

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:

Hoofdpijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2019-2022 • Zorginkoop medisch-specialistische zorg 2019 kan van start • Big data voorspelt druk op intensive care
• Digitale consultatie voorkomt doorverwijzing naar specialist • Korte berichten



ZIMMER BIOMET
Your progress. Our promise.™

JUNI 2018 JAARGANG 7 • NUMMER 2

Het mangomomentje ...

De patiënt lijkt in ons zorgstelsel steeds meer te verzanden in een *lijdend voorwerp* dat gediagnostiseerd en behandeld wordt in een wereld van consensus, protocollen en e-health.

Wie van u heeft het de afgelopen periode niet meegekregen: 'het mangomomentje'. Een voorval in België uit 2015 werd plots actueel in Nederland. Een doodzieke patiënt die al enige tijd op de Intensive Care verbleef kreeg de vraag van een journaliste 'Is er iets waarmee ik u een plezier kan doen? De patiënte, Viviane is haar naam, dacht na en zei: 'een mango zou ik nog wel eens willen proeven'. Een aantal dagen later kwam de journaliste terug en bracht als cadeau de mango. Viviane was zo geraakt en blij, een waar onvergetelijk moment en een enorme stimulans in haar genezingsproces.

Als reactie hierop werden er de afgelopen weken vele mangomomentjes in het leven geroepen en kwam dit in vele media tot uiting. Dat zoiets normaal dan toch bijzonder blijkt te zijn. Is het mangomoment het stille protest of de hulproep van het systeem dat er, naast de extreem zorgvuldig (over) geprotocolleerde zorg, er iets ontbreekt in onze zorg? Het gaat toch om de patiënt en niet om het protocol! Soms betekent dit even (verantwoord) buiten gebaande paden raken om een positief effect te realiseren, beter dan welk protocol kan creëren.

Zeg ik dit zomaar? Nee. Getriggerd door het mangomoment ben ik wat verder gaan zoeken en nu blijkt dat het mangomoment officieel beschreven is in België. 'Mangomomenten zijn de kleine, onverwachte, verrassende, soms bijna niet waarneembare acties of gebaren tijdens de dagelijkse zorgverlening tussen patiënten, bewoners, familieleden en/of hulpverleners. Ze vinden plaats tijdens normale zorgactiviteiten, zijn niet ziektespecifiek en

vergen geen of weinig tijd, middelen of energie.' Het gaat zelfs zo ver dat het Mangomoment een 'registered trademark' van de Katholieke Universiteit in Leuven is! Er is zowaar al een publicatie in de *Lancet Oncology*, verschenen: 'In Search of Mango Moments', en er loopt nu een groot Belgisch onderzoeksproject naar mangomomenten.

Ik voel een nieuwe stroming opkomen dat het individu/de persoon weer meer centraal moet komen te staan. Eerder dit jaar werd dit verwoord door professor Daniel Saris (UMC Utrecht) in zijn inaugurele rede 'Beyond Technology' in oktober 2017. Hij geeft aan dat het tijd is om verder te verbeteren, maar gelijktijdig onze blik voorbij de technologie moeten plaatsen en weer meer oog moeten krijgen voor de menselijke factor. Hij refereerde in zijn rede onder andere aan een tekst van Benjamin Franklin: 'If you become really professional in little things, big things will happen.'

Ook orthopedisch chirurg Taco Gosens schreef in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* over zinvol handelen in de orthopedie en traumatologie. 'Uitspraken over onnodige of onzinnige zorg dienen met de nodige nuance te worden bekeken. Zinnige orthopedische zorg is *evidence based* zorg voor de individuele orthopedische patiënt, kijkend naar verwachtingen, omstandigheden en maatschappelijke belangen, zonder alle patiënten over één kam te scheren. Voor een belangrijk deel is dit dus *zorg à la carte*.'

Laat deze ontwikkelingen de patiënt doen veranderen van een 'lijdend' voorwerp naar het **onderwerp** waar het om draait. Primair de focus op het individu! Uiteraard ondersteund door protocollen, technologie en *evidenced based healthcare*.

Patiëntgerichte zorg: iedereen zijn mangomomentje!

Veel leesplezier.

Roland van Esch

Bron: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*.
2017;161:D1334





Hoofdlijnen- akkoord medisch- specialistische zorg 2019-2022

Op 4 juni jl. is het Hoofdlijnenakkoord 2019-2022 ondertekend. De afspraken in het akkoord zijn gemaakt tussen VWS, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Patiëntenfederatie Nederland, Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) en de Federatie Medisch Specialisten (FMS).

Er zijn afspraken gemaakt over zorg op de juiste plek, terugdringen van regeldruk en over de aanpak van de uitdagingen op de arbeidsmarkt. Bij zorg op de juiste plek gaat het om zorg op maat dichtbij huis, het voorkomen van duurdere zorg en het inzetten van innovatieve manieren van zorg, zoals e-health. Bij regeldruk gaat het onder andere om het schrappen van dubbele registraties. Bij de arbeidsmarkt wordt ingezet op het meer opleiden van gespecialiseerde verpleegkundigen en het aantrekkelijk maken van het beroep van verzorgende.

Het akkoord is een combinatie van het beheersen van de uitgaven en het borgen van de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg op de lange termijn. De maximale volumegroei voor volgend jaar (2019) betreft 0,8%. De volumegroei neemt af tot 0% in 2022 (exclusief loon- en prijsbijstelling).

Cumulatief is er gedurende de periode van het akkoord 1,7% volumegroei beschikbaar (2019-2022). Het Centraal Plan Bureau (CPB) ging eerder echter nog uit van een volumegroei van 3,6%. Deze meer dan halvering vraagt van alle zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten een forse inspanning in het realiseren van initiatieven voor de 'juiste zorg op de juiste plek' en andere initiatieven die de doelmatigheid en efficiency van zorg vergroten.

Geneesmiddelen

Het beschikbare macrokader is exclusief de nog uit te voeren overhevelingen van extramurale geneesmiddelengroepen naar het kader medisch-specialistische zorg (MSZ). De ambitie is om per 1 januari 2019 een eerste tranche extramurale middelen over te hevelen. Hierover is nog geen besluit genomen. Vooralsnog lijken de geneesmiddelengroepen immunoglobulines en de LHRH-analogen hiervoor in aanmerking te komen.

Voorts is afgesproken dat de huidige maatregelen voor dure geneesmiddelen worden gecontinueerd, waaronder een scherpere inkoop, het voortzetten van het integraal pakket van maatregelen, het afspreken van prijsarrangementen, het publiceren van de horizonscan en het stimuleren van marktwerking door de komst van biosimilars. Eventuele besparingen hierop kunnen worden gebruikt om de verwachte stijgende zorgvraag binnen de afspraken van het hoofdlijnenakkoord op te vangen.

Transformatiegelden

Er zijn naast de hierboven vermelde groeirimte incidenteel financiële middelen beschikbaar voor instellingen die overgaan naar de juiste zorg op de juiste plek en een krimpscenario volgen. Deze zogeheten 'transformatiegelden' zijn een tijdelijk onderdeel van het macrokader MSZ.

Voor de gehele periode is hiervoor 425 miljoen euro beschikbaar. Om in aanmerking te komen voor deze extra middelen, moet aan verschillende voorwaarden worden voldaan, zoals de eis dat de bespaarde omzet niet weer wordt opgevuld. De initiatieven moeten daarnaast ook substantieel zijn en de veranderingen blijvend.

De aanwending van de transformatiegelden kan door verschillen per regio en per zorgverzekeraar andere prioriteiten hebben en daardoor ook lokaal anders worden ingezet. Juist daarom is overeengekomen om afspraken over de transformatiegelden in de lokale onderhandelingen te beleggen. In het voorjaar van 2019 zal de Nederlandse Zorgautoriteit onderzoek uitvoeren naar de daadwerkelijke inzet van de transformatiegelden in de contractering 2019. Deze analyse wordt besproken in het bestuurlijk overleg MSZ. Op basis van deze analyse bezien partijen of er nog aanvullende afspraken nodig zijn.

Btw

In het regeerakkoord is een verhoging van het lage btw-tarief opgenomen van 6% naar 9%. Voor de zorg heeft dit een forse impact (110 miljoen euro) omdat een groot deel van de materialen onder het lage btw-tarief valt, waaronder de genees- en hulpmiddelen. In het hoofdlijnenakkoord zijn daarom afspraken gemaakt over compensatie van de kostenverhoging die hieruit voortvloeit.

4 Natuurlijk in **Beweging**

Handhaving van vrij beroep

Ten slotte is afgesproken dat de vrije keuze voor medisch specialisten om te werken in dienstverband of als vrij beroepsbeoefenaar gehandhaafd blijft en zullen medisch specialisten en gelijkgestelde beroepsbeoefenaren, te weten klinisch chemici, klinisch fysici en ziekenhuisapothekers, voor zover zij als zodanig werkzaamheden verrichten, buiten de werkingssfeer van de Wet normering topinkomens blijven.

Overige hoofdlijnenakkoorden

Naast de MSZ zijn inmiddels ook afspraken gemaakt over de wijkverpleging. De afspraken zijn gemaakt tussen VWS, brancheorganisatie ActiZ, branchevereniging BTN, Patiëntenfederatie Nederland, Vereniging Nederlandse Gemeenten, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland en Zorgverzekeraars Nederland. Dit is het tweede akkoord van de vijf die VWS nog voor de zomer wil afsluiten.

In het akkoord over de wijkverpleging wordt eenzelfde beleidslijn voorgestaan als in de MSZ. Er wordt gestreefd naar de juiste zorg op de juiste plek. Partijen gaan onverminderd door met het terugdringen van regeldruk en er zijn afspraken gemaakt over de aanpak van de uitdagingen op de arbeidsmarkt. Vanwege de stijgende zorgvraag zal er niet alleen aandacht moeten zijn voor het aantrekken van meer personeel, maar ook voor het behouden van het huidige personeel in de wijkverpleging. Verder zijn afspraken gemaakt om de omvang van niet-gecontracteerde zorg te verminderen.

Om de beweging naar de juiste zorg op de juiste plek te ondersteunen, gaat er extra geld naar de wijkverpleging. Van 2019 tot en met 2022 komt er jaarlijks 2,4% bij het kader wijkverpleging om dit te ondersteunen. Daarnaast stelt VWS jaarlijks 5 miljoen euro beschikbaar om de kwaliteit en transparantie in de wijkverpleging verder te bevorderen. Ook wordt extra geïnvesteerd in het eerste lijnsverblijf voor revalidatie na bijvoorbeeld een behandeling in het ziekenhuis (VWS, 4 juni 2018; Zorgvisie, 26 april/24 mei 2018).



Zorginkoop medisch-specialistische zorg 2019 kan van start

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft de zorgprestaties en maximumtarieven voor de medisch-specialistische zorg in 2019 gepubliceerd. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen hiermee van start met de contractonderhandelingen voor 2019.

De belangrijkste wijzigingen voor 2019 zijn:

- Consult telemonitoring: Zorgaanbieders kunnen consulten bij telemonitoring voortaan makkelijker declareren. Bij telemonitoring wordt de behandeling van een patiënt op afstand beoordeeld. Soms kan telemonitoring aanleiding zijn om een patiënt te zien of spreken. Zorgaanbieders konden dat consult tot nu toe lastig in rekening brengen.
- Tarieven 2019: De tarieven voor volgend jaar worden vrijwel

geheel geïndexeerd. In overleg met vertegenwoordigers van zorgaanbieders is besloten geen brede tariefherijking door te voeren. Alleen voor complex chronisch longfalen heeft kostenonderzoek tot een tariefherijking geleid. De tarieven dalen (exclusief indexatie) in 2019 met gemiddeld 3%. Meer informatie is te vinden in de dbc-release RZ19a van de NZa.

Uit een recente peiling van NZa bleek dat de contractonderhandelingen in de medisch-specialistische zorg steeds constructiever verlopen, maar dat het proces tijd vraagt. NZa adviseert daarom snel met de onderhandelingen te starten en tijdig op elkaars voorstellen te reageren. Hoe sneller partijen om tafel zitten, hoe groter de kans dat contracten op tijd worden afgesloten (Nieuwsbericht NZa, 30 april 2018).

Het Resultaat Telt ziekenhuizen 2016

Begin april is het rapport 'Het Resultaat Telt ziekenhuizen 2016' gepubliceerd. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) presenteert hierin de resultaten van de ziekenhuizen op de kwaliteitsindicatoren uit de basisset 2016. Met de basisset kwaliteitsindicatoren stellen partijen gezamenlijk vast wat de grootste potentiële risico's zijn voor de ziekenhuiszorg en leggen daarmee vast waar de focus tot verbetering in het daaropvolgende jaar ligt. De prestaties op de indicatoren geven bestuurders en professionals van ziekenhuizen inzicht in het eigen functioneren in relatie tot de prestaties van andere instellingen en bieden aangrijpingspunten voor leren en verbeteren.

Voor IGJ zijn de prestaties op de kwaliteitsindicatoren belangrijk bij de uitvoering van het toezicht op risico's. Wanneer het resultaat op een specifieke indicator na verloop van tijd laat zien dat de risico's voldoende onder controle zijn, dan komt een indicator te vervallen en is er ruimte voor een nieuwe indicator. Op die wijze geven de resultaten van achtereenvolgende jaren samen een beeld van de ontwikkelingen in de kwaliteit van de ziekenhuiszorg.

Resultaten rapport

De kwaliteitsindicatoren zijn geclusterd in een twintigtal thema's/zorgprocessen, zoals operatief proces, medicatie-proces, spoedproces en kwetsbare groepen. Aan de hand van de resultaten over 2016 blijkt dat de kwaliteitsindicatoren de zorg-professionals daadwerkelijk stimuleren tot het leveren van goede zorg. De verbeterde coördinatie van zorg aan kwetsbare ouderen betreft één van de positieve resultaten. Een ander voorbeeld is de time-out procedure bij endoscopische verrichtingen. Deze indicator wordt in 2017 niet meer uitgevraagd omdat het doel is bereikt. Daarnaast zijn er nieuwe indicatoren, zoals de deelname aan Parkinson-net en de ECRP (Endoscopic retrograde cholangiopancreatography) op het terrein van Maag Darm Leverzorg die veel vaardigheid vraagt. Het vaststellen van de indicator zal professionals naar verwachting stimuleren om nadere stappen te zetten op het gebied van kwaliteit. IGJ signaleert ook dat er nog aandacht nodig is voor de medicatieverificatie bij kinderen (VWS, 3 april 2018).

Kleine verzekeraar ontloopt prijsstijging bij ziekenhuisfusie

Kleine zorgverzekeraars slagen er beter in om na een ziekenhuisfusie de prijzen in de hand te houden dan de dominante zorgverzekeraars. De grote verzekeraar moet een forse prijsstijging toestaan bij heupoperaties, terwijl een kleine verzekeraar na de fusie juist minder betaalde. Anne-Fleur Roos doet in haar promotieonderzoek aanbevelingen om het fusietoezicht te verbeteren.

'De dominante zorgverzekeraar beschikt over voldoende marktmacht om prijsstijgingen van fusierende ziekenhuizen te controleren.' Dat zeggen grote verzekeraars vaak tegen de toezichthouder bij fusies tussen ziekenhuizen. Maar in de praktijk blijkt dit niet juist. Het onderzoek van Roos laat zien dat juist kleine verzekeraars er beter in slagen tegenwicht te bieden aan de marktmacht van gefuseerde ziekenhuizen.

De grote verzekeraar en het grote fusieziekenhuis zijn wederzijds afhankelijk van elkaar. Dat weerhoudt de grote verzekeraar van een harde lijn in de onderhandelingen. Verzekeraars met een klein marktaandeel hebben daar minder last van. Zij kunnen de onderhandelingen dan ook harder ingaan. Waar de grote verzekeraar na een jaar gemiddeld 11% meer betaalt voor een heupbehandeling, hebben kleine verzekeraars geen last van prijsstijgingen. In sommige gevallen daalt de prijs juist. Het toezicht op fusies moet volgens de onderzoeker dan ook beter. De huidige markt voor ziekenhuizen is zeer geconcentreerd. Dat is te wijten aan diverse fusiegolven. De toezichthouder Autoriteit Consument en Markt heeft vanaf 2004 alle fusies op één na groen licht gegeven. Verdere concentratie is wat Roos betreft ongewenst. 'Het huidige zorgstelsel is gebaseerd op concurrentie. Maar in de praktijk is de markt zo geconcentreerd dat je je kunt afvragen of de marktstructuur nog wel past bij een stelsel dat uitgaat van concurrentie. Om het systeem van gereguleerde concurrentie te laten werken, moeten er wel voldoende alternatieven in de markt blijven.' (Zorgvisie, 1 juni 2018).

Spoedoperaties worden beter planbaar

Vanaf nu zijn er duidelijke spelregels voor welke spoedpatiënt prioriteit krijgt in de OK. Een indeling daarvoor staat in de richtlijn 'Beleid rondom Spoedoperaties'. Hierin worden duidelijk de

grenzen aangegeven van wachttijden voor acute operaties. Daardoor kunnen beter onderbouwde beslissingen worden genomen en de spoedzorg kan efficiënter worden georganiseerd.

Er zijn altijd wel meerdere patiënten die spoed hebben, maar de capaciteit op de OK is beperkt. Dat levert veel discussie op: wie mag eerst en hoe lang kan een patiënt maximaal wachten? Hierover bestonden tot nu toe veel verschillende en ook te vrijblijvende afspraken. Ook voor de patiënt is de huidige gang van zaken niet prettig, omdat het vaak onduidelijk is hoe lang hij of zij moet wachten voordat de operatie kan plaatsvinden.

Met de ervaringen uit de ziekenhuizen en de beschikbare wetenschappelijke inzichten zijn veelvoorkomende spoedingrepen ingedeeld in vier urgentiecategorieën. In de richtlijn staan bijvoorbeeld normen met betrekking tot maximale wachttijd. Maar er is ook aandacht besteed aan de organisatorische gevolgen voor de dienstteams en ziekenhuizen als ze werken volgens deze indeling: 'Wat betekent dat voor de planning en de benodigde capaciteit die je op bepaalde momenten in huis moet hebben?'

Deze multidisciplinaire richtlijn is gemaakt op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, in samenwerking met acht wetenschappelijke verenigingen, patiëntenverenigingen en een ethicus, met ondersteuning van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (FMS, 18 mei 2018).





Big data voorspelt druk op intensive care

Het aantal IC-opnamen is voor 84% van de patiënten met big data-analyse te voorspellen, voor de overige 16% patiënten die met spoed op de IC komen, is de voorspelkracht van het big data-model 'redelijk' te noemen (Gupta Strategists: 'Predicting the Unpredictable').

Dit betekent dat ziekenhuizen de beschikbaarheid van IC-bedden en de inzet van medewerkers beter kunnen afstemmen op het profiel van het ziekenhuis en de actuele situatie. Daarmee kan big data-analyse ook een alternatief zijn voor de sluiting van IC's. De nieuwe kwaliteitsstandaard vraagt onder meer 24-uurs-beschikbaarheid van een intensivist. Volgens Gupta is de discussie grotendeels gebaseerd op de misvatting dat een IC-opname altijd een onvoorspelbare gebeurtenis is en dat er daarom volcontinu een volledige IC beschikbaar moet zijn om daarop in te kunnen spelen. Het big data-model stelt daar een aanpak tegenover die het mogelijk maakt tijdig te anticiperen op piekbelasting. Door het voorspellende big data-model te koppelen aan het Elektronisch Patiënten Dossier kan een ziekenhuis live en continu de kans op IC-opname monitoren. De voorspelling is weliswaar minder precies dan die van een behandelend arts, maar is wel voor alle opgenomen patiënten direct en altijd beschikbaar. Op basis hiervan is het mogelijk een goede inschatting van de verwachte IC-zorg voor de gehele ziekenhuispopulatie te maken. Juist kleinere ziekenhuizen kunnen daarmee de IC-capaciteit preciezer afstemmen op de daadwerkelijke, actuele zorgvraag. Die passende inzet van mensen en middelen kan een alternatief zijn voor volledige sluiting van IC's.

Het beter kunnen voorspellen van de benodigde zorg tijdens een ziekenhuisopname is niet alleen van toegevoegde waarde voor de

toegankelijkheid en doelmatigheid van de zorg, maar ook voor de kwaliteit. Beter voorspellen van de benodigde zorg betekent ook dat interventies eerder kunnen worden ingezet. Dit kan het succes van de behandeling en daarmee de kwaliteit van zorg vergroten.

Volgens Gupta heeft de inzet van big data-technieken een besparingspotentieel van 12% tot 17% van de totale zorgkosten. Dit is omgerekend voor heel Nederland ongeveer 10 tot 15 miljard euro. Realisering van dit potentieel vraagt volgens Gupta om toepasbare en overtuigende voorbeelden (Skipr, 8 juni 2018).

Vrees voor spoedhulp en intensive care in regioziekenhuizen

Als de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd vanaf 1 juli actief de nieuwe richtlijnen voor de intensive care gaat controleren, dreigt voor 40% van de algemene regionale ziekenhuizen sluiting van deze afdeling. Volgens de nieuwe kwaliteitskaders moet op de IC vanaf deze zomer overdag en in het weekeinde altijd een medisch specialist rondlopen. Voor de afdeling spoedeisende hulp (SEH) zijn de gevolgen nog groter. Van de 30 regionale ziekenhuizen voldoen er 22 niet aan het nieuwe kwaliteitskader spoedzorg.

De SEH krijgt namelijk te maken met een vergelijkbare eis. Zo moet op elke SEH-afdeling altijd een arts aanwezig zijn met minimaal twee jaar ervaring. De invoering van deze eis is uitgesteld omdat de regionale ziekenhuizen en verzekeraars eerst willen weten wat dat gaat kosten. Voor de regionale ziekenhuizen in totaal miljoenen euro's (Gupta; ANP, 25 mei 2018).

Ziekenhuizen zijn meer kwijt aan financiële claims

Het bedrag dat Nederlandse ziekenhuizen kwijt zijn aan schadeclaims is de laatste jaren fors toegenomen. In 2007 bedroeg de totale schadelast circa 9,4 miljoen euro. In 2016 was de schadelast verviervoudigd tot 43,2 miljoen euro (Klemann, D. 22 mei 2018, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, NTVG).

Klemann onderzocht alle schadeclaims in de reguliere ziekenhuiszorg die tussen begin 2007 en eind 2016 zijn ingediend bij schadelastverzekeraars Centramed en MediRisk. In totaal ging het in deze periode om 15.115 ingediende schadeclaims. Tot 2013 steeg het aantal ingediende schadeclaims jaarlijks, waarna het aantal stabiliseerde. In 2016 werden 4,5% meer claims ingediend dan in 2007. De totale schadelast bedroeg in totaal ruim 229 miljoen euro en liet een duidelijke stijging gedurende de gehele onderzoeksperiode zien. Ook wat betreft de schadelast per claim was sprake van een jaarlijkse toename. De gemiddelde schadelast per claim bedroeg in 2007 € 7.170,- en in 2016 € 24.260,-. Het hoogste bedrag dat in een zaak werd uitgekeerd was ruim 1,6 miljoen euro, in 2015.

Opvallend is de forse toename van het aantal ingediende schadeclaims in 2013, met ongeveer 12% ten opzichte van het jaar ervoor. Als verklaring wordt genoemd de groeiende media-aandacht voor fouten in de gezondheidszorg.

De meeste schadeclaims, 94,7% van het totaal, werden ingediend tegen een algemeen ziekenhuis. Circa 4% werd ingediend tegen een universitair medisch centrum en 1,4% tegen een categoriaal ziekenhuis. Niet alle claims tegen umc's verliepen via Centramed of MediRisk, waardoor het werkelijke percentage anders kan zijn. Van alle ingediende schadeclaims had ongeveer 65% betrekking op snijdende specialisten. Van de totale schadelast werd ruim de helft uitgekeerd aan de patiënt, 34% werd besteed aan buitengerechtelijke kosten en 13,9% aan overige kosten.

In 2016 telde Nederland 79 ziekenhuisorganisaties, waaronder 8 umc's. Van deze ziekenhuizen was in 2016 95% verzekerd bij Centramed of MediRisk. De overige centra waren elders verze-

kerd en zijn daarom niet betrokken bij het onderzoek. Ook zijn alle schadeclaims uitgesloten van ziekenhuizen, die niet gedurende de gehele onderzoeksperiode verzekerd waren bij Centramed of MediRisk (Skipr, 22 mei 2018).

Ziekenhuizen zetten in op sterke concentratie van prostaatoperaties

Negen ziekenhuizen in het noordwesten van Nederland gaan met ingang van 1 september 2018 samenwerken in een onlangs opgericht prostaatkankernetwerk. De operaties zullen worden gecentraliseerd op één locatie, te weten het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis in Amsterdam. Diagnostiek en nazorg vinden plaats in het eigen (lokale) ziekenhuis van de patiënt.

Door het centraliseren van de prostaatkankeroperaties zullen de behandelresultaten naar verwachting gaan verbeteren. Door het bundelen van expertise en kennis kunnen zowel de levensverwachting als het voorkomen van ingrijpende risico's zoals incontinentie en potentiële stoornissen na de operatie verder verbeteren.

De recent verhoogde volumennorm van honderd ingrepen per jaar op één locatie wordt door het nieuwe samenwerkingsverband ruimschoots gehaald. Het streven is om over twee jaar 750 prostaatkankeroperaties uit te voeren per jaar. Hiermee zal het prostaatkankernetwerk ongeveer een kwart van de prostatectomieën in Nederland voor haar rekening nemen. Tegelijkertijd hebben zeven, voornamelijk Zuid-Hollandse, ziekenhuizen eveneens bekend gemaakt per 1 september te gaan samenwerken op het gebied van prostaatkanker via het zogeheten 'Anser Prostaatnetwerk'. Het Anser Prostaatnetwerk verwacht op jaarbasis 1000 prostaatkankeroperaties te gaan doen. Samen met het Prostaatkankercentrum van Reinier Haga in Delft, waar nu 250 operaties per jaar plaatsvinden, maar waar een groei naar maximaal 450 operaties wordt verwacht, komen de drie expertisecentra in de Randstad dicht bij het totale aantal van 2500 prostaatkankeroperaties die jaarlijks in Nederland worden uitgevoerd.

Overigens zullen uiteindelijk de zorgverzekeraars via de aankomende zorginkoop de patiëntenstromen gaan sturen. Alle grote zorgverzekeraars hebben aangegeven vanaf 2019 de verhoging van de minimumnorm voor radicale prostatectomieën van hon-

derd per jaar te gaan volgen. Daarnaast wordt aanpalend beleid ingezet. Zo worden door Zilveren Kruis koploperziekenhuizen aangewezen. Deze worden gecontracteerd op basis van een vrij volume. CZ heeft de Stichting Egidius Zorgconcepten opgericht. Zorgaanbieders die zijn aangesloten bij dit concept worden door CZ maximaal gefaciliteerd en eveneens beloond met een vrij volume contract (Zorgvisie, 10 april, 7/8 juni 2018).

AMC en VUmc gefuseerd tot Amsterdam UMC

Het AMC en VUmc zijn op 7 juni gefuseerd tot Amsterdam UMC. De raden van bestuur hebben hun handtekeningen voor de bestuurlijke fusie gezet. Amsterdam UMC gaat nu stappen zetten voor verdere integratie. Dat begint bij de patiëntenzorg en het wetenschappelijk onderzoek.

De umc's houden hun eigen contracten met medewerkers en overeenkomsten met leveranciers. Ook contracten met banken en verzekeraars worden door de afzonderlijke ziekenhuizen afgesloten, en beide organisaties houden een aparte jaarrekening. Het fusieziekenhuis wil specifieke patiëntgroepen op telkens één van beide locaties samenbrengen. Dat begint waarschijnlijk al dit najaar. De Kinder Intensive Care gaat als eerste. Deze zorg verschuift naar de locatie AMC. Daarna volgen meer concentraties van patiëntenzorg over en weer (Skipr, 7 juni 2018).

Bruins voorstander van thuismedicatie in het ziekenhuis

Het blijven gebruiken van thuismedicatie tijdens ziekenhuisopnames leidt tot minder verspilling in de zorg en een hogere patiënttevredenheid. Thuismedicatie in het ziekenhuis moet daarom op grotere schaal worden toegepast. Dit schrijft minister Bruins (VWS, Medische Zorg) in antwoord op vragen van Tweede Kamerlid Aukje de Vries (VVD) over het bericht dat thuismedicatie in het ziekenhuis kosten en fouten scheelt.

Uit onderzoek blijkt dat doorgebruiken van thuismedicatie een kostenbesparing van 15 miljoen euro per jaar kan opleveren. Het blijkt alleen lastig om het concept Doorgebruik Thuismedicatie (DGTM) in de ziekenhuizen te implementeren. Ook spelen er problemen met digitale informatievoorziening en informatiedeling door gebrekkige toegang tot het Landelijk Schakelpunt of andere systemen. Een andere drempel is de financiering van medicijnen in de nieuwe aanpak.

Om de problemen van de digitale informatievoorziening en informatiedeling op te lossen raadt Bruins ziekenhuizen aan na te gaan welke aanpassingen aan het logistieke proces nodig zijn om de implementatie van DGTM mogelijk te maken. Wat betreft het verbeteren van de informatie-uitwisseling tussen ziekenhuizen, andere zorgaanbieders en patiënten wijst Bruins op initiatieven van het Informatieberaad Zorg, onder andere met betrekking op het programma MedMij.

Voor wat betreft de financiering van DGTM heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aan Bruins laten weten 'geen belemmeringen voor doorgebruik van thuismedicatie beoogt op te werpen'. NZa gaat haar regelgeving op dit punt verhelderen. Bruins ziet verder geen belemmeringen om patiënten al te vragen de medicijnen die zij thuis gebruiken mee te nemen bij opname. Of het verstandig is om de thuismedicatie tijdens de opname daadwerkelijk door te gebruiken dient medisch inhoudelijk beoordeeld te worden. Ook in andere zorginstellingen kan DGTM zinvol zijn. Maar nog niet alle sectoren, zoals de geriatrische revalidatiezorg en de verpleeghuiszorg, zijn ermee gestart (Skipr, 8 mei 2018).



E-health komt nog niet goed van de grond

Tussen september en december 2017 bezocht de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) tien zorgaanbieders om het toetsingskader 'Verkenkend toezicht op e-health bij zorgaanbieders' te testen. Er kwamen telkens vijf thema's aan bod: goed bestuur en verantwoord innoveren, aanschaf en gebruik van e-healthtoepassingen, betrokkenheid van patiënten, samenwerken en uitwisselen van gegevens en tot slot informatiebeveiliging en continuïteit.

Op bestuurlijk niveau zit het wel goed met de aandacht voor e-health. Vaak is er ook een visiedocument op e-health geproduceerd. Maar daar blijft het veelal bij. De besluitvorming over e-health is nog niet goed uitgewerkt. Bij de meeste zorgaanbieders is er nog geen helder proces met duidelijke stappen voor het invoeren van nieuwe e-healthtoepassingen. Zo is dikwijls niet duidelijk wie wat doet of moet doen en is de prioriteit ten opzichte van andere projecten ook niet helder. IGJ zag daarnaast dat de meeste instellingen vooraf geen risicoanalyse maken of een duidelijk programma van eisen opstellen. Ook komt de samenwerking op het gebied van e-health nog nauwelijks van de grond. Veel zorgaanbieders delen alleen op kleine schaal elektronisch medische gegevens met ketenpartners.

IGJ vindt het wel een pluspunt dat zorgaanbieders zich actief inspannen om patiënten te betrekken bij e-healthontwikkelingen en nieuwe plannen. De meesten doen dat via de cliëntenraad. Op bovenstaande punten staat het IGJ-verkeerslicht tweemaal op groen (aandacht bij raden van bestuur en betrekken van patiënten). Op de overige punten scoren de instellingen oranje. Op één gebied geeft de IGJ rood licht. Dat is de informatiebeveiliging. Slechts twee instellingen kunnen aantonen dat zij op dat gebied voldoen aan NEN 7510 of ISO 27001. IGJ ziet dit als een tekortkoming. Maar alle bezochte instellingen streven ernaar om nog dit jaar te gaan voldoen aan de NEN 7510 (Skipr, 14 mei 2018).

Patiëntendossiers goed op te vragen

De meeste patiënten die hun medisch dossier opvragen krijgen dit probleemloos, in korte tijd en tegen lage kosten. Dat blijkt uit NIVEL-onderzoek onder zevenhonderd respondenten van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Ongeveer 8% van de Nederlandse bevolking heeft in de afgelopen drie jaar zijn/haar medisch dossier opgevraagd of inzage gevraagd. In 89% van de gevallen is dat ook zonder problemen gelukt. Bij de resterende 11% van de respondenten die geen inzage of dossier heeft ontvangen, is meestal een reden aan te wijzen waarom dit niet mogelijk was. Patiënten die hun dossier ontvangen zijn in het algemeen tevreden met de inhoud van hun dossier en geven ook aan dat het opvragen hen heeft geholpen. Ongeveer 6% van de dossiers is in eerste instantie incompleet of

anderzijds niet op orde. Voor sommige mensen is het medisch jargon niet altijd goed te begrijpen en is een toelichting van de behandelend zorgverlener nodig. Er is één respondent die in eerste instantie het dossier van een andere patiënt heeft ontvangen. Een opvallende bevinding is dat ongeveer 20% van de respondenten niet bekend is met het recht op inzage in, of een kopie van het medisch dossier. Dit onderzoek richtte zich op het opvragen van dossiers binnen de huisartsenzorg, de ziekenhuiszorg en de geestelijke gezondheidszorg. Het onderzoek is gebaseerd op een analyse van bestaande bronnen, focusgroepen, interviews en een digitale peiling onder 702 leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg (NIVEL, 26 april 2018).

Inspectie: zorg moet beter bij particuliere klinieken

De kwaliteit en veiligheid van zorg laat bij veel particuliere klinieken nog te wensen over. Dat blijkt uit twee publicaties van de Inspectie voor de Gezondheidszorg van Jeugd (IGJ). De afgelopen jaren heeft de inspectie al meerdere keren gesignaleerd dat de kwaliteit van zorg in een groot aantal gevallen niet voldoet. Het toezicht op deze klinieken is geïntensiveerd, maar de gewenste en noodzakelijke verandering blijft uit.

De zorg in particuliere klinieken heeft een flinke groei doorgemaakt. Sinds 2011 is het aantal klinieken bijna verdubbeld: van 269 naar 500. Het totaal aantal behandelingen is gestegen tot 1,6 miljoen per jaar waarbij de behandelingen ook complexer zijn geworden.

De inspectie maakt zich zorgen omdat zelfstandige klinieken de geldende richtlijnen voor het infectiepreventiebeleid en het operatief proces onvoldoende naleven. Patiënten lopen hierdoor onnodig risico op schade en de verspreiding van al dan niet-resistente micro-organismen wordt onvoldoende tegengegaan. De kwaliteit van infectiepreventie blijft vooral in de klinieken zonder operatieafdeling achter, waar professionals de infectiepreventienormen minder goed kennen en deze minder goed naleven dan de professionals in klinieken met een operatieafdeling. Zo lieten deze klinieken minder vaak een audit uitvoeren door een deskundige infectiepreventie dan klinieken met een operatieafdeling. Het risico dat professionals onjuist handelen en onjuist

blijven handelen is daarmee 'aanmerkelijk groter' dan in de klinieken waar men wel gebruik maakt van de kennis van een deskundige infectiepreventie.

In de helft van de getoetste klinieken was de medicatieveiligheid op belangrijke onderdelen niet op orde. De opslag voor medicatie die in een koelkast bewaard moet worden was in de helft van de gevallen niet geborgd en in achttien klinieken was de veiligheid van het geneesmiddel niet gegarandeerd door het ontbreken van een openingsdatum. Ook de dubbelchecks van High Risk Medicatie tijdens operaties werden niet in alle bezochte klinieken uitgevoerd. Ook hierdoor loopt de patiënt risico.

Een belangrijke voorwaarde voor het juist handelen van medewerkers is de beschikbaarheid van een goed werkend kwaliteitssysteem met protocollen en werkinstructies, inclusief inzicht in bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Een deel van de getoetste klinieken heeft dit niet op orde. De inspectie laat weten dat ze al meerdere keren heeft gesignaleerd dat de kwaliteit van zorg in een groot aantal gevallen niet voldoet. IGJ heeft maatregelen opgelegd aan alle klinieken. Deze hebben de opdracht gekregen door een resultaatsverslag aan te tonen dat door hen genomen maatregelen hebben geleid tot verbetering van de zorg. Als naar het oordeel van de inspectie de zorg onvoldoende is verbeterd, volgt een herbezoek en een gesprek met de bestuurder (IGJ; Skipr; ANP; Zorgvisie, 6 juni 2018).

Aansprakelijkheidsverzekering doorbelast

De modelwaarneemovereenkomst voor zowel Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) als ziekenhuis is aangepast. In plaats van de verplichting een eigen medische aansprakelijkheidsverzekering te hebben, is nu een doorbelastingsplicht opgenomen. Een dergelijke regeling is noodzakelijk omdat een zelfstandig ondernemer de gevolgen van aansprakelijkheid zelf moet dragen, dus ook de premie van de betreffende verzekering. Waarnemers blijven voor hun medische aansprakelijkheid vallen onder de zogenoemde 'parapludekking' voor alle binnen de instelling verleende zorg. De premies worden doorgaans doorbelast aan MSB's, en vanaf nu ook expliciet naar rato aan waarnemers. Over het tarief dat de waarnemer in rekening brengt voor het verlenen van zorg, is geen

omzetbelasting (btw) verschuldigd, maar over de doorbelaste verzekeringskosten wél. Daarom zal de MSB of het ziekenhuis deze apart factureren. De Federatie Medisch Specialisten (FMS) realiseert zich dat dit niet eenvoudig is uit te voeren. Daarom is de wijze waarop deze doorbelasting er logischerwijze uitziet opgenomen in een aparte toelichting op de website van FMS (FMS, 30 april 2018).

MeToo-enquête leidt tot aanpassing gedragsregels KNMG

De Artsenfederatie KNMG gaat in haar gedragcode opnemen dat seksueel grensoverschrijdend gedrag ontoelaatbaar is. Aanleiding is een enquête van *Medisch Contact* waaruit blijkt dat bijna 30% van de artsen en studenten minstens eenmaal een seksueel grensoverschrijdende situatie op de werkvloer heeft ervaren. De aanpassing vindt plaats in navolging van de Amerikaanse artsenorganisatie AMA. Het grootste deel (ruim 70%) van de artsen en studenten die op de enquête van *Medisch Contact* reageerden, kreeg seksueel grensoverschrijdende grapjes en/of opmerkingen te horen. *Medisch Contact* concludeert dat de hiërarchische positie op de werkvloer van invloed is op de kans op seksueel overschrijdende situaties. Ruim 45% van de respondenten gaf aan dat de situatie zich voordeed tijdens de coschappen. Ook aniossen en aiossen meldde in de enquête vaker dat zij seksueel grensoverschrijdende situaties meemaakten. Ook gaven de meeste respondenten aan dat seksueel overschrijdend gedrag gebeurde door iemand die hoger in de hiërarchie stond dan zichzelf. Bij een kleiner aantal ging het om iemand in een gelijkwaardige of lagere positie. KNMG is al langere tijd bezig met het aanpassen van de gedragsregels. Eerder dit jaar liet de artsenfederatie weten dat de regels voor het gebruik van alcohol en psychoactieve middelen in de KNMG-gedragscode zijn opgenomen (Zorgvisie, 6 juni 2018).

Uitkomstinformatie voor Samen Beslissen

Minister Bruno Bruins van Medische Zorg stelt 4,5 miljoen euro beschikbaar voor een gezamenlijk project met de zeven Santeon-ziekenhuizen en ZonMw. Het doel is te onderzoeken hoe uitkomsten van de zorg het beste kunnen worden ingezet zodat patiënten beter kunnen meebeslissen over zowel de juiste behandelaar als de juiste behandeling. De resultaten worden

publiekelijk beschikbaar gesteld. Het gaat binnen dit project om zowel klinische uitkomsten (welke behandeling is het meest effectief voor de ziekte of aandoening) als uitkomsten van de behandeling zoals die door de patiënt wordt ervaren (wat is de kwaliteit van leven erna: emotioneel, op het werk, in de relatie, qua pijn enzovoorts). Voor een deel van de ziektes/aandoeningen is deze uitkomstinformatie al beschikbaar. Binnen het project wordt onderzocht hoe de patiënt hier goed over geïnformeerd kan worden zodat het mogelijk is samen te beslissen over de behandeling. Er wordt gekeken of dit leidt tot andere behandelkeuzes en wat de invloed is op de tevredenheid van de patiënt. Dit project is onderdeel van het programma dat Bruins eerder aankondigde over meer uitkomstinformatie voor Samen Beslissen. Daarbij wordt ook gekeken naar andere vormen van organiseren en betalen van de zorg, ict en informatievoorziening. Een breed programmaplan hiervoor volgt later dit jaar. De zeven Santeon ziekenhuizen zijn: Canisius Wilhelmina Ziekenhuis in Nijmegen, Catharina Ziekenhuis in Eindhoven, Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam, Martini Ziekenhuis in Groningen, Medisch Spectrum Twente in Enschede, OLVG in Amsterdam en het St. Antonius Ziekenhuis in Utrecht/Nieuwegein (Nieuwsbericht VWS, 24 april 2018).

Opschaling digitale keuzehulpen Samen Beslissen

Het blijkt in de praktijk nog bijzonder lastig om vernieuwingen op het gebied van Samen Beslissen breed toegankelijk te maken. Daarom heeft de Patiëntenfederatie Nederland de zogeheten 'Vliegwielfcoalitie' voor digitale zorginnovaties in het leven geroepen. In deze coalitie zijn zorgaanbieders, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars, de overheid en leveranciers vertegenwoordigd. De Vliegwielfcoalitie wil keuzehulpen die Samen Beslissen ondersteunen stevig aanzwengelen zodat dit gaat leven in ieder ziekenhuis. Vier grote zorgverzekeraars hebben zich hier inmiddels ook achter geschaard en keuzehulpen opgenomen in hun inkoopbeleid 2019.

In de praktijk blijkt dat slechts bij de helft van de besluiten sprake is van Samen Beslissen door zorgverlener en patiënt. En dat terwijl 94% van de patiënten aangeeft betrokken te willen worden bij het nemen van belangrijke beslissingen over zijn of haar behandeling.

Met de digitale keuzehulpen kan de patiënt zich in alle rust voorbereiden op het gesprek met de specialist. Hiermee vinden patiënten online informatie over de behandelmogelijkheden, inclusief de voor- en nadelen. Zo kiezen patiënten veel bewuster voor wat zij belangrijk vinden. De arts krijgt een beter inzicht in de persoonlijke wensen en behoeften van de patiënt en de impact van het medisch handelen hierop.

Er zijn verschillende keuzehulpen. Een voorbeeld van een digitale keuzehulp is de PATIENT+ keuzehulp. Via deze website kunnen patiënten voor talloze aandoeningen of behandelingen een keuzehulp invullen. Bij het doorlopen van een dergelijke keuzehulp, bijvoorbeeld gericht op een gebroken schouder, chronische pijn of een verzakking, wordt de patiënt via tekst, video's en foto's geïnformeerd. Ook Zorgkeuzelab biedt een digitale keuzehulp voor (op dit moment) zestien behandelingen, waaronder voor uitgezaaide prostaatkanker, een aangeboren hartafwijking of beginnende parkinson. In tegenstelling tot PATIENT+ zijn de keuzehulpen van Zorgkeuzelab alleen beschikbaar via een inlogcode. Deze inlogcode wordt door de behandelend arts aan de patiënt aangeboden (indien de zorginstelling samenwerkt met Zorgkeuzelab). Er is ook een aantal ziektespecifieke keuzehulpen beschikbaar. Bijvoorbeeld de keuzehulp borstkanker van Borstkankervereniging Nederland en uitgezaaide dikkedarmkanker van de Maag Lever Darm Stichting (NVZ, Nieuwsbrief Samen Beslissen nr. 4, Patiëntenfederatie Nederland, 4 juni 2018).



Digitale consultatie voorkomt doorverwijzing naar specialist

Het Martini Ziekenhuis en de Groninger Huisartsen Coöperatie (GHC) starten met een innovatieve manier van digitale consultatie tussen huisarts en specialist. Met digitale consultatie kan de patiënt vaak bij zijn eigen huisarts onder behandeling blijven en hoeft hij zijn eigen risico niet aan te spreken voor een consult in het ziekenhuis.

Patiënten met specialistische zorgvragen worden door hun huisarts doorverwezen naar een specialist in het ziekenhuis. Een deel van de verwijzingen naar het ziekenhuis kan worden voorkomen wanneer er slimmer wordt samengewerkt tussen huisarts en medisch specialist. Huisartsen in Groningen en Noord-Drenthe kunnen via het door ict-bedrijf Calculus ontwikkelde programma VIPLive digitaal contact zoeken met medisch specialisten, daar waar het contact tussen huisarts en ziekenhuis tot op heden vooral via de telefoon verliep. Een huisarts kan via een beveiligde verbinding van de messenger van VIPLive, vragen stellen aan een medisch specialist. Daar kan hij, mits er toestemming is van de patiënt, medische gegevens bijvoegen. De specialist kan suggesties doen voor vervolgbehandeling bij de huisarts of vragen om een doorverwijzing. De consultatie wordt vastgelegd in zowel het systeem van de huisarts als van het ziekenhuis en vervolgens automatisch gedeclareerd.

Idee is dat dit systeem werkt als een soort filter voor twijfelgevallen, waardoor doorverwijzingen kunnen worden voorkomen. Daarnaast kunnen verwijzingen worden geoptimaliseerd. Aan de pilotfase doen zes grote poliklinieken van het Martini Ziekenhuis en huisartsen die regelmatig naar het ziekenhuis verwijzen mee. Ook zorgverzekeraar Menzis is nauw betrokken bij het project. Het streven is om op termijn meer huisartsen, meer poliklinieken van het Martini Ziekenhuis en andere perifere ziekenhuizen in de regio te laten aansluiten (Skipr, 4 mei 2018).

Onderzoek naar nieuwe behandeling bij beroerte

Radiologen en neurologen starten dit voorjaar een onderzoek naar een nieuwe behandeling bij acute beroerte. In de huidige richtlijnen komen patiënten die na zes uur na het ontstaan van de klachten in het ziekenhuis arriveren niet meer in aanmerking voor een endovasculaire behandeling. Radiologen en neurologen gaan bekijken of en zo ja in welke situatie behandeling voor deze groep effectief kan zijn. Dit zorgevaluatieonderzoek vindt plaats in zestien ziekenhuizen in Nederland. Het onderzoek gaat over patiënten met een acute beroerte. Patiënten die binnen zes uur na het ontstaan van de klachten in het ziekenhuis arriveren en voldoen aan een aantal criteria, krijgen een nieuwe endovasculaire behandeling. Daarbij wordt met een slangetje, dat via de lies de slagader in gaat, het stolsel uit de slagader in het hoofd verwijderd.

Patiënten die na die zes uur arriveren komen volgens de huidige richtlijnen niet in aanmerking voor deze behandeling omdat het voor deze patiënten in het algemeen niet effectief of zelfs schadelijk kan zijn. Tegelijk is ook bekend dat in deze groep waarschijnlijk nog patiënten zijn die toch baat kunnen hebben bij de nieuwe behandeling. Uit dit onderzoek zou kunnen blijken dat er met deze nieuwe behandeling meer patiënten geholpen kunnen worden dan nu het geval is. Het komende half jaar starten er nog vier onderzoeken naar de effectiviteit van bestaande zorg.



Zo gaan de orthopeden, chirurgen en de klinisch geriateren onderzoeken of opereren inderdaad de beste optie is bij kwetsbare ouderen met een heupfractuur die in hun laatste levensfase zitten. De chirurgen doen onderzoek naar de vraag wat de beste follow-up is van patiënten met een aneurysma van de abdominale aorta. De neurologen starten een onderzoek naar nazorg bij een TIA: wat is de effectiviteit van nazorg gericht op cognitieve en emotionele problemen? De cardiologen willen weten welk type behandeling na het dotteren de voorkeur heeft bij een acuut hartinfarct. Wat is het effect van verschillende behandelingen op kwaliteit van leven, patiënttevredenheid en zorgkosten? (FMS, 24 mei 2018).

Nieuwe bekostiging orgaanuitname na overlijden

De Nederlandse Zorgautoriteit verleent per 1 juli 2018 een nieuwe subsidie voor de beschikbaarheid van drie teams die orgaanuitname na overlijden uitvoeren, de zogenoemde post mortem orgaanuitname. Vanaf deze datum wijzigt de regio-indeling waarbinnen de zelfstandige uitname teams (ZUT) de orgaanuitnames uitvoeren. Hier hoort ook een aangepaste bekostiging bij. Het gaat om de ZUT's van het Erasmus MC, het UMC Groningen en Radboudumc. Voorheen werden hier alleen de chirurgen in het ZUT uitbetaald. Vanaf 1 juli dekt de subsidie het hele ZUT en het benodigde materiaal voor de orgaanuitnames. LUMC (Leiden) en Maastricht UMC leveren personeel aan Erasmus MC en Radboudumc voor hun teams (Nieuwsbericht NZa, 25 april 2018).

Fonds van ruim 100 miljoen voor veelbelovende zorg

Minister Bruins (VWS, Medische Zorg) heeft 105 miljoen euro beschikbaar gesteld om veelbelovende behandelingen, medische technologie en geneesmiddelen sneller beschikbaar te maken voor de patiënt. Met dit geld worden ontwikkelaars van nieuwe zorgideeën geholpen bij het opzetten en uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek. Het totale bedrag komt ten goede aan drie regelingen. De eerste regeling is een subsidieregeling speciaal bedoeld voor nieuwe behandelingen, hulpmiddelen en medische technologie die over het algemeen al tot de markt zijn toegelaten, maar nog niet vergoed worden. Voordat een nieuwe vorm van zorg vergoed kan worden uit het basispakket is bewijs nodig dat het ook een meerwaarde heeft ten opzichte van bestaande behandelingen. Dergelijk onderzoek is vaak kostbaar, vergt veel expertise en duurt meerdere jaren.

Met het geld dat hiervoor beschikbaar komt kunnen ontwikkelaars zoals MKB'ers, ziekenhuizen en onderzoekers dit onderzoek betalen en worden de gemaakte zorgkosten tijdens het onderzoek gedekt. Ook krijgen zij professionele hulp bij de opzet van het onderzoek. Deze regeling gaat in op 1 januari 2019 en komt in de plaats van de huidige regeling van voorwaardelijke toelating die sinds 2012 bestaat. Doordat de regeling eenvoudiger is wordt de totale voorbereidings- en onderzoekstijd die nodig is teruggebracht van ongeveer zes naar ongeveer vier jaar.

Naast de subsidieregeling voor behandelingen en medische technologie werkt Bruins ook aan een vergelijkbare regeling voor geneesmiddelen. Vanwege onder andere de verschillen in geldende regeling voor geneesmiddelen wordt hiervoor een aparte regeling in het leven geroepen. Deze regeling wordt de komende periode uitgewerkt en zal voor het einde van het jaar gepresenteerd worden.

Datzelfde geldt voor de regeling die bedoeld is om bestaande zorgvormen te evalueren en te kijken of ze echt zo goed werken als we denken. Ook in het onderhandelaraakkoord medisch specialistische zorg is afgesproken om bestaande zorg actiever te gaan evalueren (Nieuwsbericht VWS, 22 mei 2018).

Aantal zzp'ers in verpleging en verzorging stijgt fors

Het aantal zelfstandig werkende verpleegkundigen en verzorgenden neemt de laatste jaren explosief toe. Vorig jaar zijn er ongeveer drieduizend voor zichzelf begonnen. Het totaal aantal zelfstandige verpleegkundigen en verzorgenden is nu ongeveer dertigduizend en ieder jaar groeit dit met ongeveer 10%. Het zijn vooral ervaren krachten die kiezen om als zzp'er aan de slag te gaan. De drijfveren om voor zichzelf te gaan beginnen zijn vooral behoefte aan flexibiliteit en vrijheid. Vanwege de krappe arbeidsmarkt kunnen ze meteen aan de slag. Tweederde van de groep zelfstandigen laat zich door een bureau bemiddelen. En groot deel van de groep wordt ingezet als flexibele schil bij organisaties. In totaal zijn er ongeveer 127.000 zzp'ers in de zorg, zo blijkt uit een telling van Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)-plichtige eenmanszaken in het register van de Kamer van Koophandel. Daaronder vallen onder meer fysiotherapeuten, huisartsen, verzorgenden en verpleegkundigen. In 2017 kwamen er iets meer dan 14.000 eenmanszaken in de zorg bij. Dat is een stijging van 12% (Skipr, 1 juni 2018).

Klinisch technoloog krijgt plek in BIG-register

Het beroep van klinisch technoloog wordt in de Wet BIG opgenomen. De klinisch technoloog krijgt zodoende de wettelijke bevoegdheid om een aantal voorbehouden medische handelingen zelfstandig te verrichten. Minister Bruno Bruins (VWS, Medische Zorg) dient hiertoe een wetsvoorstel in.

De klinisch technoloog is een nieuwe beroepsgroep die complexe technisch medische handelingen verricht. Klinisch technologen zijn bijvoorbeeld betrokken bij de ontwikkeling van nieuwe vormen en technieken in diagnose en behandeling. Sinds 2014 is het beroep van klinisch technoloog bij wijze van proef tijdelijk opgenomen in de Wet BIG. Klinisch technologen zijn prima in staat zijn om zelfstandig katheterisaties, injecties, puncties, heilkundige handelingen en handelingen met radioactiviteit of ioniserende straling uit te voeren. Patiënten zijn tevreden over de ontvangen zorg en uitvoering van deze handelingen door de klinisch technoloog. Artsen, supervisors en leidinggevend vinden dat de

tijdelijke wetswijziging meer duidelijkheid gaf op de werkvloer. Bovendien bleken er geen negatieve bijeffecten te zijn opgetreden als gevolg van het experiment (Skipr, 15 mei 2018).

Physician assistants opgenomen in BIG-register

Alle afgestudeerde physician assistants (PA's) kunnen sinds 15 mei 2018 een aanvraag indienen voor registratie bij het BIG-register. Op 1 september wordt het BIG-register van PA's openbaar en gaat de wetswijziging in. Na een experiment van vijf jaar wordt de zelfstandige bevoegdheid van de PA in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) definitief geregeld. In 2012 begon een proef met PA's en Verpleegkundig specialisten (VS-en). Zij worden opgeleid om medische en organisatorische taken van artsen en medisch specialisten over te nemen.

Uit evaluatieonderzoek is gebleken dat de PA bijdraagt aan het efficiënter inrichten van zorgprocessen en de juiste inzet van professionals. Om deze reden wordt de PA opgenomen in artikel 3 van de Wet BIG. De wetswijziging gaat per 1 september 2018 in. Op het moment dat de wijziging van de Wet BIG op 1 september in werking treedt, is de registratie van PA's geldig en zichtbaar in het BIG-register. Voor de PA's die in het BIG-register vermeld staan, geldt dat ze:

- een wettelijk beschermde beroepstitel hebben
- zelfstandige bevoegdheid hebben voor het uitvoeren van bepaalde voorbehouden handelingen
- onder het tuchtrecht vallen

Tot 1 september blijft het experimenteerartikel (artikel 36a) van kracht. Op grond van het experimenteerartikel hebben PA's al zelfstandige bevoegdheid voor het verrichten van de volgende voorbehouden handelingen: • katheterisaties • heilkundige handelingen • injecties • puncties • voorschrijven van UR-geneesmiddelen • endoscopieën • electieve, elektrische cardioversie • defibrillatie.

Zelfstandige bevoegdheid betekent dat de PA zelfstandig diagnose kan stellen en een behandeling kan starten. Sinds 2015 kunnen PA's zelfstandig een DBC openen en sluiten. In het wettelijke besluit staat dat PA's samenwerkingsafspraken dienen te maken met arts-specialisten over het zelfstandig verrichten van handelingen. Het gaat vaak om handelingen die worden uitgeoefend volgens landelijk geldende richtlijnen en daarvan afgeleide protocollen. Daarnaast zijn het handelingen waarvan de risico's te overzien zijn, een routinematig karakter hebben en van een beperkte complexiteit zijn (NVZ, 23 mei 2018).

Gepersonaliseerde zorg veelbelovend bij heup- en knieartrose

Huisartsen, fysiotherapeuten en orthopeden stemmen hun zorg vaak af op de individuele patiënt met heup- en knieartrose. Op deze manier blijft zorg voor mensen met chronische aandoeningen goed en betaalbaar. Maar er is nog verbetering mogelijk (promotie onderzoek D. Barten, Universiteit Utrecht). In het proefschrift van Barten zijn twee vormen van gepersonaliseerde zorg onderzocht voor mensen met artrose: 'timing van zorg' en 'focus van zorg'. Deze blijken beide al regelmatig toegepast te worden in de dagelijkse praktijk, maar er is nog verbetering mogelijk, bijvoorbeeld door meer combinaties van

behandeling aan te bieden en door interventies nog beter toe te spitsen op specifieke patiëntengroepen. Timing van zorg betekent dat eerst alle minder ingrijpende behandelingen geprobeerd worden, voordat een operatie wordt ingezet. Uit het onderzoek blijkt dat dit al regelmatig gebeurt.

Huisartsen kiezen bijvoorbeeld vaker voor leefstijladviezen en het voorschrijven van ontstekingsremmers, dan voor een verwijzing voor fysiotherapie of een verwijzing voor een gewrichts vervangende operatie door de orthopeed. Huisartsen en fysiotherapeuten bieden echter zelden alle niet-operatieve behandelopties aan voordat een patiënt wordt doorverwezen.

Van de populatie patiënten met heup-/knieartrose is bekend dat er onderling grote verschillen zijn in bijvoorbeeld de oorzaak en het beloop van de aandoening. De huidige richtlijnen voor niet-operatieve artrosezorg bieden zorgprofessionals vrijwel geen handvatten om hiermee om te gaan. Toch focussen fysiotherapeuten en oefentherapeuten hun behandeling al op verschillende subgroepen binnen de grote groep patiënten met knieartrose.

Heup-/knie artrose wordt in de volksmond vaak aangeduid met 'gewrichtsslijtage'. Als gevolg van de vergrijzing zal het aantal mensen met artrose fors toenemen de komende jaren. Om die groeiende groep mensen goede zorg te kunnen blijven bieden is er een grote behoefte aan effectieve en efficiënte zorg. Het bieden van 'zorg op maat' of 'gepersonaliseerde zorg' zou hier op een oplossing voor kunnen zijn (NIVEL, 24 mei 2018).

Kabinet: minder papier, meer zorg

Ministers Hugo de Jonge en Bruno Bruins en staatssecretaris Paul Blokhuis (VWS) hebben een actieplan gepresenteerd om de zorg te ontdoen van overbodige bureaucratie. Het plan '(Ont)Regel de zorg' zet in op minder regels voor zorgverleners en meer tijd voor de patiënt. Artsen en verpleegkundigen zijn op dit moment heel veel tijd kwijt aan administratie, waarvan zij de helft als onzinnig



beschouwen. Dat zorgt voor een hoge werkdruk bij zorgverleners en is niet goed voor het werkplezier.

Zo hoeven huisartsen straks niet meer jaarlijks hulpmiddelen aan te vragen bij chronische aandoeningen, stoppen ziekenhuizen met dubbele registraties en wordt de 5-minutenregistratie in de wijkverpleging afgeschaft. Ook zullen verzekeraars uniforme bepalingen voor declaraties gaan gebruiken in contracten met zorgaanbieders in de eerstelijnszorg en de geestelijke gezondheidszorg, en gaan de verpleeghuiszorg en de geestelijke gezondheidszorg zoveel mogelijk werken met meerjarige contracten. De ministers zeggen zelf toe om nieuwe regels als gevolg van veranderende wet- en regelgeving tot een minimum te beperken. De administratieve lasten voor zorgverleners moeten vanaf nu elk jaar verminderen. Het gevoel van artsen en verpleegkundigen is daarbij leidend: zij moeten in hun dagelijks werk ervaren dat zij minder tijd kwijt zijn aan onzinnige klusjes (Nieuwsbericht VWS, 23 mei 2018).

Kabinet pakt fouten en fraude in zorg aan

Het kabinet komt met een aanpak om onbedoelde fouten en opzettelijke fraude in de zorg tegen te gaan. Jaarlijks kosten deze

onrechtmatigheden de samenleving miljoenen euro's. De aanpak concentreert zich vooral name op vijf specifieke zorgsectoren: medisch-specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg, mondzorg, wijkverpleging en het persoonsgebonden budget. Naast de aanpak in de vijf specifieke zorgsectoren, worden straks scherpere eisen gesteld aan de toetreding tot de zorg.

De Wet toetreding zorgaanbieders verbetert het toezicht op nieuwe zorgaanbieders en er komt een meld- en vergunningsplicht. Bovendien krijgen zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten meer wettelijke mogelijkheden om gegevens over fraudeurs met elkaar uit te wisselen via een speciaal waarschuwingsregister (Nieuwsbericht VWS, 19 april 2018).

Big data kan afweerreactie voorspellen

Big data kan aanwijzen wie ziek wordt en wie niet. De sleutel ligt in het combineren van genetische en niet-genetische factoren. Onderzoekers kunnen nu variaties in de werking van het afweersysteem voorspellen. Door genetische en niet-genetische informatie in een computermodel te stoppen, konden onderzoekers van het UMC Groningen en Radboudumc van tevoren zien of proefpersonen een goede afweerreactie ontwikkelen tegen bepaalde infecties. De resultaten van hun onderzoek zijn op 21 mei gepubliceerd in het wetenschappelijk tijdschrift *Nature Immunology*. De onderzoekers namen bij vijfhonderd proefpersonen bloedcellen af en infecteerden die met bacteriën, schimmels en virussen. De mate van afweer vergeleken ze met een grote hoeveelheid medische gegevens van de proefpersonen, zoals genetische aanleg, cholesterol en stofwisseling. De genetische aanleg bleek de belangrijkste factor om een goede afweerreactie aan te maken, maar ook de niet-genetische factoren spelen een grote rol. De onderzoekers hebben een rekenmodel ontwikkeld om het voorkomen van ziekten per individu te voorspellen. Zij willen dit de komende jaren gaan testen op grotere populaties gezonde vrijwilligers (Skipr, 24 mei 2018).

