over eigen datacenters, al dan niet door een fusie verkregen. Alle ICT-managers die hier nu nog eigen faciliteiten voor hebben ingericht, zeggen dat ze dit niet nog een keer opnieuw zouden doen. Bij het volgende vervangings- of investeringsmoment zullen zij ervoor kiezen om deze dienst uit te besteden aan een commerciële partij. Datacenter faciliteiten zijn

voor een grote gespecialiseerde partij een stuk kosteneffectiever en kwalitatief vaak beter in te richten dan wanneer ziekenhuizen dat allemaal afzonderlijk binnenshuis doen. Ziekenhuizen maken met deze bedrijven juridische afspraken over de beveiliging van gegevens. Professionele datacenters zijn vaak beter beveiligd tegen aanvallen van hackers (Skipr, 21 februari 2017).

Concentratie kankerbehandeling

Sinds enige tijd zijn wetenschappelijke verenigingen bezig met het opstellen van minimum kwaliteitsnormen. Op het moment dat de normen bekend zijn, wordt bezien welke instellingen hieraan voldoet. Deze 'uitvraag' wordt door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) uitgevoerd. ZN heeft voor 25 ingrepen de resultaten in kaart gebracht. Op de website minimumkwaliteitsnormen.nl worden de resultaten gepubliceerd. Het overzicht laat zien welke ziekenhuizen aan de gestelde minimum kwaliteitsnormen voldoen.

De inventarisatie van ZN laat een concentratie van ziekenhuiszorg zien bij 12 van de 21 hoog-complexe kankerbehandelingen. Het gaat hierbij om blaas-, colorectaal-, cervix-, vulva-, ovarium-, niercel-, maag-, pancreas- of galwegcarcinoom, prostaat-, schildklier-, testiscarcinoom en weke delen carcinomen. Bij blaascarcinoom, maagcarcinoom en testiscarcinoom is de grootste concentratie te zien. Bij blaascarcinoom gaan 9 van de 43 ziekenhuizen in 2017 met deze behandeling stoppen. Bij maagcarcinoom stoppen 7 van de 34 ziekenhuizen en bij testiscarcinoom stoppen 4 van de 18 ziekenhuizen. Patiënten in de ziekenhuizen die deze ingrepen niet (meer) verrichten krijgen een doorverwijzing naar een ziekenhuis waar de behandeling wel wordt uitgevoerd en waar het 'eigen' ziekenhuis mee samenwerkt. Patiënten kunnen in veel gevallen de noodzakelijke voor- of nazorg krijgen in het ziekenhuis in de buurt.

Beroepsverenigingen, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars zijn het erover eens dat deze concentratie van complexe ziekenhuisbehandelingen een belangrijke stap is in de verbetering van de kwaliteit van zorg. Door de concentratie van complexe zorg kunnen ziekenhuizen zich specialiseren en dat verhoogt de kwaliteit en doelmatigheid van de behandeling. Zorgverzekeraars contracteren geen ziekenhuizen die niet voldoen aan de gestelde eisen (ZN, 5 december 2016).

Santeon-groep sluiten meerjarencontract met drie verzekeraars

De Santeon-groep heeft een driejarig contract afgesloten met de zorgverzekeraars CZ, Menzis en Multizorg over borstkankerzorg. De Santeon-groep bestaat uit zes grote topklinische ziekenhuizen. De ziekenhuizen mogen groeien als ze erin slagen om de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg te verbeteren. Het is voor het eerst in Nederland dat een groep ziekenhuizen samen meerjarenafspraken maakt met verschillende zorgverzekeraars. Overigens is met elke verzekeraar een apart contract afgesproken.

Santeon ziet het meerjarencontract als een beloning voor de manier waarop de ziekenhuizen samen continu werken aan verbetering van de kwaliteit van zorg, volgens de *Value Based Health Care* methode. In de meerjarencontracten zijn afspraken gemaakt over onder meer prestaties op het gebied van klantbeleving, wachttijden, medische kwaliteit en doelmatigheid. Deze prestaties zijn via *key performance indicators* (KPI) op technisch niveau uitgewerkt.
Bij klantbeleving wordt patiënten gevraagd of zij het ziekenhuis zouden aanraden aan anderen. Doelmatigheid is onder andere verwerkt in het percentage borstsparende operaties waarvoor geen klinische opname nodig is. Voor de patiënt betekent dit betere kwaliteit, voor het ziekenhuis minder kosten en voor de verzekeraar minder schadelast. 'We gunnen de ziekenhuizen financiële rust door de zekerheid van een vaste prijs', zegt Joël Gijzen, directeur Zorg bij CZ. 'We doorbreken de rituele jaarlijkse dans van contractonderhandelingen', beaamt Joris van Eijck, directeur Zorg van Menzis. 'De ziekenhuizen krijgen de kans om de zorg elke dag een stapje beter te maken.'
De afspraken over borstkankerzorg vormen het begin van meer meerjarencontracten. Als het aan Santeon ligt, komen er ook soortgelijke overeenkomsten voor prostaatkanker, heupartrose, CVA en longkanker (Zorgvisie, 10 maart 2017).

Geen afname ziekenhuisopnames door geneesmiddelen

Uit onderzoek van het Erasmus MC, in samenwerking met het NIVEL, het PHARMO Instituut, SFK (Stichting Farmaceutische Kengetallen) en het Radboudumc, blijkt dat het aantal patiënten dat in het ziekenhuis belandt vanwege de inname van geneesmiddelen niet is afgenomen, ondanks forse inspanningen om dat voor elkaar te krijgen. In 2004 en 2008 waren 10.000 tot 16.000 van de acute ziekenhuisopnames per jaar het gevolg van inname van geneesmiddelen. Het Ministerie van VWS stelde in 2009 aanbevelingen op, in het zogeheten *HARM Wrestling* (HW)-rapport, om deze vermijdbare opnames tegen te gaan. Tussen 2009 en 2013 zijn de potentieel vermijdbare opnames niet afgenomen, maar juist toegenomen, vooral in de groep 65-plussers. Op sommige punten is er verbetering te zien in de implementatie van de HW- aanbevelingen tussen 2009 en 2014, maar vooral het meten van nierfunctie en natrium- en kaliumspiegels voor en na het starten met geneesmiddelen voor het hartvaatstelsel, is voor verbetering vatbaar.
De meeste HW-aanbevelingen zijn één op één opgenomen in relevante zorgstandaarden. Een voorbeeld van een succesvolle interventie is de introductie van medisch farmaceutische beslisregels bij het verbeteren van het voorschrijven van maagbeschermende medicatie bij NSAID's. De ondervraagde artsen en apothekers gaven aan dat de patiënt vaak zelf niet inziet of wil dat preventieve maatregelen worden getroffen, soms vanwege de kosten. Er ligt hier een taak voor betere voorlichting door zowel de overheid als de zorgverleners. De onderzoekers bevelen aan dat de apotheek meer verantwoordelijkheid moet krijgen of nemen, omdat de recepten daar allemaal in een systeem samenkomen en controleerbaar zijn. Tevens zou de apotheker laboratorium bepalingen moeten kunnen aanvragen, zodat nierfunctie en elektrolyten kunnen worden gecontroleerd. Nog steeds geven dezelfde geneesmiddelen als tien jaar geleden aanleiding tot potentieel vermijdbare ziekenhuisopnames. Omdat er steeds meer ouderen zijn die een hoger risico hebben op geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames, is het aantal opnames tussen 2009 en 2013 met 25% toegenomen in plaats van afgenomen. Bijna een derde van de ziekenhuisopnames onder 65-plussers is veroorzaakt door een fractuur of flauwvallen door verkeerd medicijngebruik. Zorgverleners moeten daarom vooral focussen op het voorkomen van chronisch gebruik van benzodiazepines en ongewenste dubbelmedicatie van antihypertensiva. Het onderzoek laat zien dat door implementatie van de verschillende aanbevelingen waarschijnlijk ook duizenden ziekenhuisopnames zijn voorkomen. De gedeeltelijke implementatie heeft de stijging in absolute aantallen, als gevolg van de vergrijzing, echter nog niet kunnen compenseren of ombuigen (NIVEL, 13 februari 2017).

Luchtvaarttraining maakt zorg veiliger

De inzet van *Crew Resource Management* (CRM), een teamconcept uit de luchtvaart, kan in de zorg leiden tot een betere veiligheidscultuur en minder incidenten, mits er een landelijke standaard komt voor invoering van deze methode. Dit stelt Marck Haerkens, chirurg en piloot, in zijn onderzoek waarop hij promoveerde aan het Radboudumc op 19 januari jl. Menselijke fouten leiden nog te vaak tot onbedoelde schade voor patiënten, ondanks moderne apparatuur, betere behandelstandaarden en toezicht. Dit gebeurt vooral als zorgverleners intensief moeten samenwerken in risicovolle behandelingen bij kwetsbare patiënten, zoals bijvoorbeeld op de Intensive Care (IC), in operatiekamers en bij Spoedeisende Hulp (SEH).

Om de negatieve effecten van menselijke factoren te minimaliseren, werkt men in de luchtvaart met het teamconcept CRM. Centraal hierbij staan niet-technische vaardigheden, zoals interpersoonlijke communicatie, leiderschap en besluitvorming. CRM is ook in de gezondheidszorg bruikbaar. Menselijke factoren hebben namelijk een belangrijke invloed op de veiligheidscultuur op een medische afdeling. Hoe onveiliger het werkklimaat is, hoe meer fouten en nadelige gevolgen er zijn voor patiënten. Om de veiligheidscultuur op zorgafdelingen te verbeteren paste Haerkens de CRM-methodiek toe op meerdere ziekenhuisafdelingen. Hij onderzocht daarbij de invloed op patiëntveiligheid, zoals het effect op het aantal complicaties dat optreedt. In totaal onderzocht Haerkens gedurende zes jaar de invloed van CRM op het veiligheidsklimaat van negentien hoog-risico afdelingen, zoals verloskamers, operatiekamers en hartcatheterisatiekamers. Bij alle afdelingen vond hij een verband tussen CRM en een verbeterd veiligheidsklimaat.

Bij een studie op een IC toonde hij een verband aan tussen de invoer van CRM en een daling van het aantal ernstige complicaties en de sterfte bij IC-patiënten. Bovendien werd er een relatie met een verbeterd veiligheidsklimaat onder de zorgverleners gevonden. Ook op de traumakamer van een SEH onderzocht Haerkens de effecten van CRM. Een registratie van complicaties was niet beschikbaar, wel zag hij het veiligheidsklimaat bij de zorgverleners verbeteren. Tegelijkertijd nam de verblijfsduur van traumapatiënten op de SEH toe, met twintig tot dertig minuten, mogelijk doordat het werken volgens vastgestelde richtlijnen meer tijd in beslag neemt. Op de SEH werken, in tegenstelling tot op de IC, zorgverleners uit veel verschillende disciplines. Het is dan lastig om ervoor te zorgen dat alle betrokkenen gewend zijn om volgens dezelfde gestandaardiseerde procedure te werken.

Haerkens concludeert op basis van zijn onderzoek dat een goed op de zorg toegesneden CRM-concept waardevol kan zijn, op voorwaarde dat er een landelijke standaard komt. Alle zorgverleners moeten volgens vergelijkbare principes van CRM kunnen werken. Dit is niet met een korte training op te lossen. Het is belangrijk om CRM structureel een plek te bieden in de medische opleidingen (Skipr, 18 januari 2017).

Derde van zorg in ziekenhuis kan ook daarbuiten gedijen

Voor ongeveer een derde van de zorg die momenteel in ziekenhuizen wordt geleverd, is ook daarbuiten een markt. Het overige deel is te zeer afhankelijk van faciliteiten van het ziekenhuis, zoals operatiekamers en spoedeisende hulpposten. Dat constateren de onderzoeksbureaus SiRM en Twynstra Gudde in een onderzoek in opdracht van de Autoriteit Consument en Markt (ACM).

Met het oog op de beoordeling van ziekenhuisfusies wilde ACM weten in hoeverre binnen de sector productmarkten kunnen worden afgebakend. Tot nu toe hanteerde de marktwaakhond een indeling in algemene klinische ziekenhuiszorg, algemene niet-klinische ziekenhuiszorg en topzorg. Omdat er veel aan het veranderen is in de ziekenhuissector, vraagt de toekomst wellicht om een andere indeling, aldus ACM.

De onderzoekers van SiRM en Twynstra Gudde onderscheiden in de ziekenhuizen in totaal negentien clusters van specialismen. Voor een zestal specialismen zien zij mogelijkheden voor een markt buiten het ziekenhuis. Het gaat om oogheelkunde, orthopedie, KNO, dermatologie, reumatologie en plastische chirurgie. Bij deze disciplines is ook al te zien dat de specialisten zich vaker vestigen in zelfstandige behandelcentra. Deze zes clusters kunnen volgens de onderzoekers dan ook mogelijk als productmarkt worden afgebakend. Naast de zes genoemde specialismen definiëren de onderzoekers ook bepaalde delen van de chirurgie als productmarkt. Het gaat dan om niet complexe operaties zoals voor behandeling van spataderen, aambeien en goedaardige huidgezwellen.

Ook deze zorg zou goed buiten de setting van het ziekenhuis kunnen worden geleverd. De genoemde productmarkten zijn verantwoordelijk voor ongeveer 28% van het volume en 14% van de omzet van de DBC-zorgproducten in het ziekenhuis. De overige dertien clusters hebben meer samenhang met de faciliteiten in het ziekenhuis, zoals een operatiekamer of een spoedeisende hulppost, of met andere specialismen.

De onderzoekers vragen zich bij deze clusters ook af of ze voldoende schaalgrootte hebben om de benodigde voorzieningen zelf te kunnen exploiteren. De mate waarin de hierboven gesuggereerde productmarkten ook daadwerkelijk uniforme condities voor concurrentie ondervinden, hangt ook af van andere factoren. Veel ziekenhuizen zijn bezig met strategische heroriëntatie en herzien de manier waarop ze zichzelf organiseren en de netwerken waarin ze werken, aldus de onderzoekers (Skipr, 17 januari 2017).

Redactie Judith Rutteman (judith.rutteman@zimmerbiomet.com), Dr. Yvonne van Kemenade, Mirjam Peil • **Teksten** Dr. Yvonne van Kemenade • **Vormgeving** Rob Verhoeven Concept & Illustratie • **Lithografie** Samplonius & Samplonius BV • **Druk** Mercator

ZIMMER BIOMET
Your progress. Our promise.™
Zimmer Biomet • Toermalijnring 600, 3316 LC Dordrecht • Postbus 3060, 3301 DB Dordrecht • The Netherlands
Phone: +31 78 629 29 29 • Fax: +31 78 610 42 65 • e-mail: nl.info@zimmerbiomet.com • www.zimmerbiomet.com

This publication and all content, artwork, photographs, names, logos and marks contained in it are protected by copyright, trademarks and other intellectual property rights owned by or licensed to Zimmer Biomet or its affiliates.
This publication must not be used, copied or reproduced in whole or in part for any purposes other than marketing by Zimmer Biomet or its authorised representatives. Use for any other purposes is prohibited.

ETHICAL COLLABORATION IN HEALTHCARE CERTIFIED
Licensed by Eucomed
Biomet adheres to the high ethical standards embodied by the Eucomed Code of Ethical Business Practice.
www.eucomed.org
BUREAU VERITAS