

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:

Contourennota van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

Toekomst Wet BIG • Medisch Specialisten • Ziekenhuizen • E-health • Korte berichten



ZIMMER BIOMET
Your progress. Our promise.™

DECEMBER 2019 JAARGANG 8 • NUMMER 4

Zinnige Zorg, (On)zinnige Data (On)ethisch!?

De laatste tijd word ik meer en meer getriggerd door twee onderwerpen: Data in de Zorg en Zinnige Zorg. In de media worden deze thema's regelmatig aangetipt en velen hebben daar een mening over. Zo ook ik. Hoe kan er een verband worden gelegd tussen Zinnige Zorg en Data?

Ik heb de (on)zinnige gewoonte om één keer per week 's ochtends rond 6 uur een rondje te gaan hardlopen. Voorzien van een Apple Watch worden op dat moment veel data van, onder meer, mijn route, slaapritme, hartslag, stapfrequentie, etc. verzameld. Deze (geregistreerde) inspanning is voor mij de ontspanning om over tal van zaken na te denken of ze te bedenken. Zo komen meestal de eerste gedachten voor de column van Natuurlijk in Beweging in mij op.

Zinnige Zorg? Wordt hier gesuggereerd dat de huidige zorg niet zinnig is? Bestaat er onzinnige zorg? Zinnig. Dat wat zin heeft, dat wat een toekomstig nut dient, wie zijn verstand gebruikt. Dat zijn zomaar wat interpretaties van het woord zinnig. Zorgverzekeraar VGZ schrijft op zijn website: 'Betere zorg voor u'. Dat is zinnige zorg. En Zorginstituut Nederland schrijft over zinnige zorg: elke verzekerde moet erop kunnen rekenen dat hij of zij goede zorg ontvangt. Niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk. En dat daarvoor geen onnodige kosten worden gemaakt.

Uiteindelijk zal mijns inziens de discussie over Zinnige Zorg de huidige trends moeten gaan doorbreken. Het systeem van vandaag de dag 'vangt' iedere patiënt in de molen van diagnostiek en therapie. Overbehandeling is in Nederland een fenomeen terwijl onderbehandeling (gelukkig) niet veel voorkomt. Niet alles wat we doen heeft echt zin of is van toekomstig nut. Nog altijd ontbreekt in veel gevallen een gegronde onderbouwing van het handelen dat we dagelijks doen in de zorg. In mijn ogen moet de balans opnieuw worden gevonden. De DBC/DOT-invoering heeft niet de transparantie gebracht die we hadden verwacht en deze systematiek heeft ook niet de kosten van de (ziekenhuis)zorg kunnen beteugelen. Diagnostiek en behandelingen in het huidige systeem brengen (noodzakelijk) geld in het laatje van het ziekenhuis en de behandelende specialist, maar stimuleren ook onzinnige zorg.

Onzinnige zorg wordt ook bevorderd door het tegenwoordige patiëntengedrag. De (kritische) patiënt laat zich niet zomaar meer overtuigen dat geen behandeling ook een behandeling kan zijn. Bewapend met (vaak ongefundeerde) informatie, gevonden op het internet, 'eist' de patiënt steeds vaker bepaalde diagnostiek en/of behandeling. De zorg wordt vaker voor het blok gezet door deze vanzelfsprekendheid die de afgelopen jaren is ontstaan. We moeten naar een andere setting in de zorg.

Een setting die nog meer wordt gesteund door bewezen en voorspellende waarden. Er moet een nieuwe dialoog ontstaan tussen de behandelaar en de huidige, kritische zorgconsument. Maar hoe? Wat we vijf jaar geleden onvoldoende hadden of gebruik van konden maken was de ongelooflijke hoeveelheid data. Data waarvan we niet wisten dat ze beschikbaar waren of wat we ermee moesten.

Het is bijna 7 uur in de ochtend, ik ben ongeveer 8 km verder in mijn looprondje, mijn gedachten hebben een nieuwe column al verder vormgegeven. Ondertussen zijn mijn hogere hartslag, aantal stappen en gelopen route allemaal in data vastgelegd...

Dagelijks produceren wij wereldwijd per persoon 146.880 GB aan data. In 2012 werd slechts 0.5% van de data geanalyseerd maar nu investeert 97.2% van de organisaties in Big Data en Artificial Intelligence. Dat zal ook effecten gaan hebben voor de zorg. Zullen (on)zinnige data op een ethische manier gaan bijdragen aan Zinnige Zorg? Data in de Zorg. Onlangs heb ik het Nationaal congres 'Data dilemma's in de zorg' bijgewoond, georganiseerd door de Sint Maartenskliniek en het Maxima Medisch centrum. Op de website <https://datadilemmas.nl/> staat geschreven: 'Slimme, zuinige en persoonlijke zorg door data?'.

De ambitie om met de inzet van data de zorg te optimaliseren is veelbelovend. De stroom aan data wordt steeds groter en complexer. Artsen, wetenschappers en patiënten kijken reikhalzend uit naar de mogelijkheden van digitale data om de zorg nog slimmer, zuiniger en persoonlijker te maken. Data dilemma's in de zorg.

Ondanks de nieuwe mogelijkheden die al deze data ons brengen, ontstaan er ook ethische dilemma's rondom eigenaarschap en gebruiksrecht. Van wie zijn de zorg gerelateerde data? Wie mag ze gebruiken en waarvoor? Wie is verantwoordelijk?

Die discussie zal en moet worden gevoerd. Het streven is dat dit in 2020 gaat leiden tot een Nationaal Zorg Data Akkoord met als effect zinniger en zuiniger zorg. De eerste voorbeelden van de analyse van big data zijn al daar. Een kijkoperatie bij een bepaalde knieproblematiek voor een specifieke leeftijdsklasse is op basis van grote aantallen en wetenschappelijk onderzoek als 'onzinnig' getypeerd. Resultaat: op jaarbasis tienduizenden kijkoperaties in de knie minder in Nederland!

Wanneer je kandidaat bent voor een heup- of knie vervanging, kan op basis van bepaalde patiënt karakteristieken voorspellend worden bepaald wat de uitkomsten of risico's zullen zijn.

De behandelaar krijgt de tools in handen om met de kritische zorgconsument een zinnig gesprek te voeren.

De zorgconsument wordt in de toekomst op zijn wenken bediend met het initiatief: de Juiste Zorg op de Juiste Plek. De essentie van dit initiatief is het voorkomen van (duurdere) zorg, het verplaatsen van zorg (dichterbij mensen thuis) en het vervangen van zorg (door andere zorg zoals e-health).

Het Zorginstituut Nederland zegt hierover: 'Elke 'zorgconsument' moet erop kunnen rekenen dat hij of zij goede zorg ontvangt. Niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk. En dat daarvoor geen onnodige kosten worden gemaakt.'

We hebben de data. De sleutel is in onze handen...

Het is 2025 ik fiets een rondje van 25 km om 14:00 uur 's middags omdat gebleken is, op basis van mijn persoonlijke data-analyse, dat dit beter voor mij is. Ik ben alweer even onderweg en mijn geïmplanteerde chip verzamelt op een ethische manier allerlei data en combineert deze met andere beschikbare data. Ondertussen denk ik na. Voor een Column in Natuurlijk in Beweging over onze Nederlandse zorg en hoe die evolueert tot een uiterst efficiënte en effectieve zorg. Zorg die op basis van een ethisch correcte datarevolutie tot stand is gekomen...

Veel leesplezier!

Roland van Esch





Contourennota van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

De zorg is in Nederland van goede kwaliteit en toegankelijk voor iedereen. Maar om dat in de toekomst zo te houden, moet er het e.e.a. gebeuren. De zorg moet slimmer en anders worden georganiseerd met focus op de regio. Voor het zomerreces van 2020 zal VWS in de zogenaamde Contourennota in beeld brengen wat in de regio nodig is om de organisatie van zorg te verbeteren. Dat om aan de (toekomstige) zorgvraag te kunnen voldoen. Het idee is dat dit kabinet een pakket aan maatregelen 'klaarlegt' voor het volgende kabinet.

In de Miljoenennota heeft VWS nadrukkelijk aangegeven "dat het in de regio moet gebeuren", "daar moet de samenwerking plaatsvinden, tussen zorg- en hulpverleners, tussen hun organisaties en tussen gemeenten, verzekeraars en zorgkantoren als inkoopende partijen". InEen geeft op haar website aan blij te zijn dat VWS gaat onderzoeken hoe belemmeringen voor doorontwikkeling van de

regionale domein-overstijgende samenwerking kunnen worden weggenomen en de organisatiekracht kan worden vergroot. Op dit moment worden door VWS de gesprekken hierover met het veld opgestart (19-9-2019, InEen; 31-10-2019, Tweede Kamer).

Belemmeringen voor Juiste Zorg Op de Juiste Plek (JZOJP)

In de diverse Hoofdlijnenakkoorden zijn afspraken gemaakt over de juiste zorg op de juiste plek (JZOJP). In het hele land werken medisch specialisten samen met huisartsen, verpleegkundigen, paramedici, de wijkverpleging en andere zorgverleners aan nieuwe initiatieven binnen en buiten het ziekenhuis. Maar deze beweging kan pas echt een vlucht nemen als de muren tussen de verschillende lijnen lager worden, de gegevensuitwisseling sterk verbetert en de bekostiging goed wordt geregeld. Dat schrijven de FMS, de LHV en InEen op 22 november in een gezamenlijke

brief aan de Tweede Kamer ter voorbereiding op het algemeen overleg over het Medisch Zorglandschap d.d. 28 november.

JZOJP heeft als doel om de beste zorg te leveren dichtbij en rondom de patiënt, doelmatig én toegankelijk. In hun gezamenlijke brief pleiten de FMS, LHV en InEen voor het verder verlagen van 'de muren tussen de lijnen'. De kennis en kunde van medisch specialisten is niet langer gebonden aan het ziekenhuisgebouw. De juiste medisch-specialistische zorg leveren kan ook, bijvoorbeeld, in een huisartsenpraktijk of via e-health. Volgens de FMS, de LHV en InEen gaat de JZOJP nadrukkelijk niet om substitutie, dus het verplaatsen van ziekenhuiszorg naar de huisartsenpraktijk, maar om netwerk-geneeskunde. Daarbij wordt de patiënt centraal gezet en vanuit een netwerk beslissen zorgverleners samen welke zorg nodig is en wie die het beste kan geven. De 'Handreiking Implementatie van Juiste zorg op de juiste plek' van de FMS en LHV die in september jl. is gepubliceerd, biedt een stappenplan hoe medisch specialisten en huisartsen hier goede afspraken over kunnen maken en hoe ze deze samenwerking financieel kunnen regelen.

Een andere belemmering die de organisaties in de brief noemen, is de huidige bekostiging. Deze stimuleert de JZOJP plek nog onvoldoende, want er is geen afdoende betaaltitel voor het voeren van overleg, het geven van adviezen aan elkaar en het beschikbaar stellen van de kennis en kunde van de medisch specialist buiten het ziekenhuis. Daarnaast zorgt het verplaatsen van ziekenhuiszorg naar de huisartsenpraktijk voor minder inkomsten van de ziekenhuizen, terwijl het gebouw en andere kosten wel betaald moeten worden.

Tot slot wijzen de Federatie van Medisch Specialisten (FMS), de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) en InEen (eerstelijns zorg) op de gebrekkige digitale gegevensuitwisseling. Uit een peiling van de FMS blijkt dat 60% van de medisch specialisten de gebrekkige gegevensuitwisseling een obstakel vindt bij de transitie naar de JZOJP. Zorgverleners lopen tegen grenzen aan wanneer het niet lukt om de juiste patiëntgegevens op de juiste plek te hebben. JZOJP, en daarmee samenwerking over de lijnen heen, is alleen te realiseren als patiëntgegevens tussen de verschillende zorgverleners kunnen worden uitgewisseld (27-11-2019, Zorgvisie; 26-11-2019, FMS).

4 Natuurlijk in **Beweging**

RVS advies: bekwaamheid als uitgangspunt bij beroepenregulering in de zorg

De Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS) verwacht dat de huidige Wet BIG onvoldoende in staat zal zijn de snelle veranderingen in de zorgpraktijk op te vangen. Bekwaamheid moet daarbij meer dan bevoegdheid het uitgangspunt zijn, stelt de RVS is het advies over de toekomstbestendigheid van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG). Het werk van zorgverleners verandert. Zorg wordt steeds vaker in teams, netwerken en op diverse plekken geleverd. De rol van technologie neemt verder toe en veel bekwaamheden worden in de praktijk geleerd. Tevens is er sprake van arbeidsmarkttekorten en hoge werkdruk in de zorg. Ook wordt de zorgvraag van burgers in Nederland steeds complexer, hetgeen vraagt om snelle aanpassing van bekwaamheden bij zorgverleners. In de praktijk leidt dit tot een wildgroei van nieuwe beroepen in de zorg. Inmiddels zijn dat er zeker 2.400, waarvan niet altijd duidelijk is waar zij voor staan, zoals bijvoorbeeld de bachelor medisch hulpverlener, de klinisch technoloog of de regieverpleegkundige. Dat zorgt voor onduidelijkheid en versplintering in plaats van samenwerking over domeinen heen.

De RVS pleit er daarom voor de Wet BIG om te vormen tot de Wet op de Bekwaamheden in de Individuele Gezondheidszorg. Dat wil zeggen, alleen basisberoepen in de wet regelen en verdere bekwaamheden, die zorgverleners door opleiding en ook in de praktijk verwerven, vastleggen in een persoonlijk portfolio. In het model van de Raad zijn alleen basisberoepen bij wet vastgelegd, bijvoorbeeld arts of verpleegkundige. Verpleegkundigen en artsen kunnen zich aanvullend bekwaamen in voorbehouden handelingen en andere competenties en deze verworven bekwaamheden worden dan opgenomen in het persoonlijke bekwaamhedenportfolio. Het door de RVS voorgestelde model is daarmee een mogelijke oplossingsrichting voor de discussie onder verpleegkundigen over het voornemen om de regieverpleegkundige, een nieuw beroep, in de Wet BIG op te nemen. Het beroep regieverpleegkundige zal dan niet in het BIG-register voorkomen. Voordeel van deze aanpak is dat bekwaamheden van beroepsbeoefenaren op deze manier wel worden geborgd en zowel zorgorganisaties, zorgverleners als

Toekomst Wet BIG



patiënten gericht kunnen inspelen op de veranderingen in de zorg en samenleving. Het basisberoep blijft op deze manier leidend, maar is er ook ruimte om in de praktijk verworven vaardigheden te waarderen en een leven lang te ontwikkelen.

Reactie KNMG

De artsenfederatie, KNMG, vindt de oplossingen die de RVS oppert voor de problemen rond de Wet BIG niet acceptabel. De RVS wil m.b.t. de Wet BIG dat beroepen door bekwaamheden worden vervangen. Het vak van arts en geneeskundig specialist is echter veel meer dan een verzameling van afzonderlijke bekwaamheden. De KNMG ziet daarom in dit RVS-advies grote risico's voor de kwaliteit van de zorg en de patiëntveiligheid. Ook leidt dit advies tot toenemende onduidelijkheid voor de patiënt en een enorme administratieve lastenverzwaring. Het doel van de Wet BIG is te borgen dat de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de zorg hoog is en blijft en dat patiënten beschermd worden tegen ondeskundig handelen. De RVS lijkt in het rapport het verwerven van bekwaamheden vooral te koppelen aan werkervaring en niet, of veel minder, aan opleiding. Daarnaast lijkt de Raad het huidige stelsel van specialismen als vervolg op een basisopleiding los te willen laten. De keuze die de RVS lijkt te maken om bevoegdheden te geven aan mensen die er wel ervaring mee hebben, maar er niet voor

zijn opgeleid en gecertificeerd, ondersteunt de KNMG niet. De KNMG ziet onaanvaardbare risico's voor de hoge kwaliteit van de zorg als het huidige systeem van opleiding en (her)registratie overboord wordt gegooid. De patiënt verwacht en heeft recht op goed gekwalificeerd zorgpersoneel. Zowel opleiding als ervaring speelt een belangrijke rol in de kwaliteit van de beroepsuitoefening. De opleiding mag nooit ondergeschikt raken aan werkervaring. Daarbij is volgens de KNMG periodieke, onafhankelijke toetsing van bekwaamheden in de praktijk onmogelijk. De beroepsorganisaties van de Pharmacie, de Mondzorg, de Fysiotherapeuten en de Gezondheidspsychologen (KNMP, KNMT, KNGF en NVGzP) en ook de Patiëntenfederatie Nederland onderschrijven de kanttekeningen van de KNMG (10-10-2019, RVS; 17-11-2019, KNMG).

Gedifferentieerde inzet van verpleegkundigen

In 2012 heeft de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) nieuwe verpleegkundige beroepsprofielen opgesteld. Deze leidden tot een discussie over het onderscheid tussen verpleegkundige activiteiten op mbo- en op hbo-niveau. In 2015 verscheen het rapport 'Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging', een gezamenlijke uitgave van werkgevers, vakbeweging en V&VN. Waar tot dan sprake was van één profiel voor alle verpleegkundigen, werden in het rapport twee verschillende verpleegkundige

beroepen aangekondigd: verpleegkundige en regie-verpleegkundige. Voor beide beroepen zijn vervolgens beroepsprofielen opgesteld. Binnen deze beroepsprofielen wordt de verpleegkundige verantwoordelijk voor de dagelijkse zorg aan patiënten binnen vastgestelde protocollen en richtlijnen. De regieverpleegkundige krijgt naast de rol van zorgverlener ook een regierol over het totale zorgproces. Sinds 2016 hanteren HBOV-opleidingen nieuwe curricula die gericht zijn op deze ontwikkelingen. E.e.a. zou zich uiteindelijk moeten manifesteren in het wetsvoorstel BIG II.

Medio dit jaar is onder verpleegkundigen veel onrust ontstaan over de met het wetsvoorstel gepaard gaande overgangsregeling alsmede met de voorgestelde differentiatie. VWS heeft gezien het ontbreken van draagvlak besloten het wetsvoorstel BIG-II niet in te dienen. Inmiddels is de minister met de betrokken partijen van werkgevers en werknemers in gesprek om verder te praten over mogelijke alternatieven om tot functiedifferentiatie te komen.

De umc's ontwikkelden het afgelopen jaar het programma: 'Verpleegkundige Innovatie en Positionering', afgekort VIP, om aan de slag te gaan met functiedifferentiatie. Binnen het programma zijn in de umc's proeftuinen ingericht, met als doel in de praktijk te experimenteren met functiedifferentiatie. De ervaringen die verpleegkundigen en leidinggevenden hebben opgedaan in deze proeftuinen helpen bij het opstellen van de uiteindelijke functieprofielen. In bijna alle umc's zijn er proeftuinen georganiseerd. De umc's hebben op basis van het programma geconstateerd dat in de proeftuinen de kwaliteit van de patiëntenzorg is verbeterd. Deelnemers aan de proeftuinen ervoeren meer werkplezier en een hechter teamgevoel, met minder werkdruk. Competenties van medewerkers kwamen maximaal tot hun recht. Gezien de positieve resultaten uit de proeftuinen willen de umc's doorgaan met de gedifferentieerde inzet van verpleegkundigen. Draagvlak onder de verpleegkundigen is essentieel om dit te kunnen realiseren. In het plan van aanpak, dat begin 2020 verwacht wordt, zal dan ook veel aandacht zijn voor de bottom-up benadering en het betrekken van verpleegkundigen (9-10-2019, 3-12-2019; NFU).



Weinig medisch specialisten stappen over naar loondienst

Negen medisch specialisten hebben in 2019 gebruikgemaakt van een subsidieregeling om van vrije vestiging naar loondienst over te stappen. Het ministerie van VWS moet nog de knoop doorhakken of deze regeling een vervolg krijgt. In 2015 werd voor het eerst een subsidieregeling opengesteld voor artsen die wilden overstappen naar een loondienstverband. In dat jaar werden 449 aanvragen voor een bijdrage van €100.000 gehonoreerd. In 2016 maakten 14 specialisten de overstap, in zowel 2017 als in 2018 slechts één medisch specialist. In 2019 hebben 9 specialisten de regeling (waarvoor de inschrijftermijn al is gesloten) gebruikt. Daarmee hebben in totaal slechts 474 van de inmiddels bijna 8.500 vrijgevestigde medisch specialisten de regeling benut, van wie de grote meerderheid in het eerste jaar. Van de 465 subsidies die tot en met vorig jaar zijn verstrekt, ging ruim de helft naar artsen die werkten in enkele ziekenhuizen waar veel medisch specialisten overstapten. In bijna een derde van de gevallen ging het om hele vakgroepen die overstapten. Bijna 10% van de gevallen betrof artsen die binnen een zelfstandig behandelcentrum (zbc) de overstap maakten. Slechts enkele individuele artsen gebruikten de regeling.

In de eerste jaren werden wel meer aanvragen ingediend (ruim 800), maar werden ruim 300 aanvragen weer ingetrokken. Bureau SiRM, dat de regeling evalueerde, constateert dat de regeling weinig heeft opgeleverd. Volgens SiRM is een subsidie van een ton toch relatief laag vergeleken met de goodwillkosten die artsen maken bij een overstap, en voorts ten opzichte van de voordelen die een arts inlevert. Specialisten gaven aan dat ze ook vreesden autonomie kwijt te raken in loondienst. De regeling werd vaak benut als er al andere aanleidingen waren, zoals een fusie of financiële moeilijkheden binnen een ziekenhuis (29-11-2019, Medisch Contact).

Slapend dienstverband?

De Hoge Raad heeft bepaald dat werkgevers langdurig zieke werknemers niet meer in dienst mogen houden om daarmee het uitbetalen van de wettelijke transitievergoeding te ontlopen. Die vergoeding kan, afhankelijk van de duur van het dienstverband, oplopen tot enkele tienduizenden euro's. Medisch specialisten met een slapend dienstverband wordt dringend geadviseerd hun arbeidsovereenkomst te beëindigen onder toekenning van een transitievergoeding. Het gaat om werknemers die langer dan 2 jaar ziek of arbeidsongeschikt zijn en daardoor niet meer kunnen werken. Zij krijgen geen

loon meer, maar zijn officieel nog wel in dienst. Volgens de Hoge Raad moet een werkgever in het kader van goed werkgeverschap instemmen met een voorstel tot beëindiging van de arbeidsovereenkomst van de werknemer met wederzijds goedvinden. Daarbij krijgt de werknemer een transitievergoeding (3-12-2019, FMS).

Handvat voor taakverdeling tussen medisch specialist en Physician Assistant

De Physician Assistants (PA) hebben samen met de Nederlandse Associatie van Physician Assistants (NAPA) en de Federatie Medisch Specialisten (FMS) een vernieuwd en gedigitaliseerd werkformulier gepubliceerd. Dit handvat vergemakkelijkt het maken van praktische afspraken over taakherschikking, d.w.z. het structureel herverdelen van taken en bijbehorende verantwoordelijkheden van medisch specialisten naar andere beroepen zoals de PA. Het maken van afspraken over wie welke zorg levert binnen het ziekenhuis draagt bij aan het realiseren van de juiste zorg op de juiste plek. Op instellings- en afdelingsniveau is het voor de kwaliteit van zorg van belang dat er duidelijke samenwerkingsafspraken zijn over de invulling van de herverdeling van taken en verantwoordelijkheden. Dit (vrijblijvende) werkformulier kan worden gebruikt om op lokaal/individueel niveau samenwerkingsafspraken te maken over de taakherschikking tussen de PA en de medisch specialist. Een PA kan diverse taken van een medisch specialist overnemen waaronder een aantal voorbehouden handelingen, zoals geneesmiddelen voorschrijven en minder complexe heelkundige handelingen. De medisch specialist heeft daarvoor meer tijd voor complexe zaken en de patiënt krijgt meer aandacht. Taakherschikking is niet alleen van toepassing op de PA, maar ook op bijvoorbeeld de Verpleegkundig Specialist (VS) (10-10-2019, FMS).

Veel kankerpatiënten geopereerd door onervaren chirurg

Ruim 400 kankerpatiënten zijn vorig jaar geopereerd in ziekenhuizen die te weinig ervaring hebben met die ingrepen, waardoor de patiënten grotere kans hadden op complicaties zoals bloedingen, achtergebleven kankerweefsel en zelfs overlijden. Dit blijkt uit onderzoek van het Algemeen Dagblad voor de

jaarlijkse Ziekenhuis Top 100. Hiervoor zijn de cijfers geanalyseerd van 8 soorten kankeroperaties die in 2018 in ziekenhuizen zijn verricht. Volgens afspraken mag een ziekenhuis een ingreep pas verrichten als daarmee voldoende praktijkervaring is opgedaan. Uit onderzoek blijkt dat als artsen ingrepen vaker doen, er op de operatietafel minder misgaat (8-11-2019, AD, ANP).

Medici richten politieke partij op

Bij de Tweede Kamerverkiezingen in 2021 doet een nieuwe politieke partij mee, waarbij gezondheidszorg het belangrijkste onderwerp is: NLBeter. NLBeter is opgericht door prominente medici, uit onvrede over het in hun ogen slecht functionerende zorgsysteem. Het bestuur van de partij bestaat uit psychiater Esther van Fenema, oncoloog Wanda de Kanter, cardioloog Janneke Wittekoek en psychiater Ronald Mann. De Rotterdamse hoogleraar Transitiekunde Jan Rotmans completeert het bestuur. NLBeter hoopt minimaal 5 zetels te halen. Het vertrekpunt van de partij is gezondheid en een gezonde samenleving. Waarbij het vaak ook om onderwerpen gaan in het onderwijs of op het terrein van Sociale Zaken (8-11-2019, Skipr).

Structureel meer informatie medisch-specialistische zorg op Thuisarts.nl

Er komt op Thuisarts.nl structureel meer informatie over de medisch-specialistische zorg. Dat hebben de Federatie Medisch Specialisten (FMS), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en Patiëntenfederatie Nederland met elkaar afgesproken. Medisch specialisten en huisartsen kunnen daarmee steeds meer patiënten doorverwijzen naar Thuisarts.nl voor onafhankelijke en betrouwbare medische informatie. Voortaan worden in alle richtlijnen die wetenschappelijke verenigingen met patiëntenorganisaties ontwikkelen, ook teksten voor Thuisarts.nl gemaakt. Hierdoor wordt een structurele uitbreiding van de medisch-specialistische informatie op de website gerealiseerd.

Thuisarts.nl biedt begrijpelijke en onafhankelijke informatie, zodat de patiënt goed geïnformeerd en beter voorbereid bij de medisch specialist komt. Dat is ook belangrijk voor het proces van samen beslissen tussen de arts en de patiënt. De informatie over de aandoeningen die nu op Thuisarts.nl staat, gaat onder meer over nierschade, hartinfarct en verschillende vormen van

kanker, zoals prostaatkanker en borstkanker. Er staat nu medisch-specialistische informatie over meer dan 35 aandoeningen op Thuisarts.nl.

Met vier miljoen bezoekers per maand is Thuisarts.nl de best bezochte website met onafhankelijke en betrouwbare gezondheidsinformatie. De informatie op Thuisarts.nl is gebaseerd op de bestaande wetenschappelijke richtlijnen voor huisartsen, medisch specialisten en de GGZ. Door de samenwerking met de medisch specialisten en patiëntenorganisaties, wordt Thuisarts.nl een steeds completere informatiebron voor mensen met vragen over aandoeningen (31-10-2019, FMS).

Gynaecologen willen aanpassing richtlijn inleiden bevallingen

De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) wil de richtlijn voor het inleiden van bevallingen standaard van 42 weken naar 41 weken brengen. Er werd tot nu toe aangenomen dat het niet veel kwaad kan om 42 weken te wachten. Maar uit een Zweedse studie blijkt dat 6 baby's die na een zwangerschap van 42 weken ter wereld kwamen, al overleden in de buik of vlak na de bevalling. In Nederland bestaat geen eenduidig beleid als het gaat om inleiden. Als de vrouw gezond is, is het veelal normaal om pas na 42 weken in te leiden. Sommige ziekenhuizen bieden vrouwen dit al aan na 41 weken. De NVOG werkt samen met de beroepsvereniging van verloskundigen (KNOV) samen aan een heldere richtlijn voor alle gynaecologen en verloskundigen (22-11-2019, Skipr).





Ziekenhuizen

Ziekenhuis Bernhoven, goed voorbeeld?

Bernhoven in Uden geldt al jaren als het voorbeeld voor vernieuwing in de Nederlandse ziekenhuiszorg. Het relatief kleine streekziekenhuis moest zijn bestaansrecht bewijzen en kwam in 2014 met een innovatief en ambitieus plan. Het wilde de zorg anders inrichten: samen beslissen met de patiënt, kritisch kijken welke zorg nou echt nodig was, minder doen in het ziekenhuis en meer samenwerken met huisartsen en wijkverpleging. Alle artsen kwamen in loondienst. Betere zorg door minder zorg, werd het motto. Goed voor de patiënt en de kosten, want minder (dure) zorg betekent lagere zorgkosten. De grootste zorgverzekeraars in de regio (VGZ en CZ) onderschreven het plan en gaven vanaf 2015 ondersteuning met het afsluiten van langjarige contracten en subsidies. Het Bernhoven-project kwam vervolgens in het vizier van beleidsmakers. De casus Bernhoven lag zelfs ten grondslag aan het Hoofdlijnen Akkoord om de groei van de ziekenhuiszorg in 2022 naar 0% af te remmen. Een lastige opgave, want intussen drijven de stijgende zorgvraag, dure medicijnen en nieuwe behandelmethodes de kosten op. In 2015 daalde volgens Bernhoven de omzet met 8%. Twee jaar na de start zat het ziekenhuis al op -12%. In 2017 was dat gedaald naar -16%. “Kortom, tegen

lagere kosten zien we meer patiënten”, meldt Bernhoven in het jaarverslag van 2018. Wim van Harten, bestuursvoorzitter van ziekenhuis Rijnstate in Arnhem en hoogleraar aan de Universiteit Twente en Hans Feenstra, bestuursvoorzitter van het Martini Ziekenhuis in Groningen, zetten echter vraagtekens bij de krimp van Bernhoven. Uit hun analyse op basis van openbare data blijkt dat het totaal aantal behandelingen nauwelijks daalde, de omzet gelijk bleef voor minder patiënten en e.e.a. kostte ook nog eens €20 miljoen aan subsidie.

Om duidelijkheid te verkrijgen wat de Bernhoven aanpak nu exact oplevert, voeren op dit moment op verzoek van Bernhoven en VGZ het Centraal Planbureau (CPB), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het Radboudumc onderzoek uit naar de ontwikkeling van (onder meer) Bernhoven. Het CPB en de NZa nemen het cijfermatige deel voor hun rekening. Het Radboudumc kijkt naar de kwaliteit van de zorg. Hopelijk wordt op deze wijze meer zicht verkregen op wat de veranderingen nu echt voor de zorg betekenen. Betreffende resultaten vormen belangrijke input voor vervolgbesprekingen over de andere organisatie van de zorg (6-12-2019, Financieel Dagblad).

Bernhoven haalt €3 miljoen op met obligatielening

Ziekenhuis Bernhoven heeft de afgelopen maanden een inleg van in totaal ruim €3 miljoen opgehaald voor de obligatielening. Het ziekenhuis spreekt van “een prachtig resultaat waarmee Bernhoven bankleningen aflost zodat de rentelast direct vermindert”. De obligatielening kende verschillende componenten. Zo konden medewerkers obligaties aankopen. Ook dit jaar ontvingen ze een gratificatie in de vorm van een obligatielening. In totaal is er nu over 2018 en 2019 voor €806.600 geïnvesteerd door medewerkers in obligaties.

Daarnaast konden inwoners uit de regio zich tot 15 oktober inschrijven om financieel te participeren in Bernhoven. De obligatielening kende een limiet van €2 miljoen en deze is nagenoeg vol gekomen.

Grote beleggers legden nog eens 6 ton in. De obligatielening voor de grote beleggers loopt nog door tot het voorjaar 2020. Voor geïnteresseerde grote beleggers wordt er begin december een bijeenkomst georganiseerd. In 2015 legden medisch specialisten al €4,5 miljoen in.

Gedurende de afgelopen maanden is duidelijk geworden dat de belangstelling voor een ‘reguliere’ obligatielening groter is dan voor een converteerbare obligatielening. Deze laatste optie, die uitgaat van het omzetten van obligaties in aandelen, is vooralsnog door de politieke besluitvorming ingehaald. Medio oktober besloot de minister van VWS om het wetsvoorstel voor winstuitkering in de zorg voorlopig in te trekken. In een reactie op de politieke onzekerheid besloot de directie van Bernhoven eerder al om de conversieplicht van de obligaties om te zetten naar een recht. Dit betekent dat eigenaren van een of meerdere Bernhovenobligatie(s) kunnen kiezen om hun ingelegde bedrag aan het einde van de looptijd retour te krijgen, of eventueel toch te converteren naar aandelen, mits de regelgeving rondom de winstuitkering wijzigt (4-11-2019, Skipr).

Meer inzicht in subsidies voor academische zorg

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) maakt in samenwerking met de universitair medische centra en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de subsidieverdeling inzichtelijker en duidelijker die ziekenhuizen ontvangen voor de academische zorg. Per 2020 wordt de subsidie gebaseerd op het aantal behandelde academische patiënten en de omvang van de

(kennis)infrastructuur. Samen met het ministerie van VWS, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en de NZa is een systeem van zogenoemde labels ontwikkeld. Die labels geven aan of een patiënt die behandeld is in een universitair medisch centrum ook daadwerkelijk academische zorg heeft ontvangen. De NZa kan de subsidie zo baseren op het aandeel van het totaal aantal academische patiënten dat in Nederland wordt behandeld.

Tot nu toe was de subsidie beperkt tot de 8 umc's en het Antoni van Leeuwenhoek. Per 2020 komt daar ook het Prinses Maxima Centrum voor kinderoncologie bij. Deze ziekenhuizen ontvangen voor de behandeling van zeer complexe patiënten en voor de ontwikkeling van nieuwe vormen van diagnostiek en behandeling een zogenoemde beschikbaarheidsbijdrage academische zorg (BBAZ). De totale subsidie bedraagt ongeveer 750 miljoen per jaar. Met de Beleidsregel beschikbaarheids-bijdrage academische zorg 2020 (BR/REG-20148) regelt de NZa de nieuwe toelating tot de subsidieregeling en tevens de verdeling en verantwoording van de BBAZ.

De invloed van de labels is groot. Per 2020 krijgen enkele umc's substantieel meer subsidie, andere minder. Daarom is er een overgangperiode van 3 jaar. De umc's die de subsidie nu ontvangen moeten deze periode gebruiken om hun bedrijfsvoering aan te passen op de nieuwe situatie. Een aantal umc's dat minder subsidie ontvangt, krijgt in de periode tot 2023 de tijd om hun uitgavenpatroon aan te passen (21-11-2019, NZa).

Kabinet trekt voorstel winstuitkering zorg in

Na 7 jaar discussie trekt het kabinet haar wetsvoorstel in dat het voor investeerders makkelijker zou maken om winst (dividend) uit te keren in de zorgsector. Het kabinet acht op dit moment niet de tijd rijp voor een verruiming van de investeringsmogelijkheden in de medisch-specialistische zorg.

De minister wil eerst meer prioriteit geven aan de "publieke randvoorwaarden", "beter inzicht" in de kwaliteit van zorg en "aanvullende maatregelen nodig om excessieve winsten te voorkomen". VWS gaat nog eens goed kijken naar de fiscale trucs, gaten in de wet en bv-constructies waardoor investeerders de regels rond winstuitkeringen zouden

kunnen omzeilen. Het wetsvoorstel werd al in 2014 aangenomen door de Tweede Kamer, maar strandde in de Eerste Kamer. Na een amendement van senator Bruins Slot kwam het wetsvoorstel via een zogenoemde novelle en een advies van de Raad van State (2016) vorig jaar opnieuw in de Tweede Kamer. Toen werd onder andere de motie-Keijzer aangenomen, die vroeg om de winstuitkering in de extramurale zorg te verbieden. Daarop besloot de minister nieuw onderzoek te laten doen, met name om de mogelijkheid om misbruik te maken van de wetsverruiming zoveel mogelijk te beperken. Er werden twee onderzoeksbureaus ingeschakeld, een juridische deskundige (prof. dr. J. van de Gronden) gevraagd voor een juridische analyse en vele brancheorganisaties geconsulteerd, zoals NVZ, de Patiëntenfederatie, Actiz, VNO-NCW, GGZ Nederland, InEen, FMS en ZN.

Die organisaties spraken zich gematigd positief uit over het toestaan van dividendumkeringen. De meeste zorg was dat de winst ten koste kon gaan van de kwaliteit, toegankelijkheid voor patiënten en betaalbaarheid van de zorg. Van de andere kant zagen deze partijen ook de voordelen: meer doelmatigheid, sterkere innovatiekracht en betere binding tussen professionals en organisatie (25-10-2019, Skipr).

Zorgplafonds ziekenhuizen

Steeds meer ziekenhuizen overschrijden de zorgplafonds die ze met zorgverzekeraars hebben afgesproken. Ziekenhuizen remmen de zorgvraag af door patiënten naar andere ziekenhuizen te verwijzen. Afgelopen zomer trokken enkele ziekenhuizen aan de bel. Voor Ikazia in Rotterdam was toen al duidelijk dat de afspraken met zorgverzekeraar VGZ niet voldoende waren om de zorgvraag op te vangen. Maar VGZ weigert om extra geld beschikbaar te stellen en stuurt patiënten naar het Maasstad Ziekenhuis. Dat ziekenhuis had nog wel ruimte en heeft bovendien doorleverplicht. Het fenomeen van zorgplafonds onttrekt zich voor een groot deel aan de openbaarheid. Het weigeren van patiënten is slechte PR voor zowel het ziekenhuis als de zorgverzekeraars. De problemen doen zich vooral voor met zorgverzekeraars waarmee ziekenhuizen geen meerjarenafspraken hebben. Bij meerjarenafspraken wordt de zorgbehoefte over meerdere jaren ingeschat. De prognoses van de zorgbehoefte

en de realiteit lopen steeds verder uit elkaar bij éénjaarscontracten. Door de hoofdlijnenakkoorden wordt de zorgvraag naar beneden bijgesteld. Zorgverzekeraars kopen te weinig zorg in en dat gaat steeds eerder in het jaar knellen. De hoofdlijnenakkoorden worden ingehaald door werkelijkheid (27-11-2019, Zorgvisie).

VWS stelt verkenner aan om Cao-impasse te doorbreken

De Cao-onderhandelingen tussen de vakbonden en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) zijn na de zomer in een impasse geraakt. Op 20 november jl. is op 119 plekken (83 ziekenhuislocaties, 32 poliklinieken en 4 revalidatiecentra) actie gevoerd voor een goede Cao. Daarnaast trokken ruim 2.000 ziekenhuismedewerkers uit het hele land naar het Jaarbeursplein in Utrecht. Hier overhandigden zij 37.457 steunbetuigingen voor een goede Cao aan Ad Melkert, voorzitter van de NVZ. Medisch specialisten vallen niet onder de Cao Ziekenhuizen maar toonden begrip voor de acties van de zorgcollega's. Bij andere zorgcao's is het recent wel gelukt om tot goede afspraken te komen. Zo zijn voor de Cao ZKN (Zelfstandige Klinieken Nederland) en de Cao GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg) loonsverhogingen van gemiddeld 3,3% tot 3,5% per jaar overeengekomen, met daarbovenop nog eenmalige uitkeringen. Het eindbod van de NVZ betreft echter een gemiddelde loonsverhoging van 2,8%, waarvan een deel ook nog voor rekening van de werknemers zelf komt. Dat, omdat de NVZ de loondoorbetaling bij ziekte wil verlagen van 100% naar 90% en de werkgeversbijdrage voor de aanvullende IZZ-zorgverzekering wil schrappen. Dit is voor de bonden niet acceptabel.

VWS heeft inmiddels verkenner Wim Kooijman naar voren geschoven om de ontstane impasse rondom de Cao Ziekenhuizen te doorbreken. Het doel is dat de Cao-partijen met behulp van de verkenner snel weer met elkaar in overleg gaan. Waarschijnlijk duurt het proces, waarbij vakbonden, NVZ en de verkenner aan tafel zitten, enkele weken. Iedereen is het er over eens dat het belangrijk is om zo snel mogelijk tot een akkoord te komen (21-11-2019, FMS; 21-11-2019, 26-11-2019, FNV).

Ieder ziekenhuis een Chief Medical Information Officer (CMIO)

Informatiestandaarden, e-health en andere technologische ontwikkelingen vereisen een goede implementatie en hebben grote impact op het zorgproces. In de afgelopen jaren hebben steeds meer ziekenhuizen een arts aangewezen die een brugfunctie vormt tussen het zorgproces en ICT (Chief Medical Information Officer, CMIO). In meer dan de helft van de ziekenhuizen is inmiddels een CMIO werkzaam. De CMIO's zijn verenigd in een CMIO-netwerk waarbij ongeveer 50 CMIO's zijn aangesloten. Het Landelijk netwerk CMIO en de FMS roepen ziekenhuizen zonder CMIO op om deze op korte termijn aan te stellen. Het CMIO-netwerk heeft recent een visiedocument opgesteld over de rol van de CMIO. De FMS heeft het document onlangs bestuurlijk vastgesteld. Begin december is het visiedocument CMIO 2025 aangeboden aan VWS (3-12-2019, FMS).

SAZ zetten volgende stap in samen leren van calamiteiten

De 28 regionale ziekenhuizen verenigd in de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ) delen sinds begin dit jaar hun calamiteitenrapportages. Het Nivel gaat in samenwerking met de SAZ onderzoeken welke leerpunten en nieuwe inzichten worden gevonden na een integrale, ziekenhuisoverstijgende analyse van deze rapportages. Op deze manier moet een duurzame, betrouwbare werkwijze voor de analyse van calamiteiten op ziekenhuis-overstijgend niveau tot stand komen.

Het onderzoek richt zich op 4 specifieke thema's: diagnostiek op de spoedeisende hulp (SEH), antistollingszorg, de vitaal bedreigde patiënt en medische technologie. Medio 2020 zijn de uitkomsten van het onderzoek te verwachten, waaronder 4 factsheets met de concreet geleerde lessen aangaande de specifieke thema's (21-10-2019, Skipr, Nivel).

Grote verschillen in kosten ziekenhuisstages

De kosten en baten van stageplaatsen in ziekenhuizen verschillen sterk per opleiding. Dit komt door grote verschillen in de stagevergoedingen die studenten ontvangen. Ziekenhuizen maken bovendien nog onvoldoende gebruik van de subsidieregelingen die voor stages bestaan, blijkt uit een onderzoek naar

de kosten en opbrengsten van stageplaatsen in ziekenhuizen, dat in opdracht van het ministerie van VWS is uitgevoerd. De kosten voor het ziekenhuis voor het opleiden van: mbo-BBL- en hbo-duaal-studenten zijn rond de € 17.000 per student per jaar. Voor mbo-BOL-studenten is dat ongeveer € 1.000 per student per jaar en hbo-voltijdstudenten leveren een ziekenhuis per student een kleine plus op van rond de € 500 à € 1.000 per jaar. De verschillen zijn te verklaren uit het feit dat mbo-BBL en hbo-duaal studenten een hogere vergoeding krijgen dan de overige studenten.

Het onderzoek maakt onderscheid tussen stagebegeleiding op de traditionele manier (één-op-één-begeleiding) en stages waarbij meerdere studenten meelopen met één begeleider. Het begeleiden van meerdere studenten tegelijk biedt volgens de onderzoekers verschillende voordelen. Ziekenhuizen kunnen meer studenten opleiden, studenten werken sneller zelfstandig, de uitval is lager en bij indiensttreding is een kortere inwerktijd nodig. De nieuwe manier van begeleiden is echter niet altijd te realiseren, omdat het nogal wat vraagt van de organisatie. Want die moet immers een verpleegkundige uit de formatie halen! De begeleider die volgens de nieuwe methode werkt, is zelf dan niet meer productief in de zorg en richt zich primair op het begeleiden van studenten. Ook is niet elke student geschikt voor deze nieuwe manier van begeleiden, bijvoorbeeld als de student gebaat is bij meer houvast.

Ziekenhuizen kunnen vanuit verschillende subsidieregelingen een tegemoetkoming ontvangen voor de stagekosten. Niet alle ziekenhuizen benutten die regelingen. Zo doet 85% tot 95% van de ziekenhuizen een beroep op het Stagefonds, maakt 62% gebruik van de regeling Praktijkleren voor mbo-BBL en zet 33% tot 38% het SectorplanPlus voor mbo-BBL en hbo-duaal in voor de bekostiging van stageplaatsen.

Een verklaring voor deze onderbenutting ligt buiten de scope van dit onderzoek.

Het onderzoek is onderdeel van de afspraken uit het Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2019-2022. Met een geactualiseerd beeld van opleidingskosten in de beroepspraktijk beoogt dit onderzoek onder meer bij te dragen aan een betere aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt (30-10-2019, NVZ).

Zuyderland en CZ tekenen tienjarencontract

Zorgverzekeraar CZ en Zuyderland Medisch Centrum hebben een contract voor 10 jaar afgesloten. Hun gezamenlijk doel is om de zorg in Zuid-Limburg toekomstbestendig te maken en 'zo thuis mogelijk' te organiseren. Het langlopende contract tussen CZ en Zuyderland hing al geruime tijd in de lucht. Eerder werd al bekend dat beide partijen inzetten op een krimp van 5% de komende 10 jaar. Om dat voor elkaar te krijgen wil Zuyderland zorg verplaatsen naar buiten de ziekenhuismuren. Zuyderland is daartoe onder meer gestart met een grootschalig e-health project en het optuigen van zogeheten anderhalvelijnscentra. CZ staat ervoor open ook met andere zorgaanbieders een dergelijke overeenkomst te sluiten, met name in regio's waar de verzekeraar marktleider is (6-11-2019, Skipr).

St. Antonius gaat 'game controller' toepassen in de OK

Het St. Antonius Ziekenhuis heeft als eerste ziekenhuis in Nederland de Philips FlexArm in gebruik genomen. Dit flexibele röntgenapparaat wordt gebruikt bij minimaal invasieve ingrepen waarvoor nauwkeurig radiologisch beeld nodig is. De FlexArm wordt gebruikt bij behandelingen aan de bloedvaten en bij het nemen van puncties en biopsieën, maar ook steeds vaker bij kankerbehandelingen. De arm is eenvoudig te besturen met een soort game controller, beweegt soepel rondom de patiënt en het medisch team en geeft zeer nauwkeurige röntgenbeelden tijdens de ingreep. De FlexArm is aan het plafond van de interventiekamer gemonteerd en kan tijdens de ingreep vanuit verschillende posities rondom de operatietafel röntgenbeelden van de patiënt maken. Het besturingsmechanisme is geïnspireerd door de gaming-industrie. Ook biedt het nieuwe systeem meer details in de 2D en 3D röntgenbeelden, waardoor specialisten beter, sneller en gemakkelijker veranderingen in de patiënt zien en daar direct op kunnen reageren.

"Voorheen bewoog ik als arts om de apparatuur heen, maar de FlexArm beweegt juist om het medische team en de patiënt heen. Hierdoor hebben mijn team en ik minder verstoringen tijdens de ingreep en kunnen we ons nóg beter concentreren op de patiënt en de ingreep," zegt interventieradioloog Marco van Strijen. "Daarnaast bespaart de FlexArm ons tijd omdat het

gemakkelijker is om de beeldvormingsapparatuur en de operatietafel vanaf één console te bewegen. De patiënt hoeft hierdoor minder lang op de operatietafel te liggen” (13-11-2019, Skipr).

Spaarne Gasthuis en NIAZ snijden in administratie rond audit

Het Spaarne Gasthuis en het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ) starten een experiment met een aangepaste kwaliteitsaudit. Dit moet leiden tot een lagere administratieve last. Het Spaarne Gasthuis werkt al langere tijd aan het verminderen van administratieve rompslomp en overbodige regels. Het ziekenhuis heeft dit jaar, net als een aantal andere ziekenhuizen, besloten om te stoppen met een aantal keurmerken.

Het ziekenhuis doet dit in het kader van het actieplan (Ont) Regel de Zorg van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). In de aangepaste audit toetst het NIAZ minder criteria. Het Spaarne Gasthuis bepaalt mee wat wordt getoetst. De focus ligt op name zorgprocessen die een sterke vernieuwing hebben doorgemaakt en waar veel disciplines bij betrokken zijn. Het NIAZ zal daarbij nadrukkelijk letten op het lerend vermogen van de organisatie: hoe zorgt het ziekenhuis ervoor dat het blijft leren als team én met de patiënt? De aandacht verschuift hiermee van kwaliteitscontrole naar kwaliteitsvernieuwing (29-11-2019, Zorgvisie).

Medische drones maken testvluchten

Het Nederlandse samenwerkingsverband Medical Drone Service start een pilot van 3 jaar met drones die Erasmus MC en Sanquin Bloedbank kunnen helpen. De drones kunnen onder meer bloed, medicijnen en diagnostische monsters vervoeren. Idee is dat door de inzet van medische drones de routes worden verkort en daarmee zorg sneller en efficiënter wordt. Sanquin Bloedbank doet ook mee aan de pilot en wil door de lucht bloedproducten naar ziekenhuizen vervoeren. Dat kan bijvoorbeeld een uitkomst zijn voor het gebruik van zeldzaam bloed. In sommige gevallen is er maar één zakje bloed beschikbaar in heel Nederland, met een drone zou dat eerder bij een patiënt terecht kunnen komen. In de Verenigde Staten werd eerder dit jaar al begonnen met bloedtransport door de lucht. Erasmus MC



en Sanquin zijn medische partners van Medical Drone Service, een samenwerkingsverband van de ANWB en PostNL. Als technologiepartners zijn Avy en KPN aan het project verbonden. De komende periode worden de testvluchten uitgevoerd. Er zijn ontheffingen aangevraagd bij de inspectie Leefomgeving en Transport (21-11-2019, Skipr; 22-11-2019, Zorgvisie).

RIVM: er moeten meer ambulances bij

Op werkdagen moeten er overdag twaalf ambulances bij, heeft het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) berekend. Voor deze tijden zijn in totaal 626 ambulances nodig. Dat komt door de bevolkingsgroei, het steeds vaker bellen van het noodnummer 112 en doordat huisartsen meer taken overhevelen naar de ambulancediensten. Het RIVM ging uit van de ritgegevens over 2018. Op werkdagen zijn volgens het instituut in de avond negen ziekenauto's extra nodig. In het weekeinde moeten er op zaterdag overdag twaalf en op zondag overdag elf ambulances bij. Op andere uren van in het weekend varieert het aantal extra benodigde ambulances tussen vijf en tien. De wettelijke norm is dat 95% van de ziekenauto's binnen 15 minuten ter plaatse is. In werkelijkheid haalt 92,4% van de ziekenauto's de tijdslimiet. Dat ze niet binnen de tijdgrens arriveren, kan bijvoorbeeld komen doordat er in een regio op meerdere plekken tegelijkertijd iets is voorgevallen. In sommige gebieden kunnen ook de grote afstanden een rol spelen (5-11-2019, RIVM).

Nieuwe EU-wetgeving medische hulpmiddelen

Vanaf mei 2020 gelden nieuwe Europese regels voor medische hulpmiddelen, de Medical Devices Regulations (MDR's). De wet is ingegaan in 2017, maar wordt vanaf 26 mei 2020 van kracht. De nieuwe regeling medische hulpmiddelen (MDR's) verscherpt de eisen die aan medische hulpmiddelen worden gesteld. De grootste verandering is dat medische apps straks in een andere categorie gaan vallen. Apps vielen tot nu toe vrij snel in klasse I, maar belanden straks in IIA. Dan moeten ze allemaal langs een notified body. Met andere woorden: de apps mogen pas worden aangeboden als ze zijn goedgekeurd. De kwaliteit en de veiligheid moet worden aangetoond. Veel aanbieders van de huidige apps krijgen dat niet tijdig voor elkaar, hetgeen betekent dat veel medische apps uit het aanbod zullen verdwijnen.

Een softwaretoepassing die wordt gebruikt bij het nemen van beslissingen voor diagnostische of therapeutische doeleinden wordt gezien als een medisch hulpmiddel en valt onder de MDR's en moet zijn voorzien van een CE-markering (die aangeeft dat de app aan Europese veiligheidseisen voldoet). Een CE-markering aanvragen is echter duur en kost zo'n 6 tot 8 maanden.

Een ander probleem is dat software onder de regels voor medische hulpmiddelen valt, maar dat die regels daar niet op zijn

toegesneden. Neem bijvoorbeeld de regel dat er een etiket op moet zitten en dat er geen stukken van het hulpmiddel af mogen breken of dat bepaalde stoffen er niet in mogen zitten. Allemaal niet van toepassing op software.

Er zijn manieren om de nieuwe wet te ontlopen. Het beoogde doel (intended purpose) van de app is heel belangrijk.

Als niet wordt aangegeven dat het een medisch doelt dient, valt het niet onder de nieuwe wet. Een andere mogelijkheid is om aan te geven dat een app alleen voor onderzoeksdoeleinden is. Er kan steeds een nieuwe vraag worden bedacht en zo kunnen de regels een tijd worden ontdoken.

Kwaliteitsstandaard app

Het National e-health Living Lab (NeLL) werkt in opdracht van het NEN op Europees niveau mee aan de ontwikkeling van een ISO-standaard voor het toetsen van Health and Wellness-apps. In de norm wordt een vaste set criteria bepaald voor de toetsing van digitale toepassingen op het gebied van welzijn en gezondheid. Het moet voor app-bouwers eenvoudig zijn om te bekijken aan welke criteria ze voldoen en aan welke nog niet. Ook wordt nagedacht over een infrastructuur om de criteria te toetsen. Die toetsing zou zichtbaar kunnen zijn voor consumenten in een gestandaardiseerd label, zoals die er ook is voor wasmachines. De bedoeling is om de ISO-norm volgend jaar te kunnen lanceren.

Gebruik e-health

Zorgverleners maken vaker gebruik van digitale zorgtoepassingen dan zorgconsumenten, blijkt uit de e-health Monitor 2019 van Nictiz. Terwijl 61% van de medisch specialisten, 59% van de huisartsen en 75% van de verpleegkundigen aangeven gebruik te willen maken van e-health, is dit bij patiënten slechts 33%. Het gebrek aan enthousiasme geldt zelfs voor mensen met een chronische ziekte, die doorgaans toch worden beschouwd als de grootste gebruikers van e-healthtoepassingen. Oorzaak hiervan is de onbekendheid van patiënten met concrete ICT-toepassingen en aan het niet direct de noodzaak of meerwaarde ervan inzien. Het aanbod van e-health toepassingen is groter dan het gebruik ervan, zowel door zorgverleners als door patiënten. Zorgverleners merken nog te vaak dat de techniek niet altijd goed meewerkt en niet altijd goed is ingebed in de zorgpraktijk.

Over het algemeen wordt de eindgebruiker te weinig mee in het ontwerpproces meegenomen en wordt onvoldoende nagedacht over de plek in het zorgproces. Daarnaast zou er meer rekening moeten worden gehouden met mensen met beperkingen, zoals slecht zien, slecht horen en mensen die niet goed kunnen lezen. Ook zou meer aandacht moeten worden geschonken aan privacy en data-eigendom. Het moet duidelijk zijn waar de tool wordt gehost. Data op gezondheidsgebied moeten zijn veiliggesteld en er moet onafhankelijk op wetenschappelijke onderbouwing zijn getoetst.

Stimuleringsregeling e-health

Met ingang van 20 februari 2020 verandert de Stimuleringsregeling e-health. VWS hoopt hiermee een aantal knelpunten, zoals de hoge financiële drempel, weg te nemen. De ondergrens voor een subsidieaanvraag gaat omlaag: van €125.000 naar €50.000 subsidieabele kosten. Op die manier moet de regeling ook toegankelijk worden voor kleinere zorgaanbieders. Er wordt een optionele voorfase aan de SET toegevoegd. Die is bedoeld om organisaties te ondersteunen bij het schrijven van een gedragen visie op e-health en een daaruit voortvloeiend activiteitenplan. Het maximum bedrag daarvoor is €20.000. Het huidige minimum- en maximumsubsidiebedrag voor opleidingskosten verdwijnt. Hierdoor krijgen partijen extra ruimte om aandacht aan opleidingsactiviteiten te besteden (4-11-2019, Skipr; 26-11-2019, Zorgvisie; 29-11-2019, Zorgvisie; 4-12-2019, Skipr).

Gedragscode gegevensverwerking gaat op de schop

Een kerngroep gaat aan de slag om een nieuwe gedragscode voor verantwoorde gegevens-verwerking in gezondheidsonderzoek op te stellen, zo meldt COREON, de Commissie Regelgeving in Onderzoek van de Federatie van medisch-wetenschappelijke verenigingen. De gedragscode geeft een praktische vertaling van wettelijke en ethische kaders voor verwerking van persoonsgegevens in richtlijnen voor onderzoekers. Een herziening is nodig vanwege de nieuwe privacywetgeving en er zijn allerlei nieuwe onderzoeksvormen en -technieken in opkomst, zoals apps en artificial intelligence. De Gedragscode wordt naar verwachting in het eerste kwartaal van 2021 afgerond en gepubliceerd (4-12-2019, Skipr).

Landelijk EPD met wet regelen

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) vindt dat de landelijke uitwisseling van patiëntgegevens wettelijk moet worden geregeld. Het gaat nu te traag. Zeker in spoedsituaties moeten zorgverleners over actuele informatie kunnen beschikken. Voor ongeveer vier miljoen mensen is die data-uitwisseling niet op orde. De gebrekkige uitwisseling van gegevens tussen epd's is een dagelijks gevaar voor patiënten, vindt 80% van de medisch specialisten. In een enquête zei een ruime meerderheid van de specialisten dat ze elke dag te maken hebben met onvolledige, afwezige of verouderde patiëntinformatie (1-11-2019, Skipr).

Zorgdata zijn voor hackers tien keer meer waard dan bankgegevens

Medische gegevens kunnen cybercriminelen veel geld opleveren, blijkt uit onderzoek van het Amerikaanse bureau Secure-Link. De totale waarde van een individueel medisch dossier kan oplopen tot enkele duizenden dollars. De relatief hoge waarde van medische dossiers heeft onder meer te maken met het feit dat deze veel administratieve gegevens bevatten. Het gaat daarbij onder meer om zaken als burgerservicenummers, NAW-gegevens, gegevens over de burgerlijke staat en mailadressen. Met behulp van de ontvreemde administratieve data, aangevuld met verzekeringsinformatie en gegevens over medicijngebruik, is het mogelijk om je voor te doen als iemand anders. Bijvoorbeeld voor het aanvragen van leningen, creditcards of een nieuwe bankrekening.

Maar ook voor het plegen van fraude bij verzekeraars en zorgverleners. De zorgsector is kwetsbaar voor dergelijke vormen van identiteitsfraude. De banken hebben de afgelopen jaren veel voorzorgsmaatregelen genomen op veiligheidsgebied en reageren sneller op diefstal. Dit terwijl de zorgsector zich nog in een eerdere fase van de digitale transformatie bevindt en veel tijd nodig heeft om veiligheidsmaatregelen te nemen. Ook de open cultuur van de sector is een handicap bij het tegengaan van fraude. Een probleem is ook dat de medische gegevens minder eenvoudig zijn te blokkeren en aan te passen dan financiële gegevens. Sommige data, zoals over ziekten en familiegeschiedenis, zijn zelfs onveranderbaar. Daarvoor geldt dus dat deze, als ze eenmaal zijn gehackt, altijd beschikbaar blijven voor kwaadwillenden (4-11-2019, Zorgvisie).

NZa: Driekwart van innovatieve experimenten krijgen structurele bekostiging

Het overgrote deel van de innovaties die bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) worden gemeld voor een experiment, komen na verloop van tijd terecht in de reguliere regelgeving. Dat betekent dat die innovaties structureel kunnen worden bekostigd, constateert de NZa na evaluatie van 133 bij haar gemelde innovatieprojecten tussen 2012 tot 2018.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen voor innovaties in de zorg een experiment aanvragen bij de NZa. Op die manier kan deze nieuwe vorm van zorg voor maximaal 3 jaar buiten de bestaande regels om worden gefinancierd. Aanbieders en verzekeraars die dat willen kunnen zich bij zo'n experiment aansluiten. De meeste innovaties (96), worden aangemeld in de eerstelijnszorg. Voorbeelden zijn nieuwe werkwijzen in ketenzorg voor bijvoorbeeld diabetes patiënten of samenwerking over de schotten heen (25-11-2019, NZa).

PvdA wil onderzoek naar toelating implantaten

De Onderzoeksraad voor Veiligheid (OVV) moet nagaan of medische implantaten terecht tot de Nederlandse markt worden toegelaten. Dat zal de PvdA voorstellen aan voorzitter Jeroen Dijsselbloem van de OVV. De partij wil ook dat de OVV onderzoekt of incidenten met implantaten, zoals borstprothesen, kunstheupen en pacemakers, goed worden geregistreerd (25-11-2019, ANP).

Medisch specialisten in gesprek met Tweede Kamer over implantaten

De orthopeden, de plastisch chirurgen en de cardiologen namen 25 november 2019 deel aan een rondetafelgesprek in de Tweede Kamer over implantaten. De wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten vragen daarbij aandacht voor kwaliteitsregistraties, patiëntveiligheid en adequate patiëntvoorlichting.

Voorafgaand aan het rondetafelgesprek is een position paper gepubliceerd geschreven door Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV), de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC), de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) in samenwerking met de Federatie Medisch Specialisten. De partijen schrijven dat patiënten en medisch specialisten moeten kunnen vertrouwen op de veiligheid van implantaten. Medisch specialisten zijn geen gekwalificeerde materiaaldeskundigen. Het plaatsen van een implantaat is een gezamenlijk besluit tussen medisch specialist en patiënt. Het is aan de medisch specialisten om de patiënt voor te lichten.

Daarom wordt ook gepleit voor kwaliteits-registraties als een belangrijk instrument voor het monitoren van implantaten. Om de patiëntveiligheid te kunnen waarborgen moeten kwaliteitsregistraties een regulier onderdeel van het zorgproces worden en dus ook als zodanig bekostigd. De kwaliteitsregistraties bevatten de essentiële patiëntgegevens, de volledige implantaatgegevens, operatiegegevens en follow-up gegevens. Met andere woorden: kwaliteitsregistraties volgen de patiënt mét het implantaat in de loop der tijd. Niet alleen bieden kwaliteitsregistraties verbeterinformatie op medisch inhoudelijk gebied, het zijn ook de kwaliteitsregistraties waarmee problemen met implantaten vroegtijdig aan het licht kunnen komen. Het patiëntbelang is hiermee direct gediend en de opgedane kennis wordt actief binnen de beroepsgroep verspreid (25-11-2019, FMS).

Verbetering toegang nieuwe geneesmiddelen

De toegang voor patiënten tot nieuwe geneesmiddelen voor ernstige en vaak zeldzame aandoeningen, zoals weesgeneesmiddelen, wordt verbeterd heeft minister Bruno Bruins (Medische Zorg) besloten. Op dit moment worden bijna alle nieuwe geneesmiddelen vergoed uit het basispakket. Daar waar de toegang soms nog knelt, kan een fabrikant nu onder strenge

voorwaarden meer onderzoek doen terwijl alle patiënten toegang krijgen tot het geneesmiddel. De Voorwaardelijke Toelating van geneesmiddelen wordt hierop ingericht.

Bij geneesmiddelen voor ernstige en zeldzame aandoeningen is het soms lastig om goed aan te tonen dat het middel effectief is en voor vergoeding in aanmerking komt. Deze middelen bereiken dan niet het basispakket en dus ook niet de patiënt. Omdat het om patiënten gaat die geen goed alternatief hebben voor een behandeling wil de minister met de Voorwaardelijke Toelating van geneesmiddelen de toegang van patiënten tot deze geneesmiddelen verbeteren en daarbij ook beter kunnen beoordelen of het middel in het basispakket past. Er worden wel strenge voorwaarden gesteld, aangezien het hier gaat om niet-bewezen effectieve zorg die betaald wordt uit collectieve middelen. De fabrikant moet daarom met verder onderzoek aantonen dat toelating tot het basispakket verantwoord is. Ook moeten de fabrikant, artsen én patiëntenorganisaties samen met een onderzoeksplan komen.

Daarnaast zal de fabrikant een verlaagde prijs moeten accepteren tijdens de onderzoeksperiode. Tegenover deze voorwaarden biedt de regeling straks meer mogelijkheden om fabrikanten en partijen in staat te stellen de effectiviteit aan te tonen. Bijvoorbeeld in gevallen waarbij er maar heel weinig patiënten zijn bij wie de effecten onderzocht kunnen worden. Binnen de Voorwaardelijke Toelating komt er daarom meer tijd en ruimte voor maatwerk in het onderzoek. Zorginstituut Nederland gaat de Voorwaardelijke Toelating van geneesmiddelen tot het basispakket uitvoeren (22-10-2019, ministerie VWS, Nieuwsbericht).