

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:

Zorguitgaven • Financiële positie ziekenhuizen

Medisch Specialisten • Ziekenhuizen • Korte berichten



ZIMMER BIOMET
Your progress. Our promise.™

JULI 2019 JAARGANG 8 • NUMMER 2

Communicatie Zorg(elijk)...

De afgelopen periode werd ik in mijn directe en indirecte omgeving geconfronteerd met patiënten die in een vervelende medische situatie terecht zijn gekomen.

Hun verhalen aanhorend bedacht ik: hoe is het toch mogelijk? Waar gaat het over zult u nu wellicht denken? Nou, de manier waarop er (niet) gecommuniceerd wordt en *hoe* er soms gecommuniceerd wordt.

Een aantal voorbeelden:

- Een patiënt die een folder over een stoma thuis gestuurd krijgt en bij het openen van de brochure als eerste leest: 'u heeft kanker'. Dit, nog voor het consult van de behandelend specialist over de uitkomsten van allerlei onderzoeken heeft plaats gevonden en het (gelukkig) achteraf geen kanker bleek te zijn!?
- Een patiënt met gemetastaseerde alvleesklierkanker moet als koerier met een dvd met MRI-beelden van het ene naar het andere academische ziekenhuis, omdat de beelden niet digitaal kunnen worden gecommuniceerd!?
- Een patiënt, die van de ene arts een toelichting en instructie krijgt, iets dat een uur later door een andere arts volledig anders wordt uitgelegd!?

De gemene deler van al deze verhalen is dat uiteindelijk deze patiënten met veel meer vragen zitten dan antwoorden, iets dat onzekerheid en angst in een toch al vervelende situatie in de hand werkt.

Dit soort voorbeelden zijn er helaas in overvloed en ik verwacht dat velen van u dit kunnen bevestigen.

Wetenschappelijke voorbeelden zijn er ook. Meerdere artikelen over de noodzaak van betere communicatie zijn onder meer recent gepubliceerd in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. In nummer 22 van 31 mei 2019 staat een artikel van Joost Zaat 'Verdwaald in moeras van digitale gegevens-uitwisseling'. In dit artikel wordt beschreven dat de ambitie bestaat dat in 2020 iedereen in de zorg met iedereen gegevens elektronisch moet kunnen uitwisselen en dat iedereen toegang zou moeten hebben tot zijn of haar medische gegevens.

Deze ambitie is vooralsnog te hoog gegrepen, met name om zoiets juridisch en praktisch gerealiseerd te krijgen. Vanuit een Europees perspectief is dit vreemd, omdat in een land als Finland een EPD volledig geïntegreerd is en inzage mogelijk is voor patiënt en alle betrokken zorgprofessionals. Een groot goed en een duidelijk voordeel voor alle partijen.

Een ander voorbeeld is: *Correspondentie tussen eerste en tweede lijn over patiënten met kanker. Hoe kan het beter?* (NTvG).

Een onderzoek van Mariken E. Stegeman et al. waarin wordt gesteld: "Alle specialistenbrieven bevatten informatie over de actuele behandeling, maar er was slechts zelden informatie beschikbaar over de intentie van de behandeling (curatief of palliatief) of over de alternatieve behandelopties. Interviews met zorgverleners bevestigden deze bevindingen." De eindconclusie luidde als volgt: "De onderzoeksresultaten suggereren dat verwijfsbrieven en specialistenbrieven niet voldoende zijn gericht op de behoeften van de ontvanger." Hoe kan dit zo zijn in een tijd waarin alles mogelijk lijkt te zijn? Communicatie in de zorg anno 2019 is zorgelijk en blijft zorgelijk! Directe patiënt communicatie, communicatie tussen collega's, communicatie tussen de verschillende informatiesystemen, het is en blijft complex.

Systemen moeten met elkaar 'praten'. Hoe selecteer je als zorgprofessional de juiste informatie uit de niet-aflatende stroom van informatie en e-mails. En het belangrijkste: hoe breng je de juiste informatie duidelijk en begrijpelijk over, in de luttele minuten 'zendtijd' die de patiënt en de zorgprofessional gegund is? Ik weet dat het woord communicatie vaak een als container begrip wordt bestempeld. Laten we het daarom terug brengen naar de definitie:

Communicatie is een activiteit waarbij levende wezens betekenissen uitwisselen door op elkaars signalen te reageren. Het Latijnse woord *communicare* slaat terug op "iets gemeenschappelijk maken". Communicatie is behalve een sociale activiteit, ook het *resultaat* van het contact: de optelsom van

wederzijdse betekenisgevingen, ook wel communicatie-effect genoemd. Hier zit, in mijn beleving, de intentie. We doen met elkaar ons uiterste best om er iets gemeenschappelijks van te maken. De EPD's, de multidisciplinaire afstemming, en een 'optimale' communicatie van de zorgverlener met de individuele patiënt en/of zijn of haar naasten, de informatiefolders, de digitale toepassingen, etc.

Maar gebeurt dit in de zorg niet te vaak met de intentie om aan alle strak geprotocolleerde communicatieplichten te voldoen en het zo belangrijke vinkje in het digitale dossier te kunnen zetten? Wat doen we met het communicatie-effect? We zouden ons meer moeten afvragen: heeft mijn collega, de patiënt en zijn of haar naasten de informatie gekregen die noodzakelijk, nuttig en begrijpelijk is. Hebben we naast het feit dat we er iets gemeenschappelijks van hebben gemaakt ook het belangrijkste doel, het resultaat van het contact, het communicatie-effect bereikt? In mijn ogen hebben we in de Zorg nog een belangrijke en essentiële weg te gaan en moet communicatie op alle fronten bepaald verbeteren.

Ik hoop met deze communicatie dit onderwerp gemeenschappelijk te hebben gemaakt. En wanneer het resultaat van deze column bereikt is, zal communicatie in de zorg in de toekomst een zorg minder worden.

Veel leesplezier!

Roland van Esch





Zorguitgaven

In 2018 is €100 miljard uitgegeven aan zorg en welzijn, €3 miljard meer dan in 2017. De zorguitgaven groeiden voor het zesde achtereenvolgende jaar minder hard dan de economie. Het aandeel van de zorguitgaven in het bbp (in werkelijke prijzen) daalde van 13,2% in 2017 naar 12,9% in 2018. In 2012 was het aandeel nog 13,9%. Afbakend volgens internationaal afgesproken richtlijnen, waarbij onder andere de uitgaven voor welzijn en kinderopvang niet worden meegeteld, bedroegen de uitgaven aan gezondheidszorg €76,9 miljard (9,9% van het bbp). Het is voor het eerst na 2008 dat dit aandeel onder de 10% blijft.

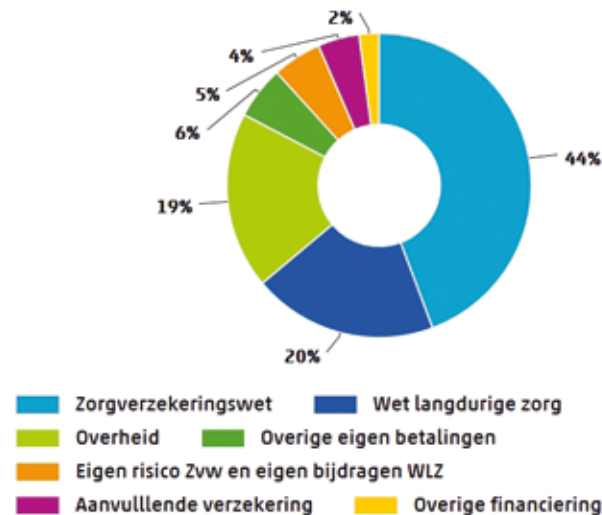
De uitgaven aan aanbieders van huisartsenzorg (inclusief multidisciplinaire zorg) stegen met 5,2%.

Het beleid is er de afgelopen jaren op gericht om de zorg zo dicht mogelijk bij huis te organiseren, zodat mensen zo lang mogelijk in hun eigen omgeving kunnen functioneren.

De uitgaven aan aanbieders van verpleging en verzorging stegen met 5,7%. Deze relatief sterke groei is mede het gevolg van de extra middelen voor het verbeteren van de zorg in verpleeghuizen. Uitgaven aan aanbieders van medisch-specialistische zorg (msz) stegen in 2018 met 2,9%.

In totaal werd via de overheid, verzekeringen en eigen betalingen in 2018 per persoon gemiddeld €5.805 uitgegeven aan zorg. Dat is €140 meer dan in 2017. De uitgaven aan zorg worden voor bijna 83% gefinancierd uit verplichte verzekeringen (Wet langdurige zorg (20%) en Zorgverzekeringswet (44%)) en bijdragen van de overheid, waaronder de uitgaven van gemeenten in het kader van de Jeugdwet en de Wet maatschappelijke ondersteuning (19%) (21-6-2019, CBS).

Financiering zorguitgaven, 2018 (voorlopige cijfers):



Uitgaven Zorgverzekeringswet stijgen met bijna 1,5 miljard

De totale zorguitgaven van de Zorgverzekeringswet in 2018 stegen van €42,8 miljard in 2017 naar €44,3 miljard, een toename van bijna €1,5 miljard, oftewel 3,5%. De uitgaven aan medisch-specialistische zorg stijgen het meest: namelijk met €635 miljoen en komen uit op bijna €22,9 miljard. Ook de zorglasten voor de Wet langdurige zorg stijgen: van €19,8 miljard in 2017 naar €20,7 miljard in 2018. Dit verwacht het Zorginstituut op basis van de meest recente cijfers van zorgverzekeraars en CAK.

Binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) vormt de medisch-specialistische zorg de grootste kostenpost: 52% van de totale uitgaven binnen de wet komt ten goede aan deze zorgcategorie. De totale uitgaven voor msz stijgen met €635 miljoen (3%) en komen uit op €22,9 miljard. De kostenstijging is voor het merendeel te verklaren uit de stijging van de diagnose-behandel-combinatie (DBC) vrije segment. Zorgverzekeraars zijn vrij voor deze DBC-zorgproducten om met ziekenhuizen te onderhandelen over de prijs. Deze categorie stijgt in 2018 met 3% naar €496 miljoen. Hiermee komt 78% van de totale kostenstijging van de msz op het conto van deze categorie. De algemene ziekenhuizen bepalen 80% van de totale kosten in de categorie DBC vrije segment, die in 2018 zo'n €15 miljard bedroegen. Deze ziekenhuizen leveren dan ook de grootste absolute bijdrage aan de kostenstijging binnen deze categorie. De integrale kosten van de algemene ziekenhuizen stegen in 2018 met 4% naar ruim €12 miljard.

Ook aan de Wet langdurige zorg (Wlz) is meer geld uitgegeven. De totale zorguitgaven van de Wlz stegen met 5%: van €19,8 miljard in 2017 naar €20,7 miljard in 2018. Het aandeel in de kosten voor verblijf in een zorginstelling is veruit het hoogst; deze uitgaven vormen 81% van de totale Wlz-zorguitgaven. In 2018 zijn deze kosten met 3% toegenomen naar in totaal €16,8 miljard. Het overgrote deel van de kosten voor verblijf komt voor rekening van de ouderenzorg, namelijk €10 miljard. De grootste uitgavenstijging deed zich voor in de categorie kosten volledig pakket thuis: maar liefst 21%. De kosten voor mondzorg voor patiënten in de Wlz zijn met 25% gestegen en de kosten voor hulpmiddelen voor Wlz-patiënten zijn met 11% omhoog gegaan. De kosten van mondzorg in de Wlz komen uit op €67,7 miljoen, de kosten van hulpmiddelen gaan naar €153,6 miljoen.

Het Zorginstituut noemt twee oorzaken voor de stijgingen in de Wlz. Ten eerste hebben de zorgverzekeraars hun controles op de samenloop van de Zvw en de Wlz verscherpt. Hulpmiddelen en mondzorg die in het verleden ten onrechte bij de zorgverzekeraar werden gedeclareerd, komen nu ten laste van de Wlz. Daarnaast neemt de zorgzwaarte van cliënten in instellingen toe, waardoor het aantal geïndiceerde zorgprofielen met behandeling toeneemt (19-4-2019, Skipr).

4 Natuurlijk in **Beweging**

De financiële positie van ziekenhuizen is in 2018 verbeterd en gemiddeld genomen is de sector erg gezond, zo concludeert Prismant na een voorlopige analyse van de jaarrekeningen.

Omzetgroei

De omzet van algemene en academische ziekenhuizen is in 2018 met 3,4% gegroeid. Als wordt gecorrigeerd voor loon- en prijsontwikkelingen (ruim 2,5% in 2018) dan bedraagt de volumegroei 0,9%. De groei van de ziekenhuizen blijft dus binnen de afspraken in het hoofdlijnakoord 2018 (met een volumegroei van 1,4% in 2018).

De lage omzetgroei heeft niet geleid tot een verlaging van de winstgevendheid. De algemene ziekenhuizen zagen hun resultaat stijgen van 1,2% (2017) naar 1,5% (2018). Bij de academische ziekenhuizen daalde het resultaat van 2,7% naar 1,7%. De gemiddelde solvabiliteit is toegenomen tot 26,9% bij de algemene ziekenhuizen en zelfs 32,1% bij de academische ziekenhuizen. Ondanks het faillissement van 2 ziekenhuizen in 2018 (Slotervaart en IJsselmeerziekenhuizen) is de sector gemiddeld erg gezond. Er verkeren nog maar enkele ziekenhuizen in de gevarezone.

In 2018 is de omzet van de algemene en academische ziekenhuizen met €890 miljoen gestegen van €25,85 miljard naar €26,75 miljard. De omzet van de algemene ziekenhuizen is met €620 miljoen (ofwel 3,5%) toegenomen van €17,6 miljard naar €18,2 miljard. Bij de academische ziekenhuizen lag de omzetgroei met €270 miljoen (van €8,3 naar €8,55 miljard) iets lager (3,3 procent). De omzetgroei in de ziekenhuizen blijft hiermee nadrukkelijk achter bij de afspraken uit het Zorgakkoord.

Productie gedaald

De productie in termen van de klassieke budgetparameters is in het afgelopen jaar verder gedaald. Het aantal klinische opnamen daalde met 3,0%, het aantal eerste polikliniekbezoeken met 2,7% en het aantal dagverplegingsdagen met bijna 0,6%. Het aantal klinische verpleegdagen daalde met 3,6%. De gemiddelde ligduur daalde licht naar 5,0 dagen. Opvallend is dat het aantal geopende dbc's in 2018 sterk is toegenomen (met 17,3%).

Financiële positie ziekenhuizen

Nogal wat ziekenhuizen laten een groei zien van meer dan 50%. Overigens is dit wellicht toe te schrijven aan de veranderde registratie in het DigiMV.

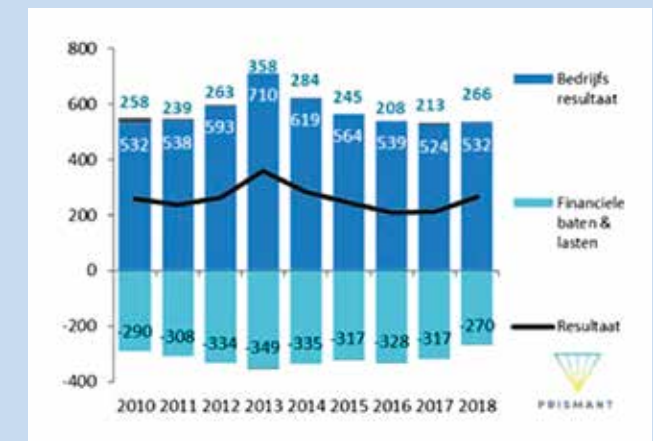
Kosten

De totale ziekenhuiskosten zijn in 2018 met €910 miljoen gestegen. De kosten in de algemene ziekenhuizen stegen met €566 miljoen (3,2%) van €17,4 naar €17,9 miljard. De personeelskosten zijn met 3,2% toegenomen en de honoraria van specialisten met 4,0%. De overige bedrijfslasten namen 4,1% toe. De kapitaallasten daalden met 0,9%. In de academische ziekenhuizen stegen de kosten met €345 miljoen van €8,05 naar €8,4 miljard. De personeelskosten stegen met 4,3% en de overige bedrijfslasten daalden met 0,3%. De kapitaallasten daalden met 1,3%.

Kapitaalkosten dalen sterk

De afschrijvingen in de algemene ziekenhuizen zijn voor het eerst sinds vele jaren weer licht gestegen: met 2,7%. De rentelasten zijn daarentegen sterk gedaald met 14,8%, vanwege de steeds lagere kapitaalbehoefte van de ziekenhuizen en de dalende rentetarieven. De totale kapitaalkosten zijn met €17 miljoen, oftewel 1,2% afgenomen. In de academische ziekenhuizen zijn de kosten van afschrijvingen ook licht gestegen: 0,3%. De rentelasten zijn met 20% gedaald. De totale kapitaallasten daalden met €21 miljoen, oftewel 3,7%.

Exploitatieresultaat



Ontwikkeling resultaat Algemene ziekenhuizen (x € miljoen; 2010 – 2018)

Het exploitatieresultaat bij de algemene ziekenhuizen is in 2018 gestegen naar €266 miljoen in 2018. Het gemiddelde resultaat komt hiermee uit op 1,5%.

Bij de academische ziekenhuizen daalde het resultaat sterk, van €214 miljoen naar €143 miljoen. Het gemiddelde resultaat (1,7%), ligt hier overigens nog steeds hoger dan bij de algemene ziekenhuizen (11-6-2019, Prismant).

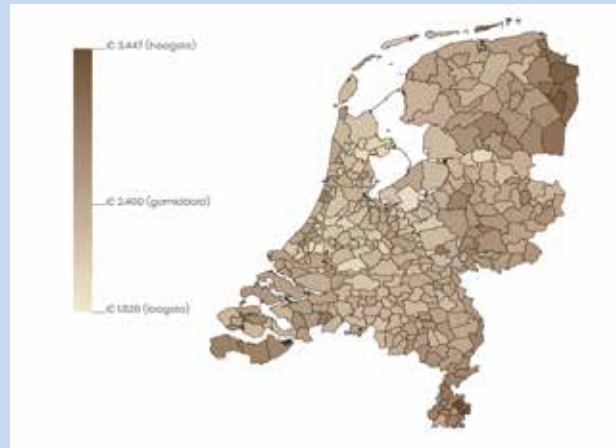
Lichte opleving in investeringsplannen zorginstellingen

Uit het Jaarverslag 2018 van het Waarborgfonds voor de Zorgsector valt op te maken dat er signalen zijn dat er een opleving is van investeringsplannen van zorginstellingen. Hoewel in 2018 het totale volume waarvoor een garantie werd verstrekt verder daalde naar 100 miljoen, zijn er ook signalen dat er enige opleving is in investeringsplannen. Een eerste signaal dat er sprake is van een opleving in investeringsplannen van zorginstellingen is het oplopende garantietegoed. Naast de €100 miljoen aan garanties die daadwerkelijk werden opgenomen, zat er eind 2018 ruim €300 miljoen aan eerder door het WFZ gedane garantie-toezeggingen 'in de pijplijn' (eind 2017 was dit ongeveer de helft). Deze toezeggingen kunnen in de komende jaren worden verzilverd. Een tweede signaal is het toenemende aantal nieuwe garantieverzoeken. In 2018 werden 43 borgingsverzoeken afgehandeld (waarvan er 37 geheel of gedeeltelijk werden gehonoreerd). Dit is een toename (+16%) ten opzichte van 2017 waarin 37 verzoeken werden afgehandeld (waarvan er 23 werden gehonoreerd). Ook het aantal nieuwe aanvragen (10) in de eerste twee maanden van 2019 ondersteunt het beeld van een stijgende lijn. De verwachting van het WFZ voor de komende jaren is desondanks dat zorginstellingen terughoudend zullen blijven ten aanzien van (grote) investeringen (17-4-2019, NVZ).

Zorgkosten per gemeente lopen sterk uiteen

De zorgkosten per verzekerde lopen per gemeente sterk uiteen. Gemiddeld bedragen de gecombineerde zorgkosten in de Zvw en Wlz ruim €3.600 per inwoner. In de twee 'goedkoopste' gemeenten is dit bedrag met €2.500, terwijl de zes 'duurste' gemeenten boven de €6.000 uitkomen (Vektis Intelligence cijfers over 2017). Van de gecombineerde zorgkosten komt 69% op het conto van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en 31% voor de Wet langdurige zorg (Wlz). Het Wlz-kostenplaatje zegt relatief weinig over het feitelijke zorggebruik van de inwoners van een gemeente. De Wlz-kosten per inwoner worden in hoge mate bepaald door de aanwezigheid van voorzieningen met een extraregionaal karakter, zoals instellingen voor gehandicaptenzorg. Om die reden zijn de Wlz-uitgaven in de gemeente Ermelo het hoogst met €4.659 per verzekerde en in Renswoude het laagst met €302.

Zorgkosten Zvw per persoon per gemeente



Een zuiverder graadmeter voor het feitelijk zorggebruik zijn de kosten die onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) vallen. Ook hier zijn grote verschillen te zien. Zo maakten inwoners van Heerlen in 2017 met gemiddeld €3.447 de hoogste kosten per persoon in de Zvw. In Urk maakten inwoners gemiddeld de minste kosten in de Zvw, namelijk €1.828.

Het verschil tussen Heerlen en het landelijk gemiddelde (€2.490) wordt met name veroorzaakt door hogere gemiddelde kosten van €475 voor ziekenhuiszorg en €173 in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) per verzekerde. De lagere gemiddelde kosten in Urk ten opzichte van landelijke cijfers zijn met name ontstaan door lagere kosten voor ziekenhuiszorg en de ggz.

Gemiddeld maakt 57% van de verzekerden gebruik van ziekenhuiszorg, variërend van opnames tot polikliniekbezoek of eerstelijnsdiagnostiek. Tussen gemeentes bestaan forse verschillen: het aandeel verzekerden dat gebruik maakt van ziekenhuiszorg, varieert van 49% tot 65% van de verzekerden.

De kosten van de huisartsenzorg bedragen gemiddeld €190 per verzekerde. Ook hier zijn forse verschillen tussen gemeenten. In vier gemeenten bedragen de kosten voor de huisartsenzorg meer dan €250 per verzekerde, in één minder dan €150 per verzekerde (25-3-2019, Vektis; 1-4-2019, Skipr).

Verspreiding van medische innovaties

Het gebruik en de verspreiding van medische innovaties zouden niet beperkt moeten worden door de landsgrenzen. In de EU bestaan echter verschillende structuur-, financierings- en vergoedingssystemen die een dergelijke verspreiding bemoeilijken. De Europese Unie harmoniseert veel maar gezondheidszorg is een nationale aangelegenheid. Elk Europees land heeft zijn eigen gezondheidszorgsysteem met zijn eigen specifieke kenmerken.

In een tweetal, recent verschenen boeken (zie afbeelding) zijn de onderzoeksresultaten naar de diverse structuur-, financierings- en vergoedingssystemen in 22 Europese landen vastgelegd.



Doel van de onderzoeken was om innovaties in Europa te ondersteunen en om het voor innovators gemakkelijker te maken om hun producten op de gezondheidszorgmarkt te krijgen. Hiervoor is inzicht in de structuur van het zorgstelsel en financierings- en vergoedingssystemen essentieel. *Het onderzoek door Yvonne van Kemenade werd mogelijk gemaakt door Achmea & EIT Health. Beide boeken zijn gratis beschikbaar als e-boek, kijk op www.healthcareconsultancy.eu of stuur een mail aan yvankemenade@wxs.nl, dan ontvangt u de e-pub versie.*

Meldingen over bijwerkingen implantaten

Het Meldpunt en Expertisecentrum Bijwerkingen Implantaten (MEBI) ontving in 2018 162 meldingen van vermoede bijwerkingen. Veruit de meeste meldingen gingen over gezondheidsklachten door een borstimplantaat.

Daarna volgden op afstand meldingen over knie- of heupprothesen. De gezondheidsklacht die het meest genoemd werd, is vermoeidheid. Ook het verlies van persoonlijke zelfstandigheid bij dagelijkse activiteiten en (gewrichts)pijn worden regelmatig gemeld (9-4-2019, RIVM).

Het Resultaat Telt Medisch Specialistische Zorg 2017

De rapporten: Het Resultaat Telt (HRT) Medisch Specialistische Zorg 2017, het HRT ziekenhuizen en het HRT particuliere klinieken, geven de resultaten weer van de ziekenhuizen en particuliere klinieken in Nederland op verschillende kwaliteitsindicatoren. Deze kwaliteitsindicatoren zijn van de verschillende beroepsgroepen (NVZ, NFU, FMS, V&VN, ZKN) en de inspectie. De inspectie analyseert de data en geeft deze informatie terug aan de ziekenhuizen en klinieken. Door de analyse wordt duidelijk waar belangrijke verbeteringen hebben plaatsgevonden en waar de risico's liggen. Bij de verschillende ziekenhuizen en klinieken, maar ook sectorbreed.

Uit Het Resultaat Telt Ziekenhuizen blijkt onder meer dat pijnmetingen bij patiënten na een operatie en screening op delier grotendeels op orde zijn. Ook blijkt dat de meeste ziekenhuizen een vast aanspreekpunt voor mensen met kanker goed hebben geregeld. Daarnaast blijkt dat een aantal ziekenhuizen de screening en behandeling van ondervoeding en vermijdbare wachttijd voor behandeling van botuitzaaiingen bij kanker moeten verbeteren. Uit Het Resultaat Telt Particuliere Klinieken blijkt dat de klinieken die risicovolle ingrepen uitvoerden (bijvoorbeeld het plaatsen van knie- en heupprothesen) de operatieve zorg grotendeels op orde hebben. Wel zien we dat particuliere klinieken die kleine en minder risicovolle ingrepen uitvoeren, vaak niet voldoen aan de eisen voor de operatieve zorg. De kwaliteitsverbetering verloopt hier moeizaam. De inspectie heeft hier al eerder aandacht voor gevraagd en zal dit in haar toezicht blijven doen (28-3-2019, IGJ).

Ziekenhuizen beklagen zich over vastleggen uitkomsten

Ziekenhuizen hebben moeite met de registratielast die het vastleggen van uitkomstindicatoren met zich meebrengt. Met name het meten van uitkomsten na ontslag uit het ziekenhuis ervaren de ziekenhuizen als een grote belasting. Gevolg is dat ziekenhuizen deze uitkomsten onvoldoende en soms helemaal niet registreren, laat staan voor verbetering van de zorg gebruiken. In Het Resultaat Telt Medisch Specialistische Zorg 2017 gaat de IGJ uitgebreid in op de indicator 'functioneren



na ontslag uit het ziekenhuis bij een heupfractuur'. Een belangrijk onderwerp aangezien één op vier van de patiënten die aan een heupfractuur wordt geopereerd binnen een jaar overlijdt. De inspectie onderkent dat relevante uitkomsten bij de behandeling van een heupfractuur vaak moeilijk vanuit een ziekenhuis zijn vast te stellen. Zeker wanneer de uitkomst wordt gemeten nadat de patiënt het ziekenhuis heeft verlaten is de belasting groot. Maar volgens de IGJ hebben ziekenhuizen geregeld ook onvoldoende oog voor relevante uitkomsten. Zo blijken follow-upmomenten, zoals controle-momenten in de polikliniek, vaak helemaal niet ingericht om het resultaat van een behandeling te evalueren. Daar komt bij dat het routine-terugkoment in Nederlandse ziekenhuizen na zes weken plaats vindt, terwijl het internationaal erkende moment om het resultaat van de behandeling te toetsen twaalf weken is. De gedachte hierachter is dat de blijvende resultaten van een heupoperatie pas na langere tijd zichtbaar worden.

De inspectie constateert grote verschillen in de manier waarop ziekenhuizen met de indicator 'functioneren na heupfractuur' omgaan. De beschikbaarheid van de gegevens die de ziekenhuizen over 2017 aanleverden varieerde van 0% tot 100%. Oftewel: sommige ziekenhuizen verstrekten deze gegevens over al hun

patiënten, terwijl anderen niets aanleverden. In totaal waren de resultaten van deze indicator van ongeveer 30% van de patiënten beschikbaar.

Ook bij de behandeling van hartinfarcten worstelen de ziekenhuizen volgens de IGJ nog met het verwerven van inzicht in functionele uitkomsten. Het blijkt moeilijk om de patiëntengroepen over de verschillende schakels in de keten te volgen, van de ambulance naar spoedeisende hulp en (voor de indicator) eindigend bij de verwijzing naar de hartrevalidatie. Zelfs zonder deze schotten blijkt het bij hartinfarcten moeilijk om consistent uitkomsten te meten. Zo zijn er volgens de IGJ nog steeds ziekenhuizen die als onderdeel van de uitkomstmeting uitsluitend de sterfte tijdens de opname in het ziekenhuis meewegen. Dit levert een vertekend beeld op in vergelijking met het gros van de ziekenhuizen dat een 30-daagsesterfte hanteert. Logischerwijs kennen deze ziekenhuizen een hoger sterftcijfer, omdat ze ook patiënten in hun uitkomsten betrekken die na ontslag thuis overlijden.

De vaak problematische omgang met uitkomstindicatoren leidt er toe dat ze nog nauwelijks worden gebruikt voor verbetering van de patiëntenzorg. Minder dan 1% van de toelichtingen bij

uitkomstindicatoren gaat daadwerkelijk in op mogelijke kwaliteitsverbeteringen in de zorg (10-4-2019, Skipr).

Wetswijziging tuchtrecht in de gezondheidszorg

Per 1 april 2019 trad een aantal wijzigingen van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) in werking. Deze wijzigingen veranderen op een aantal punten het tuchtrecht in de gezondheidszorg. Hierbij een overzicht van de belangrijkste wijzigingen.

- Berispingen en boetes worden alleen nog openbaar als de tuchtrechter dat nodig vindt in het belang van de individuele gezondheidszorg.
- Voorzitters van de tuchtcolleges krijgen de mogelijkheid om klachten waarvan onmiddellijk duidelijk is dat zij eenvoudig kunnen worden afgehandeld, zelf af te doen. Dit kan de duur van de procedure verkorten.
- Nieuw is ook de tuchtklachtfunctionaris die de klager kan inschakelen voor advies.
- De klager krijgt de bevoegdheid om zijn klacht tot uiterlijk twee weken voor de behandeling van de zaak op de terechtzitting schriftelijk te wijzigen of aan te vullen.
- Het tuchtcollege krijgt de mogelijkheid om de aangeklaagde te veroordelen in de kosten die de klager heeft moeten maken, bijvoorbeeld voor een advocaat. Dit kan alleen als een klacht geheel of gedeeltelijk gegrond is verklaard.
- De tuchtrechter kan een beroepsverbod opleggen als de veiligheid dat vereist.
- Handelingen in de privésfeer en het organisatorisch handelen van een arts-bestuurder vallen nu (in bepaalde gevallen) officieel onder het tuchtrecht (tweede tuchtnorm).

De tuchtrechter kan dus nu een beroepsverbod opleggen aan zorgverleners in de individuele gezondheidszorg. Dat is daarmee het zwaarste middel dat een tuchtrechter kan opleggen, bijvoorbeeld als een zorgverlener een ernstig zeden- of geweldsdelict, of een levensdelict heeft gepleegd.

De wetswijziging legt daarnaast vast dat de Wet BIG ook van toepassing is op cosmetische handelingen. Dit betekent dat handelingen zoals injecteren of chirurgische ingrepen alleen

gedaan mogen worden door artsen die geregistreerd staan in het BIG-register, ongeacht of een behandeling met een medisch of cosmetisch doel plaatsvindt.

In het BIG-register staan alle individuele zorgverleners met een beschermde titel geregistreerd, zodat patiënten kunnen zien of een zorgverlener bevoegd is bepaalde handelingen uit te voeren. De tuchtrechter kan nu een beroepsverbod opleggen als hij op basis van de Wet BIG oordeelt dat een zorgverlener niet geschikt is het eigen beroep uit te oefenen, of als de rechter deze persoon niet geschikt acht een ander beroep in de zorg uit te oefenen waarbij hij patiënten behandelt.

De wetswijziging zorgt er ook voor dat het tuchtrecht van toepassing kan zijn op gedrag van een BIG-geregisteerde in een ander beroep dan het BIG-beroep, of in zijn privéleven. Het gaat dan om ernstig gedrag dat niet past bij de beroepsuitoefening. Ten slotte krijgt de inspectie de mogelijkheid om in bijzondere gevallen een beroepsbeoefenaar in afwachting van het oordeel van de tuchtrechter direct op non-actief te stellen (1-4-2019, FMS, ministerie VWS).



Wetsvoorstel BIG II

Minister Bruno Bruins heeft met de beroepsvereniging van verpleegkundigen, werkgevers en werknemers, overeenstemming bereikt over een overgangsregeling voor verpleegkundigen die regieverpleegkundige willen worden. Dit is een nieuw op te nemen beroep in het BIG-register. De regeling is bedoeld voor verpleegkundigen die zich straks als regieverpleegkundige willen registreren, maar daarvoor nog niet over alle benodigde

kwalificaties beschikken. De overgangsregeling wordt momenteel uitgewerkt in een wetsvoorstel.

Door het nieuwe wetsvoorstel BIG II (Wet beroepen individuele gezondheidszorg) komt er een nieuwe beroepstitel in de Wet BIG bij: regieverpleegkundige. Die komt naast de huidige beroepstitel van verpleegkundige. Het wetsvoorstel zorgt ervoor dat verpleegkundigen beter kunnen worden ingezet op de taken waarin ze deskundig zijn, en waarvoor ze zijn opgeleid. Het onderscheid op de werkvloer is zo voor iedereen helder en sluit goed aan bij de toekomstige zorgvraag.

Hbo-opgeleide verpleegkundigen die vanaf 2012 hun opleiding hebben afgerond, kunnen zich direct als regieverpleegkundige laten registreren in het BIG-register. De overgangsregeling gaat gelden voor hbo-opgeleide verpleegkundigen die vóór 2012 hun diploma haalden en voor mbo/inservice opgeleiden met een verpleegkundige vervolgoopleiding op NLQF-6-niveau. Wanneer zij zich willen laten registreren als regieverpleegkundige, dienen zij succesvol een toets af te ronden (hbo-opgeleiden) of enige aanvullende scholing te volgen (mbo/inservice-opgeleiden), om aan te tonen dat zij voldoen aan de eisen die worden gesteld aan een regieverpleegkundige.

Verpleegkundigen die onder de overgangsregeling vallen en geregistreerd willen worden als regieverpleegkundige kunnen zich direct registreren in het BIG-register. Vervolgens krijgen zij vijf jaar de tijd om aan de nieuwe eisen te gaan voldoen. Wanneer zij in deze vijf jaar ook voldoende uren als regieverpleegkundige hebben gewerkt, kunnen zij zich definitief registreren onder deze nieuwe beroepstitel. (5-6-2019, Ministerie VWS).

Artsen formuleren visie op samen beslissen

Een overgrote meerderheid van de medisch specialisten (87%) is het erover eens dat samen beslissen tot betere zorg leidt. Toch ervaart bijna de helft van de artsen belemmerende factoren bij het toepassen van gezamenlijke besluitvorming, blijkt uit de nieuwe visie op samen beslissen van de Federatie Medisch Specialisten (FMS). Artsen vinden dat een beslissing over een medische behandeling altijd samen met de patiënt moet worden gedaan. Maar, dan moet er in dat proces wel voldoende ruimte

zijn voor de dialoog met de patiënt over de best passende medische behandeling.

De FMS definieert samen beslissen dan ook als het proces waarin de arts en de patiënt gezamenlijk bespreken welk medisch beleid het beste bij de patiënt past, waarbij alle opties, voor- en nadelen, patiëntvoorkeuren en omstandigheden worden meegenomen. Dit proces bestaat uit drie stappen:

1. De arts geeft aan dat de patiënt meer dan één optie heeft en dat de patiënt daarin een stem heeft.
2. Bij het bespreken van de opties worden de voor- en nadelen en de verwachte uitkomsten besproken.
3. Daarbij worden de voorkeuren, behoeften en omstandigheden van de patiënt en de mogelijke invloed van de opties op de persoonlijke situatie meegenomen.

In een peiling die de FMS onder medisch specialisten heeft uitgezet, ervaart bijna de helft (45%) belemmerende factoren bij het goed inrichten van het proces samen beslissen. Genoemd worden: tijdsdruk, logistieke factoren zoals gebrek aan ruimte of inflexibele polië planning, financiering en gebrek aan hulpmiddelen zoals keuzehulpen of ondersteunend personeel. Daarnaast geeft in totaal 64% van de specialisten aan behoefte te hebben aan een training die gezamenlijke besluitvorming ondersteunt. Aanbevolen wordt dat er meer aandacht moet komen voor samen beslissen in de opleiding en (na)scholing om een positief effect op de bewustwording en de benodigde vaardigheden van artsen te realiseren. Ook moet er gekeken worden naar de ondersteuning voor medisch specialisten bij het goed organiseren van het proces van samen beslissen (tijd, financiering, hulpmiddelen). Volgens 87% van de medisch specialisten leidt gezamenlijke besluitvorming tot betere zorg. Vrijwel alle medisch specialisten (97%) benoemt expliciet dat er meerdere behandelopties zijn. Een meldactie van de Patiëntenfederatie (2017) geeft echter aan dat 48% van de patiënten geen meerdere behandelopties heeft voorgelegd gekregen. En uit een onderzoek van Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) uit 2018 blijkt ook dat bij 45% van de patiënten niet besproken is wat voor hen belangrijk is in het dagelijks leven. De FMS wil graag de implementatie van samen beslissen bevorderen en daarmee het verschil in beleving over samen beslissen van dokters en

patiënten verminderen. Een deel van de aanbevelingen van de FMS passen binnen de bestaande afspraken van het Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2019-2022 (18-6-2019, FMS).

Niet behandelen is ook een optie

Bij het St. Antonius (Utrecht/Nieuwegein) krijgt een derde van de prostaatkankerpatiënten geen operatie en geen bestraling. Door af te wachten en niet direct te behandelen worden onnodige behandelingen voorkomen en bovendien zorgkosten bespaard. Prostaatkanker is de meest voorkomende kanker soort onder mannen en in het St. Antonius komen elk jaar meer dan 1.000 patiënten met verdenking van prostaatkanker. Het is daarmee het grootste oncologisch centrum op het gebied van prostaatkanker in de regio. Het ziekenhuis voert al langere tijd een afwachtend beleid bij relatief onschuldige vormen van prostaatkanker.

De basis voor dit beleid ligt in data uit studies naar de vroegopsporing van prostaatacarcinoom. Daaruit bleek dat prostaatkanker door de PSA bloedtest in een steeds vroeger stadium werd gevonden. Niet al deze tumoren zouden met klachten aan het licht zijn gekomen als er geen bloed zou zijn geprikt en niet iedereen heeft dus baat bij behandeling. Ongeveer een derde van de patiënten blijkt een niet-agressieve tumor te hebben en wordt niet direct behandeld maar komt in plaats daarvan regelmatig op controle om de tumor in de gaten te houden. De mannen krijgen bij het St. Antonius elke drie maanden een lichamenlijk onderzoek en een bloedonderzoek. Ook wordt er ieder jaar een scan van de tumor gemaakt. Meestal is dat een MRI-scan, maar sinds kort wordt ook een PET-scan gemaakt. Belangrijk is de selectie van tumoren; welke doet de komende jaren geen kwaad wanneer deze onbehandeld blijft, en welke verdient toch behandeling. Waar in het verleden werd afgegaan op de details van de prostaatbiopsie, wordt tegenwoordig een MRI scan en PET scan gemaakt van de prostaat, om een veel betere en betrouwbaardere risico inschatting te kunnen maken van de aanwezige maligniteit. Patiënten zijn positief over het afwachtende beleid, maar hebben wel moeten wennen. De meeste mannen schrikken van de diagnose en willen graag direct worden behandeld. Maar bij veel vormen van prostaatkanker is dat helemaal niet nodig. Met een niet-agressieve vorm kun je bij wijze van spreken 100 worden (11-6-2019, Skipr).



DICA: data maken sprong naar de spreekkamer

Met de introductie van het Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA) van de Codman Dashboard hebben medisch specialisten een nieuw hulpmiddel om samen met hun patiënten de beste behandelmethode uit te kiezen. DICA ontwikkelt klinische kwaliteitsregistraties om de kwaliteit van zorg te verbeteren, de transparantie te vergroten en kosten te besparen. Tien jaar geleden ging DICA van start met de Dutch Surgical Colorectal Audit voor de darmkankerchirurgie. Inmiddels maakt DICA registraties voor 23 aandoeningen. Aan de registraties werken zorgverleners, specialisten, onderzoekers en andere medische professionals mee. Het Codman Dashboard kan medisch specialisten helpen om samen met de patiënt te beslissen over het te volgen zorgtraject. Medisch specialisten kunnen met behulp van het nieuwe dashboard hun behandelresultaten filteren naar bijvoorbeeld leeftijd, comorbiditeiten en chirurgische technieken om zo de meest optimale behandelmethode uit te kiezen (24-6-2019, Skipr).

Balans vraag en aanbod medisch specialisten

In opdracht van het Capaciteitsorgaan heeft Regioplan onderzoek uitgevoerd naar de demografie van de patiëntenpopulatie per medisch specialisme. Voor alle specialismen zijn deze parameterwaarden stijgende. Zo zal de vraag naar medisch specialistische zorg tussen 2019 en 2029 gemiddeld met



9,6% stijgen. Dit is geheel in de lijn der verwachting aangezien de vergrijzing tot 2040 alleen nog maar verder lijkt toe te nemen.

Daarnaast had Prismant de opdracht gekregen om onderzoek te doen naar het aantal werkzame medisch specialisten, hun deeltijdfactor en de uitstroom de komende jaren. Gemiddeld is 88% van de BIG-geregistreerde medisch specialisten ook werkzaam in het vak. Verder blijkt dat de arbeidsomvang licht daalt ten opzichte van de vorige raming met 0,03 fte: van 0,91 fte in 2016 naar 0,88 fte op dit moment. Dit komt overeen met signalen van geraadpleegde veldpartijen. Daarnaast is de verwachte uitstroom over de komende 10 jaar bij mannen gemiddeld 33% en gemiddeld 17% bij de vrouwen. Over de komende 20 jaar is voor de hele groep gemiddeld een daling in uitstroom te zien. Mede als gevolg van de toenemende instroom vanuit de opleiding verjongt de groep medisch specialisten. Hierdoor neemt de uitstroom voor vrouwen in het bijzonder, ten opzichte van het vorige Capaciteitsplan, fors af.

Het Capaciteitsorgaan heeft IPSE Studies, verbonden aan de Technische Universiteit in Delft, gevraagd om de inzetbaarheid van medisch specialisten bij de productie in de ziekenhuizen te onderzoeken. Hoewel de data onvolkomenheden bevatten was de richting van de resultaten duidelijk. Voor de meeste specialisten was er in de periode 2007-2015 jaarlijks een grotere inzet van fte's per gewogen opname nodig, behalve voor de ondersteunende specialismen. Dit kan het gevolg zijn van twee zaken:

óf patiënten komen in eerste instantie terecht bij het verkeerde specialisme óf specialisten doen via interne consulten ook veel werk voor patiënten 'van' andere specialismen. Dit laatste werd eveneens door de experts opgemerkt: er gaat steeds meer tijd naar complexere patiënten en de afstemming daarvoor met andere specialismen. Dit betekent dat de arbeidsproductiviteit daalt voor de snijdende en beschouwende specialismen. Voor de ondersteunende specialismen is de arbeidsproductiviteit juist iets gestegen.

De minister herbevestigt op basis van het ramingsrapport van het Capaciteitsorgaan dat de vraag naar en het aanbod van medisch specialisten landelijk gezien in balans is en dat er geen groot algemeen probleem is wat betreft het aanbod van medisch specialisten. Regionaal en lokaal worden er echter wel knelpunten ervaren, met name in het aantrekken van SEH-artsen en in een aantal regio's van MDL-artsen, anesthesiologen en kinderartsen.

Er zijn slechts kleine verschillen in de regionale dichtheid van specialisten (het aantal specialisten ten opzichte van het aantal inwoners) en er worden verschillende arbeidsmarktknelpunten ervaren door instellingen, zorgverzekeraars of wetenschappelijke verenigingen. Doorgaans ligt er een eigen combinatie van oorzaken ten grondslag aan een ervaren tekort op een locatie, wat elke situatie uniek en specifiek maakt. Er bestaat dan ook geen overkoepelende (of 'one size fits all') oplossing, iets dat vraagt om meer maatwerk per regio of locatie.

Veel oplossingen voor lokale problemen zijn in praktijk al beschikbaar maar worden nog onvoldoende benut. Oplossingen die onder andere worden genoemd om een instelling of regio aantrekkelijker te maken als vestigingsplek voor jonge afgestudeerde of elders werkende specialisten:

- Bied meerjarige contracten aan jonge specialisten, in samenhang met langduriger inkoopafspraken met zorgverzekeraars;
- Investeer als ziekenhuis in aantrekkelijkheid door anders naar verhuiskeuzes van specialisten te kijken. Hiervoor is nader onderzoek nodig naar loopbaan- en locatiekeuzegedrag van medisch specialisten;
- Dring de lokale dienstbelasting terug door het voor medisch specialisten mogelijk te maken om op regionaal niveau

beschikbaar te zijn voor ANW-diensten met centrale overnachtingsfaciliteiten;

- Zet uitwisselingsprogramma's in voor medisch specialisten in kwetsbare delen van Nederland om zo ontplooiingsmogelijkheden te verruimen.

Daarnaast noemt de Minister aanvullende maatregelen om extra bijdragen door Verpleegkundig Specialisten en Physician Assistants voor taakherschikking mogelijk te maken (maart 2019, Onderzoeksrapporten Capaciteitsplan Medisch Specialismen; 28-5-2019, Federatie Medisch Specialisten).

Vermindering administratielast: een overzicht

Medisch specialisten zijn in hun eigen instelling, of via hun wetenschappelijke vereniging en/of de Federatie Medisch Specialisten bezig met het verminderen van de administratielast. Een kort overzicht van wat er tot nu toe is bereikt:

- Registreren wordt vereenvoudigd: De ingewikkelde regels rondom 'paralleliteit' - de regels die voorschrijven wanneer er twee of meer dbc's naast elkaar geregistreerd mogen worden veroorzaken in de praktijk de meeste administratielast bij het registreren. Dat is nu voorbij. Per 1 januari 2020 kan de medisch specialist zelf de afweging maken of het openen van een tweede dbc gerechtvaardigd is.
- Schrappen in de kwaliteitsvisitaties: Veertien wetenschappelijke verenigingen zijn gestart om te kijken waar er 'onnodige' administratielast kan worden weggenomen. Zo hebben de chirurgen in de kwaliteitsvisitatie de controle op dossiervoering geschrapt en mogen de kno-artsen voor de patiënttevredenheid gebruikmaken van reeds bestaande data uit patiënten-enquêtes van het ziekenhuis.
- Tijdwinst door samenvoegen van visitaties: Naast kwaliteitsvisitaties worden er ook opleidingsvisitaties uitgevoerd door de wetenschappelijke verenigingen. Door de kwaliteits- en opleidingsvisitatie op hetzelfde moment te plannen, wordt veel tijdwinst geboekt. Inmiddels hebben acht wetenschappelijke verenigingen de samenvoeging gerealiseerd.
- Machtigingen geschrapt: De Federatie werkt nauw samen met zorgverzekeraars om de mogelijkheden tot het schrappen van machtigingen voor bijvoorbeeld hulpmiddelen te onderzoeken. Vorig jaar werden al voor 17 geneesmiddelen formulieren

geschrapd. Per 1 maart jl. zijn opnieuw formulieren voor 10 bijlage 2-geneesmiddelen geschrapd.

- Project (Ont)regel IFMS: IFMS is een systeem dat gericht is op het evalueren en verbeteren van het individuele professionele handelen van medisch specialisten. De lokale invulling van IFMS kan de werklast behoorlijk verhogen. Daarom onderzoekt de Federatie of de Leidraad IFMS nog aansluit bij de huidige praktijk, welke onderdelen uit de Leidraad de administratieve lasten veroorzaken en welke voorbeelden er beschikbaar zijn van IFMS-vormen met de minste administratieve lasten.
- Minder administratielast bij onderzoek: Het opstarten van zorgevaluatieonderzoek duurt onnodig lang. Belangrijkste oorzaken daarvoor zijn de bureaucratische landelijke en lokale toestemmingsprocedures. De Federatie stelt in een advies hoe deze procedures efficiënter kunnen, zodat onderzoek sneller van start kan gaan en de administratielast voor onderzoekers aanmerkelijk wordt verminderd (4-6-2019, Federatie Medisch Specialististen).

Coassistenten aan de slag als medisch coach

Een aantal STZ-ziekenhuizen geeft invulling aan gezamenlijke besluitvorming of shared decision making door coassistenten in te zetten als medisch coach ter ondersteuning van patiënten. Medisch coaches kunnen patiënten helpen bij de vraag of een behandeling past in hun leven. Aan de zijde van de patiënt ontwikkelen de studenten empathisch vermogen. Sociale onderneming MedGezel traint en begeleidt geneeskundestudenten en levert 'medische coaches' aan geïnteresseerde ziekenhuizen.

Twee grote STZ-ziekenhuizen, waaronder het OLVG, hebben het plan opgevat om lokaal invulling te geven aan het coschap door samen te werken met MedGezel en de coassistenten in te zetten ter ondersteuning van patiënten tijdens een consult. Momenteel onderzoeken meer ziekenhuizen hoe geneeskundestudenten patiënten kunnen helpen bij een ziekenhuisbezoek in het kader van gezamenlijke besluitvorming. In een van de STZ-ziekenhuizen ligt nu het plan om 48 coassistenten op te leiden waardoor 300 patiënten een medisch coach aan hun zijde krijgen. Er wordt ook wetenschappelijk onderzoek aan gekoppeld (27-5-2019, Zorgvisie).

Patiënten positief over zorgbuddy als medisch en emotioneel begeleider

Het Nivel heeft ervaringen van patiënten met begeleiding door een zorgbuddy geëvalueerd als onderdeel van een pilot. Deelnemers aan dit onderzoek ervaren de meerwaarde van begeleiding door een zorgbuddy: de zorgbuddy helpt hen bijvoorbeeld om de dingen die in het consult met de arts zijn besproken, echt te begrijpen én te onthouden. Daarnaast wordt het gewaardeerd wanneer de zorgbuddy hen emotioneel bijstaat tijdens de ziekte- of herstelperiode.

Patiënten vergeten vaak direct wat hun specialist tijdens een consult heeft verteld. Dit komt onder andere doordat de arts veel moeilijke, medische termen gebuikt. Een zorgbuddy kan helpen door tijdens het consult vragen te stellen en nadien de informatie van de arts nog eens te verduidelijken. Deelnemers aan het Nivel-onderzoek waarderen deze rol van de zorgbuddy. Wel denken zij verschillend over de mate waarin de zorgbuddy hen zou moeten bijstaan tijdens hun ziekte- en herstelperiode. Een deel van de patiënten die deelnamen aan het onderzoek had behoefte aan intensieve begeleiding door een zorgbuddy met medische kennis en emotionele betrokkenheid. Een buddy die veel kan uitleggen en regelen rondom de zorg - zoals medicatie - en bovendien op het emotionele vlak begeleiding kan bieden, waardeerden zij zeer. Een ander deel vond dat de zorgbuddy een kleinere rol zou moeten krijgen. Zo vonden zij de aanwezigheid van een buddy tijdens het consult met de arts overbodig (9-5-2019, NIVEL).

Studie geneeskunde weer populairder

Er hebben zich dit jaar weer meer aankomende studenten geneeskunde aangemeld dan voorgaande jaren. Aan de decentrale selectie voor het komende studiejaar deden 7.952 potentiële geneeskundestudenten mee. Op alle acht geneeskundefaculteiten is in totaal plaats voor 2.785 studenten, blijkt uit onderzoek van Medisch Contact/Arts in Spe bij de acht opleidingen geneeskunde in Nederland. Studenten die zich hebben ingeschreven voor de Erasmus Universiteit en de Universiteit van Amsterdam maken de grootste kans om toegelaten te worden. De kansen zijn het kleinst in Maastricht en Utrecht. Gemiddeld hebben de studenten een kans van zo'n één op drie om te worden toegelaten (26-4-2019, Skipr).

Ziekenhuizen

Juiste zorg op de juiste plek

Volgens de NZa gaan de ontwikkelingen op het gebied van substitutie van zorg en taakherschikking nog te langzaam. Daarmee constateert de NZa dat de opbrengst van substitutieafspraken uit het transitieakkoord medisch specialistische zorg (msz) 2018 te beperkt is. In 2018 is op verzoek van de partijen in het veld onderzoek gedaan naar de substitutie afspraak uit het akkoord msz. Het advies van de NZa was om het budgettaire kader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg met €6,7 miljoen te verhogen. Zorgaanbieders en verzekeraars hebben voor €6,7 miljoen aan investeringen in de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg afgesproken. Hiermee moeten de gecontracteerde substitutieafspraken gerealiseerd worden. Als dit lukt, dan leidt dit tot een potentiële verlaging van de ziekenhuiskosten van €11,9 miljoen. Vanaf nu zal de zorgautoriteit jaarlijks monitoren in hoeverre taakherschikking een onderdeel is van afspraken tussen msz-aanbieders en zorgverzekeraars. De klinisch technoloog wordt toegevoegd aan de beroepen die een poortfunctie uitvoeren. Dat betekent dat ze zelfstandig zorgtrajecten mogen openen en declareren. Dit moet taakherschikking gaan bevorderen. De NZa zet ook in op de verbetering van de bekostiging. De NZa streeft er naar dat de prikkel om volume te genereren verdwijnt en er voldoende ruimte is voor samenwerking en maatwerk in de regio. Voor de Geestelijke gezondheidszorg (ggz), de Wet Langdurige Zorg (Wlz) en de medisch-specialistische zorg (msz) ligt er al een breed gedragen visie op de komende jaren (19-6-2019, Skipr).



Albert Schweitzer ziekenhuis biedt chemotherapie aan huis

Het Albert Schweitzer ziekenhuis is begonnen met het geven van chemotherapie aan huis. Gewerkt wordt met een transmuraal team dat bestaat uit 17 verpleegkundigen. Omdat er heftige reacties kunnen optreden na de toediening vindt de eerste kuur altijd plaats in het ziekenhuis. Als de patiënt het middel goed verdraagt, kan die kiezen voor het krijgen van therapie aan huis. Alleen transmuraal verpleegkundigen met extra kennis van de oncologische patiënt geven de injecties. De apotheek van het ziekenhuis geeft de middelen kort van tevoren mee in een speciale box. Patiënten van het Albert Schweitzer mogen zelf kiezen of ze thuis behandeld worden. Als zij toch liever naar het ziekenhuis willen komen, mag dat. De verwachting is dat middelen tegen kanker die per infuus worden toegediend in de toekomst ook thuis kunnen worden gegeven (29-4-2019, Algemeen Dagblad; 29-4-2019, Skipr).

Zorgorganisaties investeren een kwart meer in cybersecurity

Vanwege de gevoelige gegevens die er worden beheerd, zijn zorginstellingen extra kwetsbaar voor cyberaanvallen. Ook vormt uitval van de ICT door cybercrime een groot risico, zoals twee jaar geleden bleek, toen vijftien Nederlandse ziekenhuizen door ransomware werden getroffen. Kort na de aanval met de gijzelsoftware WannaCry werd met steun van het ministerie van VWS het Computer Emergency Response Team voor de zorg (Z-CERT) opgezet. Dat moest zorginstellingen helpen bij detectie,

preventie en reparatie van ICT-incidenten. Er wordt echter weinig gebruik van gemaakt. Minister Bruno Bruins van Medische Zorg overweegt deelname aan Z-CERT verplicht te maken.

Het in Californië gevestigde Infoblox deed recent onderzoek naar de stand van zaken in de Benelux, Duitsland, Groot-Brittannië en de Verenigde Staten. In ieder land werden 150 ICT-specialisten benaderd. Het onderzoek laat zien dat de investeringen in cybersecurity zijn opgevoerd. Zo'n 95% van alle ondervraagde ICT-professionals meldt een toename in het afgelopen jaar. In Nederland zijn de investeringen in digitale beveiliging gemiddeld met 25,8% gestegen vergeleken met een jaar eerder. De meeste investeringen gaan naar applicatiebeveiliging, netwerkmonitoring, antivirussoftware en e-mail security.

Een tweede resultaat uit het onderzoek is dat de ICT-professionals ervan overtuigd zijn dat hun organisatie de juiste maatregelen heeft getroffen. In de vier onderzochte regio's zegt 91,9% er vertrouwen in te hebben dat hun organisatie voorbereid is en goed kan reageren op een cyberaanval. In de Benelux als geheel is dat percentage nog hoger: 98%. In Nederland zegt 96,7% vertrouwen te hebben (23-6-2019, Beveiligingnieuws.nl; 21-6-2019, Skipr).

Geld voor umc's vanaf 2020 'transparant' verdeeld

De beschikbaarheidsbijdrage academische zorg (BBAZ) wordt vanaf 2020 volgens nieuwe, vaste criteria verdeeld. Ziekenhuizen moeten ten minste 35% topreferente patiënten hebben, samenwerken met een geneeskundefaculteit en zelf wetenschappelijk onderzoek doen. Ook niet academische ziekenhuizen kunnen de BBAZ krijgen als ze aan de criteria voldoen. Dit blijkt uit een brief die minister Bruno Bruins (Medische Zorg) naar de Tweede Kamer heeft gestuurd.

De umc's en het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis krijgen momenteel de BBAZ voor zeer specialistische zorg gecombineerd met fundamenteel wetenschappelijk onderzoek. In 2012 is onderzocht of deze financiering nog doelmatig en wenselijk was en bleek dat de transparantie en verantwoording niet op orde waren. Een BBAZ bestaat uit twee delen, het ene voor patiëntenzorg en het andere voor ontwikkeling en innovatie (O&I). Voor de periode tot en met 2022 gaat 70% van de huidige totale BBAZ naar de patiëntenzorg en 30% naar O&I. De beschikbaarheidsbijdrage wordt deels ook gebaseerd op het aantal patiënten, maar het

O&I deel wordt in 2020 verdeeld op basis van de academische zorgomzet. Zorgaanbieders aan wie een BBAZ is verleend voor topreferente patiëntenzorg zullen vanaf 2020 de bijdrage verantwoord op basis van het aantal topreferente patiënten volgens de labelsystematiek en de daarmee samenhangende meerkosten ten opzichte van andere zorgaanbieders. De bijdrage voor het O&I gedeelte wordt verantwoord aan de hand van de gemaakte kosten. Najaar van 2019 zal de NZa voor de eerste keer verleningsbeschikkingen voor 2020 afgeven op basis van de nieuwe systematiek. In 2020 zal voor de eerste keer volgens de nieuwe systematiek gewerkt worden (30-4-2019, Skipr).

Selectieve inkoop ziekenhuiszorg

Zorgverzekeraars hebben de afgelopen jaren nauwelijks budgetten verschoven bij de inkoop van ziekenhuiszorg. Hoewel zorgverzekeraars zeggen op de inkoop van suboptimale zorg te willen korten ten bate van goede, doelmatige zorg, rekenen ze ziekenhuizen in de praktijk zelden af op basis van geleverde prestaties. Tussen 2007 en 2014 werd slechts 2% tot 3% herverdeeld. Dat blijkt het proefschrift 'Effective cost-containment strategies, using the Netherlands as a case study' van Niek Stadhouders van het Radboudumc, waarmee hij op 15 april jl. promoveerde. Verschuivingen van budgetten in de Wmo- of pgb-gefinancierde zorg liepen in dezelfde periode op tot soms 10%. Dat de marktdynamiek bij ziekenhuizen een stuk minder is, is te verklaren door de marktconcentratie en marktmacht bij ziekenhuizen.

Andere oorzaken zijn een gebrek aan transparantie van uitkomsten en beperkingen op het gebied van selectief contracteren. Daarbij hebben zorgverzekeraars naast financiële prikkels ook andere mogelijkheden om kwaliteit en doelmatigheid in ziekenhuizen te verbeteren. Contractafspraken over volumes en kwaliteit, of zorgaanbieders stimuleren best practices van elkaar over te nemen, zijn voorbeelden van dit soort instrumenten. Stadhouders pleit voor bundeling van samenhangende maatregelen om de zorguitgaven te beperken. Goede afweging is nodig tussen wat zorginvesteringen opleveren en wat de samenleving bereid is extra te betalen voor zorg. Daarnaast moeten zorgverzekeraars extra aangespoord worden om uitgaven efficiënt over ziekenhuizen te verdelen. Verder zou op alle niveaus de transparantie verhoogd moeten worden.

Bijvoorbeeld door beleid zorgvuldig te monitoren en te evalueren, de effecten van zorginkoop van verzekeraars beter in kaart te brengen en de kwaliteits-uitkomsten van zorgaanbieders openbaar te maken (17-4-2019, Skipr).

Kwaliteitskader Spoedzorgketen

Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen is door het Landelijk Netwerk Acute Zorg namens elf zorgpartijen, waaronder de Federatie Medisch Specialisten (FMS), aangeboden aan het Zorginstituut. Er is overeenstemming over het Kwaliteitskader Spoedzorgketen met uitzondering van twee normen: de ervaringsjaren van de arts op de seh en de geriatrische expertise op de seh. De FMS gaat niet akkoord met de norm voor de arts op de seh die is gebaseerd op het aantal ervaringsjaren. Het gaat om wat je kunt en niet hoeveel jaar je werkt. Het aantal ervaringsjaren betekent niet per definitie dat de arts ook de specifieke competenties heeft voor de acute zorg. Daarom vindt de FMS dat competenties gericht op de situatie van een spoedeisende hulp het uitgangspunt zou moeten zijn voor het opstellen van de norm. De FMS heeft samen met haar wetenschappelijke verenigingen het voortouw genomen om te definiëren en vast te leggen aan welke competenties tenminste één arts werkzaam op de seh moet voldoen. Daarnaast vindt de FMS dat bij kwetsbare ouderen met een acuut probleem de expertise van een medisch specialist nodig is op de seh. In veel ziekenhuizen wordt al voldaan aan de (huidige) norm dat bij geriatrische problematiek 24/7 binnen een halfuur een medisch specialist met expertise op het gebied van multi-morbiditeit, polyfarmacie en ouderen bereikbaar moet zijn voor telefonische consultatie. En indien nodig, de betreffende medisch specialist binnen twee uur fysiek aanwezig is op de seh ofwel in het ziekenhuis. De FMS wil vasthouden aan deze werkwijze (19-4-2019, FMS).

NZa stelt voorwaarden aan fusie IJsselland en Erasmus MC

Het Erasmus Medisch Centrum mag de meerderheid van de aandelen verkrijgen in het IJsselland Ziekenhuis, maar de

Nederlandse Zorgautoriteit verbindt daar wel een voorwaarde aan. De ziekenhuizen moeten de komende vijf jaar jaarlijks aan de NZa rapporteren op welke wijze zij de initiatieven voor verdere samenwerking vormgeven. De NZa voert bij voorgenomen concentraties in de zorg altijd een procedurele toets uit. Daarbij wordt nagegaan of partijen de overname zorgvuldig hebben voorbereid. Ook kijkt de NZa of zij de verwachte effecten van de overname voldoende hebben onderzocht. Het Erasmus MC en IJsselland Ziekenhuis gaan per specialisme na hoe zij die samenwerking gaan inrichten. Voor een aantal specialismen is dat al duidelijk, zoals bijvoorbeeld hematologie, intensive care en leverchirurgie. Voor andere specialismen werken de ziekenhuizen dat de komende jaren verder uit. Dat doen ze aan de hand van een met de NZa afgestemd afwegings- en toetsingskader. Het is de eerste keer dat de NZa een voorwaarde aan een goedkeuring van een voorgenomen concentratie verbindt. Het Erasmus MC en het IJsselland Ziekenhuis moeten hun plannen ook nog voorleggen aan de Autoriteit Consument en Markt, die de gevolgen voor de concurrentie toetst (25-4-2019, NZa; 25-4-2019, Skipr).

Nieuwe zorgverlener bij huisarts voorkomt ziekenhuisopnames

Utrechtse onderzoekers hebben met succes een nieuwe professional in de huisartsenpraktijk geïntroduceerd: de apotheker-farmacotherapeut (AFT). Uit de voorlopige resultaten van een onderzoek van ZonMw blijkt dat bij inzet van een AFT in de huisartsenpraktijk er minder ziekenhuisopnames zijn veroorzaakt door medicijngebruik en patiënten minder bijwerkingen ervaren. Het onderzoek gaat over de verbetering van de farmacotherapie in de huisartsenpraktijk. Tijdens deze POINT-studie, uitgevoerd door het Julius Centrum in Utrecht, werden gedurende vijftien maanden 10 apotheker-farmacotherapeuten (AFT) aangesteld in huisartsenpraktijken. Tegelijkertijd volgden ze een opleiding die het Julius Centrum voor hen ontwikkelde, als aanvulling op farmacie-opleiding. De AFT duikt zo nodig in dossiers, nodig patiënten uit voor een gesprek over hun medicatiegebruik

of bezoekt ze thuis. In overleg met de huisarts voert de AFT de benodigde wijzigingen na die gesprekken zelf door. Hij laat labwaarden bepalen om te checken of de medicatiewijzigingen het gewenste resultaat hebben gehad. Ook de begeleiding bij het afbouwen van medicijnen behoort tot zijn taken. Bovendien is de AFT een vraagbaak voor collega's in de praktijk.

Jaarlijks belanden in Nederland 50 duizend mensen in het ziekenhuis als gevolg van medicijngebruik. Het kan gaan om bijwerkingen, ongewenste effecten en schade, maar ook om interacties tussen en verkeerd gebruik van medicijnen. Onvoldoende afstemming van voorgeschreven medicatie tussen huisarts en specialist is eveneens een risicofactor. Zeker bij het gebruik van vijf of meer medicijnen - polyfarmacie - kan het makkelijk misgaan (29-5-2019, ZonMw; 4-6-2019, Skipr).

Uitgaven intramurale geneesmiddelen stijgen

De uitgaven aan dure geneesmiddelen die binnen de ziekenhuizen (intramuraal) worden gebruikt zijn in een jaar gestegen naar ruim €1,9 miljard per jaar (bijna 10%), blijkt uit gegevens van de nieuwste GI Peilingen van het Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP). Buiten het ziekenhuis (extramuraal), bijvoorbeeld door de huisarts voorgeschreven geneesmiddelen, zijn minder hard gestegen (2,2%). De kosten voor het basispakket zullen naar verwachting groeien naar bijna €4,7 miljard.

De uitgaven aan (medische) hulpmiddelen stijgen naar verwachting naar ruim €1,5 miljard per jaar (4,6%). Dit wordt met name bepaald door een verwachte stijging van de uitgaven aan diabeteshulp-middelen. 14% van de verzekerden maakt gebruik van hulpmiddelenzorg. Slechts 1% daarvan is verantwoordelijk voor bijna de helft van de totale uitgaven voor hulpmiddelen (circa €669 miljoen) (29-4-2019, Zorginstituut Nederland; 29-4-2019, Skipr).