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 onder andere:

De Staat van Volks gezondheid en Zorg: kerncijfers voor beleid • **Aanpak versnelling zorgcontractering** • **Ziekenhuizen** • **Medisch Specialisten** • **Transparantie** • **Akkoord bereikt over nieuwe Europese regels** • **Korte berichten**

ZIMMER BIOMET
Your progress. Our promise.™

JUNI 2016 JAARGANG 5 • NUMMER 2

‘Mijngezondheid’ app …

De ouderen onder ons kunnen het zich vast nog herinneren; tijdens een vakantie in het buitenland met een girobetaalkaart naar een lokaal postkantoor om geld in lokale valuta te bemachtigen. ‘s Ochtends vroeg in de rij om het geld ‘s middags in de zon weer uit te kunnen geven.

Niet alleen dit bankproces was omslachtig en gefragmenteerd. Het functioneren van de banken onderling en richting de consument was destijds op het gebied van allerlei basale transacties tijdrovend en weinig efficiënt. (Herken ik hier iets in op het gebied van onze zorg?) Ondanks het feit dat de bankensector de laatste jaren stevige, vaak zeer terechte, kritieken heeft gekregen, kunnen wij binnen de gezondheidszorg het nodige leren van deze procesoptimalisatie.

De evolutie die de banken hebben ontketend is dat geld nu vrij en makkelijk opneembaar is in binnen- en buitenland, ook bij concurrerende banken. Transacties tussen banken is een kwestie van een druk op de knop op je computer of via een app op je telefoon. Meer complexe bankgerelateerde zaken, zoals verzekeringen en hypotheek, zijn vandaag de dag eenvoudig en online te regelen. Alle persoonlijke bankzaken onder handbereik, goede informatievoorziening en altijd en overal toegankelijk. Wat een verademing!

Laat ik dit nu eens relateren aan de gezondheidszorg. De communicatie tussen ziekenhuizen en andere zorgverleners aangaande patiëntengegevens is vaak omslachtig. Onderzoeken die gisteren gedaan zijn in het ene ziekenhuis worden twee dagen later herhaald in een ander ziekenhuis omdat uitslagen vertraagd of niet gedeeld zijn. Patiënten (consumenten) krijgen nog hun papieren correspondentie mee … Het lijkt wel of we net als 35 jaar geleden in de rij staan om geld te halen in een buitenlands postkantoor. Waar is ‘mijn bankzaken’ app in een ’mijngezondheid’ uitvoering?

Alle persoonsgebonden, medische en gezondheidinformatie altijd bij de hand, alle correspondentie, x-foto’s, uitslagen, enzovoorts in je broekzak en direct toegankelijk om te delen op het moment dat het gedeeld moet worden?

Ziekenhuizen zijn druk met het opzetten van dure en omslachtige Elektronische Patiënten Dossier (EPD) systemen. Het meest opvallende van dit EPD is dat het een patiëntendossier is, dat geen directe link heeft met de betreffende patiënt!

Er zijn nu voorzichtige initiatieven van onder andere Microsoft om via de app *HealthVault* alle persoonlijke medische gegevens onder handbereik te hebben. Wanneer dit soort initiatieven doorzetten, zoals de evolutie die we hebben gekend binnen de bankensector, dan zouden deze een ongekende vooruitgang, kostenbesparing en efficiëntie in ons zorgsysteem garanderen!

Het zou wat zijn wanneer ik me in de nabije toekomst onverhoopt, tijdens een vakantie, met medische klachten zou moeten melden in een buitenlands ziekenhuis, dat na het openen van mijn ‘mijngezondheid’ app in een oogopslag voor de behandelend arts mijn medische status duidelijk is. Door dit direct toegankelijke persoonlijke overzicht en een kleine interventie zit ik dan ‘s middags weer met een glas wijn op een zonnig terras, peinzend uitkijkend over een pleintje met een historisch postkantoor.

Veel leesplezier!

Roland van Esch

De Staat van Volks

Een aantal organisaties (onder andere Centraal Bureau voor de statistiek (CBS), Nederlands Instituut voor onderzoek in de gezondheidszorg (NIVEL), Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) en Zorginstituut Nederland (ZIN)) werken gezamenlijk aan heldere, eenduidige kerncijfers over de volksgezondheid en zorg in Nederland. De Staat van Volksgezondheid en Zorg beschrijft de stand van zaken op de verschillende beleidsterreinen van het ministerie van VWS. Het belangrijkste doel van de Staat van Volksgezondheid en Zorg is actuele en eenduidige kerncijfers te presenteren waarmee het beleid van VWS kan worden gevolgd en verantwoord.

Levensverwachting bij geboorte tussen 2004 en 2014 gestegen

De levensverwachting bij geboorte is tussen 2004 en 2014 zowel bij mannen als bij vrouwen gestegen. Bij mannen van 76,9 tot 79,9 jaar en bij vrouwen van 81,4 tot 83,3 jaar. De levensverwachting van Nederlandse mannen behoort tot de hoogste van de landen in de Europese Unie (EU). Hoewel Nederlandse vrouwen gemiddeld ruim 3 jaar ouder worden dan mannen, is hun levensverwachting gemiddeld vergeleken met andere EU-landen.

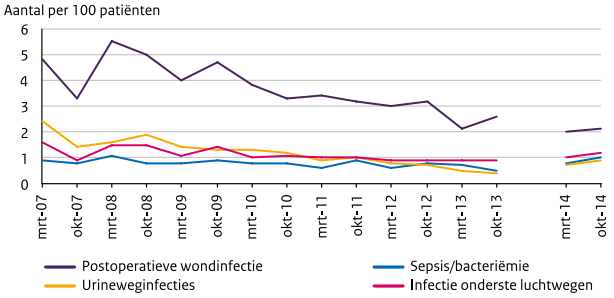
gezondheid en Zorg: kerncijfers voor beleid

De levensverwachting in goed ervaren gezondheid steeg tussen 2004 en 2014. In deze periode is de levensverwachting in goed ervaren gezondheid toegenomen van 62,6 tot 64,9 jaar voor mannen en van 62,0 tot 64,0 jaar voor vrouwen.

Prevalentie van zorginfecties in ziekenhuizen tussen 2007 en 2013 afgenomen

In de periode maart 2007 tot oktober 2013 is het aantal zorginfecties in ziekenhuizen gedaald, van 7,8 naar 3,1 per 100 opgenomen patiënten (prevalentie). Door een verandering in de registratie lag dit aantal met 5,5 zorginfecties per 100 opgenomen patiënten in 2014 op een hoger niveau. Van de verschillende typen zorginfecties komen postoperatieve wondinfecties en infecties van de onderste luchtwegen het meeste voor. In 2014 werden 2,0 postoperatieve wondinfecties en 1,1 infecties van de onderste luchtwegen per 100 opgenomen patiënten vastgesteld.

Trend in puntprevalentie van zorginfecties in ziekenhuizen, 2007-2014[1]
(Bron: PREZIES, 2015).



[1] *Door een wijziging in registratie kunnen cijfers van vóór en vanaf 2014 niet met elkaar vergeleken worden.*

Nieuwvormingen meest voorkomende doodsoorzaak in 2014

In 2014 stierven in totaal 139.223 Nederlanders, van wie bijna een derde aan nieuwvormingen (kwaadaardige nieuwvormingen (kanker) en goedaardige nieuwvormingen) en ruim een kwart aan hart- en vaatziekten. De vergrijzing en bevolkingsgroei zijn van grote invloed op de trends in absolute aantallen sterfgevallen. Na correctie hiervoor daalt bij mannen de sterfte aan nieuwvormingen sinds 1980. Bij vrouwen daalt deze nauwelijks. De sterfte aan hart- en vaatziekten is, zowel voor mannen als voor vrouwen, sterk gedaald sinds 1980. In 2014 was 5% van de sterfgevallen het gevolg van een uitwendige oorzaak. Bij 59% van deze sterfgevallen kwam dit door een ongeval (zoals een val, verkeersongeval of verdrinking), bij 27% door zelfdoding, bij 2% door moord of doodslag en bij 12% van de gevallen door een andere of onbekende uitwendige oorzaak.

Aandeel verzekerden met polis met beperkende voorwaarden gestegen

In 2015 had in totaal 7,3% van de verzekerden (ruim 1,25 miljoen verzekerden) een polis die volgens de definitie van NZa een polis met beperkende voorwaarden was (in de volksmond een 'budgetpolis'). Het gaat om polissen met onder andere een relatief lage vergoeding bij het gebruik van niet-gecontracteerde zorg en/of minder keuze uit gecontracteerde zorgaanbieders. Dit aantal is toegenomen. In 2014 had 4,4% van de verzekerden een polis met beperkende voorwaarden.

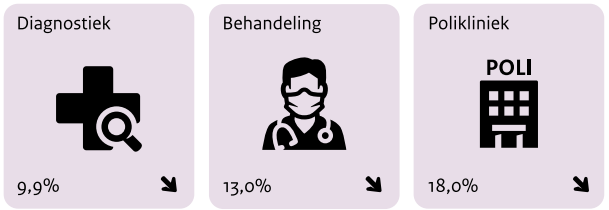
Eén op tien verzekerden kiest voor een vrijwillig eigen risico

In 2015 nam 11,2% van de verzekerden een vrijwillig eigen risico. Ongeveer 75% van die verzekerden had het maximale eigen risico van € 875,- (de som van € 375 verplicht,- en maximaal € 500,- vrijwillig eigen risico). Het aantal personen met een vrijwillig eigen risico is toegenomen. In 2013 had 6% van de verzekerden een vrijwillig eigen risico.

Wachttijden tussen 2010 en 2013 gedaald, tussen 2014 en 2015 gestabiliseerd

Na een daling tussen 2010 en 2013 zijn de wachttijden voor medische specialismen tussen 2014 en 2015 gestabiliseerd. Er bestaan normen voor wat beschouwd kan worden als een 'aanvaardbare wachttijd', de zogenoemde Treeknormen. De Treeknorm voor diagnostiek is 4 weken, voor behandeling 7 weken en voor poliklinische zorg 4 weken. Het percentage wachttijden boven de Treeknorm bedroeg in 2015 9,9% voor diagnostiek, 13,0% voor behandeling en 18,0% voor de polikliniek. In 2010 was 13,8% van de wachttijden voor diagnostiek, 19,4% van de wachttijden voor behandeling en 25,7% van de wachttijden voor de polikliniek langer dan de Treeknorm. Het betreft hier wachttijden in alle ziekenhuizen en een groot deel van de zelfstandige behandelcentra.

Percentage wachttijden ziekenhuiszorg langer dan de Treeknorm, in 2015 en trends sinds 2010
(Bron: Mediquest).



↘ *Daling sinds 2010*

Aandeel overstappers in 2015 gestegen

In 2015 wisselden 1,22 miljoen personen van zorgverzekeraar. Dat is 7,3% van alle verzekerden. Dit zijn er iets meer dan in 2014, toen 1,16 miljoen personen (6,9%) wisselden van zorgverzekeraar. Maar minder dan in 2013 toen 1,38 miljoen personen (8,3%) van zorgverzekeraar wisselde.

Vraag naar polissen in 2015 en trends sinds 2011
(Bron: NZa Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2015, op basis van cijfers VEKTIS).

↗ *Stijging sinds 2011*

Aanpak **versnelling** zorgcontractering

Om als verzekerde een goede keuze te kunnen maken voor een verzekeringspolis is het van belang dat op 19 november (bij de start van het overstapseizoen) duidelijk is welke zorgaanbieders de verzekeraars wel en niet hebben gecontracteerd. Afgelopen voorjaar hebben ziekenhuizen, verzekeraars en VWS afspraken gemaakt over versnelling en verbetering van de contractering.

Belemmeringen in de contractering in de afgelopen jaren betroffen de krappe tijdlijnen door late wijzigingen in de bekostigingsregels en het ontbreken van gedeelde uitgangspunten en ambities bij de contractpartijen zelf. Bij inventarisatie van de knelpunten in de contractering voor het jaar 2016 springen er twee specifieke knelpunten uit. Ten eerste zorgden de groeiende uitgaven aan dure geneesmiddelen ervoor dat de contractonderhandelingen onder druk kwamen te staan.

Ten tweede zijn zowel de zorgaanbieders als de zorgverzekeraars erg druk geweest met de administratieve verwerking van de invoering van de doorlooptijdverkorting van DBC's die per 1 januari 2015 is ingegaan. Een effect daarvan was dat het lang duurde voordat partijen overeenstemming bereikten over de tarieven voor 2015 waardoor er weinig historische data is opgebouwd waar de contractering voor 2016 op gebaseerd kon worden.

Om de contractering te versnellen hebben de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra (NFU), Zelfstandige Particuliere Klinieken Nederland (ZKN), Federatie Medisch Specialisten (FMS), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het ministerie van VWS en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een gezamenlijke set van afspraken gemaakt:

Rust in wet- en regelgeving

Om het contracteerproces goed te kunnen laten verlopen, is rust in de regelgeving een noodzakelijke voorwaarde. Voor een goed verloop van het contracteerproces zijn een tijdige helderheid over de randvoorwaarden waarbinnen onderhandeld moet worden en de beschikking over een stabiele data-set randvoorwaardelijk.

Tijdlijn contracteerproces aangescherpt

Formeel zijn er jaarlijks twee deadlines die direct van invloed zijn op de contractering. Verzekeraars dienen uiterlijk 1 april hun zorginkoopbeleid en de procedure voor de zorginkoop bekend te maken en uiterlijk 19 november dienen zij hun verzekerden te informeren over het gecontracteerde aanbod. Gedurende het onderhandelingsproces zijn er echter nog meer momenten die van invloed zijn op het contracteerproces. Dit betreft onder andere het vaststellen van het beschikbare macrokader Medische Specialistische Zorg en de vaststelling van prestaties en tarieven door NZa. Om het contracteerproces te versnellen zijn er extra deadlines vastgesteld en worden er voorstellen gedaan voor vervroegen van de bestaande deadlines.

Oprichting onafhankelijke geschillencommissie zorgcontractering

Brancheorganisaties hebben inmiddels een Onafhankelijke geschilleninstantie Zorgcontractering ingesteld. Deze instantie kan, als een laagdrempelige scheidsrechter, bijdragen aan het oplossen van een probleem tussen een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar. Als zorgverzekeraars en zorgaanbieders problemen ondervinden bij het sluiten of naleven van hun zorgcontract en er onderling niet uit komen, kan de geschilleninstantie uitkomst bieden. Dat kan via mediation, bindend advies of arbitrage. De uitvoering van de geschilleninstantie is ondergebracht bij het Nederlands Arbitrage Instituut.

Verbeteren van de bilaterale verhoudingen

De betrokken branches zijn in het verlengde van de gemaakte afspraken een gezamenlijk traject gestart om verbetering en versnelling (van het proces rond) de contractering te realiseren.

De samenwerking moet leiden tot meer begrip voor elkaars belangen en positie. Als aftrap van dit traject is een gezamenlijke knelpuntenanalyse gemaakt. Daarna zal gewerkt worden aan oplossingsvoorstellen. Vervolgens zal het project worden verbreed zodat alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars hiermee aan de slag kunnen gaan.

Communicatie over contractering richting patiënt/verzekerde en de media

De regelgeving schrijft voor dat op 19 november het voor aspirant-verzekerden helder en duidelijk moet zijn welke zorgaanbieders wel en niet gecontracteerd zijn. Partijen zullen zich maximaal inspannen om deze helderheid te bieden. In die gevallen waar de onderhandelingen nog niet zijn afgerond, wordt de verzekerde geïnformeerd over de gevolgen hiervan voor de vergoeding van de zorg in de betreffende instelling. Partijen hebben uitgesproken dat communicatie in de media over het verloop van het contracteerproces oplossingen vaak niet dichterbij brengt. Partijen zijn het er ook over eens dat verzekeraars primair de verantwoordelijkheid hebben verzekerden te informeren over het gecontracteerde aanbod en eventuele vergoedingsbeperkingen.

Bevorderen meerjarenafspraken

Uit een eerste analyse blijkt dat meerjarige contractering zowel voor zorgverzekeraars als zorgaanbieders meerwaarde heeft. Zo ontstaat er onder meer rust in de contracteercyclus waardoor ruimte vrijkomt voor strategische onderwerpen. Ondanks de ervaren wederzijdse voordelen komt meerjarige contractering nog maar langzaam op gang. Voor de bevordering van meerjarige afspraken zijn vorig jaar bepalingen opgenomen in de *Good Contracting Practices*. Daarnaast zullen goede voorbeelden van meerjarencontractering worden gedeeld en beziet VWS welke concrete acties het aanvullend kan nemen om belemmeringen voor meerjarencontractering weg te nemen (Brief VWS aan Tweede Kamer, 31 maart 2016.)

Verlaging integrale tarieven ziekenhuiszorg 2017

Ziekenhuizen zijn verplicht om jaarlijks kostprijzen aan te leveren aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor de vaststelling van de max/max-tarieven van het gereguleerde segment. Het gereguleerde segment beslaat een bedrag van ruim 4 miljard euro en betreft circa 1000 DBC-zorgproducten en ruim 900 overige producten.

In maart is het overleg opgestart tussen de branches en NZa over de kostprijzen 2014 die moeten leiden tot de tarieven voor 2017. Branches en wetenschappelijke verenigingen hebben op basis van hun analyses en bevindingen een aantal specifieke tariefkwesties aangekaart bij NZa zoals neonatologie, IC en infertiliteit. NZa heeft inmiddels de door de partijen ingebrachte kwesties in behandeling genomen en deels verwerkt.

De tarieven 2017 gaan ten opzichte van de tarieven 2016 per saldo fors omlaag. Op basis van de meest recente NZa-cijfers dalen de A-segmenttarieven in 2017 met een bedrag van 200 miljoen euro. Meer dan de helft van de tariefdaling wordt verklaard door dalende IC-tarieven. De huidige IC-tarieven betreffen oude (expert) tarieven die jaarlijks zijn geïndexeerd. Per 2017 worden de tarieven van de IC-prestaties gebaseerd op de door de ziekenhuizen aangeleverde kostprijzen dat tot lagere tarieven leidt. Naast een verlaging van de tarieven met 200 miljoen euro op basis van het kostprijstraject is er in 2017 tegelijkertijd sprake van een tweetal maatregelen die de tarieven 2017 verhogen ten opzichte van 2016. Hierdoor wordt de daling in de gereguleerde tarieven 2017 enigszins gemitigeerd. Per saldo worden de gereguleerde tarieven verlaagd met een bedrag van ongeveer 120 miljoen euro. Uiterlijk 1 juli aanstaande zullen de tarieven 2017 door de NZa worden vastgesteld en gepubliceerd (website NZa).

ACM spreekt zich uit over gezamenlijke inkoop van geneesmiddelen

De Autoriteit Consument & Markt (ACM) heeft recent een concept leidraad opgesteld om ziekenhuizen en zorgverzekeraars te informeren over de ruimte die de concurrentieregelgeving biedt voor gezamenlijke inkoop van geneesmiddelen. ACM heeft gesignaleerd dat inkopers soms terughoudend zijn om samen te werken, ook als dat in het belang van patiënten en verzekerden is.

Volgens de concept leidraad biedt de wet voldoende ruimte om met elkaar te zoeken naar mogelijkheden om het inkoopbeleid effectief vorm te geven en betere voorwaarden te bedingen. Om te kunnen toetsen of inkoopverbanden geen nadelige effecten hebben op de concurrentie zijn volgens de ACM drie voorwaarden van belang:

- de kosten van de gezamenlijke ingekochte geneesmiddelen maken een beperkt deel uit van de totale kosten (minder dan 15% van de omzet van ieder ziekenhuis)
- toetreding tot het inkoopverband is mogelijk op basis van vooraf kenbare, objectieve en non-discriminatoire criteria
- het inkoopverband legt de deelnemers geen onnodige juridische en feitelijke beperkingen op wat betreft contractuur, afnameverplichtingen en uittreding

Als aan deze drie voorwaarden is voldaan, is samenwerking volgens ACM in beginsel toegestaan. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen heeft inmiddels een speciale Taskforce dure geneesmiddelen opgericht om te bezien wat de mogelijkheden zijn voor ziekenhuizen om de inkoop door samenwerking te versterken (ACM, NVZ, 21 april 2016).

Spoedeisende hulp kan drukte niet meer aan

Patiënten worden steeds vaker geweigerd op de spoedeisende hulp van ziekenhuizen omdat het te druk is. De drukte komt vooral door ouderen voor wie verpleging en verzorging aan huis niet goed is geregeld. Daardoor komen ze sneller in het ziekenhuis terecht. Het aantal keren dat patiënten geweigerd moesten worden in Noord-Holland en Flevoland is sinds 2013 verdubbeld, met als uitschieter het laatste kwartaal van vorig jaar. Toen ging het alleen al in de regio Amsterdam om zeshonderd gevallen. Het komt zelfs voor dat alle ziekenhuizen in Amsterdam tegelijkertijd een stop voor de spoedeisende hulp of eerste harthulp afkondigen. Gemiddeld worden er in de hoofdstad per dag acht van deze stops afgekondigd. Zo'n stop kan een paar minuten duren, maar ook een paar uur. Een van de oorzaken van de drukte bij ziekenhuizen is dat gemeenten 'veel te weinig' thuiszorg hebben ingekocht. Hierdoor kan niet vroegtijdig eenvoudige medische hulp of verpleging worden geboden, waardoor de hulpvraag snel escaleert in een spoedzorgvraag en onvermijdelijk ziekenhuisbezoek (ANP, 23 mei 2016).

Focus op geneesmiddelen

De uitgaven voor de dure intramurale geneesmiddelen, add-on geneesmiddelen, zijn de afgelopen jaren gestegen tot 1,6 miljard euro. Partijen en VWS maken zich grote zorgen over deze ontwikkeling. In dit kader is vorig jaar een pakket maatregelen overeengekomen om de problemen met toegankelijkheid en betaalbaarheid van dure medicatie aan te pakken. Eén van de aandachtspunten betreft de zorgcontractering tussen ziekenhuizen en verzekeraars. In dit kader is door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) begin dit jaar een monitor uitgebracht die zicht biedt op de contracteringsafspraken.

Uit de NZa-monitor blijkt:

- Ziekenhuizen en verzekeraars besteden in hun contracten voor 2016 meer aandacht aan de problematiek van dure geneesmiddelen dan in 2015. Er worden betere contractafspraken gemaakt dan voorheen, waarbij verzekeraars meer risico dragen.
- Met een groot deel van de ziekenhuizen zijn afspraken gemaakt over het lokaal monitoren van de ontwikkelingen en evaluatie van de contractafspraken.
- Verzekeraars en ziekenhuizen zijn erin geslaagd lagere inkoopprijzen te bedingen voor die geneesmiddelen waarvan het patent is verlopen. Bovendien maken verzekeraars en ziekenhuizen werk van het versterken van hun inkooprol.
- NZa heeft ook onderzocht wat de ervaringen zijn met toegankelijkheid. Verzekeraars en ziekenhuizen geven hierover aan dat patiënten die dure geneesmiddelen nodig hebben, deze tot op heden ook krijgen (De Staat van Volksgezondheid en Zorg (Staatvenz.nl); NVZ, maart 2016; brief VWS aan Tweede Kamer, 17 maart 2016).

Alle UMC's aangesloten bij inkoopcoöperatie GDEKK

AMC, Erasmus MC, LUMC, Maastricht UMC+, Radboudumc, UMCG, UMC Utrecht en VUmc hebben zich aangesloten bij de Keulse inkoopcoöperatie Dienstleistungs- und Einkaufsgemeinschaft Kommunaler Krankenhäuser eG (GDEKK). Dat meldt de Nederlandse Federatie van Universitair Medisch Centra (NFU).

Volgens NFU biedt het lidmaatschap van GDEKK onder meer mogelijkheden gezamenlijk de prijzen van bijvoorbeeld medische hulpmiddelen structureel te verlagen. GDEKK is een van de vijf grootste Duitse inkoopcombinaties met ruim 70 Duitse zorginstellingen als lid en een gezamenlijk jaarlijks inkoopvolume van meer dan 1 miljard euro. GDEKK is een coöperatie zonder winstoogmerk waarbij het eigendom en toezicht bij de leden berust. In samenwerking met haar leden en gebruikers voert zij Europese aanbestedingsprocedures en onderhandelingen uit (Skipr, 6 mei 2016).

Inspectie ontvangt 41 meldingen van zwijgcontracten

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft 41 meldingen ontvangen over zwijgcontracten in de zorg. Deze meldingen hebben betrekking op de

medisch specialistische zorg en ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, ouderenzorg en farmaceutische bedrijven. IGZ doet onderzoek naar zwijgcontracten in de zorg sinds minister Schippers in april mensen opriep het bestaan hiervan te melden bij de Inspectie. De aanleiding voor deze oproep was de dood van de 21-jarige tophockeyer Rogier Mooij in het Tergooi in Hilversum. Het ziekenhuis maakte fouten en sloot vervolgens een contract met de moeder van de hockeyer waarin staat dat ze niet mag praten met de media.

Ook moest zij afzien van het indienen van een klacht bij de tuchtrechter en haar aangifte bij de politie intrekken. IGZ spreekt van een ongewenste inhoud als bijvoorbeeld één of meerdere van de volgende punten zijn opgenomen: verplicht zwijgen, afzien van een gang naar de tuchtrechter, afzien van aangifte bij politie of openbaar ministerie om strafrechtelijke vervolging te ontlopen of afzien van melden bij de Inspectie. De Inspectie wil met een breed onderzoek in kaart brengen wat voor soort vaststellingsovereenkomsten er worden gesloten, waar in de zorgsector dit speelt en om welke redenen het wordt gedaan. Daarnaast onderzoekt IGZ of de zwijgcontracten gaan over een mogelijke niet-gemelde calamiteit (Skipr, 25 mei 2016).

Ziekenhuizen doen niet genoeg aan infectiepreventie

Ziekenhuizen doen niet genoeg om zorginfecties te voorkomen. Van de 25 locaties die de Gezondheidszorg (IGZ) heeft bezocht in 2015, bieden slechts drie voldoende veilige zorg op het gebied van het voorkómen van infecties. De reiniging en desinfectie zijn een punt van zorg en de isolatiekamers in de ziekenhuizen zijn technisch niet goed.
IGZ deed in 2013 al onderzoek naar het voorkómen van zorginfecties. Ziekenhuizen hebben sinds die tijd wel veel verbeterd, maar nog niet voldoende. Volgens de Inspectie volgen de medewerkers in de bezochte ziekenhuizen de regels voor persoonlijke hygiëne beter dan in 2013. De Inspectie wijst erop dat sommige andere zaken dringend moeten verbeteren, zoals het niet goed gebruiken van niet-steriele handschoenen. De reiniging en desinfectie zijn een voortdurende bron van zorg. Verantwoordelijkheden zijn niet goed belegd, de schoonmaak wordt niet goed uitgevoerd, en er is onvoldoende controle op. IGZ wijst erop dat de raden van bestuur wettelijk eindverantwoordelijk zijn voor het leveren van goede zorg in ziekenhuizen.

Naast de reiniging en desinfectie zijn de technische voorzieningen in isolatiekamers ook niet op orde, waardoor het juiste, veilige gebruik van de sluiskamers niet mogelijk is. Bovendien oefent zorgpersoneel niet met de isolatieprocedures en is er weinig nascholing op dit specifieke gebied. Verder noemt IGZ de risico-inventarisatie bij patiënten aan de poort voor bijzonder resistente micro-organismen 'onder de maat'.

De Inspectie legt waar nodig maatregelen op. Bij een gering aantal zaken die onvoldoende scoren moet het ziekenhuis maatregelen nemen en met het verslag van een eigen audit aantonen dat daarmee de zorg op voldoende niveau is gebracht. Bij grote tekortkomingen op een specifiek onderwerp, of als er onvolkomenheden zijn geconstateerd op meerdere onderwerpen, bezoekt IGZ het ziekenhuis opnieuw (IGZ, Skipr, 19 mei 2016).

Instrumenten kijkoperatie niet goed schoongemaakt

Uit onderzoek van het Erasmus MC in Rotterdam komt naar voren dat de scopen die voor kijkoperaties worden gebruikt vaak niet helemaal schoon zijn. Een op de vijf medische instrumenten die in Nederlandse ziekenhuizen worden gebruikt in de slokdarm bevat nog bacteriën van een vorige ingreep. Om de risico's te verkleinen, zijn de reinigingsprocedures intussen aangescherpt. De manier waarop de endoscopen zijn ontworpen, maakt reiniging lastig.

Fabrikanten van de scopen zijn door de Amerikaanse gezondheidsautoriteiten gedwongen de apparaten op een aantal punten aan te passen. Daarvoor zijn ook al terugroepacties gestart. Het risico op infecties is wel kleiner dan bij klassieke operaties met grote snijwonden, maar het blijft mogelijk. In het Erasmus MC, maar ook in ziekenhuizen in de Verenigde Staten en Duitsland, hebben besmettingen via scopen geleid tot uitbraken van bacteriën met een hoge antibioticaresistentie (Skipr, 12 april 2016).

Verpleegkundig specialist kan drukke ambulance ontlasten

Zorgverleners in Zuid-Holland Zuid zijn voorzichtig positief over de mogelijke inzet van een verpleegkundig specialist als alternatief voor de inzet van de overbelaste ambulancedienst. Dit blijkt uit onderzoek van Nederlands Instituut voor onderzoek in de gezondheidszorg (NIVEL). In de regio Zuid-Holland Zuid was tussen 2012 en 2015 een sterke toename te zien van het aantal ambulanceritten. Het ging daarbij vooral om ambulanceritten die werden aangevraagd via de huisartsenpost. Deze regionale ontwikkeling correspondeert met de landelijke toename van het aantal mensen dat contact heeft met de huisartsenpost voor hoog-urgente gezondheidsklachten.
De toename kan worden toegeschreven aan twee mogelijke oorzaken: een werkelijke toename van het aantal hoog-urgente gevallen, of een verandering in de inschatting van de urgentie. Over de inzet van een verpleegkundig specialist acute zorg is de meerderheid van de zorgverleners voorzichtig positief. Ambulanceverpleegkundigen zijn positiever dan huisartsen. Toch denkt ook ruim de helft van de huisartsen dat met de inzet van de verpleegkundig specialist acute zorg de beschikbaarheid van de reguliere ambulance verbetert (Skipr, 18 mei 2016).

Expertisecentra bundelen krachten voor zeldzame aandoeningen

Erkende Europese expertisecentra kunnen zich aanmelden voor deelname aan de oprichting van Europese referentienetwerken (ERN's) voor zeldzame aandoeningen. Dit meldt de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). Krachtenbundeling op Europees niveau is voor zeldzame aandoeningen essentieel, omdat er dan gegevens over grotere aantallen patiënten verzameld kunnen worden. In Nederland zijn bijna driehonderd expertisecentra in UMC's en een aantal grote algemene- en categorale ziekenhuizen, die zich bezighouden met zeldzame aandoeningen. Deze expertisecentra verlenen zorg, ondersteunen andere zorgprofessionals rond de patiënt en verrichten onderzoek om de zorg voor mensen met zeldzame ziekten verder te verbeteren. De vorming van netwerken voor deze aandoeningen is volgens NFU nodig om kennis te delen en therapieën te kunnen ontwikkelen voor deze vaak onbehandelbare aandoeningen. In Nederland hebben 1 miljoen kinderen en volwassenen een zeldzame aandoening (Skipr, 15 maart 2016).

Particuliere klinieken moeten nog veel verbeteren

Hoewel het op veel onderdelen goed gaat met de kwaliteit van zorg in particuliere klinieken, zijn er nog veel verbeteringen nodig. Om de veiligheid en kwaliteit te verbeteren moeten de particuliere klinieken de risico's scherper in beeld krijgen. Dit stelt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in het rapport Toezicht particuliere klinieken 2014: de schouders eronder!.

De Inspectie bezocht 21 klinieken. Bij achttien daarvan werden 106 verbetermaatregelen opgelegd, variërend van twee tot negen per kliniek, waaronder kwaliteitsbeleid professionals, medicatieveiligheid, infectiepreventie en medische apparatuur. Bij drie klinieken werden geen tekortkomingen vastgesteld. Daarnaast is in dertien klinieken het operatief proces door IGZ uitdrukkelijk getoetst op ondermeer infectiepreventie, medicatieveiligheid, stopmomenten als de time-out, patiëntenidentificatie, juiste klasse van de operatiekamer. Klinieken kregen de kans zelf zaken op orde te brengen. Bij twee klinieken waren de tekortkomingen ernstig en was de kwaliteit en veiligheid van zorg dermate risicovol dat verscherpt toezicht werd ingesteld.

Ook in 2016 wordt transparant toezicht op de particuliere klinieken gehouden door onaangekondigde inspecties. In 2016 gaat de Inspectie verder in met het gesprek met bestuurders, koepels, wetenschappelijke verenigingen, zorgverleners en patiënten (IGZ, 18 maart 2016).

Voeding in ziekenhuizen

Uit onderzoek van de Stuurgroep Ondervoeding naar voedingsconcepten in de Nederlandse ziekenhuizen blijkt dat goede voeding voor ziekenhuizen een belangrijk onderwerp is. Het onderzoek werd uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS; de response van de ziekenhuizen was 96%.

De Stuurgroep concludeert het volgende:

- Er is een aangepast voedingsaanbod voor speciale doelgroepen zoals kinderen, ouderen en oncologische patiënten.
- Bij de meeste ziekenhuizen is de warme maaltijd verplaatst naar het einde van de middag en kan de patiënt bij de broodmaaltijd ter plekke kiezen wat er gegeten wordt.
- Het bestellen is makkelijker, sneller en moderner door gebruik te maken van apps op een tablet of smartphone.
- Er wordt regelmatig onderzoek gedaan naar de tevredenheid van de patiënt over het eten.
- De patiënt krijgt bij sommige ziekenhuizen een onbeperkt aantal eetmomenten en veel verschillende menu-opties aangeboden.
- Er is aandacht voor ondervoeding en voor de voedingswaarde van tussendoortjes en maaltijden.

De Stuurgroep ziet ook ruimte voor verbetering. Zo moeten ziekenhuizen de voedingsinname van patiënten beter meten, het voedingsaanbod aantrekkelijker maken en de kennis van voedingsassistenten binnen het ziekenhuis meer benutten (Nieuwsbericht ministerie VWS, 23 mei 2016).

NZa: Geef ziekenhuizen en specialisten tijd om samenwerking verder vorm te geven

Ziekenhuizen en medisch specialisten hebben tijd nodig om hun onderlinge samenwerking verder vorm te geven. Dit is de belangrijkste conclusie uit de NZa-monitor Integrale bekostiging medisch specialistische zorg 2015. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) adviseert de minister van VWS dan ook om voorlopig geen nieuwe regels op te stellen.

Op de rekening van het ziekenhuis staat sinds 2015 één (en dus integraal) tarief voor medisch specialistische zorg. Hierin zitten zowel de kosten van het ziekenhuis als een vergoeding voor de behandelaar. Dit kon fiscale gevolgen hebben voor ziekenhuis en vrijgevestigde medisch specialisten. Daarom gingen zij op zoek naar organisatiestructuren waarbij de vrijgevestigde specialisten fiscaal gezien ondernemer konden blijven. Het NZa-onderzoek laat zien dat de meeste vrijgevestigde medisch specialisten ervoor hebben gekozen om gezamenlijk een medisch specialistisch bedrijf (MSB) op te richten binnen het ziekenhuis. Ziekenhuisbesturen maken samenwerkingsafspraken met deze MSB's. In eerste instantie was er vooral aandacht voor de fiscale en financiële aspecten van de onderlinge samenwerking. Nu maken de besturen van het ziekenhuis en het MSB steeds vaker afspraken over inhoudelijke zaken, als kwaliteit, veiligheid, taken en verantwoordelijkheden. Uit het NZa-onderzoek blijkt dat de relatie tussen ziekenhuisbesturen en MSB's over het algemeen goed is. Deze verstandhouding en onderlinge vertrouwensrelatie is voor de interne ziekenhuisorganisatie minstens zo belangrijk als het gekozen organisatiemodel en de samenwerkingsafspraken. NZa vindt het daarom belangrijk dat partijen in deze goede relatie blijven investeren. Verder onderzocht NZa of MSB's ook negatieve effecten met zich meebrengen, zoals

concurrentie tussen het ziekenhuis en het MSB. NZa heeft hier geen bewijs of aanwijzingen voor gevonden. Wel ziet NZa in diverse ziekenhuizen positieve gevolgen van de nieuwe organisatiemodellen: zo overleggen verschillende medisch specialisten meer met elkaar en zijn specialisten intensiever betrokken bij het ziekenhuisbeleid. Enkele aanbevelingen van NZa zijn: vorm als medisch specialisten gezamenlijk één aanspreekpunt voor het ziekenhuisbestuur en wees als MSB transparant over de bedrijfsvoering. Hoewel de formele invloed van de raad van toezicht op het MSB beperkt is, adviseert NZa hen om het functioneren van het ziekenhuis én het MSB intensief te volgen (NZa, 9 maart 2016).

Medisch specialisten in actie voor pensioen

De Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) en de Federatie Medisch Specialisten (FMS) hebben maandenlang onderhandeld met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) over compensatie van de pensioenaftopping. NVZ heeft aangegeven niet verder te willen gaan dan 53% compensatie. LAD en FMS achten dit onvoldoende en inmiddels zijn partijen in een impasse beland.
In een aantal ziekenhuizen (zie ook Pensioenopgroen.nl) wordt de pensioenaftopping inmiddels volledig gecompenseerd door de raad van bestuur. In vier ziekenhuizen hebben medisch specialisten in dienstverband in het kader van het pensioenaftoppingsconflict hun deelname aan managementoverleggen, opleidingscommissies, accreditatie- en visitatiecommissies gestaakt (FMS, 24 mei 2016).

Medisch leiderschap verdient een belangrijke rol in de basisopleiding

Medisch leiderschap moet worden gezien als onderdeel van het werk van alle artsen en moet om die reden in de basisopleiding geneeskunde worden opgenomen. Hiervoor pleit de werkgroep Studenten van het Platform Medisch Leiderschap (SPML).
De werkgroep SPML bestaat onder andere uit vertegenwoordigers van De Geneeskundestudent, het Landelijk Overleg Coassistenten (LOCA), The International Federation of Medical Students Associations (IFMSA-NL) en het Landelijk Medisch Studenten Overleg (LMSO). De werkgroep SPML breekt een lans voor medisch leiderschap in een visiedocument. Idee is dat tijdens de opleiding geneeskunde al een brede basis wordt gelegd wordt voor leiderschapsvaardigheden. Hierbij gaat het om de vaardigheden die nodig zijn om verantwoordelijkheid te kunnen nemen voor de kwaliteit van zorg voor patiënten, zoals feedback geven en nemen, samenwerken, timemanagement en een transparante houding. Ook in de medische vervolgopleiding wordt er momenteel hard gewerkt aan implementatie van medisch leiderschap. Het is essentieel dat de basisopleiding geneeskunde hier goed op aansluit. Met deze insteek is de werkgroep SPML het afgelopen jaar dan ook vol enthousiasme aan de slag gegaan met het uitwerken van hun visie op de rol van medisch leiderschap in de basisopleiding geneeskunde. Het eindproduct is een helder visiedocument dat herkenbare praktijksituaties, voorbeelden uit binnen- en buitenland en suggesties voor onderwijselementen bevat (KNMG, Skipr, 24 mei 2016).

Eén op acht specialisten heeft burn-outklachten

Ongeveer één op de acht medisch specialisten in Nederland heeft last van burn-outklachten en een verhoogd risico op een burn-out. Erik Drenth, Universiteit Twente, deed onderzoek naar de gevolgen voor de patiëntveiligheid. Bij aios (artsen in opleiding tot specialist) komen burn-outklachten zelfs nog meer voor. Concreet betekent het dat bij een gemiddeld ziekenhuis ongeveer 25 medisch specialisten last hebben van burn-outklachten. Bij burn-out is sprake van extreme uitputting, cynisme en afstand nemen tot het werk en verminderde persoonlijke bekwaamheid. Uit internationale wetenschappelijke onderzoeken blijkt dat burn-out bij (jonge) medisch specialisten en een verhoogd risico op het gebied van de patiëntveiligheid hand in hand gaan. Met andere woorden: artsen met burn-outklachten hebben een grotere kans om onbedoelde medische fouten te maken.

Uit het onderzoek van Drenth blijkt dat ziekenhuizen niet over beleid beschikken dat expliciet bedoeld is om burn-outrisico onder medisch specialisten te ondervangen. Er is weliswaar beleid op aangrenzende gebieden, bijvoorbeeld voor het functioneren van medisch specialisten, leiderschap, het verbeteren van de aanspreekcultuur, de inzetbaarheid en vitaliteit van medewerkers, en er is uiteraard het overkoepelende kwaliteit- en veiligheidsbeleid. Maar de risicoparagraaf van een willekeurig ziekenhuis gaat vooral over de risico's van voorgenomen fusies, de implementatie van een nieuw elektronisch patiëntendossier, contracten met de zorgverzekeraar en de veranderingen in de zorgsector als gevolg van de vele politieke ontwikkelingen.
De arbeidscultuur in het ziekenhuis is een risicofactor voor burn-out. Binnen de werkomgeving in het ziekenhuis signaleren verpleegkundigen en assistenten als eerste mogelijke burn-outklachten bij jonge medisch specialisten, maar zij kunnen of durven hier geen actie op te ondernemen. Deze groep weet door het ontbreken van beleid niet hoe te handelen. Daarnaast vormt het verschil in positie, hiërarchie en status tussen artsen en niet-artsen vaak een te hoge drempel om als verpleegkundige of assistent feedback op mogelijke burn-outklachten te geven (Skipr, 28 april 2016).

OESO telt recordaantal medische professionals

Met 3,6 miljoen artsen en 10,8 miljoen verpleegkundigen zijn er wereldwijd nog nooit zoveel medische professionals geweest. Dat meldt het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde naar aanleiding van een telling van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO). In 2000 telde de OESO er nog respectievelijk 2,9 en 8,3 miljoen.

Volgens de OESO is de groei met name te danken aan een grotere instroom van studenten. Ook migratie van dokters en verpleegkundigen draagt bij. Momenteel heeft circa 17% van de artsen en 6% van de verpleegkundigen hun opleiding in het buitenland gehad. De cijfers laten volgens de OESO zien dat de meeste landen ingespeeld hebben op de vergrijzing door meer studenten op te leiden. Wel moeten landen toewerken naar een juiste mix van zorgpersoneel: het totale aantal artsen stijgt, maar het percentage huisartsen daalt. Gemiddeld is slechts één op de drie dokters generalist. De OESO hamert ook op vaardigheden, nascholing en herregistratie, en vindt dat landen ervoor moeten zorgen dat iedereen toegang heeft tot zorg. Landen zouden hun dokters gelijkmatig moeten verdelen over het land en in landelijke gebieden zo nodig gebruik maken van telegeneeskunde. In 2013 had Griekenland de meeste dokters (6,3 per 1000 inwoners), gevolgd door Oostenrijk (5,0). In Turkije en Chili werkte het kleinste aantal artsen: iets minder dan 2 per 1000 inwoners. In Nederland steeg het aantal artsen van 2,4 in 2000 naar 3,3 per 1000 inwoners in 2013 (Skipr, 22 april 2016).

Capaciteitsorgaan adviseert lagere instroom aios

De zorgvraag zal in Nederland de komende jaren naar verwachting afnemen. De Stichting Capaciteitsorgaan voor medische en tandheelkundige vervolgopleidingen adviseert het ministerie van VWS daarom om jaarlijks 15% minder studenten toe te laten tot de verschillende opleidingen tot medisch specialist. In eerste instantie zal dit leiden tot een daling van het totaal aantal artsen in opleiding tot specialist. Vanaf 2017 zal dit in zes jaar geleidelijk gaan dalen. De eerste effecten op de daadwerkelijke instroom in het specialisme of het profiel worden dan verwacht tussen 2021 en 2023 (Skipr, 2 mei 2016).

Medisch specialisten zijn best verdienende zzp'ers

Zelfstandigen zonder personeel (zzp'ers) die in een praktijk van medisch specialisten werken verdienen het meest. Ze laten de zzp'ers die elders werkzaam zijn ver achter zich, zo blijkt uit cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Het CBS heeft gekeken naar het doorsnee ondernemersinkomen. Voor zzp'ers die werkzaam zijn in een in praktijk van medisch specialisten kwam het ondernemersinkomen in 2014 uit op € 150.000,-. Ook andere bedrijfstakken in de gezondheidszorg staan hoog in de top tien van doorsnee ondernemersinkomen, zoals apotheken en tandarts- en huisartspraktijken (Skipr, 1 april 2016).

Medische WhatsApp

De Autoriteit Persoonsgegevens oordeelde eerder dit jaar dat artsen niet meer mogen whatsappen over patiënten. Sindsdien komen steeds meer ondernemers met 'veiligere' alternatieven. Zo presenteert MDLinking een nieuwe app specifiek voor medici, de enige waarmee doktoren wereldwijd via een beveiligde verbinding kennis met elkaar kunnen delen. De toepassing werd ontwikkeld door een internationale groep artsen, onder aanvoering van de Nederlandse chirurgen Hans Flu en Gijs van Acker. Volgens het bedrijf worden artsen en andere zorgverleners die de app downloaden, eerst grondig gecheckt om er zeker van te zijn dat de gebruiker een zorgverlener is. Daarna kan hij of zij een uitgebreid medisch profiel aanmaken en wereldwijd kennisnetwerken binnen het eigen vakgebied opbouwen.

Eerder kwamen al andere extra beveiligde apps voor de zorg beschikbaar, zoals Kanta Messenger en Siilo. Inmiddels heeft WhatsApp zijn berichtendienst beter beveiligd door conversaties te versleutelen met een zogeheten 'end-to-end encryptie'. Daarmee is volgens de Autoriteit Persoonsgegevens een belangrijke hobbel weggenomen voor artsen om medische gegevens te mogen versturen. Maar zij moeten van de privacywaakhond nog wel een overeenkomst sluiten met WhatsApp, waarin garanties worden gegeven dat de gegevens niet voor andere doeleinden worden gebruikt. Hoe een arts zo'n afspraak in de praktijk kan maken met het Amerikaanse bedrijf kon een woordvoerster van de toezichthouder niet zeggen (ANP, 23 mei 2016).

Meer openheid over incidenten en calamiteiten

Een ziekenhuis is wettelijk verplicht elke calamiteit te melden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Hoe een melding moet worden gedaan staat sinds de invoering van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) in het Uitvoeringsbesluit Wkkgz, voorheen in de Leidraad Meldingen van IGZ. Het doel van een melding is niet primair om een individuele beroepsbeoefenaar daarop aan te spreken, maar om kwaliteitssystemen die niet goed functioneren op te sporen teneinde die te kunnen verbeteren. Recent is de discussie over calamiteiten fors opgelaaid naar aanleiding van enkele ernstige calamiteiten die niet gemeld waren bij IGZ.

Een incident is een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces, die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of nog kan leiden (zoals verkeerde medicijn of uit bed vallen).
Een calamiteit is een niet beoogde of onverwachte gebeurtenis in de zorg die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en heeft geleid tot de dood of tot ernstige schadelijke gevolgen voor de patiënt. Artsenfederatie KNMG vindt openheid over fouten, incidenten en calamiteiten jegens de patiënt en anderen een groot goed. Openheid draagt bij aan veilige zorg en aan het (herstel van) vertrouwen tussen arts en patiënt. Voor de verbetering van kwaliteit en veiligheid van de zorg, moet een incident en calamiteit binnen een instelling worden gemeld volgens de veilig melden procedures van de zorginstelling. Daarnaast is in het Kwaliteitskader medische zorg Staan voor kwaliteit van KNMG vastgelegd dat artsen calamiteiten, evenals omstandigheden die tot een calamiteit kunnen leiden, onverwijld melden aan het bestuur van de instelling.

De ziekenhuizen hebben het afgelopen jaar ruim 900 calamiteiten gemeld bij IGZ. In 2009 bijvoorbeeld, werden er maar 243 calamiteiten gemeld bij IGZ. IGZ juicht de openheid van de ziekenhuizen toe. Het delen van ervaringen en uitkomsten van calamiteitenonderzoeken is tot nu toe nog geen gemeengoed. Meerdere partijen pleiten hier inmiddels wel voor, zodat men kan leren van elkaars

ervaringen. De Federatie Medisch Specialisten (FMS) ondersteunt het delen van calamiteitenrapportages of samenvattingen daarvan, dan wel door ziekenhuizen zelf, dan wel via IGZ. Vuistregel is wat FMS betreft dat elke medisch specialist verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de door hem of haar geleverde patiëntenzorg. Daarom moeten artsen calamiteiten, complicaties en incidenten altijd melden bij degene die daarvoor binnen de zorginstelling is aangewezen. De zorginstelling is vervolgens verantwoordelijk voor een melding van een calamiteit bij de Inspectie. FMS constateert echter tegelijkertijd dat er onder medisch specialisten veel onduidelijkheid bestaat over wanneer een onbedoelde gebeurtenis als calamiteit moet worden aangemerkt. Daarom heeft de FMS een FAQ Melden van incidenten, complicaties en calamiteiten opgesteld. De FAQ biedt medisch specialisten houvast als zij met een onbedoelde gebeurtenis of uitkomst van zorg worden geconfronteerd. De verschillende definities, zoals die momenteel in gebruik zijn, worden in de FAQ toegelicht, evenals de verantwoordelijkheden binnen de instellingen. Ook wordt een model van te nemen stappen en acties gepresenteerd. Minister Schippers pleitte eind mei in een uitzending van actualiteitenrubriek Zembla voor een scherpere omschrijving van het begrip calamiteit. IGZ moet van de minister dit najaar een nieuwe definitie van het begrip vaststellen (Skipr, 2 juni 2016; KNMG, FMS, NOS, 24 april 2016).

Meer en heldere informatie voor de patiënt over kwaliteit van de zorg

Door de gezamenlijke inzet van veel partijen in de zorg is de positie van de patiënt het afgelopen jaar aanzienlijk versterkt. Patiënten krijgen nu meer heldere informatie voor, tijdens en na de behandeling, en in de spreekkamer beslist de patiënt steeds vaker mee over zijn behandeling.

Zo is onder andere de informatie op Thuisarts.nl, Kiesbeter.nl en Zorgkaartnederland.nl sterk uitgebreid, aan elkaar gekoppeld en beter vindbaar gemaakt. Patiënten kunnen gebruik maken van verschillende keuzehulpen die helpen bij het kiezen van de beste zorg, er staat begrijpelijke informatie over tientallen aandoeningen online en er zijn ruim 200 medische richtlijnen ingeschreven en inzichtelijk in het register van het Kwaliteitsinstituut. Daarnaast publiceren zorgverzekeraars in november duidelijk bij welke zorginstellingen hun verzekerde met een specifieke polis het komende jaar terecht kan. Ook zijn er goede afspraken gemaakt over het terugdringen van de administratieve lasten voor zorgverleners. Permanente inzet van alle partijen blijft nodig om het inzicht in de kwaliteit en kosten van zorg te verbeteren. Daarvoor heeft minister Schippers ook de komende jaren 5 miljoen euro per jaar beschikbaar gesteld (Nieuwsbericht ministerie VWS, 22 april 2016).

Slim portaal versnelt kwaliteitsuitvraag ziekenhuizen

De ziekenhuizen hebben dit jaar meer dan 100.000 kwaliteitsindicatoren aangeleverd via één nieuw portaal, dat in opdracht van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra (NFU) is ontwikkeld. Hiermee is volgens NVZ een eerste stap gezet in het stroomlijnen van het jaarlijkse aanleverproces voor wettelijk verplichte kwaliteitsuitvragen voor ziekenhuizen. Jaarlijks registreren ziekenhuizen veel gegevens om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Ziekenhuizen hebben de afgelopen jaren veel problemen ondervonden bij het aanleveren van kwaliteitsgegevens aan de Transparantiekalender van het Zorginstituut. Een evaluatie van VWS bevestigt volgens NVZ dat er nog veel verbeterd kan worden in het aanleverproces.

NVZ en NFU hebben het heft in eigen handen genomen door digitale informatiespecialist DHD onder de naam OmniQ een aanleverportaal te laten ontwikkelen dat geschikt is voor de aanlevering van indicatoren uit meerdere kwaliteitsregistraties. Hiermee wordt het proces van invullen en accorderen van de kwaliteitsindicatoren eenvoudiger en hebben de ziekenhuizen een beter overzicht.

Dit jaar zijn de kwaliteitsregistraties voor orthopedische implantaten (LROI) en cysticfybrosis (NCFS) succesvol aangesloten op OmniQ. Deze indicatoren zijn automatisch ingelezen en zichtbaar gemaakt in OmniQ, zodat ziekenhuizen niet meer hoeven in te loggen bij meerdere portalen. NVZ en NFU streven er naar om deze ontwikkeling door te zetten en volgend jaar nog meer kwaliteitsregistraties aan te sluiten voor aanlevering aan Zorginstituut Nederland. OmniQ is 1 februari 2016 in gebruik genomen en wordt gebruikt door algemene ziekenhuizen en UMC's (114 instellingen). DHD heeft de gegevens van ziekenhuizen voor 1 mei aangeleverd bij het Zorginstituut. Mede dankzij OmniQ is het aantal ziekenhuizen dat volledig, tijdig en juist de kwaliteitsindicatoren heeft aangeleverd bij het Zorginstituut sterk verbeterd ten opzichte van vorig jaar (Skipr, 18 mei 2016).

Behandelresultaten borst- en darmkanker openbaar

Ziekenhuizen hebben hun Kwaliteitsvenster met behandelresultaten voor borst- en darmkanker openbaar gemaakt. Hiermee zetten de ziekenhuizen een nieuwe stap in het transparant maken van zorg. Het percentage achtergebleven kankerweefsel is een belangrijke graadmeter voor de kwaliteit van kankerbehandelingen. Artsen gebruiken deze percentages onderling om te vergelijken hoe ze het doen. Het Kwaliteitsvenster geeft op een patiëntvriendelijke wijze inzicht in de kwaliteit van zorg. Naast algemene informatie over wachttijden en patiëntervaringen worden behandelresultaten transparant gemaakt. Het eerste Kwaliteitsvenster werd in 2014 gelanceerd. Vanaf de lancering zijn de Kwaliteitsvensters zo'n kwart miljoen keer bekeken (FMS, 26 mei 2016).

België populair onder Nederlandse patiënten

Medisch toerisme blijkt populair in de Benelux. België is het land dat de meeste mensen trekt die zich daar laten behandelen en dat zijn hoofdzakelijk Nederlanders, blijkt uit een onderzoek van de Benelux Unie. Per jaar komen meer dan 55.700 Nederlanders naar België voor medische verzorging.

Ook laten relatief veel Nederlanders (ruim 26.000) zich behandelen in Duitsland, terwijl Belgen relatief vaak voor behandeling naar Frankrijk reizen. Volgens de onderzoekers kiezen patiënten voor een behandeling over de grens omdat de zorg daar sneller beschikbaar, dichterbij of minder duur is. En omdat mensen steeds vaker hun heil zoeken in het buurland, is het volgens de onderzoekers van belang dat de Beneluxlanden meer in die grensoverschrijdende zorg investeren (ANP, Skipr, 18 maart 2016).

Medische hulpmiddelen: **akkoord bereikt** over nieuwe Europese regels

De Raad van de Europese Unie en het Europees Parlement hebben een voorlopig akkoord bereikt over nieuwe regelgeving voor medische hulpmiddelen en in-vitro diagnostica. Het akkoord dient nog formeel goedgekeurd te worden door de Raad en het Europees Parlement. Doel van de nieuwe regels is: zorgen dat medische hulpmiddelen en in-vitro diagnostica veilig zijn en dat patiënten snel toegang hebben tot innovatieve hulpmiddelen. Medische hulpmiddelen en in-vitro diagnostica variëren van pleisters, kunstheupen en pacemakers tot laboratoriumtesten en zwangerschapstesten.
De nieuwe regels zullen de veiligheid van medische hulpmiddelen op twee manieren waarborgen: door strengere regels voor het op de markt brengen van hulpmiddelen en door verscherpt toezicht zodra de producten op de markt zijn. De eisen voor de aangewezen instanties die verantwoordelijk zijn voor de markttoelating worden veel strikter, evenals het toezicht daarop. Deze instanties moeten over voldoende gekwalificeerd en onafhankelijk personeel beschikken om de hulpmiddelen goed te kunnen beoordelen en ook om onaangekondigde inspecties te houden bij fabrikanten. Daarnaast zijn er duidelijke regels voor de fabrikanten om de kwaliteit, prestatie en veiligheid van hulpmiddelen te bewaken na de markttoelating. Dit is belangrijk om snel in te kunnen ingrijpen of de informatie te kunnen gebruiken voor productverbeteringen. Fabrikanten en andere marktpartijen krijgen ook andere duidelijke verantwoordelijkheden, bijvoorbeeld voor aansprakelijkheid, maar ook voor registratie van klachten over hulpmiddelen.

De nieuwe verordeningen stellen straks ook strengere eisen aan klinisch onderzoek en prestatie-studies, om de beschikbaarheid van betrouwbare klinische gegevens over medische hulpmiddelen en in-vitro diagnostica te vergroten. Daarnaast is er veel aandacht voor de bescherming van proef-personen die deelnemen aan een klinisch onderzoek. Voor bepaalde hoog-risico medische hulp-middelen, zoals implantaten en in-vitro diagnostica voor ernstige ziekten, kan, voordat de producten op de markt worden toegelaten, een extra controle door experts plaatsvinden. Panels van onafhanke-lijke experts en laboratoria zullen een belangrijke rol spelen in het toekomstige wetgevende systeem (Nieuwsbericht ministerie VWS, 25 mei 2016).

Korte berichten

Crowdfunding levert 50 duizend euro op voor hart- en vaatonderzoek

De eerste crowdfundingactie voor onderzoek naar hart- en vaatzieken heeft circa 50 duizend euro opgeleverd. De Hartstichting startte de actie in samenwerking met een aantal onderzoekers via Steunmijnonderzoek.hartstichting.nl. De Hartstichting verdubbelt het opgehaalde bedrag tot 100 duizend euro. Het geld wordt gebruikt voor onderzoek om het risico op hart- en vaatziekten te verkleinen. Na zorgvuldige selectie zijn twee projecten van start gegaan. Met het project 'Gezond ouder worden met jonge vaten' wil het Erasmus MC ontdekken hoe de veroudering van bloedvaten kan worden tegengegaan. Een onderzoeksteam aan het VUmc wil onderzoeken of aspirine het risico op een hart- of herseninfarct na een ernstige infectie kan verlagen (Skipr, 20 mei 2016).

Zeldzame vormen kanker niet echt zeldzaam

Een op de vijf kankerpatiënten heeft een zeldzame vorm van de ziekte. In Nederland gaat het om iets meer dan duizend nieuwe patiënten per jaar, in Europa om ruim een half miljoen mensen. Zeldzame vormen van kanker zijn dus, bij elkaar opgeteld, bepaald niet zeldzaam.
Volgens het Integraal Kankercentrum Nederland geeft nieuw onderzoek voor het eerst inzicht in de omvang van zeldzame vormen van kanker. Er zijn 260 vormen vastgesteld, waarvan niet minder dan 223 verschijningsvormen in ons land zeldzaam zijn. Internationale samenwerking blijft nodig om mensen met een zeldzame vorm van kanker betere zorg te kunnen bieden. Binnen Europa zijn er opmerkelijke verschillen: zo komt in Oost- en Zuid-Europa luchtpijpkanker tweemaal zo vaak voor als in de rest van Europa. In Ierland en Groot-Brittannië is het aantal patiënten met borstvlieskanker het hoogst en in Oost-Europa het laagst (ANP, 20 mei 2016).

Zorgkosten onder controle

De uitgaven aan de gezondheids- en welzijnszorg zijn in 2015 voor het derde jaar op rij minder hard gegroeid dan de Nederlandse economie. Dit is onder meer het gevolg van medicijnen die goedkoper konden worden ingekocht, waardoor dus ook minder geld nodig was voor het vergoeden van genees-middelen. Ook werd er minder uitgegeven aan huisartsen- en ziekenhuiszorg. Wel vielen de kosten in de langdurige zorg wat hoger uit (300 miljoen euro). Ook in 2013 en 2014 werd er minder geld uitgegeven dan er beschikbaar was. Opgeteld is er tussen 2013 en 2015 bijna 4 miljard euro minder uitgegeven. In 2012 gaf VWS nog 900 miljoen euro te veel uit, de jaren daarvoor ging het zelfs om 1,5 miljard euro of meer. Door een groot aantal veranderingen is onder het bewind van minister Edith Schippers (sinds 2010) structureel voor bijna 12 miljard euro omgebogen. De bewindsvrouw sloot akkoorden met onder meer specialisten, ziekenhuizen en geestelijke gezondheidszorg om de kosten in de hand te houden. Zonder die maatregelen zou de zorgpremie over 2016 circa 175 euro hoger zijn geweest, aldus VWS. In 2020 kan zorgpremie daardoor circa 225 euro goedkoper uitvallen, voor een gezin met twee volwassenen scheelt dat 450 euro (ANP, 18 mei 2016).

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.