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:

- **Rapport Kostenontwikkeling Ziekenhuiszorg**
- **Medisch specialisten gaan administratielast te lijf** • **E-health en digitalisering**
- **Nederlandse zorgstelsel blijft koploper in Europa** • **Geneesmiddelen** • **Korte berichten**

ZIMMER BIOMET
Your progress. Our promise.™

MAART 2018 JAARGANG 7 • NUMMER 1

(Af)Keurmerk

De zorg in Nederland drijft op een aantal pijlers: betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit. Een stevig fundament, zo blijkt: het Nederlandse zorgstelsel behoort, volgens de *Euro Health Consumer Index*, tot een van de betere zorgstelsels van de wereld.

Kranten staan er, in de opmaat naar de gemeenteraadsverkiezingen, vol mee, nieuwsprogramma's wijden er aandacht aan; kortom, het onderwerp 'zorg' staat weer centraal.

Maar staan deze pijlers juist nu niet teveel onder druk?
Er is een tekort aan personeel, voor nu en waarschijnlijk nog meer in de toekomst. Wat betekent dit voor de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg? En voor de kosten?

Een ander fenomeen is de enorme administratiedruk voor zorgverleners. Zij zijn gemiddeld 40% van hun tijd bezig met administratieve taken.

Het klinkt raar, maar volgens mij wordt dit veroorzaakt door een zucht naar meer kwaliteit of anders gezegd, het meten en vastleggen van kwaliteit. Het meten van kwaliteit, vastgelegd in 'keurmerken', is een belangrijke veroorzaker van de enorme administratieve druk in de zorg. Het staat dus eigenlijk de kwaliteit juist in de weg.

Hoezo keurmerken?
Kijk maar eens op websites zoals kiesbeter.nl. Daar komt u onder ander tegen: Baby Friendly (WHO/Unicef), CCAF-keurmerk, Certificaat Hepatitis Behandelcentrum, Erkenning instellingen voor pijngeneeskunde, Freya pluim, KNGF-standaarden Beweegprogramma's, NCFS-keurmerk, Neokeurmerk, Planetree label, Roze Lintje, Smiley, Bronzen, Zilveren en Gouden keurmerk, Spataderkeurmerk, TOPGGz keurmerk, Vaatkeurmerk, Waarborgzegel Fixatievrije zorginstelling, CCKL-accreditatie, CIIO-Maatstaf, Door Cliënten Bekeken, EARL-certificaat, EurSafety kwaliteits- en transparantiecertificaat, Gastvrijheidszorg met Sterren, HKZ-keurmerken, INK-onderscheiding, ISO 5189-accreditatie, JACIE-accreditatie, JCI-accreditatie, Keurmerk Pgb-bureaus, NIAZ-accreditatie, enzovoorts.

Waartoe dienen al deze keurmerken dan?
Een keurmerk geeft een kwaliteitsoordeel over een product of dienst. In Nederland hebben we een nationaal keurmerk. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd houdt toezicht op de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen.

Dat doet ze onder andere door:
- het (laten) ontwikkelen en beoordelen van kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuizen
- het analyseren van meldingen en calamiteiten
- onderzoek naar risicovolle thema's, zoals het operatieve proces

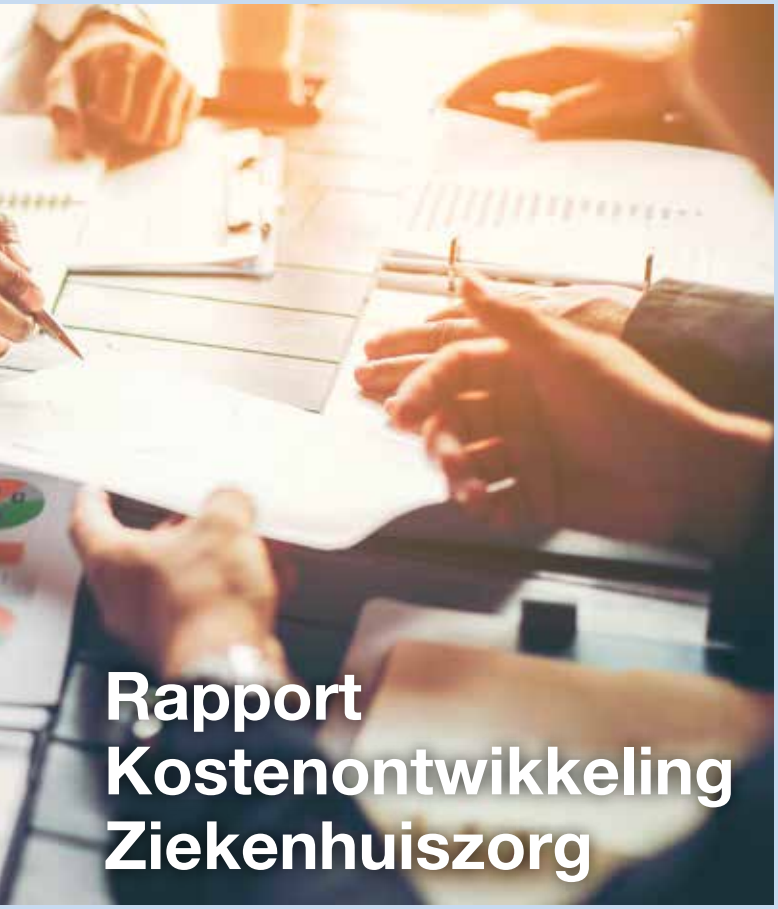
Dit en andere keurmerken, verlangen nogal iets van een ziekenhuis: rapportages, overzichten, vragenlijsten en daar zouden zorgprofessionals mee bezig moeten zijn. (Over overbodige administratiedruk gesproken.) En dan zijn er ook nog alle instanties, medewerkers en faciliteiten die hierachter zitten. Let wel, ook dit zijn (in)directe zorgkosten.

Zijn al deze keurmerken er vanwege het feit dat we (gereguleerde) marktwerking hebben in de zorg?
Dit alles suggereert dat we in de zorg, ondanks toezicht van IGJ, kwaliteit en goede zorg kunnen mislopen. Terwijl juist het omgekeerde waar kan zijn, ziekenhuizen met minder keurmerken zijn

mogelijk beter van kwaliteit omdat ze bezig zijn met waar ze mee bezig moeten zijn: aandacht en tijd besteden aan de patiënt! Deze keurmerkinstellingen verdienen het 'Afkeur Keurmerk voor keurmerken'!

Veel leesplezier!

Roland van Esch



Rapport Kostenontwikkeling Ziekenhuiszorg

Uit het rapport over de kostenontwikkeling van de ziekenhuiszorg in Nederland blijkt dat de omzet in 2016 is gegroeid, maar de groei is binnen de doelstellingen van het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord gebleven. Dit akkoord hebben de ziekenhuizen, verzekeraars en overheid met elkaar gesloten om de groei van de zorgkosten te beperken. Ook het aantal patiënten is in 2016 gegroeid.

Twee belangrijke factoren zijn van invloed zijn op de ontwikkeling van de omzet: de vergrijzing en de kosten van dure geneesmiddelen. De vergrijzing van de patiëntenpopulatie zette in 2016 door en is nog niet voorbij. Ongeveer 40% van de omzet is gerelateerd aan de zorg voor patiënten van 65 jaar en ouder. De kosten voor dure geneesmiddelen stegen in 2016 met 100 miljoen euro. Deze stijging werd met name veroorzaakt door een groei van het aantal patiënten met een duur geneesmiddel.

Van alle instellingen in de vier grootste zorgsectoren was 30% verliesgevend in 2016. Dat was 24% in 2015. De ziekenhuissector was de enige sector waar het percentage verliesgevende instellingen afnam. De verpleeghuis-, verzorgingshuis- en thuiszorgsector scoorde met 39% het hoogst als verliesgevende instelling.

Bij alle sectoren was het resultaat voor belastingen in 2016 lager dan in 2015, maar het resultaat liep per zorgsector sterk uiteen. Ziekenhuizen presteerden in absolute zin het best met een resultaat voor belastingen van 458 miljoen euro. Verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen leden in 2016 als enige sector verlies met een negatief resultaat voor belastingen van 65 miljoen euro. In verhouding tot de totale bedrijfsopbrengsten waren ziekenhuizen en de gehandicaptenzorg het meest winstgevend. Het resultaat voor belasting bedroeg daar 1,7% van de totale bedrijfsopbrengsten.

In alle vier zorgsectoren zijn de bedrijfskosten sterker gestegen dan de bedrijfsopbrengsten. Naast structurele cao-loonsverhogingen namen de personeelskosten toe als gevolg van een nieuwe cao-regeling voor de onregelmatigheidstoeslag. Deze regeling is met terugwerkende kracht ingevoerd vanaf 2012, waardoor in 2016 een extra kostenpost is ontstaan.

Het personeelsbestand is alleen in de gehandicaptenzorg toegenomen, met ruim tweeduizend voltijdbanen. In de andere drie sectoren daalde het aantal voltijdbanen. Het hoogste aantal, ruim zesduizend voltijdbanen, verdween in de verpleeghuis-, verzorgingshuis- en thuiszorgsector. Dat was een daling van 2,4% ten opzichte van 2015 (CBS, 29 januari 2018).

Hoofdlijnakkoorden 2019-2021 in de maak

De hoofdlijnakkoorden die VWS sluit met zorgaanbieders en zorgverzekeraars krijgen meer inhoud. Om te kunnen bepalen wat er allemaal moet worden vastgelegd in de hoofdlijnakkoorden wordt gebruik gemaakt van de input van de recent door VWS opgerichte Taskforce Zorg op de Juiste Plek (ZOJP). Met deze taskforce wil VWS een verschuiving van zorg 'aanjagen'. De taskforce levert begin april haar plannen op. In de akkoorden gaat het vanzelfsprekend ook over geld. Tijdens de kabinetsperiode zal een bedrag van 1,9 miljard euro omgebogen moeten worden. Er komen vijf hoofdlijnenakkoorden: voor de medisch-specialistische zorg, de huisartsenzorg, de paramedische zorg, de wijkverpleging en de geestelijke gezondheidszorg. De drie bewindslieden op VWS zullen samen de regie voeren en hopen de hoofdlijnenakkoorden voor de zomer te kunnen vaststellen.

De verschillende verzekeraars staan enigszins ambivalent tegenover het afsluiten van hoofdlijnakkoorden. Van VGZ mogen de hoofdlijnenakkoorden de krimpstrategie die VGZ met geallieerde ziekenhuizen volgt, niet in de weg staan. Die strategie zou in gevaar komen als er op het macrobudget groei wordt afgesproken. Een tweede belangrijke voorwaarde voor VGZ is dat de afspraken in de hoofdlijnenakkoorden niet te bindend zijn. VGZ wil ruimte houden om haar eigen kwaliteitsagenda door te voeren. Ook Multizorg VRZ voorzitter Ton van Houten geeft aan dat wat de kleine zorgverzekeraars betreft, de hoofdlijnakkoorden niet te inhoudelijk mogen zijn. Zij willen ruimte om regionaal passende afspraken te maken. Deze visie wordt gedeeld door Zilveren Kruis.

Overkoepelend stelt Zorgverzekeraars Nederland (ZN) dat hoofdlijnakkoorden alleen zinnig en waardevol zijn, als ze echt bijdragen aan het goed functioneren van het zorgstelsel. Niet het bestaande zorglandschap, maar het kunnen voldoen aan de toekomstige vraag op het gebied van zorg moet volgens ZN het uitgangspunt

zijn. Innovatie van het zorglandschap laat zich niet realiseren via hoofdlijnakkoorden, maar deze kunnen wel zorgen voor goede randvoorwaarden, aldus ZN. Het moet de rollen ondersteunen die de verschillende partijen in het zorgstelsel vervullen in het belang van de verzekerden. ZN geeft aan hierover in gesprek te zijn met partijen (Zorgvisie, 21 december 2017; ZN, 8 januari/9 maart 2018).

Resultaten substitutieafspraken 2018

De laatste decennia stijgen de zorgkosten sterk, onder andere door vergrijzing en toename van het aantal chronisch zieken. Sinds enkele jaren wordt ingezet op substitutie. De verschuiving van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn kan een belangrijke bijdrage leveren aan de betaalbaarheid van de gezondheidszorg. Bovendien biedt 'de juiste zorg op de juiste plek' meer mogelijkheden voor zorg op maat, dicht bij de patiënt. Op 19 november jl. heeft de Nederlandse Zorgautoriteit bij alle zorgverzekeraars geïnventariseerd welke afspraken er voor 2018 zijn gemaakt voor substitutie van zorg en tegen welk budget. In het Tussenakkoord 2018 is een bedrag van 75 miljoen euro in het budget van medisch-specialistische zorg gereserveerd voor substitutie van zorg. Voor 2018 zijn er in totaal 63 tripartiete afspraken gemaakt, waarbij zorg wordt verplaatst naar de eerste lijn. De verwachting is dat deze projecten de kosten in de ziekenhuizen met 11,9 miljoen euro kunnen verlagen.

Met deze resultaten wordt een bedrag van 6,7 miljoen euro overgeheveld van het tweedelijnskader naar het macrokader huisartsenzorg. Het resterende bedrag van ruim 68 miljoen euro blijft voor de medisch-specialistische zorg beschikbaar. Door de relatief korte periode om tot tripartiete afspraken te komen, is het aantal afspraken achtergebleven bij de verwachting. Het is echter volgens betrokken landelijk partijen een veelbelovende start van een positieve beweging naar een collectieve verantwoordelijkheid voor substitutie. Partijen zijn ervan overtuigd dat de gezamenlijke programmatische aanpak van huisartsen, ziekenhuizen/medisch specialisten en zorgverzekeraars een goede structuur biedt om verder te gaan met substitutie van zorg. De landelijke Taakgroep Substitutie, waarin alle veldpartijen zijn vertegenwoordigd en die het proces in de afgelopen maanden heeft begeleid, gaat de komende periode een inhoudelijke analyse van de gecontracteerde afspraken opstellen en het proces evalueren voor een plan van aanpak voor contractering voor 2019 (FMS, 4 december 2017).

Extra inzet nodig om wachttijden terug te dringen

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars werken eraan om de wachttijden in de zorg korter te maken. Zorgverzekeraars moeten bij te lange wachttijden desgevraagd voor hun verzekerden bemiddelen en kunnen hen naar een andere zorgaanbieder doorverwijzen die wel op tijd plek heeft. Er is te weinig inzicht in hoe lang de wachttijden zijn bij zorgaanbieders in de verschillende sectoren en wat hiervan de oorzaak is. Voor een aantal specialismen in de medisch-specialistische zorg zijn de wachttijden te lang.

Zo kan de wachttijd voor een poliklinisch bezoek aan de oogarts in Noordoost-Nederland oplopen tot ruim negen weken, terwijl de norm vier weken is. In de meeste regio's kunnen ambulances niet in 95% van de spoedgevallen binnen de norm van 15 minuten ter plaatse zijn. In tien van deze regio's zijn in de eerste helft van 2017 minder ambulances binnen de norm ter plaatse gekomen. In een regio is de stijging van deze zogenoemde responstijd groot.

In de wijkverpleegkundige zorg zijn mensen middels een meldactie opgeroepen om hoge wachttijden voor casemanagement dementie te melden. De casemanager kan patiënten met dementie begeleiden bij het vinden van de juiste zorg. Uit de meldactie blijkt dat de wachttijden voor deze casemanager kunnen oplopen tot meer dan zes weken (NZa, 15 januari 2018).

Overbelasting acute zorg

Zorgaanbieders kunnen het toenemende beroep op acute zorg steeds moeilijker bolwerken. Vergrijzing, personeelstekorten en de aanhoudende griepgolf zetten de ziekenhuiszorg onder druk. Het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) en het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) zien een krapte in het aantal ziekenhuisbedden, onder meer op de intensive care. Bovendien leidt de beperktere opnamecapaciteit tot uitgestelde operaties en langere wacht- of verblijftijden op de spoedeisende hulp. Alle partijen in de zorgketen (acute zorg, wijkverpleging, eerstelijns verblijf, langdurige zorg, gemeenten en zorgverzekeraars)

moeten beter gaan samenwerken. Er gebeurt ook veel. De zorgpartijen die acute zorg verlenen nemen deel aan het ROAZ. Daar wordt samengewerkt aan een regionaal 24-uurs zorgsysteem voor acute zorg en worden actuele situaties onder zorgaanbieders gemonitord en gedeeld. Ook wordt er contact gezocht met de verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties (VVT)-sector om de uitstroom in het ziekenhuis te bevorderen.

Om een 'extra steun in de rug te geven', kondigt minister Bruins op korte termijn extra maatregelen aan. Allereerst gaat de minister de Nederlandse Zorgautoriteit verzoeken om de komende maand bij alle zorgverzekeraars regelmatig navraag te doen over het druktebeeld en de getroffen maatregelen met ketenpartners tijdens de griepepidemie in ziekenhuizen. Bovendien wil Bruins op korte termijn in gesprek met LNAZ, Zorgverzekeraars Nederland en ActiZ over het optimaliseren van uitstroommogelijkheden van ziekenhuispatiënten naar vervolg-

zorg of wijkverpleging. Zorgpartijen en ROAZ-en moeten zich verder beter voorbereiden op toekomstige griepepidemieën, waarbij er gezamenlijk en tijdig afspraken worden gemaakt. In de regio's ontstaan verschillende initiatieven. Zo brengen in de Rotterdamse regio vrijwilligers van het Rode Kruis kwetsbare patiënten vanaf de spoedeisende hulp naar huis en helpen hen thuis op weg. Aan de proef doen Maasstad Ziekenhuis, Franciscus Gasthuis & Vlietland, het IJsselland Ziekenhuis en VVT-organisatie Laurens mee. Het ziekenhuis meldt de patiënt aan bij Laurens-Entree, het aanmeldpunt dat het Rode Kruis inschakelt.

De vrijwilligers van het Rode Kruis dragen zorg voor het vervoer naar huis. Bij aankomst thuis helpen zij de patiënt op weg. Ze kijken of de woonsituatie veilig is en of iemand zich thuis goed kan redden. De vrijwilligers zorgen voor de terugkoppeling naar Laurens en, indien nodig, ook voor een goede overdracht naar thuiszorg of mantelzorgers (VWS, 15 maart 2018; Zorgvisie, 12 maart/15 maart 2018).

Honderdduizenden ouderen zonder medische noodzaak in ziekenhuis

Sinds het sluiten van de verzorgingshuizen bezoeken jaarlijks 800.000 65-plussers de spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis, waarvan er 322.000 worden opgenomen zonder medisch-specialistische noodzaak, wat omgerekend op jaarbasis neerkomt op een onnodige bezetting van 4100 dure ziekenhuisbedden. Het gaat om ouderen met welzijnsklachten, zoals eenzaamheid en neerslachtigheid, waarvan de huisarts vindt dat alleen thuisblijven niet meer verantwoord is. Dit blijkt uit een onderzoek in opdracht van brancheorganisatie ActiZ, uitgevoerd door Fluent. De brancheorganisatie stelt voor om onnodige ziekenhuisopnames te vermijden door te investeren in preventie en interventie om senioren langer thuis te laten wonen en in het eerstelijnsverblijf op te nemen. Minder ziekenhuisopnames zouden onnodig leed en belasting van ouderen én veel geld besparen: een ziekenhuisbed kost gemiddeld € 800,- per dag.
Op jaarbasis gerekend gaat het over 4100 bedden en een besparing van 1,4 miljard euro in de tweede lijn. De noodzakelijk geschatte investering in de eerste lijn (wijkverpleging, eerstelijnsverblijf, specialisten ouderengeneeskunde) is circa 700 miljoen euro.

Minister Hugo de Jonge (Volksgezondheid) plaatst vraagtekens bij het onderzoek, waarbij gebruik is gemaakt van cijfers uit 2015 en 2016. De gevolgen van de extra investeringen die sindsdien zijn gedaan, zijn niet meegenomen. Een aantal andere aannames in dit onderzoek is onjuist, vindt de bewindsman verder.
Hij erkent wel dat de toenemende drukte op de SEH wellicht voorkomen kan worden door zorg op de juiste plek te leveren (ANP, 8 februari 2018; Skipr, 6 februari 2018).

Franciscus Gasthuis opent Geriatrische Trauma Unit

Het Franciscus Gasthuis & Vlietland heeft op 5 maart een Geriatrische Trauma Unit (GTU) geopend. In een apart gedeelte van de verpleegafdeling Traumatologie is een specialistische zorgafdeling voor 70-plussers met een gebroken heup. Traumachirurgen, geriaters en gespecialiseerde verpleegkundigen werken daar intensief samen aan een spoedig herstel van deze patiënten. Oudere patiënten met een heupfractuur worden niet alleen behandeld door een traumachirurg, die zich alleen focust op het repareren van de breuk. Veel van deze patiënten zijn kwetsbaar, doordat ze bijvoorbeeld meerdere ziekten hebben, veel medicijnen gebruiken of geheugenproblemen hebben. Door de expertise van chirurg en geriater direct te combineren, wordt de zorg meteen aangepast aan de patiënt. Er wordt bijvoorbeeld gekeken naar medicijngebruik en de thuissituatie. De opzet van de GTU is als een vertrouwde huiskamer. Patiënten liggen niet te lang in bed, maar komen zo snel mogelijk weer in het dagelijkse ritme. Zo kunnen patiënten al een dag na de operatie weer aan tafel eten. Het contact tussen patiënten, het meedoen aan activiteiten en het gezamenlijk eten in de huiskamer dragen bij aan een sneller herstel (Skipr, 26 februari 2018).

VWS lanceert actieprogramma tegen personeelstekort in zorg

Het kabinet stelt de komende jaren 347 miljoen euro ter beschikking om het personeelstekort in de zorg aan te pakken: Actieprogramma Werken in de Zorg. In het programma focust het kabinet zich op drie pijlers:
1. Imago en voorlichting Zonder ingrijpen dreigt het personeelstekort op te lopen tussen de 100.000 en 125.000 medewerkers. VWS gaat met werkgevers, opleidingsinstituten en overheden aan de slag om het imago van werken in de zorg te verbeteren. Door een voorlichtingscampagne willen de samenwerkende partijen dat meer leerlingen, studenten, zij-instromers en herintreders kiezen voor werken in de zorg.
2. Meer stageplekken in de zorg Uitdagend onderwijs en gevarieerde stages moeten leerlingen een impressie geven van de praktijk en ertoe leiden dat zij hun opleiding afronden. Daarnaast moet er voor huidig personeel permanent ruimte komen voor leren en ontwikkeling.
3. Werkdruk terugdringen Om personeel in de zorg te behouden, staat anders werken centraal. Daarbij moet het werk beter aansluiten bij de wensen van de medewerkers. Het kabinet beoogt dat medewerkers inspraak hebben op het urenaantal dat zij moeten werken. Daarnaast moeten zorgprofessionals het werk verrichten waarvoor zij zijn opgeleid, zonder overbodige regeldruk. *Jobcarving* (herschikking van taken) moet het werk beter verdelen onder meer mensen. Digitalisering, innovatie en e-health kunnen ingezet worden om medewerkers te ontlasten. Alle 28 regio's stellen een regionaal actieplan aanpak tekorten (RAAT) op, waarin de regionale opgave, ambities en concrete actieafspraken geformuleerd staan (Zorgvisie, 14 maart 2018).

Medisch specialisten gaan administratielast te lijf

Samen met andere beroepsgroepen pakken de medisch specialisten de administratielast aan. Met steun van VWS werken zij aan een concrete agenda die leidend wordt in het terugdringen van onzinnige administratieve handelingen.

De Federatie Medisch Specialisten (FMS) en de wetenschappelijke verenigingen werken bij deze zogenaamde 'schrap- en verbeter-sessies' samen met Verzekeraar & Adviseur VvAA in het initiatief (Ont)Regel de Zorg. Hierbij wordt voortgebouwd op de uitkomsten van een enquête onder ruim 3000 specialisten die in november 2017 is gepubliceerd. Hieruit bleek dat specialisten gemiddeld twee dagen per week kwijt zijn aan administratieve werkzaamheden, waarvan bijna de helft als onzinnig wordt beschouwd.
Uit de enquête onder medisch specialisten bleek dat de ergernis over de administratielast vooral terug te voeren is op het doen van dubbel werk en het invullen van lijsten voor kwaliteitskeurmerken die weinig tot niets zeggen over de daadwerkelijke kwaliteit van zorg. De administratielast gaat ten koste van tijd voor de patiënt en ten koste van het werkplezier.
Ruim veertig medisch specialisten en twintig vertegenwoordigers van onder meer VWS, Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd, Zorginstituut Nederland (ZIN), verzekeraars en ziekenhuizen namen op woensdag 21 februari deel aan de tweede schrapsessie administratielast. Aanwezigen bogen zich over negen mogelijke schraponderwerpen, zoals ziekenhuisbrede kwaliteitskeurmerken, kwaliteitsindicatoren en machtigingen. Er werd onder andere gediscussieerd over het schrappen van de ziekenhuiskeurmerken en het aanpassen van kwaliteitssystemen als IFMS (Individueel Functioneren Medisch Specialisten), en kwaliteits- en opleidings-visitaties in hun huidige vorm. Niet zozeer het afschaffen ervan was aan de orde, maar wel het punt dat aanpassingen in de uitvoering winst kunnen opleveren zonder dat daarmee het doel uit het oog wordt verloren. Het uiteindelijke doel is te komen tot een actie-agenda. Deze actieagenda is vooral voor het 'laaghangend fruit'. De aandacht voor kansrijke en duurzame oplossingen wordt daarbij niet vergeten. Het gaat om de investering op de lange termijn waarmee administratielast drastisch wordt verminderd. Hierbij is commitment nodig van alle betrokkenen bij trajecten die een langere adem vergen, zoals die van de elektronische patiënten dossiers. De uitkomsten van de schrapsessie worden uitgewerkt en op 14 maart in een vervolgsessie verder besproken.

Parallel aan de schrapsessies komen er signalen van ziekenhuizen die al zijn gaan 'schrappen'. Het Utrechtse Diakonessenhuis stopt met het aanleveren van honderd kwaliteitsindicatoren aan ZIN. Het gaat om kwaliteitsindicatoren die ziekenhuizen sinds het verslagjaar 2017 vrijwillig kunnen aanleveren. Het betreft voornamelijk procesindicatoren waar volgens het ziekenhuis niemand iets mee doet. De betreffende indicatoren zeggen ook niets over de uitkomst van behandelingen. Het niet meer registreren en aanleveren van de ruim honderd indicatoren scheelt tijd, variërend van dertig minuten tot enkele uren per week voor de jaarrapportage, voor acht vakgroepen van medisch specialisten, waaronder internisten, neurologen, chirurgen en gynaecologen, en medewerkers. Daarnaast scheelt het een aantal stafafdelingen veel werk om rapportages te maken en de indicatoren in te voeren in de portals van ZIN.

Ziekenhuizen en instellingen in Rotterdam hebben aangegeven af te willen van de talloze lintjes en keurmerken voor de zorg. Het roze lintje voor goede borstkankerzorg, het groene vinkje voor de stomazorg, de pluim voor fertiliteitzorg. In totaal bestaan er negentig van deze keurmerken. Deze zijn meestal afkomstig van patiëntenverenigingen die zo aangeven dat de zorg op orde is voor de groep patiënten die zij vertegenwoordigen. Maar juist omdat het er zo veel zijn, leveren de keurmerken ook veel nadelen op.

Jaarlijks zijn artsen en andere medewerkers honderden uren werk kwijt om alle administratie voor deze lintjes in te vullen. Alleen voor het Franciscus Gasthuis kost dat al 1,2 miljoen euro per jaar, heeft de raad van bestuur van dit ziekenhuis becijferd (FMS, 26 januari/23 februari 2018; De medisch specialist (uitgave van FMS) maart 2018; Zorgvisie, 8 maart 2018; AD, 8 maart 2018).

Steeds meer opleidingen voldoen aan verkortingsopdracht

Het aantal medisch-specialistische vervolgopleidingen dat erin slaagt om de opleidingsduur te verkorten is het afgelopen jaar opnieuw gestegen, blijkt uit nieuwe cijfers van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten. In 2017 kan van de 27 opleidingen maar liefst 17 nu al de afgesproken gemiddelde verkorting van 3 maanden halen. Bij de meting over 2016 waren dit nog maar 11 opleidingen. Daarnaast is het aantal opleidingen die minder dan 1 maand verkorting hebben gerealiseerd gedaald van 7 naar 4 opleidingen. Uit de rapportage blijkt verder, dat aios die tussen 1 januari 2017 en 1 januari 2018 uitstroomden, gemiddeld 2,84 maanden sneller opgeleid zijn dan nominaal. Daarmee wordt nog steeds op schema gelopen. Om te voldoen aan de afspraken uit het Opleidingsakkoord moeten de aios die in 2018 uitstromen gemiddeld 3 maanden sneller dan nominaal zijn opgeleid (FMS,16 februari 2018).

Meer aandacht voor patiënten en familie bij calamiteiten

Steeds meer zorgverleners maken incidenten bespreekbaar om te kunnen leren van wat in de praktijk niet goed is gegaan. Ook worden patiënt, naasten en nabestaanden steeds vaker bij calamiteitenonderzoeken betrokken. Dat constateert de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd in het rapport 'In openheid leren van meldingen'.

In 2013 werden patiënt, naasten en nabestaanden in nog geen 20% van de calamiteitenonderzoeken betrokken, in 2016 was dat 80%, en in de eerste helft van 2017 ruim 82%. Door openheid kunnen zorgverleners en raden van bestuur van de ervaring van de patiënt en zijn familie leren en neemt het vertrouwen in goede zorg toe. De inspectie stelt vast dat calamiteitenonderzoeken door zorginstellingen zelf van steeds betere kwaliteit zijn. De inspectie richt zich bij haar oordeel ondermeer op het leerproces ná de calamiteit zodat zulke calamiteiten in de toekomst zo veel mogelijk worden voorkomen.

Ziekenhuizen en zorgaanbieders in de verpleeghuiszorg en thuiszorg zijn wettelijk verplicht om calamiteiten te melden aan de inspectie. Het aantal calamiteitenmeldingen stijgt en calamiteiten worden steeds beter herkend. In 2013 was het aantal meldingen bijna 800, in 2016 is dat aantal gestegen naar ruim 1300.
Over 2017 heeft de inspectie nog geen totaalbeeld. In de eerste maanden van 2017 zijn er in de medisch-specialistische zorg 554 meldingen gedaan. In de verpleeghuiszorg en thuiszorg zijn in de eerste helft van 2017 in totaal 207 verplichte meldingen van calamiteiten gedaan. Ongeveer de helft van de meldingen blijkt daadwerkelijk een calamiteit te zijn. De inspectie heeft in 2016 wegens een overtreding van wet- en regelgeving 55 keer een bestuurlijke boete opgelegd. Het niet of te laat melden van een calamiteit werd 8 keer beboet (IGJ, 25 januari 2018).

Hoger risico op schade voor patiënt bij behandeling door meerdere specialismen

Er blijkt een samenhang te zijn tussen meerdere specialismen die betrokken zijn bij de behandeling van een patiënt en een hoger risico op potentieel vermijdbare zorggerelateerde schade, zo blijkt uit een promotieonderzoek van Rebecca Baines, 8 februari VUmc. Betrokkenheid van meerdere specialismen bij de behandeling van een patiënt is vaak noodzakelijk en heeft als doel multidisciplinair de best passende zorg te leveren voor patiënten met complexe of meervoudige problemen. Uit het onderzoek bleek dat dit ook het risico op potentieel vermijdbare schade voor de patiënt kan opleveren, ook na correctie voor factoren die complexiteit van een patiënt en complexiteit van zorg weergeven. Bewustzijn dat deze werkwijze mogelijk ook risico's op schade voor een patiënt met zich meebrengt is van belang, zodat extra aandacht besteed kan worden aan onderlinge communicatie en samenwerking. Verder onderzoek is nodig om onderliggende oorzaken te identificeren. Zorggerelateerde schade is een onbedoelde uitkomst die is ontstaan door het (niet) handelen van een zorgverlener en/of door het zorgsysteem met schade voor de patiënt, zodanig ernstig dat er sprake is van tijdelijke of permanente beperking dan wel overlijden van de patiënt. Voor dit onderzoek hebben verpleegkundigen en medisch specialisten tussen 2004 en 2012 in totaal 16.000 patiëntendossiers beoordeeld in Nederlandse ziekenhuizen. De resultaten komen voort uit de Monitor Zorggerelateerde schade, uitgevoerd door onderzoeksinstituut NIVEL en het EMGO+ instituut van het VU medisch centrum en maakte deel uit van de Monitor Zorggerelateerde Schade 2008-2013 uitgevoerd door het EMGO instituut/VUmc en het NIVEL (NIVEL, 8 februari 2018).

Zorginstituut stimuleert gebruik uitkomstdata bij samen beslissen

Zorginstituut Nederland wil dat artsen en patiënten vaker uitkomstinformatie gebruiken in het proces van 'samen beslissen'. Over 5 jaar moet dit de standaard zijn voor aandoeningen die de helft van de totale ziektelast bepalen. Het Zorginstituut stelt dit jaar 5 miljoen euro beschikbaar voor projecten die het gebruik van uitkomstindicatoren in de spreekkamer een impuls geven.
De stimuleringsregeling werd in 2015 in het leven geroepen zodat er meer informatie beschikbaar zou komen over de kwaliteit van zorg voor het proces van samen beslissen. Het idee is dat het gebruik van uitkomstinformatie patiënten en hun behandelaars beter in staat stelt samen het gesprek te voeren over de best passende behandeling per specifieke situatie. Samen beslissen vraagt om andere vaardigheden van zowel arts als patiënt. De arts is gewend om te handelen en te behandelen. Bij samen beslissen krijgt hij meer een coachende rol. Een uitkomst kan bijvoorbeeld ook zijn: niet behandelen of voor een behandeling elders gaan.

Patiënten moeten op hun beurt meer inzicht krijgen dat ze een eigen rol kunnen nemen in hun zorgproces. Dat betekent niet alleen maar afgaan op wat de arts zegt, maar ook zelf informatie vergaren over de best passende behandeling. Wat betreft de inzet van uitkomstinformatie, kan het gaan om klinische registraties over het aantal complicaties of heropnames, maar bijvoorbeeld ook om registraties over patiëntervaringen of gestandaardiseerde indicatoren over de kwaliteit van leven (Skipr, 26 februari 2018).

Nieuwe methode haalt kwaliteitsuitkomsten uit basisregistratie

Nederlandse maag-darm-leverartsen en rekencentrum LOGEX hebben een nieuwe analyse ontwikkeld om uitkomsten van zorg weer te geven op basis van de al aanwezige basisregistratie van ziekenhuizen. De methode, die *Textbook Outcome* heet, kan zonder extra registratielast worden toegepast op een groot aantal veel voorkomende medische ingrepen. Textbook Outcome is een samengestelde uitkomstmaat die kijkt of een patiënt optimaal is behandeld. Dat gebeurt aan de hand van gegevens over lengte van het verblijf in het ziekenhuis, het voorkomen van heroperaties of heropnames op de spoedeisende hulp. Deze kunnen worden gehaald uit de registratie die het ziekenhuis toch al vastlegt, bijvoorbeeld voor het declareren van behandeling bij de zorgverzekeraar. Door onderdelen slim te combineren, kunnen de gegevens worden gebruikt voor inzicht in de kwaliteit van zorg. Dat maakt Textbook Outcome tot een regelarm instrument voor *value based healthcare* (VBHC).
In 62 Nederlandse ziekenhuizen zijn ongeveer 45.000 patiënten geanalyseerd die in 2015 een maag-darm-leverbehandeling hebben ondergaan. Daarbij valt te denken aan galstenen, inflammatoire darmziekte of screening voor het landelijk bevolkingsonderzoek naar darmkanker. Voor elke patiënt is op vijf specifieke criteria getoetst of is voldaan aan Textbook Outcome. Hierdoor wordt variatie tussen ziekenhuizen duidelijk en kunnen *best practises* worden aangewezen. Het is internationaal nog niet vertoond dat gegevens uit de basisregistratie worden gebruikt voor VBHC. Volgens artsen van het Diakonessenhuis en LOGEX is dat te danken aan de hoge kwaliteit van zorgregistratie in Nederland. Het is de bedoeling om de kwaliteitsmetingen via Textbook Outcome straks ook te gebruiken bij chirurgische, urologische of cardiologische ingrepen (Skipr, 1 maart 2018).

E-health en digitalisering

Ontwikkeling e-health

Het kabinet heeft medio januari jl. bekend gemaakt 12 miljoen euro ter beschikking te stellen aan zorg startups die werken aan innovatieve producten, processen en diensten die de zelfregie, zelfredzaamheid of zelfzorg van patiënten vergroot. De 12 miljoen is opgenomen in de *Seed capital* regeling. Via de Seed capital regeling kunnen investeringsfondsen geld steken in bedrijven met slimme zorgideeën. In 2017 stelde de regering ook al 12 miljoen euro aan de Nederlandse e-health sector beschikbaar.

Ook de Federatie Medisch Specialisten (FMS) is actief op het terrein van e-health. FMS ziet innovatie als een van de belangrijke pijlers in haar visie Medisch Specialist 2025. Innovatieve ontwikkelingen worden gezien als belangrijk onderdeel van de zorgnetwerken. Vanuit de gedachte dat verschillende zorgprofessionals en andere spelers in het zorgnetwerk op verschillende momenten (meer)waarde kunnen toevoegen voor de patiënt. Daarbij is bij voorkeur in elk netwerk een Chief *Medical Information Officer* (CMIO) verbonden, die de schakel vormt tussen patiënt, medisch specialist en technologieontwikkelaar.
Een belangrijke mijlpaal in het e-health dossier is dat zorgaanbieders per 2018 schriftelijke (e-mail) of belconsulten mogen declareren. Voorheen konden zij alleen polikliniekbezoeken declareren. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) wil met de aanpassing e-health toepassingen stimuleren en voorkomen dat patiënten onnodig op de polikliniek moeten komen, als een bel- of e-consult voldoende kan zijn. Aan de bel- of digitale consulten stelt NZa wel een aantal voorwaarden. Zo moet het consult zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur aan de voorwaarden voldoen die ook gelden voor het reguliere *face to face* herhaalpolikliniekbezoek. Verder moet van het consult een inhoudelijke verslaglegging plaatsvinden in het medisch dossier van de patiënt. En bij de start van een zorgtraject moet er wel een face to face contact met de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert plaatsvinden.
Het wordt daarnaast in 2019 mogelijk voor zorgaanbieders om telemonitoring te declareren. Bij telemonitoring wordt de effectiviteit van een behandeling op afstand beoordeeld of worden afwijkende klinische waarden gesignaleerd, zodat ernstige complicaties kunnen worden voorkomen.

Het DBC-systeem biedt met ingang van 2019 de mogelijkheid om telemonitoring te bekostigen. Voor het monitoren van patiënten op afstand kan de zorgactiviteit telemonitoring geregistreerd worden naast de reguliere interventies zoals herhaalpolikliniekbezoeken (fysiek, bel en/of schriftelijk).

Ook wetenschappelijke verenigingen zijn op verschillende fronten actief bij de ontwikkeling van innovatie en e-health. Zo lanceerde de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) recent het online NIV Platform voor Medische Innovaties, voor internisten en patiënten. NIV wil met het platform interne geneeskundige innovaties stimuleren om daarmee gezondheidswinst te optimaliseren. Samen met patiënten gaat het platform nieuwe e-health toepassingen beoordelen en daarover reviews online publiceren. De bedoeling is dat zowel dokters als patiënten zo het kaf van het koren gaan leren scheiden. Vervolgens kan het NIV Platform dan ook succesvolle regionale innovaties gaan ondersteunen en kijken of landelijke opschaling inclusief standaardisatie de zorg echt verder helpt.

Het St. Jans Gasthuis (SJG) in Weert is in februari jl. gestart met een proef met een de BeterDichtbij-app. Via de app kan de patiënt veilig en direct een bericht naar een medewerker sturen over zijn behandeling. De vragen kunnen zowel van medische aard zijn, bijvoorbeeld een bijwerking, als praktisch, zoals het tijdstip van een nieuwe afspraak. Een specialist kan BeterDichtbij ook gebruiken om door de patiënt opgevraagde onderzoeksuitslagen door te sturen. Het ziekenhuis streeft naar beantwoording van de vragen binnen één tot uiterlijk drie werkdagen. SJG heeft gekozen voor de BeterDichtbij-app, omdat deze veiliger is dan Whatsapp. Patiënten kunnen voorlopig alleen nog op uitnodiging van de specialist gebruik maken van de appservice. Een polikliniekmedewerker maakt dan een account aan. BeterDichtbij wordt in de eerste instantie in gebruik genomen door de poliklinieken neurologie, kindergeneeskunde, gynaecologie en chirurgie met de intentie om dit stap voor stap verder uit te breiden naar de rest van het ziekenhuis (FMS, 22 januari 2018; VWS, 22 januari 2018; NZa, 23 februari 2018; Zorgvisie, 23 februari 2018).

Dokter kan hartfilmpje maken met mobiel

Ruim 1100 huisartsen kunnen binnenkort hartfilmpjes maken met hun smartphone of tablet. Met een speciale app kunnen ze het filmpje maken, terwijl een cardioloog via een beveiligde verbinding meekijkt en helpt bij het stellen van een diagnose. De app CardioSecur wordt gelanceerd door KPN. De app kan in de huisartsenpraktijk worden gebruikt maar ook bij patiënten thuis. Daarbij zijn de mobiele hartfilmpjes een stuk goedkoper dan de filmpjes die in het ziekenhuis worden gemaakt. De mobiele filmpjes worden gewoon vergoed (ANP, 3 februari 2018).

Jaarbeeld VIPP: Digitale informatie-uitwisseling patiënt en professional steeds normaler

In 2017 schreven 106 instellingen zich in voor deelname aan het Versnellingsprogramma informatie-uitwisseling Patiënt en Professional (VIPP). Inmiddels bieden 31 ziekenhuizen en 3 categorale instellingen online medische gegevens aan hun patiënten aan via een patiëntenportaal. 28 ziekenhuizen en 13 categorale instellingen bieden e-health metingen aan. Digitale informatie-uitwisseling tussen patiënt en professional wordt steeds meer gemeengoed in de medisch specialistische zorg en VIPP zorgt voor een stevige impuls ervan. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen wil met VIPP bereiken dat patiënten hun medische gegevens 24/7 online kunnen inzien; dat artsen op het juiste moment over de juiste informatie beschikken en dat arts en patiënt samen praten over passende zorg (NVZ, 23 januari 2018).

Thuisarts.nl breidt uit met medisch-specialistische zorg

Thuisarts.nl, de onafhankelijke publiekswebsite voor gezondheidsinformatie in Nederland, wordt uitgebreid met informatie over medisch-specialistische zorg. Inmiddels staan er 29 specialistische aandoeningen die in het ziekenhuis worden behandeld online. De informatie over de 29 aandoeningen die nu op thuisarts.nl staan, gaat onder meer over nierschade, hartinfarct en verschillende vormen van kanker zoals prostaatkanker en borstkanker. Er is ook informatie over wat er gebeurt bij het plaatsen van een kunstknie of kunstheup. De informatie is gebaseerd op de bestaande wetenschappelijke richtlijnen voor huisartsen en medisch specialisten. Patiëntenverenigingen en wetenschappelijke verenigingen maken hier samen begrijpelijke teksten van voor het brede publiek. Huisartsen gebruiken de site veel tijdens consulten of verwijzen patiënten ernaar. Medisch specialisten willen het ook gaan inzetten bij het 'samen beslissen' met de patiënt (Skipr, 13 maart 2018).

MMC start project met botbreuk-app

Het Meander Medisch Centrum (MMC) start dit jaar het project 'Gezonde botten', met een app die in kaart brengt wat de oorzaken zijn van botbreuken die op de spoedeisende hulp (SEH) binnenkomen. Aan de hand daarvan kan er aan risicopreventie bij osteoporose worden gedaan. De zorgverzekeraars dragen voor een paar ton bij aan dit substitutietraject. Ook zuivelfabrikant Friesland Campina participeert in het onderzoek. Van iedereen die met botbreuken op de SEH komt wordt geregistreerd wat de oorzaak is. Bovendien wordt vastgesteld wat het risico is op volgende botbreuken. Gekeken wordt naar de leeftijd van de patiënt en naar bewegingspatroon en voedingspatroon. In het geval van osteoporose zal de hulp van een 'bottencoördinator' worden ingeschakeld voor de zorg na opname. Een chirurg kijkt alleen hoe de breuk operatief te repareren is. Daarnaast komt er een app die patiënten adviezen en informatie geeft en mogelijk alarmeert als het fout dreigt te gaan. Dat geeft de patiënten meer regie in eigen handen. In Nederland breken ongeveer 80.000 mensen een bot als gevolg van osteoporose. Dat kost jaarlijks bijna een miljard euro aan ziekenhuisopnames, operaties, revalidatietrajecten en arbeidsongeschiktheid. Als de pilot Gezonde botten een succes is, dan starten ook trajecten voor diabetes, COPD en nierfalen (AD, Skipr, 15 februari 2018).

Big data maken medicijnen veiliger

Slimmer benutten van big data en de vorming van internationale onderzoekconsortia kunnen bijwerkingen van medicijnen terugdringen of zelfs voorkomen. Met een combinatie van nieuwe moleculair-toxicologische inzichten, de systeembiologie en netwerkanalyse kan op voorhand beter worden voorspeld of bijwerkingen mogelijk zijn. De ontwikkeling van geneesmiddelen verloopt nog steeds niet efficiënt en levert niet altijd veilige medicijnen op. Bijwerkingen van geneesmiddelen zijn nog opvallend vaak onvoorspelbaar ondanks zeer uitgebreid preklinisch en klinisch onderzoek. En dat heeft regelmatig ernstige gevolgen, niet alleen voor de patiënten, maar ook voor de bedrijven die het geneesmiddel dan van de markt moeten halen.

Klinisch relevante bijwerkingen van geneesmiddelen komen vaak voor: 6 tot 8% van de ziekenhuisopnames is gerelateerd aan ernstige bijwerkingen. De gevoeligheid voor bijwerkingen van geneesmiddelen varieert bovendien sterk tussen individuen die ermee behandeld worden (N. Vermeulen, Vrije Universiteit in Amsterdam, 15-2-2018; Skipr, 16 februari 2018).

Nederlandse zorgstelsel blijft koploper in Europa

Nederland staat in de nieuwe editie van de *Euro Health Consumer Index* (EHCI) op de eerste plaats. Nederland heeft een solidair zorgstelsel waarin elke Nederlander, ongeacht leeftijd en gezondheidsstatus, toegang heeft tot kwalitatief goede zorg. Nederland is daarmee een voorbeeld voor andere Europese landen. Typerende elementen zijn volgens de EHCI de strikte scheiding tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, waarbij de laatsten elkaars concurrenten zijn. Ook heeft Nederland de best gestructureerde patiëntenparticipatie. Daarbij komt dat 'zorgamateurs' als politici en beleidsmakers verder van beslissingen in het primaire proces afstaan dan elders. Een punt van aandacht blijven volgens de EHCI de wachtlijsten.

De EHCI is een vergelijking voor de beoordeling van de prestaties van nationale zorgstelsels in 35 landen. De index toetst op 48 onderdelen, zoals toegankelijkheid en patiëntenrechten. Waar Nederland als enige land meer dan 900 punten behaalde op een schaal van duizend, scoren de Scandinavische landen, Denemarken, België, Frankrijk, Luxemburg, Oostenrijk, Zwitserland en Duitsland allemaal meer dan 800 punten. Hekkensluiter op de 34ste plaats is Roemenië met 439 punten. De EHCI is positief over de algemene trend: op tal van indicatoren, zoals zuigelingensterfte en overleving na hartfalen, beroertes en kanker, scoort Europa steeds beter (ZN, 29 januari 2018; Skipr, 29 januari 2018).

Geneesmiddelen

NZa-monitor dure geneesmiddelen: uitgaven dure geneesmiddelen blijven stijgen

De uitgaven aan dure geneesmiddelen in de ziekenhuiszorg blijven stijgen. In 2016 liepen de declaraties van deze medicijnen naar verwachting op tot bijna 2 miljard euro (Monitor Geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg, Nederlandse Zorgautoriteit, NZa). Gemiddeld stegen de uitgaven aan dure geneesmiddelen de afgelopen periode met 6,7% per jaar.
Het gaat in de monitor om geneesmiddelen die worden verstrekt in het ziekenhuis en zo duur zijn dat ze apart van de behandeling worden gedeclareerd, de zogenoemde add-on geneesmiddelen. In 2015 werd 1,85 miljard euro uitgegeven aan add-on geneesmiddelen. Nog niet alle declaraties over 2016 zijn binnen bij de zorgverzekeraars. Toch is er over het jaar 2016 al voor 1,94 miljard euro gedeclareerd.

Inmiddels is het aandeel van dure geneesmiddelen in de totale uitgaven aan medisch-specialistische zorg toegenomen tot 8,5%. De uitgaven stijgen opnieuw fors harder dan de afgesproken maximale groei voor de medisch specialistische zorg. NZa ziet een aantal goede initiatieven om de kostenstijging te beperken. Zo kopen ziekenhuizen vaker gezamenlijk geneesmiddelen bij de farmaceutische industrie. Op die manier betalen zij een lagere prijs aan de medicijnfabrikanten dan voorheen. Ook worden vaker goedkopere alternatieven ingezet dan vorig jaar. Zorgverzekeraars stimuleren de initiatieven en kopen niet meer alle dure medicijnen bij alle ziekenhuizen in, maar bij expertisecentra. Ondanks deze inzet worden er meer financiële knelpunten ervaren. In de eerste plaats schieten vergoedingen tekort. Ten tweede worden niet alle geneesmiddelen bij alle ziekenhuizen ingekocht (selectieve inkoop). Ten slotte worden afspraken over nieuwe medicatie niet tijdig gemaakt, bijvoorbeeld omdat het middel tijdens de contractonderhandelingen nog niet op de markt was. Deze knelpunten leiden er soms toe dat ziekenhuizen moeten doorverwijzen en dat patiënten noodgedwongen moeten wachten op hun medicatie. Om deze knelpunten op te lossen, komt NZa met verschillende aanbevelingen. Verzekeraars zouden betere informatie moeten bieden aan ziekenhuizen en patiënten over hun selectieve inkoop. Ook zouden zorgverzekeraars moeten onderzoeken of hun beleid kan worden gestroomlijnd (NZa, NVZ, 21 december 2017).

Nieuwe Horizonscan Geneesmiddelen

Met de Horizonscan Geneesmiddelen biedt het Zorginstituut Nederland (ZIN) een integraal, openbaar en objectief overzicht van geneesmiddelen die op de markt verwacht worden. In april 2017 heeft ZIN de regiefunctie overgenomen van VWS. Op basis van beschikbare nationale en internationale bronnen wordt gescand welke nieuwe indicaties en uitbreidingen van indicaties van bestaande geneesmiddelen eraan komen. Deze informatie wordt aangepast en aangevuld voor de Nederlandse situatie.

Tijdige informatie is belangrijk voor zowel zorgaanbieders, behandelaren, apothekers en zorgverzekeraars die zich willen voorbereiden op de inkoop van geneesmiddelen, als voor de overheid, die in samenwerking met de veldpartijen oplossingen bedenkt voor de problematiek rond de dure geneesmiddelen. Op de website horizonscangeneesmiddelen,nl is begin 2018 een geactualiseerd overzicht verschenen van nieuwe, innovatieve geneesmiddelen die de komende twee jaar op de markt komen. Per geneesmiddel is informatie te vinden over zaken als behandelschema, verwachte patiëntenaantallen en verwachte kosten (ZIN, 11 januari 2018; NVZ, 15 februari 2018).

Onderzoek naar effecten van preferentiebeleid

Zorgverzekeraars willen dat de zorg voor iedereen betaalbaar blijft en onder gelijke voorwaarden wordt aangeboden. Van een aantal geneesmiddelen vergoeden zij daarom alleen de goedkopere variant: preferentiebeleid. Het is door zorgverzekeraars ingevoerd om prijzen van geneesmiddelen omlaag te krijgen en bonussen van fabrikanten voor apothekers tegen te gaan. Sinds de invoering in 2008 zijn er miljarden bespaard op geneesmiddelen. Dat komt neer op circa € 50,- minder premie per verzekerde per jaar. Er zijn echter ook nadelen: geconstateerd werd dat geneesmiddeltekorten vaker voorkomen bij preferent aangewezen geneesmiddelen dan bij andere geneesmiddelen.
Omdat geneesmiddeltekorten nadelig zijn voor patiënten, moet het preferentiebeleid daarom gemonitord worden en is het bij terugkerende tekorten verstandig het preferentiebeleid te versoepelen en te vereenvoudigen (onderzoek Berenschot). Zorgverzekeraars Nederland (ZN) geeft aan dat zorgverzekeraars de afgelopen jaren veel verbeteringen hebben doorgevoerd in hun preferentiebeleid. ZN ziet dat tekorten voorkomen bij zowel generieke als merkgeneesmiddelen, ook voorafgaand aan de invoering van het preferentiebeleid (ZN, Berenschot, 7 maart 2018).

Nationaal plan moet zorg zeldzame kanker verbeteren

Ongeveer een op de vijf kankerpatiënten in Nederland lijdt aan een zeldzame of onbekende vorm van kanker. Per ziektebeeld gaat het om kleine groepen patiënten, waardoor de aandacht beperkt blijft. In het rapport 'Kankerzorg in beeld: zeldzame kanker' worden aanbevelingen gedaan om de vaak slechte prognose van deze groep patiënten te verbeteren. In totaal gaat het om ongeveer 20.000 nieuwe patiënten per jaar. De overlevingspercentages bij patiënten met zeldzame of onbekende kanker liggen veel lager dan bij andere vormen. Dit verschil wordt steeds groter, onder andere doordat zeldzame kankers in veel gevallen niet tijdig worden herkend en laat worden gediagnosticeerd. Daarnaast ontbreekt specifiek onderzoek naar deze vormen van kanker. Dat heeft als gevolg dat er nauwelijks effectieve behandelmethoden en nieuwe medicijnen voor deze patiënten beschikbaar komen. Zorgverleners, beleidsmakers en wetenschappers pleiten daarom voor een nationaal plan voor verbetering van onderzoek en zorg voor patiënten met een zeldzame kanker. Dit plan moet leiden tot duurzaam beleid om de zorg (coördinatie), kennisoverdracht en wetenschappelijk onderzoek te concentreren in erkende expertisecentra en bijbehorende kennisnetwerken (Skipr, 26 februari 2018).

Helft darmkankeroperaties niet meer nodig dankzij rekenmodel

Door een nieuw rekenmodel zal de helft van een bepaald type darmkankeroperaties niet meer nodig zijn, volgens een studie onder dertien ziekenhuizen. Het gaat om aanvullende operaties bij mensen bij wie darmkanker in een vroeg stadium is geconstateerd en tijdens een kijkoperatie is weggesneden. Het betreft patiënten met vroege darmkanker in gesteelde vorm. Na de verwijdering daarvan is het lastig om te bepalen wie kans op uitzaaiingen heeft. Daarom wordt het zekere voor het onzekere genomen en krijgt circa 65% van deze mensen nog een operatie. Pas achteraf kan definitief duidelijk worden of dat wel had gehoeven. Met het nieuwe rekenmodel kan worden uitgezocht wie een dergelijke operatie echt nodig heeft. Daarmee kan het aantal aanvullende operaties worden gehalveerd. Alle ziekenhuizen die deelnamen aan de studie hebben stukjes weefsel van vroege kanker in darmpoliepen met een gesteelde vorm ingeleverd voor verder onderzoek. Aan de hand daarvan is uitgezocht welke weefselkenmerken duiden op lymfklieruitzaaiingen. Jaarlijks krijgen ruim 15.000 Nederlanders de diagnose darmkanker (promotie onderzoek UMC Utrecht, Yara Backes, Leon Moons en Miangela Laclé, ANP, 22 februari 2018).

Uber stort zich op ziekenvervoer

Onder het motto *Let's move health forward together* heeft digitale vervoerder Uber begin maart een speciale vervoersdienst voor zorggebruikers in het leven geroepen. *Uber Health* zal vooralsnog alleen in de VS actief zijn. Uber presenteert de nieuwe dienst als antwoord op de problemen met licht ziekenvervoer in de VS. De afstanden zijn er groot, terwijl openbaar vervoer vaak beperkt beschikbaar is. Het bedrijf belooft een betrouwbare, 24-uurs *on demand* vervoersservice, die er voor zorgt dat patiënten tijdig op hun afspraken met zorgverleners verschijnen. Deze laatsten krijgen hiertoe toegang tot een dashboard dat ze helpt ritten voor hun patiënten te vinden tegen regulier Uber-tarief. Via het dashboard kunnen zorgverleners de reis van hun patiënten realtime volgen. Uber Health is uitdrukkelijk niet bedoeld als alternatief voor ambulancevervoer. Volgens Uber voldoet het digitale dashboard aan alle eisen betreffende privacy en gegevensbescherming, zoals in de VS vastgelegd in de *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA). Uber experimenteert sinds juli 2017 op kleine schaal met patiëntenvervoer. Uber heeft in het verleden vaker geëxperimenteerd met initiatieven in de zorg. In 2014 bood het bedrijf al eens griepvaccinaties aan in de VS. Ook is er een experiment geweest met gesubsidieerde ritten in het kader van borstkankeronderzoek. Daarnaast heeft Uber in Brazilië vaccins en in Singapore mondkapjes rondgereden. Dit waren echter ad hoc-service diensten in plaats van een permanente dienst. Naar eigen zeggen doet Uber inmiddels circa 200.000 zorggerelateerde ritten (ANP, Skipr, 15 maart 2018).

Nederlander leeft langer in goede gezondheid

Nederlanders worden steeds ouder en blijven langer gezond. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) becijfert dat mensen die in 2040 de leeftijd van zestig jaar bereiken gemiddeld drie jaar langer zullen leven dan zestigers van nu en daarbij ook vier jaar langer vrij blijven van 'matige of ernstige' fysieke beperkingen. Mits de verbetering van de volksgezondheid en de dalende sterftecijfers van de afgelopen decennia doorzetten. Het CBS kijkt niet alleen naar fysieke beperkingen, maar ook naar de 'als goed ervaren gezondheid'. Die stijgt ook, maar minder snel dan de totale levensverwachting. Dit betekent dat de gemiddelde Nederlander dus ook meer jaren zal moeten leven met een minder goede gezondheid. Vrouwen worden nog steeds ouder dan mannen. Zij die in 2020 zestig worden, hebben gemiddeld nog ruim 26 jaar voor de boeg waarvan 14,5 jaar in als goed ervaren gezondheid. Mannen die in 2020 zestig jaar worden hebben volgens de projectie gemiddeld nog 23,6 jaar te leven, waarvan ruim 15 jaar in een gezondheid die ze als goed ervaren. Er zijn flinke verschillen tussen sociaaleconomische groepen. Zo blijven de hoogopgeleide zestigers gemiddeld zes jaar langer vrij van fysieke beperkingen dan laagopgeleiden. Mensen die een hbo- of universitaire opleiding volgden, leven gemiddeld ook drie jaar langer (ANP, 19 maart 2018).

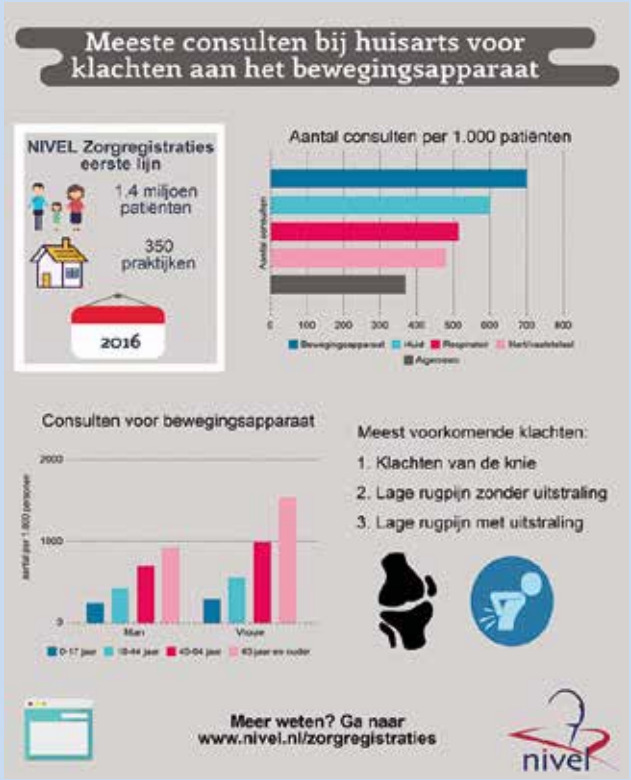
Regels voor financiële relaties medische hulpmiddelen

Vanaf 1 januari 2018 zijn de nieuwe regels over gunstbetoon in de medische hulpmiddelensector van kracht. De wet reguleert de, financiële, relaties tussen de leveranciers van medische hulpmiddelen en de personen die een hulpmiddel inkopen of toepassen. Het doel van de wet is om ongewenste beïnvloeding te voorkomen. De wet verbiedt het aanbieden van geld, geschenken of diensten door makers van medische hulpmiddelen aan hun afnemers. De wet bevat ook een paar uitzonderingen, zoals het aangaan van dienstverleningsrelaties. Deze zijn gebonden aan strikte voorwaarden. Dit verbod geldt zowel voor de verstrekker als de ontvanger. Wat een verstrekker niet mag aanbieden of geven, mag een ontvanger niet vragen of aannemen. Het wettelijke verbod is een aanvulling op regels die in 2012 door veldpartijen, zoals verenigd in de Stichting Gedragscode Medische Hulpmiddelen (GMH), opgesteld zijn. Die regels zijn opgenomen in de Gedragscode Medische Hulpmiddelen. De gedragscode geeft normen voor verantwoorde contacten tussen leveranciers van medische hulpmiddelen en zorgprofessionals. De stichting GMH en de inspectie maken afspraken over de samenwerking. Ook de Geneesmiddelenwet kent sinds 2007 een verbod op gunstbetoon. Daar gaat het om financiële relaties van farmaceutische bedrijven met bijvoorbeeld zorgprofessionals en patiëntenorganisaties. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd houdt toezicht op naleving van het verbod op gunstbetoon. Iedereen die een overtreding van de regels over gunstbetoon vermoedt, kan een melding doen bij de inspectie. Daarnaast doet de inspectie zelf onderzoek naar de naleving van de regels (Ministerie VWS, Nieuwsbericht, 16 januari 2018).

Korte berichten

Nederlanders vooral met beweegklachten naar de huisarts

De meest gerapporteerde klachten bij de huisarts zijn gerelateerd aan het bewegingsapparaat, vooral klachten aan knie en de onderrug. Op nummer twee staat problemen aan de huid, gevolgd door problemen met de longen. Per duizend ingeschreven patiënten, waren er in 2016 ongeveer zevenhonderd consulten voor klachten aan het bewegingsapparaat. Het aantal consulten ligt hoger bij vrouwen dan bij mannen en neemt sterk toe met de leeftijd.
Zo komen vrouwen van 65 jaar en ouder gemiddeld 1,5 keer per jaar voor beweegklachten (NIVEL, 26 februari 2018).



Meer onderzoek nodig naar veiligheid en kwaliteit in zelfstandige klinieken

88% van de patiënten heeft goede ervaringen met hun behandeling in een zelfstandige kliniek. Er zijn echter wel aandachtspunten wat betreft de patiëntveiligheid, volgens een verkennend dossieronderzoek door onderzoeksinstituut NIVEL. Het onderzoek was op basis van vrijwillige deelname van de zelfstandige klinieken. Omdat dit geen representatieve steekproef was en er niet gekeken is naar de vermijdbaarheid van schade, kunnen er geen algemene uitspraken worden gedaan over de mogelijke vermijdbaarheid van de complicaties in de zelfstandige klinieken. Zelfstandige klinieken nemen steeds vaker ingrepen over van ziekenhuizen. Meestal gaat het om ingrepen met een laag risico op complicaties en bij relatief gezonde patiënten. In het onderzoek zijn 264 dossiers van 10 klinieken gescreend aan de hand van een gevalideerde triggerlijst. Een positieve trigger is een aanwijzing dat er een verhoogd risico is op zorggerelateerde schade.
In 13% van de onderzochte patiëntendossiers was er sprake van een verhoogd risico op zorg gerelateerde schade, waaronder 4% een positieve trigger tijdens de ingreep en 9% na de ingreep. Drie patiënten werden vanwege complicaties opgenomen in het ziekenhuis. Vervolgonderzoek is nodig om te onderzoeken in hoeverre er sprake is van vermijdbare zorggerelateerde schade (NIVEL, 22 januari 2018).

Eerste Kamer stemt in met nieuwe donorwet

Met de nieuwe donorwet wordt het systeem van orgaandonatie omgedraaid. Wie zich niet voor of tegen donatie registreert, heeft straks automatisch 'geen bezwaar' tegen het gebruik van de eigen organen bij overlijden. Nu zijn mensen in principe geen donor, tenzij ze zichzelf aanmelden.
De positie van nabestaanden was een heftig discussiepunt, zowel in de Eerste Kamer als in de maatschappelijke discussie. De vraag bleef lang openstaan hoe artsen moeten omgaan met nabestaanden die zeggen dat de overledene de orgaandonatie niet gewild zou hebben, ook al staat deze geregistreerd als donor.

Uiteindelijk werd duidelijk dat nabestaanden, evenals nu, altijd het laatste woord hebben. Ook was er in het wetsvoorstel onduidelijkheid over de 'vergewisplicht' van artsen. De nieuwe wet schrijft voor dat de arts zich ervan moet vergewissen dat de overledene ten tijde van de registratie wilsbekwaam was. Onduidelijk was echter hoe de arts dat zou moeten doen. Artsenfederatie KNMG wees er op dat de vergewisplicht op juridische en praktische bezwaren kan stuiten. Dit punt zal worden uitgewerkt in een landelijk protocol, zodat de praktijk op dit punt eenduidig zal zijn. De nieuwe wet wordt in de zomer van 2020 van kracht. Tot die tijd blijft de huidige wet gelden (ANP, FMS, 15 februari 2018).

Een vijfde deelnemers zorgopleidingen is man

Vrouwen volgen veel vaker een opleiding op het gebied van gezondheid of welzijn dan mannen. Een vijfde van de deelnemers aan een opleiding in gezondheid en welzijn is man (Centraal Bureau voor de Statistiek). Het aandeel mannen loopt wel op met het onderwijsniveau. Op de mbo-niveaus 1-3 is 10% van de leerlingen binnen gezondheid en welzijn man, op de universiteit is het aandeel mannen in deze richting bijna een derde.
Bij de overige studierichtingen is juist het aandeel mannen op de mbo-niveaus 1–3 hoger dan op mbo-niveau 4, hbo of universiteit. Het aandeel mannen op gezondheids- of welzijnsopleidingen is sinds 2010 vrijwel niet veranderd. Het nam toe van 19% in schooljaar 2010/2011 naar 20% in schooljaar 2017/2018.

Het aandeel mannen op gezondheidsopleidingen varieert ook per opleiding. Op de universitaire opleiding farmacie is 40% van de studenten man, bij geneeskunde is dat 34%. In het hbo volgen relatief veel mannen, namelijk 30%, een opleiding op het gebied van therapie en revalidatie. De opleiding fysiotherapie, die hieronder valt, wordt door evenveel mannen als vrouwen gevolgd (Skipr, 12 maart 2018).

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.