29248 Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBCs)

32620 Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr. 294 Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 3 november 2016

Op 22 april 2016 heb ik uw Kamer per brief[1] geïnformeerd over de resultaten en de vervolgstappen van het Jaar van de transparantie. In die brief heb ik aangegeven uw Kamer na de zomer nader te informeren over de voortgang op de 30 aandoeningen in het kader van de Kennis- en Doelmatigheidsagenda (K&D-agenda) uit het hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg. Met deze brief doe ik deze toezegging gestand.

In het hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg 2014-2017 dat is gesloten tussen de Nederlandse Patiënten- en Consumenten Federatie (NPCF)[2], de Orde van Medisch Specialisten (OMS)[3], de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport (VWS)[4], is overeengekomen dat betrokken partijen gezamenlijk een kwaliteits- en doelmatigheidsagenda opstellen. Doel van deze agenda is om zorginhoudelijke verbetering te bewerkstelligen binnen een beperkte financiële groeiruimte. Met de K&D-agenda wordt ingezet op een permanente planmatige verbetercyclus waarin het beschrijven van goede zorg, het toepassen en uitvoeren daarvan en het meten en evalueren centraal staat.

1 Kamerstuk 32 620, nr. 168
2 Sinds 2016 Patiëntenfederatie Nederland (Patientenfederatie)
3 Sinds 2015 Federatie Medisch Specialisten (FMS)
4 Sinds 2015 is Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) ook aangesloten bij dit hoofdlijnenakkoord

De kwaliteits- en doelmatigheidscyclus

De Kwaliteits- en doelmatigheidscyclus (K&D-cyclus) gaat er vanuit dat om goede zorg te kunnen leveren aan de patiënt, een aantal zaken geregeld moet zijn. Zo moet vanuit het medisch en patiëntenperspectief beschreven zijn wat goede zorg inhoudt (richtlijnen). De informatie hierover moet beschikbaar te zijn voor patiënten en professionals (patiënteninformatie) en kan hen helpen bij het maken van gezamenlijke keuzes (Samen Beslissen). Wat goede zorg is voor de patiënt van nu, is niet noodzakelijkerwijs goede zorg voor de patiënt van morgen. Het is belangrijk dat professionals zich voortdurend afvragen of die zorg niet beter kan. Dat betekent dat de kwaliteit gemeten moet worden (kwaliteitsregistraties) en als blijkt dat er verbeteringen nodig zijn, verbeteringen in gang moeten worden gezet. Als professionals en patiënten geen antwoord op de vraag hebben wat de beste behandeling is, dan is het belangrijk dat hier onderzoek naar wordt gedaan (zorgevaluatie). De nieuwe kennis uit de kwaliteitsregistraties en zorgevaluatie moet weer vertaald worden in de beschrijvingen van goede zorg. De K&D-cyclus sluit zich hiermee.

De K&D-cyclus kan alleen draaien als een aantal zaken geregeld is dat de toepassing op de werkvloer mogelijk maakt. Zo kan een richtlijn beschrijven wat goede zorg is voor de patiënt, maar als er geen pakketaanspraak is voor een behandeling of zorg niet wordt ingekocht, dan is de implementatie niet goed mogelijk. Er kan veel informatie zijn om Samen Beslissen te ondersteunen, maar als die informatie niet vindbaar is en onduidelijk is of de bron van die informatie betrouwbaar is, is er een probleem. Het belang om de kwaliteit van zorg te meten wordt door iedereen onderschreven. Tegelijk moet er aandacht zijn voor toename in registratielasten en de oplossingen daarvoor. Bij het doorlopen van de K&D-cyclus is het dus belangrijk om oog te hebben voor de randvoorwaarden.

In het Jaar van de transparantie is een stimuleringsimpuls aan de K&D-agenda gegeven. Een project is gestart met als doel de kwaliteitscyclus in beeld te

brengen voor de 30 aandoeningen die centraal stonden in het Jaar van de transparantie, en eventuele knelpunten en verbeterpunten om te zetten in actieplannen. Dit werd bereikt door voor ieder van de 30 aandoeningen in een bijeenkomst met alle betrokken partijen de K&D-cyclus te doorlopen en daarbij te bezien waar knel- en verbeterpunten zitten: bestaan er bijvoorbeeld al richtlijnen, zijn er beschrijvingen van behandelopties met voor- en nadelen, zijn keuzehulpen voor de patiënt beschikbaar, bestaan er kwaliteitsindicatoren, voldoen de bestaande kwaliteitsregistraties, zijn er andere barrières om goede zorg te leveren, enz.? Een dergelijke inventarisatie biedt de basis voor nadere acties om de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg verder te verbeteren.
Alle bij het hoofdlijnenakkoord betrokken partijen, maar ook organisaties zoals bijvoorbeeld beroepsverenigingen in de eerste lijn, kennisinstituten en de farmaceutische industrie, werden gevraagd hun achterban te enthousiasmeren om aan de bijeenkomsten deel te nemen. Ook het Zorginstituut Nederland (ZIN) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) hebben geparticipeerd.
Voor 29 van de 30 onderwerpen zijn de bijeenkomsten vóór de zomer van 2016 afgerond. Aan deze bijeenkomsten namen 689 personen deel. De laatste bijeenkomst rondom het onderwerp multitrauma vond op 5 september jongstleden plaats. De uitkomsten van deze bijeenkomst worden momenteel nog verwerkt. Tijdens de interactieve bijeenkomsten hebben de deelnemers in totaal 150 mogelijke witte vlekken gesignaleerd en stappen (in totaal 433) geformuleerd die zouden kunnen bijdragen aan de oplossing van de mogelijke witte vlekken. De partners in het Hoofdlijnenakkoord zijn hier vervolgens mee aan de slag gegaan

De gesignaleerde witte vlekken onder de loep
De tijdens de bijeenkomsten naar voren gebrachte witte vlekken zijn onder de loep genomen door de Patiëntenfederatie, FMS, V&VN, NVZ, NFU, ZKN en ZN. Zij hebben bekeken of op deze onderdelen wellicht al acties in gang zijn gezet of dat er aanvullende acties nodig zijn om kwaliteits- of doelmatigheidsverbetering te bereiken.

Bijlage 1 geeft een overzicht van de acties die al in gang zijn gezet[5].

Bij veel bijeenkomsten werd aangegeven dat er aandacht moest komen voor het samen beslissen van zorgprofessional en patiënt bij de keuze voor behandeling. Inmiddels hebben Patiëntenfederatie en FMS, samen met hun samenwerkingspartners NVZ en NFU, op 4 oktober 2016 de campagne rondom Samen Beslissen “Betere Zorg begint met een Goed Gesprek” gestart.

[5] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

Ook bleek op een aantal aandoeningen al actie ondernomen om (modules van) richtlijnen te actualiseren. Voorbeelden hiervan zijn richtlijnen rondom beroerte, diabetes, parkinson, borstreconstructie, voorste kruisbandletsel en atroscopie van de knie/meniscuslaesies. Daarnaast bestonden ook al initiatieven om consultkaarten (door) te ontwikkelen. Dit gold bijvoorbeeld voor 12 van de 30 aandoeningen uit het Jaar van de transparantie. Consultkaarten zijn beknopte keuzehulpen die direct inzicht geven in de opties bij een specifieke aandoening en de belangrijkste vragen van patiënten daarbij. Patiënten en artsen kunnen deze consultkaarten direct gebruiken in hun gesprek in de spreekkamer. Acht van deze consultkaarten worden op initiatief van de Patiëntenfederatie en de FMS ontwikkeld. Financiering hiervan is verkregen vanuit SKMS[6]-gelden en ZonMW-gelden. Daarnaast worden er vier consultkaarten in het AMC ontwikkeld met de steun van de wetenschappelijke vereniging en patiëntenvereniging. Naar verwachting zijn begin 2017 11 van deze 12 consultkaarten gereed.

Daarnaast zijn witte vlekken geconstateerd rondom de toegang van patiënten tot medische gegevens, registratie aan de bron en vermindering van registratielast.
Om versnelling te geven aan de toegang van patiënten tot medische gegevens is de NVZ in 2016 het Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt & Professional (VIPP) gestart. In dit programma worden ziekenhuizen ondersteund om hen in staat te stellen hun ICT-infrastructuur op een gestandaardiseerde manier patiëntgerichter te maken, zodat de patiënt toegang krijgt tot zijn gegevens en deze kan gebruiken voor regie over zijn gezondheid (bijvoorbeeld door de inzet van apps of het delen met andere zorgverleners). Met het VIPP-programma krijgt de ontwikkeling om de patiënt steviger als partner in het zorgproces te (kunnen) betrekken een impuls.
Vrijwel alle UMC's beschikken over een patiëntenportaal om patiënten toegang te bieden tot hun gegevens. Het Citrienprogramma 'Registratie aan de bron' van de NFU heeft tot doel dat zorginformatie met behulp van bouwstenen eenduidig en eenmalig wordt vastgelegd voor meervoudig gebruik. Dit draagt bij aan transparantie, omdat dit leidt tot kwalitatief betere en beter toegankelijke informatie. Niet alleen voor zorgprofessionals, maar ook voor patiënten. Binnen het project Registratie aan de bron zijn met een impuls uit het Jaar van de transparantie vijf versnellingsprojecten gestart om te laten zien dat door goede registratie aan de bron, gegevens kunnen worden hergebruikt voor kwaliteitsregistraties.

Witte vlekken rondom registraties, indicatoren en transparantie zijn vaak al belegd in activiteiten rondom de Transparantiekalender van het Zorginstituut. Op de Transparantiekalender staat welke kwaliteitsinformatie over de medisch-specialistische zorg aan het Zorginstituut moet worden aangeleverd. Dit wordt gezamenlijk bepaald door de vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De kwaliteitsinformatie wordt gebruikt voor

[6] Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten

bijvoorbeeld de zorginkoop door zorgverzekeraars en voor keuze-informatie voor zorgconsumenten. De inrichting van het OmniQ portaal – een initiatief van de NVZ en de NFU - heeft voor verbetering gezorgd van het aanleverproces van kwaliteitsindicatoren door ziekenhuizen voor de transparantiekalender. In 2016 zijn hier grote slagen gemaakt. Verder is op 4 oktober een bestuurlijke samenwerkingsovereenkomst inzake de transparantiekalender ondertekend door de Patiëntenfederatie, FMS, NFU, NVZ, V&VN, ZKN, ZN en het Zorginstituut. Er zijn afspraken gemaakt over de concrete taken van de verschillende partijen met bijbehorende timing (wie doet wat wanneer), over de manier waarop de jaarlijkse vernieuwing van indicatoren vorm moet krijgen en over het beperken van het aantal indicatoren in verband met de administratieve lastendruk. Momenteel is voor 45 aandoeningen informatie beschikbaar die gestaag wordt doorontwikkeld om te komen tot steeds betere keuze-ondersteunende informatie. De partijen werken de komende jaren gezamenlijk door aan verdere inhoudelijke verbetering van de indicatoren en structurering van het verzamelen, bewerken en aanleveren van deze indicatoren.

Zorgverzekeraars werken binnen het Programma Kwaliteit samen om informatie over kwaliteit van zorg in beeld te krijgen en toegankelijk te maken. Binnen dit ZN-programma worden de onderwerpen uit de K&D-bijeenkomsten meegenomen die binnen dit programma passen. Dit gebeurt uiteraard in nauwe samenwerking met de andere betrokken partijen. Een belangrijk aandachtspunt daarbij is het terugdringen van de registratielast.

ZKN is in december 2015, met steun van VWS, gestart met het ontwikkelen van het PROMs[7] benchmarkplatform. Via het PROMs benchmarkplatform kunnen zorgaanbieders en inzicht krijgen in de geboden kwaliteit van zorg. Het platform geeft patiënten een stem omdat met de PROMs de effectiviteit van de behandeling bekend wordt. Met de bouw van het platform is zeer recent een start gemaakt. Parallel lopen er momenteel pilots voor het meten van PROMs in de praktijk voor de vakgebieden Dermatologie (varices) en Oogheelkunde (cataract). Er wordt ervaring opgedaan met het invoeren van PROMs-metingen en de terugkoppeling van kwaliteitsinformatie naar de patiënt en arts in de spreekkamer. Na succes van de eerste pilots volgen de vakgebieden orthopedie (heup- en knievervanging) en hand- en pols chirurgie (waaronder Carpaletunnelsyndroom).

Tot slot is in de bijeenkomsten een aantal keer aangegeven dat voor een bepaald onderwerp Zorgevaluatie nodig was. Zorgevaluatie is evaluatieonderzoek naar de effectiviteit en doelmatigheid van bestaande, breed ingeburgerde behandelingen en draagt bij aan gepaste zorg en het terugdringen van ongewenste praktijkvariatie. Conform het amendement Rutte heeft het ministerie van VWS in 2015 extra financiële ruimte gecreëerd om meer zorgevaluaties uit te voeren. In totaal is bij het ZonMW-programma Doelmatigheidsonderzoek 2016-2018 € 9 miljoen geoormerkt voor zorgevaluatie op de 30 onderwerpen die centraal staan op de K&D-agenda. Daarnaast biedt de zogenoemde 'open ronde' binnen dit programma voor 2018 ook ruimte voor zorgevaluaties, waarbij bij gelijke beoordeling van aanvragen, de 30 aandoeningen op de K&D-agenda prioriteit krijgen.

[7] PROMs: Patiënt Related Outcome Measures

De FMS heeft met ondersteuning van de SKMS-gelden een project in gang gezet waarin voor elk van de 30 onderwerpen kennislacunes zijn vastgesteld. Daarnaast is geprioriteerd welke kennislacunes voor zorgevaluatie in aanmerking moeten komen. De onderzoekers worden vervolgens ondersteund bij het indienen van de aanvraag bij ZonMw. Eind december zal de FMS dit project afronden. Inmiddels zijn voor 13 onderwerpen aanvragen voor een subsidie voor Zorgevaluatie ingediend bij ZonMw. Voor 2 onderwerpen heeft ZonMw de beoordelingsprocedure afgerond en aan één project projectsubsidie toegekend. In de derde ronde worden nog aanvragen voor 14 aandoeningen verwacht.

Wat merken patiënten en professionals in de spreekkamer van dit project?

Genoemde acties in het kader van de K&D-agenda leiden vaak niet direct tot zichtbaar resultaat. Ter illustratie: de ontwikkeling van een richtlijn kost bijvoorbeeld al snel 1 tot 2 jaar. Ook zorgevaluatieonderzoek kent vaak een doorlooptijd van enkele jaren. Verder zullen niet alle acties gelijk gestart kunnen worden, alleen vanwege het aantal acties dat sommige partijen willen gaan oppakken.

Toch zijn er al wel resultaten op de werkvloer. Neem bijvoorbeeld Etalagebenen ofwel Perifeer Arterieel Vaatlijden (PAV), een vernauwing of afsluiting van de beenslagader. Voor dit onderwerp is in 2014 de K&D-cyclus al een keer doorlopen. Geconstateerd werd dat de richtlijn moest worden aangepast, dat patiënten-informatie benodigd was, dat er behoefte bestond aan keuze-instrumenten en dat een kwaliteitsregistratie nodig was. Bovendien bleek dat de behandeling die voor een deel van de patiënten in eerste instantie de voorkeur heeft (gesuperviseerde looptherapie) niet betaald werd vanuit het verzekerd pakket. De betreffende patiëntenvereniging (Hart&Vaatgroep), de wetenschappelijke vereniging (Nederlandse Vereniging voor Heelkunde) en Zorginstituut Nederland hebben hierop de handschoen opgepakt. Sinds deze zomer is de nieuwe richtlijn beschikbaar voor patiënten en professionals. Deze richtlijn is te vinden via www.richtlijnendatabase.nl. Tweedelijns patiënteninformatie waarmee patiënten zich kunnen voorbereiden op het gesprek met hun arts, en de artsen en patiënten het gesprek kunnen voeren, is sinds juni beschikbaar op www.thuisarts.nl. Een consultkaart, een beknopte keuzehulp die direct inzicht geeft in de opties bij PAV en de meest belangrijke vragen van patiënten daarbij, komt naar verwachting begin 2017 beschikbaar. Tegelijkertijd is gewerkt aan een kwaliteitsregistratie. Informatie uit deze registratie wordt inmiddels ontsloten via de Transparantiekalender. Tot slot is de barrière voor de vergoeding van gesuperviseerde looptherapie opgelost. Vanaf 2017 is vergoeding beschikbaar vanuit het basispakket.
Met deze acties is de K&D-cyclus voor de eerste keer systematisch gesloten. Inmiddels heeft een tweede bijeenkomst plaatsgevonden waarin gekeken is naar de stand van zaken rondom de cyclus in 2016. Witte vlekken uit deze bijeenkomsten worden de komende periode opgepakt.

Ook voor aandoeningen waarvoor nog niet de gehele cyclus is gesloten zijn al resultaten bereikt waar de patiënt mee geholpen is of komen resultaten in de nabije toekomst beschikbaar. Zo is er sinds juni bijvoorbeeld tweedelijns patiënteninformatie beschikbaar via www.thuisarts.nl voor Melanoom (Huidkanker), Perifeer arterieel vaatlijden (Etalagebenen), Cataract (Staar), Heupfractuur (Gebroken heup) en Diabetes. Patiënteninformatie voor Liesbreuk wordt op het moment aangepast en zal binnenkort op www.thuisarts.nl worden gepubliceerd. Voor de overige 24 aandoeningen is het de verwachting dat uiterlijk eind juni 2017 tweedelijns patiënteninformatie beschikbaar zal zijn via www.thuisarts.nl. Tegelijkertijd zullen patiënten en artsen de komende tijd in de spreekkamer voor steeds meer aandoeningen consultkaarten beschikbaar hebben. Naast de consultkaart voor Perifeer arterieel vaatlijden zullen naar verwachtingen begin 2017 voor nog 10 aandoeningen consultkaarten worden gepubliceerd: Diabetes, Cataract (Staar) Carpaal Tunnelsyndroom (beknelling van de middelste handzenuw), Nierschade, Pancreascarcinoom (Alvleesklierkanker), Heupartrose, Knieartrose , AAA (verwijding buikslagader), Varices (spataderen) en Carotis Stenose (vernauwing halsslagader).
Met behulp van deze consultkaarten, keuzehulpen en patiëntenteksten kunnen patiënten en professionals handen en voeten geven aan het proces van Samen Beslissen. Daarbij zijn ook de 'drie goede vragen' voorbereid die in bij Samen Beslissen centraal moeten staan: Wat zijn de mogelijkheden, welke voor- en nadelen kleven daaraan en wat betekent dat voor de persoonlijke situatie van de patiënt[8]? Het gebruik van deze drie vragen in de spreekkamer wordt nu landelijk geïmplementeerd.

Om de toegang voor patiënten tot de voor hen relevante informatie te vereenvoudigen kunnen zij hun zoektocht beginnen via een website van de overheid (www.kiesbeter.nl) en van daaruit zo nodig de weg vinden naar de hierboven genoemde websites of naar andere betrouwbare websites.

Nieuwe acties naar aanleiding van de gesuggereerde witte vlekken

Maar met de reeds in gang gezette acties zijn we er nog niet. Voor een aantal van de gesignaleerde witte vlekken kunnen nog acties gedaan/uitgevoerd worden. Betrokken partijen hebben geïnventariseerd voor welke van de resterende witte vlekken hun achterban mogelijk (ondersteund) acties zou kunnen en willen oppakken. De Patiëntenfederatie en de FMS hebben hier financiële middelen voor beschikbaar gesteld. In totaal hebben zij ruim 130 onderwerpen vastgesteld waarvoor projecten kunnen worden aangevraagd door de patiëntenverenigingen en wetenschappelijke verenigingen (zie bijlage 2)[9]. V&VN heeft ook aangegeven prioriteit te willen geven aan een deel van

[8] Zie ook: www.3goedevragen.nl
[9] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

deze projecten. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om het (door)ontwikkelen van richtlijnen, de verdere ontwikkeling van keuzehulpen vanuit het Samen Beslissen-traject, systematische evaluatie van bestaande PROMs en het gezamenlijk ontwikkelen van een visie op de gebruiksdoeleinden van PROMs, de na- en bijscholing op gebied van Samen Beslissen en het beschrijven van het aanspreekpunt in de keten. Wetenschappelijke verenigingen, V&VN en de patiëntenverenigingen zullen elkaar betrekken bij hun projecten.

Op dit moment zijn de partijen aan de slag met de nadere uitwerking van de actieplannen. Ik ben verheugd dat met deze acties samenwerking tussen patiënten en professionals wordt gewaarborgd en dat de betrokken partijen de beschikbare middelen gericht inzetten op een gezamenlijke agenda.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers