

Vergaderjaar 2013–2014

**33 654**

## **Kostenbeheersing in de zorg**

**Nr. 7**

### **BRIEF VAN DE MINISTER EN STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 28 mei 2014

Om de solidariteit en het draagvlak voor de gezondheidszorg te bewaken is het cruciaal dat premiegeld goed wordt besteed aan zinnige en zuinige zorg. Bewust omgaan met zorg is een zaak van ons allemaal, want een zorgeuro kun je maar één keer uitgeven. Dus is de inzet: verantwoorde uitgaven aan goede zorg via een efficiënt zorgproces waarin partijen slim samenwerken en de patiënt of cliënt centraal staat. Onze zorg is te kostbaar om te verspillen.

Een toekomst waarin de zorg betaalbaar, goed en toegankelijk is, dat vraagt om niet minder dan een cultuuromslag. De aanpak van verspilling is onderdeel van een grotere beweging die erop is gericht om een duurzame verandering tot stand te brengen.

Op verschillende terreinen tegelijkertijd maken we stappen die allen bijdragen aan minder groei van kosten en meer kwaliteit. Denk hierbij aan de trajecten kostenbewustzijn, de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda als onderdeel van de hoofdlijnenakkoorden voor de eerstelijnszorg, de medisch specialistische zorg en de GGZ, de aanpak fraude, de herziening van de langdurige zorg, het programma In voor zorg! en het tegengaan van onnodige overhead in de langdurige zorg. Op al deze terreinen wordt nauw samen gewerkt met zorgprofessionals en gebruikers van de zorg. Zo ook in de aanpak van verspilling. Het is namelijk belangrijk dat we de handen ineen slaan; dat we leren van elkaar, dat we niet apart het wiel hoeven uit te vinden. Samen veranderen we de stroming. En dat is wat nodig is.

Wij staan achter initiatieven die de stroming de goede kant op helpen. Het is goed om te zien dat er al vele mooie initiatieven bestaan. In deze brief geven we er een aantal voorbeelden van.

Wij informeren u met deze brief over de voortgang van het Programma Aanpak verspilling in de zorg.

Voor de leesbaarheid van de brief kiezen wij ervoor vijf acties te vermelden. Alle andere acties, net zo betekenisvol, lichten we toe in de bijlage (1). Deze brief kan daarom ook niet los gezien worden van de bijlage.

Bijlage 2 geeft weer welke soort meldingen aansluiten bij andere lopende trajecten. Geen melding gaat verloren. De laatste bijlage (3) bevat een korte analyse van de meldingen die zijn gedaan in de periode van 1 augustus 2013 tot 1 mei 2014.

## **1. Werkwijze: meldingen, praktijkvoorbeelden en samenwerking met het veld**

### *Meldingen*

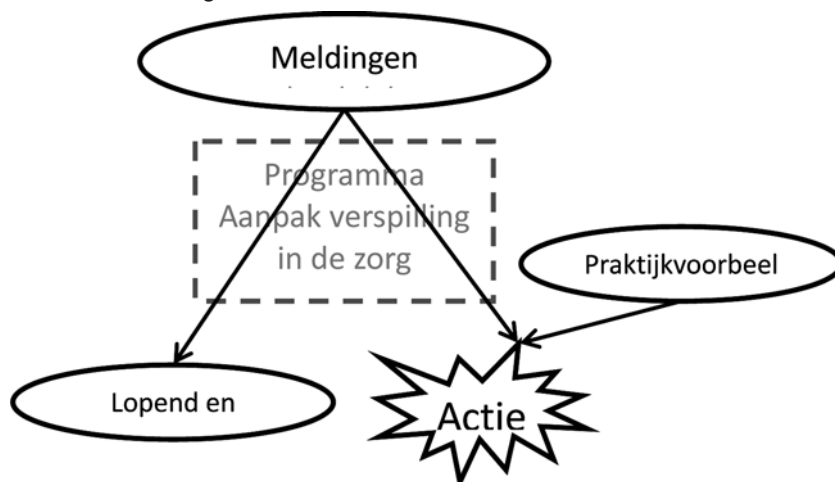
Op 25 mei 2013 is het Meldpunt geopend en sindsdien hebben wij bijna 20.000 reacties ontvangen. Deze meldingen geven zicht op allerlei mogelijkheden om verspilling een halt toe te roepen en zijn een duidelijk signaal dat verbeteringen mogelijk zijn. Op basis van deze meldingen zijn acties bepaald die nodig en kansrijk zijn. Elke dag ontvangen we nieuwe meldingen die, met de eerdere meldingen, de bestaande acties voeden en nieuwe acties tegen verspilling initiëren. We zien dat melden loont. Daarom blijft het Meldpunt open en kan iedereen zijn ervaring met ons blijven delen.

Van de 20.000 meldingen zijn er 16.000 bruikbaar. Niet-bruikbare meldingen bevatten geen informatie: men heeft in dit geval slechts het meldpunt bekeken, maar geen oorzaak van verspilling ingevuld. Het bekijken van het meldpunt wordt dan ook geregistreerd als melding. Meldingen gaan vaak over onderwerpen waar we al actief beleid op voeren. In dat geval worden deze meldingen doorgeleid naar het juiste beleidstraject, zodat zij hier voor nieuwe input zorgen.

### *Praktijkvoorbeelden*

Er zijn al vele goede initiatieven in het veld die verspilling tegen gaan. Naast de meldingen biedt een aantal van deze beloftevolle initiatieven eveneens input voor acties. Zo kan het zijn dat een zorgverlener op kleine schaal al een gerichte verbetering heeft doorgevoerd, maar bij de verbreding ervan belemmeringen ondervindt. Een actie kan dan gericht zijn op het wegnemen van deze belemmeringen om zo brede toepassing van deze verbetering te realiseren.

#### Schematische weergave



#### Samenwerking in de aanpak

In het Programma is gekozen voor een aanpak waarbij verschillende veldpartijen constructief met VWS concrete acties uitvoeren om verspilling in de zorg tegen te gaan. Inmiddels nemen bijna 50 partijen deel aan het Programma.

#### Duurzame resultaten

Belangrijk uitgangspunt bij het bepalen en uitvoeren van acties tegen verspilling in de zorg is duurzaamheid. We gaan niet voor tijdelijke speldenprijkes, maar voor structurele veranderingen, die ook op de lange termijn hun meerwaarde bewijzen. Hiervoor is de inzet en betrokkenheid van veldpartijen noodzakelijk. Duurzame verandering maakt ingrijpen overbodig en zal uiteindelijk ook rust brengen in de zorg.

#### Communicatie richting melders

Uit de meldingen blijkt een grote betrokkenheid van patiënten, mantelzorgers, zorgverleners en anderen. Dit waarderen wij zeer. Wij vinden het dan ook van belang duidelijk richting de melders te communiceren. Melders kunnen bij het doen van hun melding aangeven op de hoogte te willen blijven over de voortgang van het Programma. Melders die dit gedaan hebben krijgen parallel aan deze brief een nieuwsbericht. Ook werken we aan een website om informatie over alle acties en best practices om verspilling tegen te gaan, te delen. Het doel is dat mensen zich herkennen in de acties die wij ondernemen, maar bijvoorbeeld ook dat er begrip is wanneer de kosten van een actie niet opwegen tegen de mogelijke opbrengsten.

Uit de meldingen blijkt ook dat niet altijd duidelijk is hoe onze zorg georganiseerd is en dat zij op solidariteit is gebaseerd. Onze zorg is voor een groot deel collectief gefinancierd. Dat betekent dat ook diegenen die geen of minder zorgkosten maken, meebetalen aan de zorg voor anderen. Een aantal meldingen toont onbekendheid met of onbegrip voor dit principe. Wij zien goede voorlichting en informatieoverdracht, naast de gerichte acties tegen verspilling, dan ook als één van onze prioriteiten.

## 2. Voortgang van het Programma: een greep uit acties

Onderstaande vijf acties geven een indruk van acties die in uitvoering zijn. Deze acties sluiten aan bij de onderwerpen waarover wij de meeste meldingen hebben ontvangen.<sup>1</sup>

Belangrijk om te vermelden is dat de totstandkoming en uitvoering van acties een doorlopend en dynamisch proces is. Veel acties vergen een lange adem en sommige gaan gepaard met tussenresultaten om vervolgstappen te bepalen. De tussenresultaten zijn bepalend om acties eventueel te versnellen of juist anders te prioriteren. Tevens bieden zij houvast om, waar nodig, tot steeds meer concrete acties te komen.

De aanpak van verspilling gebeurt niet incidenteel; continu zullen acties die bijdragen aan het tegengaan van verspilling gestart worden.

### 2.1. Pilots heruitgifte ongebruikte geneesmiddelen

Melding	Actie	Actie afgerond	Resultaat	Doel
<i>«Ik kreeg drie doosjes medicijnen mee, maar kreeg last van bijwerkingen. Ik bracht drie dagen later twee ongeopende doosjes terug die werden weggegooid.»</i>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Controleren of dit binnen de prescriptieregeling van 14 dagen valt (zie actie 1.1. bijlage)</li><li>2. Onderzoek naar mogelijkheid om eerste voorschrift in hoeveelheid te beperken</li><li>3. Randvoorwaarden opstellen waaronder heruitgifte van geneesmiddelen kan, naar aanleiding van pilots</li></ol>	Najaar 2014	Heruitgifte van ongebruikte dure geneesmiddelen (veilig) mogelijk	Verstreekte geneesmiddelen worden gebruikt

Van de 16.000 meldingen gaan er bijna 5.000 over geneesmiddelen. 40% van deze meldingen gaat over het niet opnieuw uitgeven van ongebruikte geneesmiddelen. De patiënt ergert zich eraan dat de ongeopende doosjes zonder meer worden weggegooid.

Dat weggooien vindt weliswaar plaats in de apotheek, maar oorzaken van het niet gebruiken van geneesmiddelen kunnen op diverse plekken in de keten liggen. Zo kan het zijn dat de verpakkingen te groot zijn, de voorschrijfhoeveelheid te groot en/of de afgeleverde hoeveelheid te groot is. Voor acties op deze terreinen verwijzen wij u naar de bijlage. In de praktijk blijkt dat meer dan 70% van de geneesmiddelen minder dan € 2,- per doosje kost. Dat lijkt relatief weinig, maar daarbij gaat het om ongeveer 15% van het geneesmiddelenbudget. Het voorkomen van de vernietiging van deze geneesmiddelen moet vooral worden gezocht in kleinere verpakkingen en in minder voorschrijven bij het eerste voorschrift.

De St. Maartenskliniek heeft in samenwerking met de Universiteit Utrecht een pilot gestart in een achttal ziekenhuisapotheken. Deze pilot concentreert zich voornamelijk op de heruitgifte van dure geneesmiddelen. Om te bepalen onder welke voorwaarden dure geneesmiddelen kunnen worden teruggenomen en heruitgegeven, wordt gekeken naar de bewaarcondities van de geneesmiddelen bij de patiënt thuis. Hiervoor wordt een geneesmiddelverpakking voorzien van een temperatuurindicator (chip) en wordt de verpakking geseald. De speciale verpakking monitort vervolgens de temperatuur gedurende de tijd dat het geneesmiddel bij de patiënt thuis is. De pilot is medio 2014 afgerond. Ook een farmaceutisch bedrijf is gestart met een pilot die hetzelfde doel heeft.

<sup>1</sup> Kamerstuk 33 654, nr. 4.

De informatie die uit deze pilots komt, wordt gebruikt om vast te stellen onder welke voorwaarden heruitgifte van geneesmiddelen mogelijk zou kunnen zijn. De Geneesmiddelenwet werpt formeel geen drempels op. Deze wet formuleert regels over de geneesmiddelenketen tot en met de terhandstelling door de apotheekhoudende aan de patiënt. Ze verbiedt het retourneren van geneesmiddelen door de patiënt niet, evenals ze niet verbiedt dat de apotheekhoudende de afweging maakt of een geneesmiddel opnieuw ter handgesteld kan worden. Natuurlijk is het wel zo dat de apotheekhoudende te allen tijde in moet staan voor de kwaliteit van het geneesmiddel.

In september 2014 is duidelijkheid over de voorwaarden waaronder heruitgifte van geneesmiddelen mogelijk kan zijn. Hierbij zijn de St. Maartenskliniek, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) en VWS betrokken. Indien dit praktisch uitvoerbaar blijkt – en economisch rendabel – is de weg vrij om de veldnormen, opgesteld door de beroepsgroepen, conform aan te passen.<sup>2</sup>

## 2.2. Vermindering omruil mobiliteitshulpmiddelen bij wisseling aanbieder

Melding	Actie	Actie afgerond	Resultaat	Doel
«Een op maat gemaakte rolstoel heb ik verkregen via gemeente X. Toen ik verhuisde naar buurgemeente Y moest er een nieuwe op maat gemaakte rolstoel door deze gemeente worden besteld. Waarom kon de rolstoel niet overgenomen worden?»	Opstellen van een cliënt vriendelijke handreiking voor het Programma van Eisen	Zomer 2014	1. Verminderen lasten voor de cliënt 2. Behouden van hulpmiddel bij verhuizen naar andere gemeente 3. Behouden van hulpmiddel bij wisselen van leverancier 4. Verminderen (tijdelijk) ongebruikte mobiliteitshulpmiddelen	Mobiliteitshulp-middelen worden optimaal gebruikt

Een veelgedane melding is dat een goed functionerend mobiliteitshulpmiddel moet worden omgeruild. In vier situaties kan een dergelijke wijziging voor komen:

- (1) de cliënt verhuist naar een andere gemeente (Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo))
- (2) de gemeente heeft een nieuwe aanbieder (Wmo)
- (3) de cliënt verhuist naar een zorginstelling (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ))
- (4) de cliënt stapt over naar een andere zorgverzekeraar (Zorgverzekeringswet (Zvw))

Uit gesprekken met veldpartijen is naar voren gekomen dat het omruilen van een mobiliteitshulpmiddel verreweg het meeste voorkomt binnen de Wmo (situatie 1 en 2). Zo komt de eerste situatie, waarin een cliënt verhuist naar een andere gemeente zo'n 1.600 keer per jaar voor. Bij verreweg de meeste verhuizingen (ruim 70%) verhuist het hulpmiddel met de cliënt mee van een gemeente naar de andere gemeente. De gemeenten onderling regelen dan de logistieke, administratieve en financiële zaken. De cliënt merkt hier verder niets van. Waar meeverhuizen niet lukt, ligt dat veelal aan de verschillende aard van de Wmo-contracten van de desbe-

<sup>2</sup> Tijdens het AO Zorgverzekeringswet en pakketmaatregelen op 20 juni 2013 (Kamerstuk 30 597, nr. 370) is toegezegd om met apothekers, zorgverzekeraars en industrie rond de tafel te gaan om over ongebruikte geneesmiddelen te spreken. Via het project genees- en hulpmiddelen zijn partijen in gesprek over concrete acties op dit terrein. «Pilots heruitgifte ongebruikte geneesmiddelen» is een van de acties.

treffende gemeenten. Zo kan het zijn dat een gemeente mobiliteitshulpmiddelen huurt van haar leverancier en een andere gemeente ze koopt.

Ook bij het wisselen van leverancier door de gemeente staat nog vaak in het Programma van Eisen (PvE) dat de nieuwe leverancier de uitstaande hulpmiddelen moet omwisselen. Dit gebeurt onder andere als een specifiek merk genoemd staat in het PvE. Voor de cliënt betekent dit onnodig overlast. En voor de vertrekkende leverancier levert dit een verliespost op, want de leverancier heeft de hulpmiddelen terug te nemen die nu (tijdelijk) «werkloos» in diens voorraad staan. Om dit te verbeteren richt de actie zich op de aanpassing van PvE's die de gemeenten uitschrijven bij aanbestedingen. Brancheorganisatie Firevaned richt zich met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) op een handreiking voor gemeenten, die aangeeft wat een PvE moet regelen om een verhuizing van een hulpmiddel zonder hinder voor de cliënt te laten verlopen. Deze handreiking is in augustus 2014 gereed.

In de derde situatie waarin de cliënt van gemeente naar zorginstelling verhuist, doen zich vooral problemen voor als sprake is van complexe, individueel aangepaste, mobiliteitshulpmiddelen (zoals een op maat gemaakte rolstoel met veel aanpassingen). Dit gaat landelijk voor alle zorgverzekeraars/zorgkantoren op jaarbasis over driehonderd gevallen. Deze problemen hebben vooral te maken met het feit dat gemeente en zorgverzekeraar het niet eens kunnen worden over de financiële waardering van deze rolstoelen. In circa 1% van de gevallen gaat het om een niet modulaire rolstoel, waarbij de hinder voor de cliënt groot is bij het niet mee kunnen nemen van de rolstoel en verspilling optreedt omdat de rolstoel die achterblijft bij de gemeente aangepast is op de cliënt. Voor dit kleine aantal gevallen maken gemeenten en zorgverzekeraars nu afspraken hoe dat kan worden afgehandeld. Deze afspraken zijn in augustus 2014 klaar en worden dan direct geëffectueerd.

Voor de vierde situatie bestaan financiële en administratieve afspraken tussen verzekeraars. Toch komt in de meldingen naar voren dat het hulpmiddel meenemen naar een andere verzekeraar niet altijd conform afspraken mogelijk is.

We hebben de zorgverzekeraars erop gewezen dit volgens de afspraken af te handelen. Ook in de communicatie aan cliënten worden deze afspraken nog eens bevestigd.

### 2.3. Doelmatigheid van diagnostiek

Melding	Actie	Actie afgerond	Resultaat	Doel
«Huisarts laat onderzoeken doen (bloed, foto en echo). Na verwijzing naar specialist worden wederom dezelfde onderzoeken gedaan. Terwijl de specialist in hetzelfde ziekenhuis werkt als waar ik, via de huisarts, de onderzoeken heb laten uitvoeren.»	Onderzoeken doelmatigheid «stepped diagnosis» model	Eind 2014	1. Effectieve inzet «stepped diagnosis» 2. Prijsbewustzijn rond diagnostiek	Er vindt minder onnodige dubbele diagnostiek plaats in de tweede lijn

Van de 16.000 meldingen gaan er ruim 4.500 meldingen over de curatieve zorg. 8% van deze meldingen gaat over «onnodige en dubbele diagnostiek»: vooral menen patiënten dat diagnostiek dubbel of te vaak plaatsvindt. Ook professionals melden dat diagnostiek onnodig plaatsvindt doordat patiënten om onderzoek vragen, zonder dat daar een indicatie voor bestaat.

Oplossingen hiervoor worden gezocht in betere communicatie en afstemming tussen zorgverleners. Goede communicatie met de patiënt over wat zinnige diagnostiek is, zal zijn plek moeten krijgen. Om doelmatigheid in het diagnostisch traject te bevorderen wordt bezien om het diagnostisch- en therapeutisch traject los te koppelen. Ook het niet in een keer alle diagnostiek aanvragen, maar dat in fasen na weging van uitslagen te doen, de zogenaamde «stepped diagnosis», kan bijdragen aan doelmatigheid in het diagnostisch traject. Dit zal echter niet in alle situaties gelden. Daarom zetten we op een rij in welke situatie een stepped diagnosis gewenst is met als doel om effectieve inzet van «stepped diagnosis» breed in te voeren. De inzet van «stepped diagnosis» is nodig om onnodige dubbele diagnostiek te verminderen.

## 2.4. Gepaste zorg door behandelafspraken

Melding	Actie	Actie afgerond	Resultaat	Doel
«Mijn vader was terminaal, en nog werd een nierbiopsie afgenomen. Dit zorgde voor extra pijn door een onnodige ingreep»	Afspraken met veldpartijen over: 1. behandelafspraken bij chronische patiënten 2. behandelafspraken bij «end of life care» 3. toepassen gedeelde besluitvorming (shared decision making) 4. pilot «diagnose consult»	2014 en 2015	1. Invoeren «stepped care» 2. Minder onnodige behandelingen	Het leveren van passende zorg die aansluit bij de wensen en behandeldoelen van de patiënt

Patiënten en zorgverleners melden over het leveren van zorg die niet aansluit bij de situatie van de patiënt, en zorg rond het einde van het leven. In het kader van verspilling in de zorg is dit wellicht een heikel onderwerp. Echter gezien vanuit de kwaliteit van leven, de kwaliteit van zorg en passende zorg heeft het hier zeker zijn plaats, mede omdat de kosten bij chronische patiënten en kosten in de laatste levensfase een aanzienlijk onderdeel vormen van de totale gezondheidszorg uitgaven. Het komen tot behandelafspraken bij chronische patiënten en bij patiënten in de laatste levensfasen, zal leiden tot meer passende zorg afgestemd op individuele behoeften en wensen. Hierdoor kan ook gekozen worden om af te zien van diagnostiek of behandeling, of zullen aanpassingen plaatsvinden in behandelingstrajecten en doelstellingen. Hierbij is gedeelde besluitvorming (Shared Decision Making) een essentieel onderdeel. Om dit op een effectieve en efficiënte manier in de spreekkamer toe te passen kan een »time-out« tussen het diagnose gesprek en de beslissing over welke vorm van behandeling, mogelijk een oplossing bieden. Dit «diagnose consult» zal in een pilot van één jaar onderzocht worden.

Er zijn diverse initiatieven rondom bewustwording van wensen en behoeften rondom de laatste levensfase bijvoorbeeld het KNMG project Passende Zorg in de laatste levensfase<sup>3</sup>, het programma Verstandig Kiezen uit de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda en Stichting Stem<sup>4</sup>. Een voorbeeld van een good practice rond het maken van behandelafspraken is het Rijnstate Ziekenhuis in Arnhem.

<sup>3</sup> <http://knmg.artsennet.nl/Dossiers-9/Dossiers-thematrefwoord/Levenseinde/Passende-zorg-in-de-laatste-levensfase.htm>.

<sup>4</sup> <http://www.stichtingstem.info>.

## 2.5. Terugdringen papierwerk

Melding	Actie	Actie afgerond	Resultaat	Doel
«Ik werk al meer dan 20 jaar in de zorg, maar tegenwoordig zitten veel verzorgenden meer achter de computer dan dat er voor de cliënten gezorgd wordt.»	Verminderen van papierwerk en registratielast in de ouderenzorg, gehandicaptenzorg en langdurige GGZ (zowel direct als via bestaande rapporten en trajecten)	Zomer 2014	Het terugdringen van registratielast	Meer tijd voor zorg aan de cliënt

We hebben veel meldingen ontvangen van zorgverleners in de langdurige zorg dat ze nog steeds te veel formulieren moeten invullen, digitaal dan wel op papier. Ook het begin 2014 gepubliceerde onderzoek van de NOS in samenwerking met Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) liet zien dat hierover grote onvrede bestaat. Met diverse partijen willen we daarom de papierwerklasten in de langdurige zorg verder terugbrengen. We gebruiken daarbij de ervaringen van de experimenten regelarme instellingen, waar zorginstellingen kijken hoe het kan met minder regels. We kijken ook naar andere good practices van zorginstellingen die hun papierlast hebben gereduceerd. Een voorbeeld hiervan is de Amarant Groep die met ondersteuning van het programma In voor zorg! een vereenvoudigd en geautomatiseerd persoonlijk plan heeft ontwikkeld. Dit heeft geleid tot tijdsbesparing. Een ander voorbeeld is zorgorganisatie de Waalboog waar het aantal protocollen, richtlijnen en werkwijzen binnen de dienst Zorg en Welzijn is gehalveerd. Dit werd onder meer bereikt door de ontwikkeling van een concrete toolkit «opruimdienst».

De actie die we in het kader van dit Programma oppakken bestaat uit het inventariseren bij enkele zorginstellingen (ouderenzorg, gehandicaptenzorg, langdurige GGZ) welke registraties de primaire zorgverlener moet bijhouden (over het jaar). We kijken daarbij onder andere naar welk doel de registratie heeft, of deze intern of extern wordt opgelegd, de overlap met andere registraties en hoe het resultaat van de registraties naar hen wordt teruggekoppeld.

De actie heeft inmiddels al geleid tot aanbevelingen voor diverse partijen en concrete goede voorbeelden hoe we het papierwerk voor de primaire zorgverleners verder terug kunnen dringen en/of hoe bepaalde registraties op een andere manier kunnen worden gedaan. Via een digitale enquête worden de concrete aanbevelingen die uit deze actie komen getoetst onder de leden van de bonden. Voor de zomer gaan we dit breed verspreiden. Doordat zorginstellingen en andere partijen deze aanbevelingen toepassen, zal er minder registratielast zijn.

### *Andere acties*

Zoals eerder opgemerkt, zijn beschreven acties slechts een greep uit het totaal. De bijlage biedt u een aanvullend overzicht van de acties op het terrein van de genees- en hulpmiddelen, curatieve zorg en langdurige zorg.

### 3. Tot slot

De aanpak van verspilling verloopt constructief en wij hebben het vertrouwen dat dit zorgbreed bijdraagt aan zinnig en zuinige zorg. De veldpartijen en wij nemen onze rol daarin, ieder vanuit onze eigen verantwoordelijkheid. Als het algemene belang centraal wordt gesteld, kunnen we met elkaar veel bereiken.



In een volgende voortgangsrapportage informeren wij u over de dan toe behaalde resultaten en ontvangt u ook een nieuwe analyse van de meldingen.

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

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M.J. van Rijn

Meldingen over verspilling beslaan veel aspecten van de zorg. Bij de curatieve en langdurige zorg onderscheiden we meldingen die gaan over of zorg wel nodig is, over samenwerking of aanpak van zorg, over de gang van zaken in zorginstellingen en over de financiering van zorg. Bij meldingen over geneesmiddelen en hulpmiddelen kijken we vooral naar de keten van fabrikant tot aan de patiënt/ cliënt.

Voor zowel de meldingen over curatieve en langdurige zorg als over de genees- en hulpmiddelen geldt dat we bij de aanpak van verspilling zorgbreed èn in de verschillende fasen van de keten tegelijkertijd acties uitvoeren. We kijken daarbij steeds goed waar in de keten het probleem ontstaat. Bijvoorbeeld ter voorkoming dat de patiënt geneesmiddelen overhoudt, wordt een aantal acties «aan de voorkant» opgepakt zoals het terughoudender voorschrijven en afleveren van dure geneesmiddelen, het gepast voorschrijven en gebruiken van geneesmiddelen in de laatste levensfase, het beter laten aansluiten van de verpakkingsgrootte van geneesmiddelen bij de behoefte van de behandeling en het gebruiken van thuismedicatie in het ziekenhuis.

### Inhoudsopgave

De beschreven acties zijn gepresenteerd op volgorde van de drie projecten: genees- en hulpmiddelen, curatieve zorg en langdurige zorg.

1. Acties aanpak verspilling geneesmiddelen en hulpmiddelen
2. Acties aanpak verspilling in de curatieve zorg
3. Acties aanpak verspilling in de langdurige zorg

## 1. Acties aanpak verspilling geneesmiddelen en hulpmiddelen

### 1.1. Prescriptieregeling geneesmiddelen aanpassen

Melding	Actie	Actie afgerond	Resultaat	Doel
«Bij een huidaandoening wordt een te grote hoeveelheid zalf voorgeschreven. De ene keer hielp de zalf niet. Dus je hield een grote hoeveelheid over. Dus ik wil voorstellen om bij een eerste keer een beperkte hoeveelheid voor te laten schrijven.»	<p>1. In kaart brengen voor welke geneesmiddelen de prescriptieregeling aangepast wordt</p> <p>2. Onderzoeken of de heruitgifte van geneesmiddelen bij de gebruiker kan worden gestimuleerd door bij heruitgifte deze niet ten laste van de eigen bijdrage te laten vallen</p>	Eind 2014	Op maat verstrekte geneesmiddelen met bijbehorende verpakkingsgrootte	Minder onnodig weggooien van dure geneesmiddelen

Uit de meldingen komt naar voren dat geneesmiddelen in te grote verpakkingen èn/ of voor een te langere periode worden voorgeschreven en afgeleverd dan gewenst en noodzakelijk.

Voor deze aflevertermijnen hanteren apothekhoudenden en zorgverzekeraars elk een zogeheten prescriptieregeling. In grote lijnen bestaat weinig verschil tussen de verschillende prescriptieregelingen: op hoofdlijnen houden deze in dat de patiënt bij eerste uitgifte van nieuwe medicatie deze voor vijftien dagen krijgt en bij de tweede uitgifte voor maximaal drie maanden.<sup>5</sup> De hoeveelheid geneesmiddelen die de patiënt mee krijgt (verpakkingsgrootte), is afhankelijk van wat in de prescriptieregeling is bepaald.

<sup>5</sup> Er zijn uitzonderingen zoals antibiotica, slaapmiddelen, kalmeringsmiddelen en dure geneesmiddelen.

Ondanks deze afleverrichtlijn komt het voor dat een patiënt na de tweede uitgifte last van bijwerkingen of allergische reacties krijgt waardoor switchen naar andere medicatie gewenst is en geneesmiddelen ongebruikt blijven.

Daarom constateren wij dat de huidige prescriptieregelingen onvoldoende werken waar het gaat om het tegengaan van verspilling. In overleg met veldpartijen wordt de prescriptieregeling aan gepast en wordt gewerkt aan de implementatie van de nieuwe regeling. Dit gebeurt bij zowel goedkope en als dure geneesmiddelen. Hierbij waken we ervoor dat als er extra terhandstellingkosten door aanpassing van de prescriptieregeling worden gemaakt, dit niet de zorg uiteindelijk duurder maakt. Met deze aanpassing voorkomen we eveneens dat patiënten te grote verpakkingen overhouden.

In september 2014 is duidelijk wanneer korter voorschrijven en verstrekken van geneesmiddelen rendabel is. Dit wordt uitgewerkt in een werkgroep bestaande uit de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), Stichting Farmaceutische Kengestallen (SFK), Orde van Medisch Specialisten (OMS), Nederlands Huisartsengenootschap (NHG), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en VWS. Eind 2014 hebben zorgverzekeraars deze informatie geïmplementeerd in hun prescriptieregelingen.

Tevens onderzoeken we of de heruitgifte van geneesmiddelen bij de gebruiker kan worden gestimuleerd door bij heruitgifte deze niet ten laste van de eigen bijdrage te laten vallen. Voor deze geneesmiddelen is namelijk al eerder een eigen bijdrage betaald.

## 1.2. Volledig benutten geneesmiddelverpakking

Melding	Actie	Actie afgerond	Resultaat	Doel
«Uit een flacon van 200 ml gebruik ik slechts 160 ml voor de behandeling. De rest moet ik weg gooien. Wat zonde.»	1. Vaststellen bij welke geneesmiddelen poolen rendabel is 2. Veiligheidsvoorwaarden vaststellen waaronder poolen kan plaatsvinden	Eind 2014	Op maat verstrekte geneesmiddelen	Minder verspilling van geneesmiddelen

Deze acties richten zich vooral op het tegengaan van verspilling van dure geneesmiddelen in ziekenhuizen. Het aanpassen van de verpakkingsgrootte hoeft geen oplossing te zijn voor deze melding. Het kan namelijk zijn dat de hoeveelheid geneesmiddel die een patiënt nodig heeft, bepaald wordt door zijn lichaamsgewicht. Er mag niet verwacht worden dat per patiënt een individuele verpakking wordt geproduceerd. De fabrikant blijft natuurlijk altijd verantwoordelijk om zijn verpakkingsgrootte optimaal aan te laten sluiten bij de behandeling van een patiënt.

Een manier om geneesmiddelen beter te laten aansluiten bij de behandeling is het poolen van geneesmiddelen. Dat gebeurt al wel in ziekenhuisapotheken, maar is nog geen gemeengoed. Een voorbeeld hiervan is de ziekenhuisapotheek van Erasmus MC: patiënten worden voor de toediening van het geneesmiddel voor de ziekte van Pompe kort na elkaar ingepland en behandeld, zodat een geopende flacon met restant wordt gebruikt voor de volgende patiënt. Dit levert een besparing op van zes flacons per dag ten opzichte van de situatie dat voor elke Pompe-patiënt een nieuwe flacon moet worden gebruikt.

De eerste actie is om in kaart te brengen voor welke geneesmiddelen poolen zich leent en onder welke (veiligheids)voorwaarden dit moet plaatsvinden (september 2014). Betrokken partijen zijn Bond van de Generieke Geneesmiddelenindustrie Nederland (Bogin), College ter Beoordeling Geneesmiddelen (CBG), Nefarma, KNMP, NVZA, IGZ en VWS.

### 1.3. Gepast medicijngebruik in de laatste levensfase

Melding	Actie	Actie afgerond	Resultaat	Doel
«Mijn moeder kreeg twee weken voor haar overlijden nog eens voor drie maanden geneesmiddelen uitgeleverd, terwijl al wel duidelijk was dat ze niet lang meer te leven had. Die geneesmiddelen hebben we teruggebracht naar de apotheek, die ze vervolgens weggooid.»	Opschalen van het farmabuddy-project van Apotheek Stevenschhof	Najaar 2014	1. Good practices delen en belemmeringen voor opschaling weg nemen 2. Invulling geven aan de zorgfunctie van de apothekers- en assistenten	Minder verspilling van geneesmiddelen Kwaliteit van leven in de laatste levensfase

De confrontatie met ongebruikte geneesmiddelen (en/of medische hulpmiddelen) na het overlijden van een naaste, is aanleiding geweest voor een groot aantal meldingen. Het voorkomen daarvan biedt een grote bijdrage aan het tegengaan van verspilling. Daarnaast kan de patiënt gebaat zijn bij het afwegen met de zorgverlener welke geneesmiddelen nog een toegevoegde waarde hebben, om de kwaliteit van leven in de laatste levensfase te maximaliseren.

In sommige gevallen kan de zorgverlener in de fase voorafgaand aan de laatste levensfase, gelet op de diagnose, een gerede inschatting maken over het verloop van het ziekbed van de patiënt en de bandbreedte – van drie maanden tot een jaar – waarbinnen de patiënt zal komen te overlijden. Het ligt dan voor de hand dat niet zonder meer voor drie maanden geneesmiddelen worden voorgeschreven en afgeleverd. Net zo belangrijk is het persoonlijke gesprek met de patiënt om te bespreken aan welke geneesmiddelen nog behoefte bestaat. Dat kan ertoe leiden dat geneesmiddelen überhaupt niet hoeven worden afgeleverd.

Dit gebeurt al in het zogeheten Farmabuddy-project in Apotheek Stevenschhof (Leiden): een patiënt krijgt een vaste medewerker toegewezen die samen met de patiënt en de zorgverlener bekijkt welke geneesmiddelen nog wenselijk zijn. Dit voorkomt dat geneesmiddelen voor een te lange duur worden voorgeschreven of in te grote aantallen worden afgeleverd. Dit project heeft echter nog geen navolging gekregen in andere apotheken.

Een eerste actie richt zich op het in kaart brengen van succes- en faalfactoren van dit project (juni 2014). Deze informatie gaan we gebruiken om dit project op te schalen. Dit gebeurt in een werkgroep bestaande uit Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), Nederlandse Patiënten- en Consumenten Federatie (NPCF), Apotheek Stevenschhof, OMS, NHG en KNMP. Belemmeringen die er zijn nu blijkt dit project nog niet breder is opgepakt, zijn begin 2015 weg genomen.

### 1.4. Gebruik thuismedicatie in ziekenhuis

Melding	Actie	Actie afgerond	Resultaat	Doel
«Mijn huisarts schreef mij medicijnen voor. Toen ik in het ziekenhuis werd opgenomen, kreeg ik andere pillen voor dezelfde aandoening. De pillen die ik had meegenomen, werden ongeopend weggegooid.»	Pilot starten om thuismedicatie in het ziekenhuis te gebruiken	Najaar 2015	Aangepaste veldnormen om gebruik van thuismedicatie mogelijk te maken in het ziekenhuis	Minder verspilling van geneesmiddelen

De samenwerking tussen eerste en tweede lijn behoeft nog steeds verbetering op het vlak van geneesmiddelengebruik, zo blijkt uit de meldingen. Het is van belang dat dit gebruik zo optimaal mogelijk plaatsvindt om de verspilling van geneesmiddelen te minimaliseren. Wanneer een patiënt in het ziekenhuis wordt opgenomen, krijgt hij nu veelal uit de ziekenhuisapotheek zijn benodigde geneesmiddelen, ook al heeft de patiënt deze zelf meegenomen. Dergelijke omzettingen zorgen voor risico's op fouten in geneesmiddelengebruik en voor verspilling, omdat de reeds verstrekte geneesmiddelen worden vernietigd. Deze actie brengt in kaart welke redenen veroorzaken dat het gebruik van thuismedicatie in het ziekenhuis slechts op beperkte schaal wordt toegepast. Barrières die tot nog toe worden gesignaleerd: (1) schotten tussen de bekostiging van intra- en extramurale geneesmiddelen, (2) in hoeverre kan het ziekenhuis verantwoorde zorg leveren als thuismedicatie wordt gebruikt. Een goed voorbeeld, waarbij er wel al sprake is van gebruik van thuismedicatie in het ziekenhuis, is het St. Antoniusziekenhuis. Patiënten die worden opgenomen, geven de dag voor poliklinische opname via een app door welke geneesmiddelen te gebruiken. Dan hoeven ze alleen die hoeveelheid geneesmiddelen mee te nemen die ze daadwerkelijk gebruiken bij de dagopname. Vooral nog is er nog te weinig informatie over de voorwaarden waaronder gebruik van thuismedicatie in ziekenhuizen breed mogelijk is. In het najaar start een aantal ziekenhuizen een pilot met gebruik van thuismedicatie. Deze pilot zorgt voor input voor de beroepsgroepen om de veldnormen aan te passen om gebruik van thuismedicatie mogelijk te maken. Dit kan dan in 2015 plaatsvinden. De werkgroep bestaat uit V&VN, Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), KNMP, NVZA, OMS, ZN, IZG en VWS.

### 1.5. Terugbrengen van medicijnen naar de apotheek

Melding	Actie	Actie afgerond	Resultaat	Doel
«Mijn apotheek weigert om ongeopende verpakkingen terug te nemen»	Pilot uitvoeren om inzicht te verkrijgen welke geneesmiddelen worden teruggebracht en deze informatie aan het patiënten dossier toevoegen	Najaar 2014	1. Meer informatie over het medicijngebruik van de patiënt 2. Via deze registratie wordt de voorschrijver hierover geïnformeerd	Verstreekte geneesmiddelen worden gebruikt Ongebruikte geneesmiddelen kunnen worden heruitgegeven Verbeterde medicatieveiligheid

Uit de meldingen via het meldpunt blijkt dat de bereidheid om ongebruikte geneesmiddelen terug te brengen groot is. In relatie tot een aantal acties is dit een belangrijk gegeven: deze ongebruikte geneesmiddelen bieden inzicht in de mogelijke oorzaken van verspilling.

De apotheek is nu al het geëigende kanaal voor het retourneren. Dit is echter geen vanzelfsprekendheid, omdat ongebruikte geneesmiddelen in sommige gemeenten worden gezien als bedrijfsafval met de bijbehorende bijkomende belastingen. Deze kosten maken het voor apotheekhoudenden minder aantrekkelijk om deze service te bieden. Dat is in het kader van de aanpak van verspilling onwenselijk, omdat daarmee geen zicht is op de omvang van ongebruikte geneesmiddelen en de apotheekhoudende niet weet wat hij aan de voorkant kan doen om dit te veranderen. Overigens is dit ook onwenselijk in het kader van mogelijke milieuverontreiniging door geneesmiddelen.

De actie bestaat eerst uit een aantal apotheekhoudenden die in een pilot de geretourneerde producten verwerkt en afvoert. Bovendien wordt in het dossier van de patiënt verwerkt welke geneesmiddelen niet zijn gebruikt. Dit bevordert medicatieveiligheid aangezien de voorschrijver en apotheek-

houdende weet dat deze geneesmiddelen niet zijn gebruikt waardoor zij het gesprek aan gaan met de patiënt. Deze pilot is in oktober 2014 afgerond en een vervolgstap is de uitvoering ervan op grote schaal. Betrokken partijen zijn de KNMP, VWS en IGZ.

### 1.6. Hergebruik goedkope hulpmiddelen

Melding	Actie	Actie afgerond	Resultaat	Doel
«Na het overlijden van mijn man moest ik de twee maanden oude po-stoel gewoon weggooien, terwijl deze nog prima was»	Het opstellen van een informatiefolder	Najaar 2014	Duidelijk communiceren welk hulpmiddelen hergebruikt worden of recycled worden en wat de bijbehorende procedure is	Kennis over hergebruik bij gebruikers

Uit de meldingen komt naar voren dat hulpmiddelen die erop gericht zijn zelfstandig te kunnen wonen, zoals douche- en toilethulpmiddelen, niet worden teruggenomen en niet worden hergebruikt (15%). Meldingen gaan over het niet terug nemen wanneer een hulpmiddel niet meer nodig is. Onbegrip leeft bij de melders over het moeten weggooien van hulpmiddelen.

Bij het gebruik van mobiliteitshulpmiddelen is een aantal partijen betrokken. De leveranciers werken voor opdrachtgevers conform contractafspraken. De opdrachtgevers zijn gemeenten (Wmo), zorgverzekeraars (Zvw) en zorgkantoren (nu nog AWBZ). De cliënt is de gebruiker van het hulpmiddel.

In het kader van hergebruik staat al in de meeste contractafspraken dat hergebruik van hulpmiddelen de eerste keuze heeft bij het verstrekken, ongeacht of het hier gaat over afspraken tussen leveranciers en gemeenten (Wmo), en zorgverzekeraars (Zvw) of zorgkantoren (nu nog AWBZ). Bij inname van een gebruikt hulpmiddel zal de leverancier altijd eerst kijken of deze moet worden opgeknapt en/of kan worden hergebruikt.

Na eerder gebruik moet de leverancier een veilig en verantwoord hulpmiddel kunnen garanderen. Dit zorgt ervoor dat het opknappen van eerder gebruikte hulpmiddelen op een dermate niveau ligt, dat een cliënt vaak niet merkt dat een hulpmiddel eerder is gebruikt. Hierdoor kan het beeld ontstaan dat er altijd nieuwe mobiliteitshulpmiddelen worden geleverd. Het beeld dat er pakhuisen vol staan met ongebruikte mobiliteitshulpmiddelen is dan ook achterhaald. De meeste eerder gebruikte mobiliteitshulpmiddelen die worden ingenomen, (kunnen) worden opgeknapt om vervolgens als eerste te worden (her)gebruikt door de betreffende gemeente(n), zorgverzekeraar(s) en zorgkantoren.

Navraag heeft geleerd dat de hulpmiddelen die niet worden teruggenomen bij de verstrekking een waarde van minder dan € 100, – hebben. Deze hulpmiddelen zijn dan gemiddeld 4,3 jaar in gebruik geweest bij een cliënt. Vanuit hygiënisch oogpunt is reconditionering van douche- en toilethulpmiddelen niet realistisch. Ook zijn de kosten om deze hulpmiddelen op te knappen hoger dan de aanschaf van een nieuw hulpmiddel. Bij inname worden deze hulpmiddelen milieu verantwoord gerecycled. Bruikbare onderdelen worden voor reparaties ingezet.

De terugname van deze hulpmiddelen (en de recycling ervan) kan wel beter, evenals de communicatie over deze gang van zaken aan de cliënt. Zo worden enerzijds niet altijd de ingenomen hulpmiddelen gerecycled, anderzijds hebben veel cliënten geen idee wat met hun ingenomen hulpmiddel gebeurt – wat bijdraagt aan een gevoel van verspilling. In juli 2014 zijn hierover afspraken gereed tussen (brancheorganisaties van) leveranciers, gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren en cliënten. Deze afspraken vormen de input voor een informatiefolder die vanaf september 2014 bij uitgifte van hulpmiddelen aan cliënten wordt

meegeleverd. In deze folder staat het proces van terugname helder beschreven.

### **1.7. Stimuleren toepassen uniforme barcodering op geneesmiddelen en medische hulpmiddelen**

Deze actie komt niet direct voort uit de meldingen, maar is door veldpartijen aangedragen om verspilling tegen te gaan. Er kan en wordt dan ook geen koppeling gemaakt met meldingen, zoals in de acties hiervoor. Een bron van verspilling van genees- en medische hulpmiddelen in het ziekenhuis is dat onvoldoende duidelijk is welke producten zich waar bevinden. Daardoor kan er een ondoelmatige inzet van producten plaatsvinden en een ondoelmatig voorraadbeheer ontstaan waardoor ongebruikte producten met een beperkte houdbaarheidsdatum, vernietigd moeten worden.

Het gebruik van uniforme barcoderingen, gekoppeld aan een goed informatiemanagementsysteem, kan hiervoor een oplossing bieden. Barcoderingen zijn in veel sectoren ingevoerd. De gezondheidszorg loopt wat dat betreft achter. Belangrijke betrokken organisaties in de Nederlandse zorgsector (NVZ, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), NVZA, KNMP, Z-index en Nefemed) pleiten al enige tijd voor het gebruik van uniforme barcodes voor geneesmiddelen en medische hulpmiddelen in de gehele zorgsector. Daarbij hebben zij benadrukt dat zij de GS1-standaard als dé standaard voor barcodering zien binnen de gezondheidszorg<sup>6</sup>. Overigens wordt deze standaard ook in de Verenigde Staten gehanteerd door de FDA.

Een aantal ziekenhuizen in Nederland maakt er – met veel succes – al gebruik van. Hiervoor hebben we al aangegeven hoe een fabrikant bij de pilot «Hospital Unit Dose» van de GS1-barcodering gebruik maakt. Ziekenhuis Bernhoven is een van de voorlopers, waar gebruik van de GS1-barcodering voor alle producten die in de operatiekamers worden gebruikt, bijdragen aan de patiëntveiligheid, het tegengaan van verspilling en daarmee de kosten reduceren. Op elk moment is immers duidelijk welke producten worden gebruikt, bij welke patiënt producten worden gebruikt en welke producten moeten worden aangevuld.

Het invoeren van een uniforme barcodering kan niet alleen verspilling voorkomen door het optimaliseren van logistieke processen maar draagt ook bij aan het vergroten van de patiëntveiligheid en het voorkomen van vervalste medische producten in het legale circuit. Op 19 november 2013 heeft eerstgetekende aangegeven dat VWS samen met de sector, fabrikanten en GS1 bekijkt of in Nederland, vooruitlopend op Europese regelgeving om te komen tot een norm voor heel Europa, al stappen gemaakt kunnen worden ter voorbereiding op deze regelgeving. Inmiddels zijn verkennende gesprekken gevoerd en werkbezoeken afgelegd. In het najaar wordt een bijeenkomst georganiseerd wordt met alle betrokken partijen om gezamenlijke afspraken te maken om een uniforme barcodering in te voeren. Het streven is om deze afspraken eind van het jaar te hebben geoperationaliseerd. Uiteraard zullen we u over de voortgang van dit traject informeren.

---

<sup>6</sup> [www.gs1.nl](http://www.gs1.nl).



## 2. Acties aanpak verspilling in de curatieve zorg

### 2.1. Kostenbewustzijn bij professionals

Melding	Actie	Actie afgerond	Resultaat	Doel
«Er is te weinig controle op onervaren artsen bij bijvoorbeeld het bestellen van bloedproducten vanuit de bloedbank, één zak bloedplaatjes kost € 500. Er worden drie zakken besteld door een onervaren arts (omdat er geen gelegenheid is om te overleggen). Ongebruikte zakken worden vernietigd.»	1. Kostenbewustzijn bij professionals creëren door o.a. opleidingen en nascholing 2. Kosteneffectiviteit opnemen in richtlijnen	1. Najaar 2014 2. 2015	Bij keuze van behandeling wordt kostenaspect mee gewogen	De zorgverlener kiest voor de meest doelmatige behandeling

Er wordt voornamelijk door patiënten veel gemeld over onderzoeken en behandelingen die volgens hen onnodig zijn gedaan. De overweging om bepaald onderzoek te doen, keuze voor welk materiaal er gebruikt wordt of welke behandeling nodig is, zal bij de professional liggen waarbij in de eerste plaats de medische afweging plaatsvindt. Kostenbewustzijn is hierbij een belangrijk onderdeel om zo efficiënt en effectief mogelijk tot een bepaalde diagnose te komen of een gerichte behandeling in te stellen zonder dat de kwaliteit in het geding is. Om kostenbewustzijn bij de professional te creëren, zal dit nog meer een onderdeel moeten worden in het dagelijks werken door bijvoorbeeld doelmatigheid en kosteneffectiviteit op te nemen in de richtlijnen, en zal het bespreken van kosten een onderdeel gaan vormen van het gesprek in de spreekkamer zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit. Momenteel wordt in het UMC Maastricht onderzoek gedaan om kostenbewustzijn een onderdeel te laten vormen van de opleiding van. Inzage in de werkelijke kosten en het doelmatiger inzetten van middelen zijn hierbij een onderdeel. Een voorbeeld van good practice is het diagnostisch kostenoverzicht dat gebruikt wordt in het UMC Radboud.

### 2.2. Procesoptimalisatie in ziekenhuiszorg

Melding	Actie	Actie afgerond	Resultaat	Doel
«Belachelijk lange wachttijden voor eerste afspraak specialist (11 weken voor cardioloog, 1 jaar voor oogarts) 6 weken ct scan en 4 weken mri, waardoor ik steeds ernstiger ziek werd. Dit leidt tot veel langer en moeilijker herstel.»	1. Stimuleren lean management door good practices 2. Analyseren doelmatigheid one-stop-visits voor bepaalde aandoeningen	1. Dit betreft een doorlopend proces; eerste resultaten eind 2014 2. Eind 2015	1. Lean-management breed toepassen 2. Good practices rondom «one-stop visits» delen	Zorgproces georganiseerd rondom zorgvraag

Er worden veel meldingen gedaan rondom de efficiëntie van de processen in de zorg. Dit omvat het vaak onnodig terugkomen van de patiënt bij de behandelaar, het niet aansluiten van de zorgprocessen, en de zorg van verschillende specialisten die onderling niet goed is afgestemd. Van belang hierbij is dat de patiënt centraal wordt gesteld in plaats van de zorgverlener en er georganiseerd wordt vanuit de zorgvraag in plaats van het zorgaanbod. Bij het toepassen van Lean Management zal veel van bovengenoemde problematiek inzichtelijk worden gemaakt en waar mogelijk ook tot verbetering kunnen leiden. Goede voorbeelden van ziekenhuizen waar Lean Management wordt toegepast zijn het Martini Ziekenhuis in Groningen, het Elisabeth ziekenhuis in Tilburg en het Reinier de Graaf Gasthuis in Delft. Door ziekenhuizen waar lean-management al



op effectieve wijze wordt toegepast te koppelen aan ziekenhuizen die hiermee aan de slag willen, wordt tijdwinst geboekt in de aanpak van verspilling.

Het beter afstemmen van verschillende zorgprocessen om te komen tot een one-stop visit voor bepaalde aandoeningen zal ook bijdragen aan verbetering van het zorgproces. Voorbeelden hiervan zijn zorgpaden voor borstkanker of vaatproblematiek. Good practices zullen een aanjager moeten worden voor andere zorgaanbieders.

### 2.3. Leefstijl gerelateerd aan de behandeling

Melding	Actie	Actie afgerond	Resultaat	Doel
«Geen maagverkleiningen voor mensen die toch geen zin hebben om gezond te leven maar een begeleidingstraject waarin eetgedrag en gezonde levensstijl wordt aangeleerd.»	1. Inzicht verkrijgen bij welke aandoeningen patiënten niet de voorgeschreven levenswijze hanteren en wat daar aan gedaan kan worden 2. Het creëren van een (web)omgeving om een patiëntbuddy te vinden	1. Najaar 2014 2. 2015	1. Aanbevelingen om patiënten te begeleiden naar een gewenste levensstijl gerelateerd aan de behandeling 2. Totstandkoming van een patiëntbuddy – contact	De patiënt is zich beter bewust van eigen leefstijl en de gevolgen daarvan op zijn zorgvraag

Er wordt door patiënten en zorgverleners gemeld over patiënten die hun levenswijze niet aanpassen, terwijl dat voor de (behandeling van de) aandoening wel aangewezen is. Hierbij gaat het met name over het belang van communicatie waarbij er goede informatie wordt gegeven over het gewenste effect van de behandeling en de gedeelde verantwoordelijkheid hierin. Dit vormt een belangrijk onderdeel in het proces van gedeelde besluitvorming waarbij is aangetoond dat dit leidt tot betere therapietrouw. Een ander element dat hier een rol speelt is dat medische behandelingen veelal vergoed worden (via het basispakket), terwijl leefstijl voor een belangrijk deel preventieve elementen in zich heeft, welke voor eigen rekening van de patiënt komt.

Als eerste is het van belang om te weten bij welke aandoeningen het veel voorkomt dat patiënten niet de voorgeschreven levenswijze hanteren, welke problematiek hieraan ten grondslag ligt en wat daar aan gedaan kan worden. Er zijn al goede initiatieven om leefstijl te beïnvloeden vanuit het Nationaal Programma Preventie.

Een good practice voorbeeld is IVF-Voorburg waar patiënten met een te hoog lichaamsgewicht eerst worden geadviseerd en professioneel begeleid om af te vallen alvorens met een IVF procedure te beginnen. Daarnaast is het van belang dat de patiënt zelf zo gericht mogelijk wordt ondersteund. Naast de reguliere zorg, zal ook het creëren van een (web)omgeving om een «patiënt buddy» te vinden hierbij helpen. Een patiënt buddy is iemand die zonnodig hetzelfde proces heeft doorgemaakt waardoor er gebruik kan worden gemaakt van gerichte ondersteuning en begeleiding.

### 2.4. Doelmatigheid van overdracht

Melding	Actie	Actie afgerond	Resultaat	Doel
«Mijn vader is reeds 3 maal opgenomen i.v.m. medicijnvergiftiging. Communicatie tussen huisarts, cardioloog, apotheek en anderen zouden dit hebben kunnen voorkomen.»	1. Standaardiseren overdracht zorgketen 2. Transmurale afspraken stimuleren door zorgnetwerken	Eind 2014	Optimalisatie rondom overdracht zorgketen	Behoud van kwaliteit en veiligheid bij overdracht van zorg

Er is een substantieel aantal meldingen naar voren gekomen betreffende de overdracht van zorg van 0-1-2-3<sup>e</sup> lijn, waarbij onduidelijkheid in communicatie en inefficiëntie werden genoemd.

Naar het voorbeeld van de zogenoemde «time-outprocedure» voor de operatieve ingrepen, lijkt de behoefte te bestaan voor het standaardiseren van overdrachtmomenten. Dit zal niet alleen proces efficiëntie tot gevolg hebben maar tevens zijn effect hebben op kwaliteit en veiligheid.

Suggesties vanuit de meldingen en uit het veld, bijvoorbeeld door de V&VN, zullen verder onderzocht moeten worden op haalbaarheid, en het betrekken van overig zorgpartijen voor het beoordelen van de uitvoerbaarheid. Gedacht wordt bijvoorbeeld aan doelmatige digitale autorisatie bij indicatiestelling. Behalve het tegengaan van verspilling zal dit effect sorteren op meerdere gebieden, zo kan een standaardisatie van de overdracht een efficiëntere arbeidsinzet tot gevolg kunnen hebben waardoor er meer tijd beschikbaar komt voor andere werkzaamheden. Er zijn diverse good practices op dit terrein bijvoorbeeld het Elektronisch Zorgdossier Amsterdam ([www.ezda.nl](http://www.ezda.nl)) en het elektronisch samenwerkingsplatform voor Transfer en Overdracht Ziekenhuizen en VVT-zorginstellingen ([www.verzorgdeoverdracht.nl](http://www.verzorgdeoverdracht.nl)).

Daarnaast is ook de zorg op de juiste plek van belang. Er zijn al veel goede initiatieven op dit terrein, welke breder kunnen worden opgepakt. Daarom wordt ingezet om regionale transmurale afspraken verder te stimuleren. Good practice hiervan is bijvoorbeeld de Maartenskliniek welke op een systematische wijze een Behandelplan voor ARTrose heup en knie (BART) heeft opgezet.

## 2.5. Gepast gebruik spoedeisende hulp

Melding	Actie	Actie afgerond	Resultaat	Doel
«Patiënten melden zich voor kleine, zeker niet levensbedreigende zaken op de spoedeisende hulp.»	Communiceren over gepast gebruik van de spoedeisende hulp	Eind 2014	Patiënt is geïnformeerd waar hij terecht kan bij acute zorg	Gepast gebruik van de spoedeisende zorg

Patiënten en zorgverleners melden over patiënten die in hun ogen ten onrechte naar de SEH (spoedeisende hulp) of de HAP (huisartsenpost) gaan.

Het is voor patiënten nog niet altijd duidelijk bij welke hulpvraag de SEH of de HAP aangewezen is, dan wel gebruik gemaakt kan worden van reguliere huisartsenzorg overdag (inclusief acute zorg). Daarom is het van belang goed onder de aandacht van de patiënt en de zorgverlener te krijgen wanneer welke zorg aangewezen is en zo te stimuleren dat de juiste zorg op de juiste zorgvoorziening (post) wordt gebruikt. Daarom gaan we samen met de relevante veldpartijen onderzoeken waardoor de SEH en de HAP nu nog niet altijd juist worden gebruikt en wat ervoor nodig is om gepast gebruik van de spoedeisende hulp te bevorderen. Dit kan veroorzaakt worden door aspecten in de communicatie, maar ook in meer logistieke processen waarbij er een intensievere samenwerking met SEH en HAP noodzakelijk wordt. Een goed voorbeeld waar intensief wordt samengewerkt tussen SEH en HAP is het Haga Ziekenhuis in Den Haag. We zullen hierbij rekening houden met lopende trajecten (zo maken de samenwerking tussen SEH en HAP onderdeel uit van zorginkoop gesprekken met verzekeraars) en initiatieven en zullen best practices worden meegenomen. Zo is er een app beschikbaar ([www.thuisarts.nl](http://www.thuisarts.nl)) waarbij de patiënt zelf beter kan inschatten of spoedeisende hulp nodig is. Deze inventarisatie is eind 2014 klaar en acties vloeien daaruit voort. Te denken valt aan gerichte communicatie richting patiënten.

## 2.6. Gerichte ondersteuning conditie patiënt

Melding	Actie	Actie afgerond	Resultaat	Doel
«In het ziekenhuis moest mijn vader 6 weken wachten totdat hij werd geopereerd. Hij kon niet naar huis, lag aan het infuus.»	Optimalisatie uitgangssituatie van de patiënt voorafgaand aan de curatieve zorg	2015	1. Gerichte standaard programma's implementeren ten behoeve van verbeteren uitgangssituatie patiënt voor opname 2. Gerichte informatie ontwikkeling	Voorkomen van onnodige langdurige opname rondom curatieve zorg

Bij de meldingen wordt genoemd dat de opname in de curatieve zorgsector onnodig verlengt wanneer de uitgangssituatie van de patiënt suboptimaal is. In dit kader kan informatie over voeding en een specifiek voorbereidend programma ingesteld worden. Dit zal in intensief overleg met de eerste lijn moeten plaatsvinden en gedeeltelijk aansluiten op nationale preventie programma's over voeding.

## 2.7. Optimalisatie ICT systeem

Melding	Actie	Actie afgerond	Resultaat	Doel
«Ik ben naar het ziekenhuis geweest voor een second opinion, tot tweemaal toe is de informatie die mijn vorige ziekenhuis heeft opgestuurd kwijtgeraakt. Ik ben vier maal voor niets naar het ziekenhuis geweest.»	1. Inzicht in projecten op dit gebied 2. Mogelijke oplossingen en obstakels categoriseren	Nog onbekend	Aanbevelingen om te komen tot het werkbaar maken van een landelijk uitwisselbaar ICT systeem	ICT maakt onderdeel uit van een optimaal werkproces

Vele meldingen verwijzen naar een suboptimaal ICT systeem, waardoor uitwisseling van gegevens, en daardoor toegankelijkheid, kwaliteit en veiligheid van zorg wordt ondermijnd. Dat dit uiteindelijk zijn weerslag heeft op doelmatigheid en het tegengaan van verspilling is evident. Uitgangspunt zou daarbij een patiëntgebonden ICT systeem moeten zijn. Echter een omvangrijk project dat voortkomt uit deze meldingen, zal geïnventariseerd moeten worden op de achtergrond van reeds lopende onderzoeken en projecten. In dit kader zou deze actie kunnen dienen als aanjager van bovengenoemd probleem, om binnen afzienbare tijd naar landelijke oplossingen te komen. Er valt in dit proces te overwegen om ziekenhuizen die nog geen functionerend elektronisch dossier voeren, een termijn te stellen waarop dit gerealiseerd zal moeten zijn. Dit niet alleen in het kader van wenselijke communicatie maar zeker ook in het kader van kwaliteit en veiligheid. Een «good practice» betreft de Rivas Zorggroep, waar zorgprofessionals uit zowel ziekenhuis als verpleeg- en verzorgingshuizen, kraamzorg, paramedische zorg en thuiszorg op grote schaal samen werken in één geïntegreerd elektronisch cliënt dossier.

## 2.8. Zorgvraagontwikkeling op basis van sociale behoeften

Melding	Actie	Actie afgerond	Resultaat	Doel
«Het ziekenhuis functioneert als tijdelijke opvang van hulpbehoevende ouderen/verslaafden. Dit gebeurt bij ons op de SEH, eenmaal in de kliniek liggen patiënten soms weken te wachten.»	Uitvoeren nulmeting ten aanzien van sociale opnames	Eind 2014	Inzicht in de problematiek van de sociale opnames situatie	Voorkomen van sociale opnames in de tweede lijn

In meerdere meldingen komt naar voren dat het ziekenhuis meermaals wordt ingezet om het onderliggende sociale probleem te ondersteunen, in plaats van gericht in te zetten op een medisch specialistische behandeling. De zorgvraag wordt niet duidelijk geëxpliciteerd waardoor het behandelplan mogelijk niet optimaal aansluit bij de zorgbehoefte. Gerichte zorg vanuit het ziekenhuis zal niet het opvangnet moeten zijn of worden voor onderliggende (psycho) sociale problematiek. Gezien het kabinetsbeleid rondom de langdurige zorg en gedeeltelijke overheveling naar de gemeenten is het van belang dat het ziekenhuis goed afstemt met de lokale zorg aanbieders en met de gemeenten. Vooral nog lijkt het logisch om lokale initiatieven gelegenheid te geven om deze contacten te leggen. Een voorbeeld hierbij is [www.wehelpen.nl](http://www.wehelpen.nl).

### 3. Acties aanpak verspilling in de langdurige zorg

#### 3.1. Verbeteren samenspel formele-informele zorg

Melding	Actie	Actie afgerond	Resultaat	Doel
«Om de tafel: wat moet noodzakelijkerwijs door een professional worden gedaan en wat door de mantelzorgers? Kinderen hebben nooit tijd meer voor hun ouders en de dure professionals moeten dit opvangen.»	1. Bijeenbrengen van formele en informele zorgverleners 2. Vergroten van opties voor stages	Najaar 2014	Meer aandacht voor informele zorg in de zorginkoop waardoor minder professionele zorg nodig is en informele zorg beter wordt ingezet en ondersteund. Het samenspel is ook een onderdeel van de agenda informele zorg en ondersteuning	Beter samenspel tussen formele en informele zorgverleners

Melders vinden goede samenwerking tussen zorgverleners belangrijk en wijzen soms op het teveel aan professionele zorg en ondersteuning. In de zorg wordt het belang onderschreven van een betere samenwerking tussen informele zorg en professionele zorgverleners. Soms lukt dit al. In het project Regie op Locatie is bij zorgorganisatie van Boeijen gestart met een nieuwe werkwijze waarbij verwanten en medewerkers gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor het reilen en zeilen van een locatie op zich nemen. Dit heeft geleid tot meer zeggenschap voor de cliënt, maar ook betere afstemming en hogere efficiency.

Door betere samenwerking tussen informele en formele zorg en ondersteuning, zou de zorg in zijn geheel passender en efficiënter kunnen worden ingevuld. Door professionele zorgverlening in te laten spelen op de mogelijkheden en ondersteuningsbehoefte van informele zorgverleners, kan bovendien meer preventief te werk worden gegaan en daarmee een andere of zwaardere (duurdere) zorgvraag worden voorkomen. Het sociale wijkteam, met name de wijkverpleegkundige, zou daarbij een signalerende en verbindende rol kunnen vervullen. De acties op dit punt betreffen het vergroten van aandacht in het veld voor een goed samenspel tussen formele zorg en informele zorg en ondersteuning. Zo hebben Mezzo, Actiz en V&VN, Agora en Nederlandse Organisatie Vrijwilligerswerk (NOV) op 8 april een werkconferentie georganiseerd over dit thema voor professionals, vrijwilligers en mantelzorgers.

Daarnaast zal worden verkend of als onderdeel van het mbo en hbo (zorg)onderwijs (meer) stages kunnen plaatsvinden bij vrijwilligersorganisaties dan wel bij zorginstellingen die veel werken met zorgvrijwilligers. Hierdoor kunnen aankomende zorg- en welzijn professionals de waarde van informele zorg en ondersteuning inzien en in de praktijk leren hoe samen te werken met informele zorgverleners. Tenslotte gaat een

werkgroep van veldpartijen samen met VWS aanbevelingen formuleren voor een goede inbedding van het samenspel in de zorginkoop. In het kader van de agenda informele zorg en ondersteuning die momenteel samen met partijen uit de zorg- en welzijnketen en de VNG wordt vormgegeven, waarover uw Kamer met de brief Voortgang «Versterken, verlichten verbinden» van 5 november 2013 is geïnformeerd, wordt nadrukkelijk aandacht besteed aan het verbeteren van het samenspel tussen informele en formele zorg en ondersteuning.<sup>7</sup> De bovengenoemde acties sluiten hier op aan. De werkgroep samenspel brengt in beeld wat randvoorwaarden voor een goed samenspel zijn op het niveau van de professional, de organisatie en op strategisch niveau en formuleert aanbevelingen om een beter samenspel te realiseren. In de volgende voortgangsrapportage informele zorg die in september aan uw Kamer wordt gestuurd, zullen de uitkomsten van dit traject worden meegenomen.

Daarnaast zal een deel van de € 11 miljoen aan extra middelen, als uitvloeisel van het begrotingsakkoord, in 2014 worden ingezet voor het verbeteren van het samenspel tussen informele – en formele zorg en ondersteuning opdat de individuele mantelzorger en de zorgvrijwilliger beter ingezet en ondersteund gaan worden. In de Nota naar aanleiding van het Verslag Wmo 2015 van 11 maart jl. is uw Kamer hierover geïnformeerd.<sup>8</sup>

### 3.2. Verbeteringen in de bedrijfsvoering

Melding	Acties	Actie afgerond	Resultaat	Doel
«In een kleinschalig verpleeghuis waar door de verzorging gekookt wordt, is veel verspilling van voedsel door slecht voorraadbeheer, onkunde bij bereiding van maaltijden en dure inkoop via internet bij AH.»	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Seminar voor facilitair managers</li> <li>2. Onderzoek naar inkoop-functie in de care</li> <li>3. Onderzoek naar good practices tegengaan voedselverspilling</li> </ol>	Najaar 2014	Besparingen door gezamenlijke inkoop zorginstellingen	Doelmatiger inkoop en minder voedselverspilling

De meest genoemde voorbeelden van verspilling in de bedrijfsvoering binnen de langdurige zorg zijn het weggooien van voeding, het onnodig vervangen van inventaris, ondoelmatig huisvestingsbeleid en het niet scherp genoeg inkopen.

Via het programma In voor zorg! zijn al veel goede voorbeelden bekend van instellingen die op deze punten verbeteringen hebben doorgevoerd. Zo heeft stichting de Wielborgh de exploitatie van de sociale restaurants ingrijpend aangepast. Door gebruik van voor consumptie gereede maaltijden en een andere manier van werken wordt 12% minder weggegooid en zijn de kosten met 17% gedaald. De acties die we in het kader van het Programma oppakken richten zich vooral op het versterken van de inkoopfunctie via een seminar voor facilitaire managers en een mogelijk onderzoek met de brancheorganisaties naar de mogelijkheden voor uitbreiding van gezamenlijke inkoop. Good practices geven ons inzicht in het tegengaan van onnodig weggooien van voedsel.

<sup>7</sup> Kamerstuk 30 169, nr. 29.

<sup>8</sup> Kamerstuk 33 841, nr. 34.

### 3.3. Beter inzet van personeel

Melding	Actie	Actie afgerond	Resultaat	Doel
Er zijn diverse meldingen over te zwaar werk, onjuiste inzet van personeel en te grote afstand tot het management	1. Aanbevelingen voor slimmer werken toepassen 2. Beter inroosteren en voorkomen uitval van personeel	Zomer 2014	Minder uitval van mensen en betere benutting van het potentieel van werknemers bij het tegengaan van verspilling	Optimale inzet van zorgverleners

Het gaat bij betere inzet van personeel bijvoorbeeld om het komen tot betere werkprocessen (zoals beter inroosteren en het voorkomen van uitval van mensen). Melders geven aan dat samenwerking beter kan en dat er soms teveel (verschillende) zorgverleners over de vloer komen. Bij zorginstelling Riwis wordt met lean management gewerkt. Door medewerkers zoveel mogelijk te betrekken werden ideeën benut en draagvlak voor verandering gecreëerd. Ook de ondersteunende afdelingen werden betrokken bij de werkprocessen. Zo werd een groot aantal verbetervoorstellen voor het primaire proces doorgevoerd. Een eerste actie is om samen met de bonden good practices en aanbevelingen om te komen tot slimmer werken, beter inroosteren en voorkomen van uitval van personeel te inventariseren met als doel om deze breed toe te passen.

### 3.4. Meer zelfredzaamheid door inzet technologie

Melding	Actie	Actie afgerond	Resultaat	Doel
«Domotica inzetten in plaats van zorgverlening door een persoon. Hiervoor is in onze organisatie wel de wil, maar er is bij de verzorgenden en verpleegkundigen te weinig bekend.»	Aanbevelingen voor snellere invoering van technologie voor zelfredzaamheid	Najaar 2014	Betere/snellere verspreiding van technologie voor zelfredzaamheid	Zelfredzaamheid vergroot

Juist in de langdurige zorg liggen er veel mogelijkheden om via inzet van moderne technologie kwalitatief betere zorg tegen lagere kosten te bieden. Bijvoorbeeld door elektronische gegevensoverdracht (in plaats van papier) en het leveren van zorg op afstand. De verspilling zit er in dat door het niet gebruiken van deze technologie de zorg kwalitatief wellicht minder goed en onnodig duur is, omdat professionals bijvoorbeeld onnodig veel visites moeten afleggen of inefficiënt op papier moeten registreren.

Om langer thuis wonen mogelijk te maken zijn veel ontwikkelingen gaande om de zelfredzaamheid te vergroten, zoals betere alarmering, woonhuis aanpassingen door ICT en het monitoren van de eigen gezondheid via medische apps. Zo ontwikkelde Proteion Thuis de ThuisService (TS): een digitaal platform voor vitale ouderen voor het bevorderen van ontmoeting, participatie en samenredzaamheid. Ouderen hebben toegang tot verschillende service- en gemakdiensten. Via beeldbellen en sociale media kunnen ze met elkaar contact zoeken.

Melders vinden het zonde als kostenbesparende technologie niet tijdig wordt ingepast. Binnenkort sturen wij u een brief over technologische innovaties ten behoeve van het vergroten van de zelfredzaamheid van mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben. Binnen de aanpak verspilling langdurige zorg gaat een werkgroep aan de slag met de vraag waarom beschikbare technologie voor het vergroten van zelfredzaamheid onvoldoende wordt ingezet.

**Lopende trajecten in relatie met meldingen**

Met deze voortgangsbrief informeren wij u niet alleen over de acties die voortvloeien uit de meldingen en die uitgevoerd worden binnen het Programma, maar ook hoe de overige meldingen aansluiting vinden bij huidig of toekomstig beleid van VWS. Geen melding gaat verloren.

Wij benoemen in deze bijlage een aantal onderwerpen waarover is gemeld en beschrijven kort de relatie met het bijbehorende beleidstraject. In het vervolg zullen we slechts op deze trajecten terugkomen in het kader van het Programma indien er acties voor het Programma uit voort komen of als hier aanleiding voor is.

*Inzicht in kosten*

Meldingen geven weer dat zowel patiënten als zorgverleners het belangrijk vinden dat er meer inzicht in en bewustwording van de kosten van zorg komt.

Het verhogen van kostenbewustzijn bij zorgprofessionals kan bijdragen aan het voorkomen van onnodige zorgactiviteiten en onrechtmatige declaraties. De opleidingen verdienen hierbij extra aandacht.<sup>9</sup> Daarom zijn, binnen het brede kader van de agendering van het thema «betaalbaarheid van de zorg» gesprekken gevoerd met de zorgopleidingen over de rol van de zorgopleidingen bij kostenbewustzijn in de zorg. In de opleiding tot medisch specialist wordt het thema bekostiging van de zorg inmiddels geïmplementeerd in de zogenaamde CanMeds competenties. Bij het traject kostenbewustzijn wordt hard gewerkt aan het inzichtelijk maken van de rekening en van de kosten voordat een behandeling is gestart. Uw Kamer ontvangt binnenkort een voortgangsbrief over dit traject.

*Rol van de patiënt/cliënt*

Uit meldingen komt naar voren dat de patiënt/cliënt een belangrijke rol speelt bij het tegengaan van verspilling. Er wordt onder andere gemeld dat mensen te weinig eigen verantwoordelijkheid nemen voor de eigen gezondheid. Meldingen geven eveneens weer dat de patiënt/ cliënt «shopgedrag» vertoont of onnodig veel zorg vraagt of krijgt. Men geeft aan dat bewustwording van zorgkosten ertoe bijdraagt om dit gedrag te voorkomen.

Het programma «Alles is gezondheid...» (uitvloeisel van het Nationaal Programma Preventie) 2014–2016 zet zich in om preventie een prominentere plek te geven in de gezondheidszorg. Thema's uit dit programma waar mogelijke verbanden te vinden zijn, zijn wonen/wijk en zorg. Het doel is dat vooral ouderen later (langdurige) zorg nodig hebben en langer zelfredzaam blijven.

Het vergroten van de regie van de patiënt wordt door veel melders als een belangrijke oplossing voor verspilling gezien. We proberen dan ook langs meerdere wegen de positie van de patiënt te versterken. Het Kwaliteitsinstituut richt zich met de vernieuwde website KiesBeter.nl op het informeren van patiënten over wat goede zorg is en waar die kan worden verkregen. Ook wordt de rechtspositie van de patiënt versterkt. Zo beogen we met de Wet Kwaliteit, klachten en geschillen te bewerkstelligen dat de cliënt meer centraal komt te staan en dat er meer transparantie tot stand komt, ook richting de cliënt. Dit wetsvoorstel ligt momenteel ter behandeling in de Eerste Kamer.

Daarnaast erkennen wij ook de rol van de patiëntenorganisaties. Deze organisaties zijn van en voor patiënten, brengen ervaringen bij elkaar en

<sup>9</sup> Kamerstuk 28 828, nr. 28.



maken die toegankelijk voor anderen. Op deze wijze dragen deze organisaties bij aan een betere positie van de cliënt zodat deze zelf kan kiezen hoe hij de regie op zijn eigen leven wil voeren, betere kwaliteit van zorg krijgt en maatschappelijk kan participeren.

#### *Kwaliteits- en doelmatigheidsagenda*

Veel meldingen gaan over onnodige zorg die geleverd wordt. Er wordt bijvoorbeeld gemeld dat er beter naar de patiënt geluisterd moet worden en dat deze beter moet worden betrokken bij de besluitvorming over de behandeling. In de hoofdlijnenakkoorden voor de eerstelijnszorg, de medisch specialistische zorg en de GGZ is opgenomen dat partijen aan de hand van een kwaliteits- en doelmatigheidsagenda inzetten op zorginhoudelijke verbetering. Een deel van de meldingen heeft betrekking op zaken die ook in de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda een plek krijgen, waarbij we goed samenwerken zoals op de eerder genoemde acties op het terrein shared decision making.

#### *Eerstelijnsdiagnostiek*

Veel meldingen gaan over diagnostiek die dubbel of te vaak plaatsvindt. Momenteel voert KPMG onderzoek uit naar de vormgeving van de bekostiging van de eerstelijns diagnostiek en de ontwikkeling van prestatie-indicatoren. Dit onderzoek gaat over de baten van eerstelijnsdiagnostiek en hoe de bekostiging van de diagnostiek zodanig vormgegeven kan worden dat substitutie bevorderd kan worden en dat onnodige dubbele diagnostiek kan worden voorkomen. Daarnaast worden er prestatie-indicatoren ontwikkeld die bij de inkoop kunnen worden gebruikt om de functie diagnostiek te verbeteren, waarbij ook bijvoorbeeld eisen worden gesteld aan de ICT systemen tussen huisartsen en ziekenhuizen. De verzekeraar kan bijvoorbeeld ook sturen op het zogenaamd Diagnostisch Toets Overleg waarbij huisartsen worden geïnformeerd over hun aanvraaggedrag. Ook Landelijk Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA)- formulieren kunnen bijdragen aan doelmatig gebruik van diagnostiek. Dit zijn formulieren waarop bepaalde aanvragen bij klachten/aandoeningen al enigszins zijn gegroepeerd. Dit onderzoek wordt voor de zomer verwacht en naar uw Kamer gestuurd.

#### *Medicatiebeoordeling en therapietrouw*

Medicatiebeoordeling en therapietrouw wordt veelal genoemd als oplossing bij de verspilling van geneesmiddelen. In het veld worden er op deze twee terreinen stappen gemaakt.<sup>10</sup> Deze ontwikkelingen zorgen ervoor dat de samenwerking tussen verschillende zorgverleners en patiënten verbetert. Dit zal ertoe leiden dat de zorg voor patiënten meer op maat wordt verzorgd. Dit draagt bij aan de kwaliteit van zorg, en leidt tot minder verspilling van geneesmiddelen.

#### *Inrichting langdurige zorg*

Sommige melders zijn van mening dat verspilling veroorzaakt wordt door de huidige inrichting van de langdurige zorg. Zij zien met name oplossingen gelegen in veranderingen in de AWBZ en de Wmo. Binnen de langdurige zorg vindt een aanzienlijke stelselherziening plaats. Het is de inzet van het kabinet dat deze herziening ertoe zal bijdragen dat de kosten van de langdurige zorg beter in de hand kunnen worden gehouden en dat op terreinen minder verspilling op zal treden. Het eerder

<sup>10</sup> brief van 8 april 2014 over de resultaten Bestuurlijk overleg farmacie (Kamerstuk 29 477, nr. 284).



aan u gestuurde onderzoeksrapport dat de gevolgen voor regeldruk van de hervorming van de langdurige zorg in beeld brengt laat bijvoorbeeld zien dat er, naar de huidige inzichten, in de overgangssituatie sprake is van een lichte toename van de regeldruk. Structureel ontstaat er echter een vermindering van regeldruk van ca. € 15,5 miljoen, die voor een deel neerslaat bij burgers en voor een deel bij zorgaanbieders. Op termijn kan de besparing toenemen omdat het beleid er op is gericht om mensen zo lang mogelijk zelfstandig thuis te laten wonen.<sup>11</sup>

Het is daarnaast de bedoeling dat we bij het gezamenlijk aanpakken van verspilling rekening houden met de hervormingsplannen, zodat we ook binnen de nieuwe realiteit onnodige zorgkosten tegen kunnen gaan.

### *Stelselordering*

Bureaucratie wordt vaak genoemd als oorzaak van verspilling en in verband gebracht met de wijze waarop het stelsel geordend is. De naar voren gebrachte oplossingen lopen uiteen van meer marktwerking tot terug naar het stelsel van aanbodbekostiging zoals dat van toepassing was voor dat de Zorgverzekeringswet in werking trad.

De ordening van de markten in de gezondheidszorg is geregeld in de Wet marktordening gezondheidszorg en veelal in lagere regelgeving (beleidsregels, aanwijzingen, besluiten) uitgewerkt. Deze wet wordt dit jaar geëvalueerd.

### *Toezicht, management en controle*

Meldingen die in verband worden gebracht met teveel of te weinig toezicht en controle als oorzaak van verspilling dienen als input voor een aantal lopende trajecten waaronder Goed Bestuur.<sup>12</sup> Het traject Goed Bestuur dient tot een verbetering van de toezichtrelatie tussen raden van bestuur en raden van toezicht binnen zorgaanbieders, maar ook een versterking van de positie van cliënten in de zorg. Daarnaast vragen wij dit jaar de IGZ om nieuwe toetreders te controleren die geen alternatieve zorgaanbieder zijn en geen eenmanszaak. Meldingen die blijk geven van een vermoeden van fraude worden doorgeleid naar het Verzamelpunt Zorgfraude van de NZa, zodat deze nader, indien ze niet anoniem zijn, kunnen worden bezien. In de aanpak van oneigenlijk gebruik en fraude in de zorg worden deze meldingen meegenomen als input. Over de voortgang van de aanpak van oneigenlijk gebruik en fraude in de zorg hebben wij u onlangs geïnformeerd in de commissiebrief van 27 maart.<sup>13</sup> In het najaar van 2014 ontvangt u de volgende voortgangsrapportage.

### *Certificering, protocollen en richtlijnen*

Meldingen over protocollen, certificering en richtlijnen zijn zeer divers: meldingen gaan over van teveel aan papierwerk tot aan te strenge richtlijnen of juist te vrije protocollen. Ook wij zijn geen voorstander van overbodige erkenningen, certificaten en accreditaties en roept op deze waar mogelijk te schrappen en heeft het veld opgeroepen hier samen werk van te maken.

De inzet is dat we met de juiste publieke transparantie-eisen de positie van zorgverleners versterken waardoor ze nee kunnen zeggen tegen aanvullende eisen van private partijen zoals certificaten. En dat de burger met deze publieke transparantie-eisen inzicht heeft in de kwaliteit van zorg. Dat nemen we beide mee in het stappenplan transparantie waarover voor de zomer een brief naar uw Kamer gaat.

<sup>11</sup> Kamerstuk 30 597, nr. 431.

<sup>12</sup> Kamerstuk 32 012, nr. 15.

<sup>13</sup> Kamerstuk 28 828, nr. 57.

In de trajecten rondom regeldruk vermindering, Experiment Regelarme instellingen en de projecten van dit Programma wordt ingezet op het verminderen van onnodige administratieve lasten.

Daarnaast is eerstgetekende in gesprek met de partijen verenigd in de Agenda voor de zorg, onder voorzitterschap van de heer Rinnooy Kan, om te bezien waar belemmeringen die regeldruk veroorzaken weggenomen kunnen worden. De voorgenomen aanpak, waar u separaat over wordt geïnformeerd, ziet naast het verminderen van belastende regelgeving toe op het verminderen van ervaren regeldruk, die partijen zichzelf en elkaar opleggen.

#### *Salarissen*

Er wordt gemeld dat er minder verspilling zou zijn wanneer de salarissen van de zorgbestuurders zouden worden gekort. Het kabinet is van plan de normen van Wet normering topinkomens verder aan te scherpen.

Diverse reacties gaan over het inkomen van medisch specialisten. Veelal wordt bepleit specialisten verplicht in loondienst te brengen. Ten aanzien van de matiging van specialisteninkomens is in het Regeerakkoord afgesproken dat het rapport van de commissie Meurs als leidraad wordt gehanteerd. Daaruit vloeit voort de invoering van integrale tarieven met ingang van 2015 en het opleggen van een taakstellende korting van 100 miljoen euro op de specialistenhonoraria. Deze taakstelling is inmiddels verwerkt in het totale budgettaire kader dat is afgesproken in het bestuurlijke akkoord 2014–2017.<sup>14</sup>

#### *Eigen betalingen en eigen risico*

Veel melders stelden voor om een specifieke eigen bijdrage in te voeren, dit ter vergroting van het kostenbewustzijn. Deze eigen bijdrage wordt met name voorgesteld op het gebied van hulpmiddelen. Opvallend zijn de voorstellen voor een eigen bijdrage voor de rollator, terwijl deze sinds 1 januari 2013 niet meer in het pakket zit.

Ook stelden melders voor om het verplicht eigen risico af te schaffen, omdat ze een verplicht eigen risico voor lage inkomens te hoog vinden. In dat kader willen we benadrukken dat de laagste inkomens via de zorgtoeslag gecompenseerd worden.

#### *Indicatiestelling en upcoding*

Het verminderen van verspilling is volgens de meldingen ook mogelijk door scherpere en meer onafhankelijke indicatiestellingen en door meer controle op veranderingen in zorgbehoefte. Er zijn ook de meldingen over upcoding.

Er gaat het nodige veranderen met de toegang tot de Wet langdurige zorg (Wlz). Bij de zorg thuis gaan goed opgeleide wijkverpleegkundigen en sociale wijkteams beoordelen en meedenken wat nodig is. Er komt ook een nieuwe aanspraak wijkverpleging. Voor aanvullende maatregelen rondom de problematiek van upcoding bent u in oktober 2013 geïnformeerd.<sup>15</sup>

#### *Pgb*

Vele meldingen gaan over oneigenlijk gebruik van het persoonsgebonden budget. Een actieplan ten behoeve van een solide en fraudebestendig pgb is eind 2012 aan u gestuurd en over de voortgang bent u vervolgens

<sup>14</sup> Kamerstuk 32 620, nr. 114.

<sup>15</sup> Kamerstuk 28 828, nr. 51.

geïnfomeerd<sup>16</sup>. De knelpunten en oplossingen aangedragen door melders worden in het beleid meegenomen.

### *Mantelzorgcompliment*

Er zijn de nodige meldingen over verspilling die zich zou voordoen bij de verstrekking van het mantelzorgcompliment. Per 2015 vervalt de huidige grondslag van het mantelzorgcompliment. Het wetsvoorstel Wmo 2015 regelt dat vanaf dat moment de waardering (in geld en/of natura) van de mantelzorger een expliciete taak van gemeenten wordt. VWS en de VNG maken een handreiking ter ondersteuning van gemeenten bij de vormgeving van deze nieuwe taak.

---

<sup>16</sup> Kamerstuk 25 657, nr. 96 en Kamerstuk 30 597, nr. 389.

Het Meldpunt is in samenwerking met het NIVEL verder verbeterd, zodat de melders de mogelijkheid krijgen nog uitvoeriger hun melding te doen. Deze vernieuwde vragenlijst is sinds 2 februari 2014 online. Zowel in het huidige vragenformulier als in het eerdere vragenformulier wordt er vaker een oorzaak van verspilling gemeld dan een oplossing. Van de gestarte meldingen vult 86% een oorzaak en plaats in van de verspilling en 80% vult ook een oplossing. Bij nadere analyse van de gemelde problematiek, blijkt ook dat de oplossing die gemeld wordt niet altijd in relatie staat met de oorzaak.

#### *Analyse*

De analyse van de meldingen in de periode 25 mei 2013–1 augustus 2013 betrof 13.657 bruikbare meldingen.<sup>17</sup> Van augustus 2013 tot mei 2014 zijn er 3.283 meldingen gedaan via het Meldpunt. Na analyse blijken 2.494 van deze meldingen bruikbaar. Deze analyse van de recente meldingen (augustus 2013 tot mei 2014) laat enkele overeenkomsten en verschillen zien met de eerste analyse (mei 2013 tot augustus 2013).

Allereerst is de samenstelling van de groep melders meer divers: zowel wat betreft de leeftijd als vanuit welke rol zij de melding heeft gedaan. Er is een kleine stijging van meldingen door zorgverleners en mantelzorgers met daarbij een lichte daling van meldingen door de patiënt/cliënt. Ten tweede gaat iets meer dan een derde van de meldingen over genees- en hulpmiddelen, een daling van bijna tien procent ten opzichte van de eerste rapportage. Een kwart van de meldingen gaat over geneesmiddelen. Hierbij gaat opnieuw het merendeel over hergebruik van geneesmiddelen.

Ten derde gaan nog steeds de meeste meldingen over de curatieve zorg. Ten vierde blijkt ook uit deze meldingen dat tweederde van de meldingen betrekking heeft op «hoeveelheid zorg», «gebruik van zorgmiddelen» en «betaling van de zorg».

Binnen de curatieve zorg zijn er meer meldingen binnengekomen over «aanpak zorgverlening» en «management en bedrijfsvoering en juist minder over «gebruik zorgverlening». Vergelijkbaar met de eerdere analyse wordt over er over «onnodige zorg» binnen de curatieve zorg het meest gemeld.

Over de langdurige zorg wordt nu ongeveer evenveel gemeld over «betaling van de zorg», «management en bedrijfsvoering» en «hoeveelheid zorg».

Tenslotte wordt er nog steeds meer over «management en bedrijfsvoering» gemeld in de langdurige zorg dan in de curatieve zorg.

---

<sup>17</sup> Kamerstuk 33 654, nr. 4.