

Welke zorgknelpunten moeten op de politieke agenda?

Beste ministers van Volksgezondheid,

Met veel 'vertrouwen in de toekomst' is kabinet-Rutte III gestart. Inclusief maar liefst twee nieuwe zorgministers: minister voor medische zorg Bruno Bruins en minister van VWS Hugo de Jonge. Waar moet dit duo zich de komende periode vooral hard voor maken? We vroegen het aan medisch specialisten.



De mening van de Federatie vindt u op pagina 6 van dit nummer.

'Regel het uitwisselen van medische informatie'

Zorg dat medisch specialisten beter kunnen communiceren met andere zorgverleners, is de oproep van internist acute geneeskunde **Stephanie Klein Nagelvoort-Schuit** van het Erasmus MC in Rotterdam.

Oudere patiënten hebben steeds vaker meerdere chronische aandoeningen. Tegelijkertijd is er sprake van steeds verdergaande superspecialisatie in de zorg. Omdat de medisch specialist onderdeel is van een groot zorgnetwerk rondom de patiënt, beperkt zijn of haar werk zich niet langer tot één gebouw of één lijn. Daarom is mijn belangrijkste speerpunt: het zo snel mogelijk regelen van het

real-time uitwisselen van medische informatie, zodat specialisten beter kunnen communiceren met andere zorgverleners. Nu worden dagelijks medische gegevens nog naar artsen, apotheken en thuiszorg gefaxt!

Veilige informatie-uitwisseling moet snel worden geregeld, het liefst via wet- en regelgeving. En dan denk ik niet aan een alomvattend landelijk systeem waar nog jaren aan gewerkt

moet worden; we kunnen prima om de huidige systemen heen werken. Bijvoorbeeld door leveranciers te verplichten verschillende systemen in de zorg met elkaar te verbinden.

Gelukkig wordt netwerkgeneeskunde in het huidige regeerakkoord genoemd als belangrijke ontwikkeling. Dat helpt. Nu is het aan ons om dat verder vorm te geven. Dat kan door artsen in opleiding te trainen in het functioneren binnen zo'n netwerk, maar ook door als specialisten hierin leiderschap te tonen. Ik zie de patiënt als regievoerder, maar niet iedere (oudere) patiënt is daartoe in staat. Ik denk dat wij als internisten hierin een belangrijke rol kunnen spelen. Wij zijn het tenslotte al gewend om patiënten met meerdere aandoeningen te behandelen en hebben hiervoor veel contact met collega's binnen en buiten de muren van het ziekenhuis. 🍷



Marissa Cloos-Van Bale

aios interne geneeskunde, oncologie, LUMC

'Doe een uitspraak/advies over de vergoeding en plaats van alle dure medicijnen #immunotherapy #okambi'

'Laat dure medicijnen voorwaardelijk toe'

Ziekenhuisapotheker **Doranne Hilarius**, werkzaam bij het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk, zou graag zien dat de ministers werk maken van het beleid rond dure geneesmiddelen.

De kosten van dure geneesmiddelen stijgen met zo'n honderd miljoen euro per jaar. Een onhoudbare ontwikkeling. Het is van groot belang dat het ministerie doorgaat met de scherpe prijsonderhandelingen met de farmaceutische bedrijven over deze middelen. Nog beter zou zijn om gezamenlijk en in Europees verband in te kopen. Maar ik wil beide ministers graag wijzen op een ander belangrijk aspect, waar zij meteen mee kunnen starten.

Van veel nieuwe dure medicijnen weten we niet bij welke patiënten ze goed of minder goed werken. Deze middelen komen vrij vlot op de markt en zijn vaak alleen getoetst op streng geselecteerde patiënten. Artsen weten niet precies hoe zo'n medicijn werkt bij iemand met meerdere aandoeningen of wanneer er weer gestopt kan worden met het middel. Ik pleit daarom voor het tijdelijk toelaten van deze nieuwe dure geneesmiddelen – onder bepaalde voorwaarden. Dan kunnen specialisten in de praktijk onderzoeken voor welke patiënten het betreffende middel het best werkzaam is.

Daarnaast adviseer ik de ministers te investeren in het ontsluiten van data uit de EPD's en bestaande registraties. Dan kunnen medisch specialisten een goed beeld krijgen van de waarde van het geneesmiddel in de dagelijkse praktijk. Die gegevens zijn belangrijk op alle niveaus: van richtlijnontwikkeling tot voorlichting in de spreekkamer en de vergoeding. Pas als we weten dat een middel echt toegevoegde waarde heeft, kan worden overgegaan op definitieve vergoeding. Alleen dan blijft de toestroom van nieuwe geneesmiddelen – en de vergoeding – hanteerbaar. Tot slot zou ik graag zien dat het onderzoek en de medicijnontwikkeling in eigen beheer financieel wordt gestimuleerd. Dan zijn we minder afhankelijk van de farmaceuten die de hoge prijzen bepalen. ■



Johan Lambregts

verpleegkundige, adviseur in de gezondheidszorg

'Bevorder met beleid samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. Hier is een wereld te winnen voor betere patiëntenzorg'

Wie doet wat op VWS?

In het kabinet Rutte-III zwaaien drie heren de scepter op het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Hugo de Jonge (CDA) is minister van VWS en belast met onder meer: care, Wet langdurige zorg, WMO en mantelzorg, jeugdbeleid Jeugdwet en jeugdgezondheidszorg, wijkverpleegkundige zorg, persoonsgebonden budget, medisch-ethische vraagstukken en NZa.

Bruno Bruins (VVD) is minister voor medische zorg en heeft onder meer de taken: cure, Zorgverzekeringswet, zorgtoeslag en pakketbeheer, curatieve zorg, genees- en hulpmiddelen, beroepen en opleiding, arbeidsmarktbeleid, gezondheidsbescherming, infectieziektebestrijding, kwaliteitsbeleid, medische (bio-)technologie, sportbeleid, kennis- en informatie-infrastructuur en toezicht CBG, CIBG, RIVM en IGJ.

Paul Blokhuis (ChristenUnie) heeft als staatssecretaris onder andere de portefeuilles: ggz, gezondheidsbevordering (leefstijl), preventie, maatschappelijke diensttijd en maatschappelijke opvang en beschermd wonen.

'Pak registraties en overbodige zorg aan'

Hoog tijd om in overbodige zorg te snijden en de opbrengst te investeren in mensen en onderzoek, vindt neuroloog **Esther Verstraete** in het Rijnstate Ziekenhuis in Arnhem.

Op nummer 1 staat voor mij het aanpakken van overbodige zorg. Denk aan behandelingen die geen waarde toevoegen voor de patiënt, of kennishiaten rond bepaalde behandelingen, waarbij we niet weten wat de beste behandeling is. Dat is onwenselijk. Als specialisten zijn we al enige jaren druk bezig om deze zorgevaluatiebeweging stevig in gang te zetten. Gelukkig gesteund door de beleidsmedewerkers van WVS. Wij willen hier dolgraag mee verder, maar dan moet er vanuit

het ministerie ook in ons worden geïnvesteerd.

Wanneer overbodige zorg verdwijnt en bepaalde ingrepen niet langer worden gedaan, kan de opbrengst hiervan terug naar de zorg. Dat helpt om mensen enthousiast te houden voor zorgevaluatie. Van het vrijgekomen budget kunnen innovaties en nieuw zorgevaluatie-onderzoek worden betaald.

Een ander punt dat ik graag aangepakt zie, is de wildgroei aan

registraties en indicatoren – dat kost onnodig veel tijd en menskracht. De tijd is rijp voor het vaststellen van essentiële indicatoren, die vanuit vertrouwen in de zorgprofessional prima door het veld kunnen worden vastgesteld. Naast een actieve bijdrage aan het terugdringen van indicatoren en op het gebied van zorgevaluatie wil onze beroepsgroep zich graag meer inzetten voor een thema als preventie – een speerpunt uit het regeerakkoord. Hopelijk kunnen we ook op dit thema vanuit een gezamenlijk belang op een constructieve manier samenwerken. ▀

'Stop het plak- en pleisterbeleid'

Kinder- en jeugdpsychiater **Robert Vermeiren**, verbonden aan het LUMC in Leiden, hoopt dat de nieuwe ministers de jeugd-ggz weer naar landelijk niveau tillen.

Hulp aan kinderen met psychiatrische en psychische problemen moet dringend 'ontsnipperd' worden. De kwaliteit van zorg wordt immers bedreigd. Sinds de jeugd-ggz onder de verantwoordelijkheid van de gemeente valt, zijn er tussen regio's onaanvaardbare verschillen ontstaan. Postcodezorg dus. De verschillen in administratieve verplichtingen en tarieven zijn te groot, te versnipperd. Middelen moeten terug naar zorg voor gezinnen, onafhankelijk in welke gemeente die wonen.

Het is een kapitale fout dat er bij aanvang van de transitie in de jeugdhulp niet gedacht is aan het afspreken van kaders en het tijdelijk investeren in die verandering. De inhoudelijke verbetering die de transitie beoogde, is nu gehinderd door een bezuinigingsactie van het vorige kabinet van maar liefst vijftien procent. Door dit alles brokkelt niet alleen de zorg af, maar vertrekken ook veel goede specialisten. Een noodplan is nodig. Ik pleit voor het zo snel mogelijk opleggen van bovenregionale afspraken. Een integraal beleid – met een

stevige focus op wat gezinnen met kwetsbare kinderen nodig hebben – in plaats van het huidige plak- en pleisterbeleid. Zo blijkt het installeren van regionale expertteams geenszins een oplossing voor het probleem van suïcidale tieners. Een expertteam lost immers enkel problemen op van jongeren die in de knel zitten, niet van degenen die in de knel zullen raken.

Als professionals denken we graag mee. Laten we een stevig, inhoudelijk masterplan opstellen, dat we met de nodige middelen duurzaam invoeren. Zodat we een mooie toekomst kunnen bieden aan onze kinderen. Ongeacht hun competenties. ▀



Sander de Hosson

longarts in het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen

'Veel succes Hugo de Jonge. Hoop op uw inzet voor meer aandacht voor palliatieve zorg in medische en verpleegkundige opleidingen'