

# Burgerforum 'Keuzes in de zorg'

Zoeken naar maatschappelijke waarden  
rondom de samenstelling van ons zorgpakket



Informatiebrochure



## Inhoudsopgave

Inleiding en leeswijzer	1
Deel I. Om te beginnen: de Nederlandse gezondheidszorg in woord en beeld	5
Deel II. Acht casussen ... een kennismaking	11
Samenstelling projectgroep Burgerforum	31







# Inleiding en leeswijzer

## Gezondheid belangrijk maar niet vanzelfsprekend

Wat vindt u het belangrijkste in het leven? Veel geld? Vakantie? Een boeiende baan? Grote kans dat u zult zeggen: "Een goede gezondheid". Een goede gezondheid is vaak ook het eerste wat we elkaar toewensen met Nieuwjaar. Niet zomaar uit gewoonte. Maar echt uit de grond van ons hart. Want een goede gezondheid is voor veel mensen één van de belangrijkste waarden in het leven. Minstens even belangrijk is het om 'goed geholpen' te worden als we ziek zijn of als ons iets mankeert. Dat we terecht kunnen bij een huisarts of in een ziekenhuis. Dat een apotheek de geneesmiddelen verstrekt die ons kunnen helpen. Dat er een tandarts of een fysiotherapeut in de buurt is. Of dat er een verpleegkundige aan huis kan komen als dat nodig is.

## Gezondheidszorg in Nederland

In Nederland is onze gezondheidszorg gebaseerd op onderlinge solidariteit. Dat wil zeggen dat elke inwoner toegang heeft tot een ruim pakket aan zorg (het zogenaamde basispakket) ongeacht zijn of haar gezondheidstoestand, leeftijd, geslacht, inkomen, geloof of opleiding. De basisverzekering is verplicht: hij is er voor iedereen en zorgverzekeraars worden geacht iedere burger voor dezelfde premie toe te laten, ongeacht de ziektegeschiedenis.

Ziektekosten worden geheel of gedeeltelijk vergoed door de basisverzekering. Zo dekt de basisverzekering de kosten van een consult met de huisarts of met een specialist in het ziekenhuis, maar ook die van de meeste geneesmiddelen; medische hulpmiddelen, zoals een prothese, *stents* of een rolstoel; en het gebruik van hoogwaardig technologische apparatuur in het ziekenhuis, zoals scanners of chirurgische robots. De basisverzekering wordt bekostigd uit de premie die u betaalt, maar ook uit belastingen en sociale bijdragen die worden ingehouden op uw inkomen.

Het staat iedereen vrij om boven op de basisverzekering een aanvullende verzekering af te sluiten: daarmee worden de kosten vergoed van extra zorg, zoals tandheelkundige zorg voor volwassenen, of bepaalde vormen van fysiotherapie.

## Goed beoordelen en keuzes maken

Een belangrijke vraag is wat er precies in het basispakket van de zorgverzekering hoort en wat niet. Voor de basisverzekering is iedere burger gelijk. Maar niet elke burger krijgt te maken met dezelfde ziekte(n). Dus mensen maken in verschillende mate gebruik van hun basisverzekering: sommigen weinig, anderen veel of zelfs heel veel. En er gaan regelmatig stemmen op om nieuwe behandelingen op te nemen in het basispakket. Dat zijn soms lastige keuzes: wat hoort wel en wat niet in het basispakket? Om die keuzes te maken is het raadzaam om te beoordelen hoe waardevol wij, als maatschappij, behandelingen vinden. Hierbij gelden op zijn minst drie overwegingen.

A. Niet alles wat technisch kan is ook perse wenselijk.

Steeds meer wordt de vraag gesteld: hoever moet je gaan? Vooral in het geval van een ongeneeslijke ziekte, bij hoge ouderdom en in de laatste fase van het leven vragen veel mensen zich af: heeft het nog zin om door te gaan met behandeling?

B. Ook al zijn bepaalde behandelingen wenselijk, dan betekent dat nog niet dat we er voor elkaar voor zouden moeten betalen.

Je mag je de vraag stellen of iedereen moet mee betalen aan de behandeling van ziekten of blessures die 'door eigen schuld' zijn ontstaan. Of aan de behandeling van onvruchtbaarheid of andere aandoeningen die misschien wel 'bij het leven horen'. Moeten dit soort behandelingen dan wel worden opgenomen in het basispakket?

C. Niet alles wat we met elkaar en voor elkaar zouden willen betalen is ook financieel haalbaar.

Naarmate behandelingen meer specialistisch en gecompliceerd worden, worden ze meestal ook duurder; en op zeker moment worden ze misschien wel onbetaalbaar. We leven in een wereld waarin de overheidsbudgetten beperkt zijn. Er zijn dus grenzen aan wat de overheid kan uitgeven aan gezondheidszorg. Immers, zij moet met de inkomsten uit belasting ook andere dingen financieren: onderwijs, pensioenen, openbaar vervoer, aanleg en onderhoud van wegen, enzovoorts. Het is dus de vraag hoe we als samenleving het beschikbare budget voor gezondheidszorg zo eerlijk en rechtvaardig mogelijk kunnen verdelen.

Het komt er op aan om elke vorm van medische behandeling en zorg goed op zijn waarde te beoordelen; en om keuzes te maken. Dan dringt zich onvermijdelijk de vraag op waar burgers de voorkeur aan geven; en waar we als samenleving de prioriteiten willen leggen: investeren we vooral in nieuwe, levensverlengende therapieën? Of in behandelingen die de levenskwaliteit van de patiënt verbeteren? Of moeten behandelingen voor kwetsbare groepen voorrang krijgen, zoals kinderen of juist ouderen; of mensen met een zeldzame aandoening? En: wat voor bedragen hebben we over voor de dekking van medische behandelingen door de zorgverzekering? Als het pakket wordt uitgebreid en daarmee duurder wordt: hoe gaan we dat bekostigen?

Dit zijn lastige vragen. De overheid wordt er soms van beticht onvoldoende rekening te houden met de meningen en voorkeuren van de burgers. Het uit zich soms in kritiek vanuit de maatschappij, vooral op momenten dat gemaakte keuzes kenbaar worden gemaakt. Er is waarschijnlijk een grote verscheidenheid aan meningen onder burgers en het is belangrijk om deze meningen met elkaar uit te wisselen. Daartoe wordt dit burgerforum gehouden. Het probeert de voorkeuren van burgers zoals u in kaart te brengen; en welke waarden zij belangrijk vinden om in stand te houden.

### **Het burgerforum 'Keuzes in de Zorg'**

U bent één van de 24 deelnemende burgers aan het burgerforum, en gezamenlijk met de andere deelnemers discussieert u dit najaar over keuzes in de zorg. De groep burgers is niet bedoeld als een representatieve afspiegeling van de Nederlandse samenleving. Wel is de groep heel divers van samenstelling: er wordt voor gezorgd dat de achtergrond van de deelnemende burgers uiteenlopend is, waarbij uiteenlopende opleidingsniveaus, inkomensklassen en sociaal-culturele groepen zijn vertegenwoordigd. Daarmee wordt een zo breed mogelijke schakering verkregen van overtuigingen, voorkeuren en waarden; van de afwegingen die burgers maken; en de argumenten die u en de andere deelnemers aanvoeren om bepaalde behandelingen wel of niet op te nemen in het pakket van de basisverzekering.

Het burgerforum 'Keuzes in de Zorg' is een initiatief van het Radboud universitair medisch centrum in Nijmegen en de Erasmus Universiteit Rotterdam. Het wordt ondersteund door Zorginstituut Nederland.

Gedurende drie weekends zullen we werken met voorbeelden (casussen) van behandelingen voor bepaalde aandoeningen. Voor elke casus die wordt besproken krijgt u achtergrondinformatie. Daarna gaat u met elkaar in discussie en bespreekt u de dilemma's die zich voordoen, welke keuze u persoonlijk zou maken, en vooral ook waarom. Een gespreksleider brengt waar nodig discussiepunten in. Deze zorgt er ook voor dat alle deelnemers de gelegenheid krijgen zich uit te spreken. Er wordt nadrukkelijk niet naar gestreefd dat elke casus uiteindelijk door iedereen op dezelfde manier wordt beoordeeld. Juist ook afwijkende meningen zijn welkom. Wel zal de gespreksleider u en de andere deelnemers uitdagen om uitspraken zoveel mogelijk te onderbouwen. Wellicht ontstaat er in die gesprekken toch een gemeenschappelijk oordeel, maar dat hoeft niet perse.



Op basis van uw ideeën en oordeelsvorming, en die van andere deelnemers aan het burgerforum, wordt een pamflet opgesteld. Dit pamflet zal na afloop van het burgerforum worden gepresenteerd aan diverse partijen die belang hebben bij een goed zorgsysteem: patiëntenverenigingen, beroepsorganisaties, ziekenhuizen, zorgverzekeraars; ook aan degenen die de adviezen opstellen of bepaalde behandelingen wel of niet zouden moeten worden vergoed; en aan de mensen die de uiteindelijke beslissingen nemen. De initiatiefnemers van het burgerforum maken daarnaast ook een onderzoeksrapport. Daarin zullen de uitkomsten van het burgerforum worden beschreven. Ook zal de vraag worden beantwoord of u en de andere deelnemers nieuwe inzichten hebben opgedaan; en of het burgerforum de deelnemers heeft geholpen hun uitspraken en voorkeuren beter te onderbouwen.

Het burgerforum is een eenmalig experiment en heeft als doel:

Het verkrijgen van inzicht in de verscheidenheid aan maatschappelijke waarden betreffende de vergoeding van medische behandelingen uit publieke middelen, teneinde de huidige besluitvorming rond vergoedingen te informeren.

### **Hoe deze informatiebrochure te gebruiken?**

Deze brochure is bedoeld als achtergrondinformatie voor u, als deelnemer aan het burgerforum. De brochure geeft aan hoe ingewikkeld het is om goede beslissingen te nemen over het al of niet vergoeden van medische behandelingen en andere vormen van gezondheidszorg. De informatie die hier wordt gepresenteerd is zeker niet volledig. Waar mogelijk verwijzen we u naar verdere bronnen van informatie.

Deel I heeft als titel 'Om te beginnen'. Het beschrijft de huidige gezondheidszorg in Nederland, wie die levert en wie de beslissingen maakt. Welke instanties zijn er bij betrokken, over welke budgetten gaat het? Dan haakt het in op de collectieve zorguitgaven, waarom stijgen die, wat zijn daarvan de gevolgen, en wat kunnen we verwachten in de toekomst? Daarnaast komen een aantal dilemma's aan bod. En de vraag: welke keuzemogelijkheden zijn er eigenlijk?

In Deel II komen acht concrete voorbeelden (casussen) aan bod van aandoeningen en de behandelingen die daarvoor bestaan. Deze dienen als startmateriaal voor de discussies die worden gevoerd tijdens de drie weekends van het burgerforum. Voor elke casus wordt een beschrijving gegeven van het medisch probleem, de beschikbare behandeling(en) en of deze behandeling wel of niet worden vergoed via de zorgverzekering of een andere collectieve verzekering. Elke casus heeft iets controversieels en daagt uit om argumenten aan te dragen waarom de betreffende behandeling wel of niet vergoed zou moeten worden; of onder welke eventuele voorwaarden.

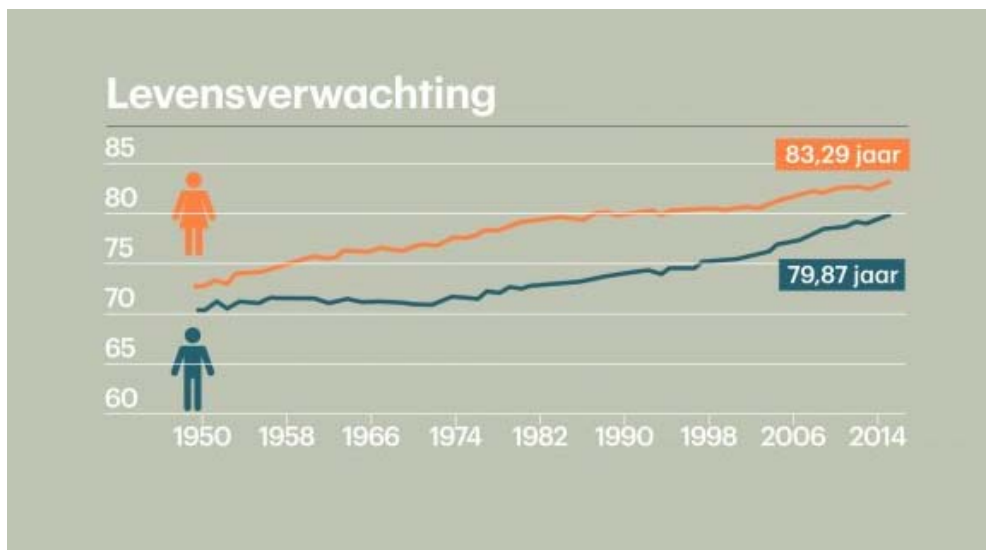


## Deel I

# Om te beginnen: de Nederlandse gezondheidszorg in woord en beeld

### We leven langer dan ooit

We leven steeds langer. In de laatste 60 jaar is de gemiddelde levensverwachting in Nederland met bijna 10 jaar toegenomen. Mannen worden naar verwachting gemiddeld zo'n 80 jaar, en vrouwen meer dan 83 jaar. Eén op de twee meisjes die vandaag worden geboren, en één op de drie jongetjes, wordt honderd jaar of ouder.



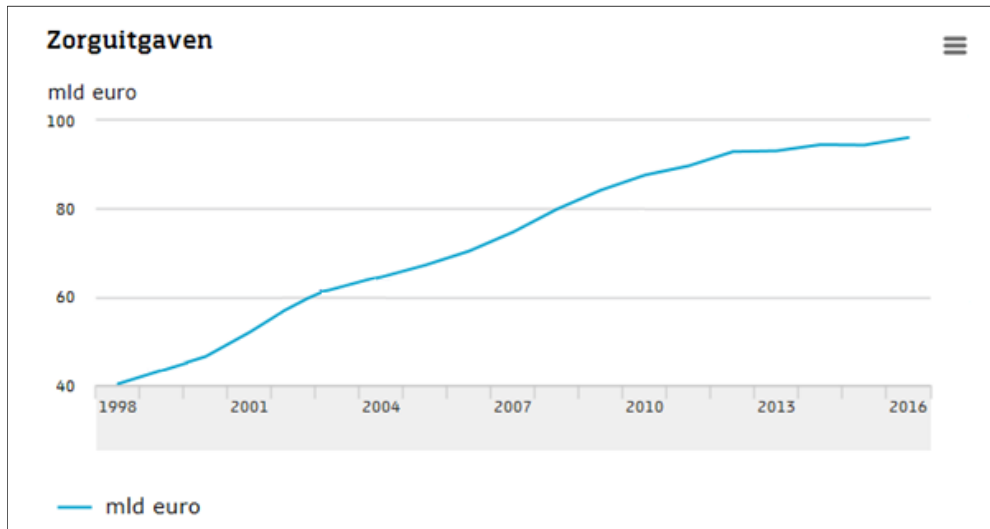
Deze cijfers stemmen positief, maar tegelijkertijd moeten we attent zijn op de zogeheten 'gezondheidskloof' tussen verschillende sociale klassen. Mensen met een lagere opleiding en een lager inkomen leven minder lang, en ze zijn minder lang gezond, dan mensen met een hogere opleiding. Ze hebben vaker overgewicht en houden er een ongezondere levensstijl op na (voeding, roken, lichaamsbeweging). Ze nemen ook minder deel aan bevolkingsonderzoek (bijvoorbeeld onderzoek gericht op het vroegtijdig opsporen van kanker) en ze maken minder gebruik van zorg als ze diabetes hebben of een andere chronische aandoening.

Bovendien doet zich vooral onder mensen uit de lagere sociale klasse het probleem voor van betaalbaarheid van de zorg. En daarmee is de toegang tot zorg problematisch. Een op de vijf Nederlanders heeft wel eens zorggebruik uitgesteld of gemeden. Jongeren en mensen uit lagere sociale klassen doen dit vaker. De reden hiervoor is soms dat men bedragen die binnen het eigen risico vallen niet kan betalen. Het komt ook voor dat men zoveel moet uitgeven aan medische zorg dat ze op het einde van de maand niet meer kunnen rondkomen.

### Zorguitgaven stijgen

Sinds jaar en dag stijgen de uitgaven aan de zorg. In absolute zin zijn deze in een periode van 40 jaar ver-veertien-voudigd; van €6,5 miljard in 1972, naar ruim €94 miljard in 2013. Per hoofd van de bevolking gaven we in 1972 €484 uit aan zorg, tegen €5608 in 2013. Terwijl de zorguitgaven tussen 2002 en 2012 met meer dan 4% per jaar stegen, is de stijging na 2012 afgevlakt. Dat is op zich goed nieuws.

In 2016 gaven we €96 miljard uit aan de zorg. Dit omvat collectieve zorg, die we met zijn allen betalen via premies en belastingen, maar ook zorg die we zelf, zonder verplichting, aanschaffen. Meestal wordt die betaald uit de (vrijwillige) aanvullende verzekering, soms uit eigen zak.



De verwachting is dat de stijging in de kosten van de zorg de komende jaren doorgaat. Een recent rapport van het RIVM voorspelt een verdubbeling van de (reële) zorguitgaven ten opzichte van 2015, tot 174 miljard in 2040. Deze stijging is overigens geen typisch Nederlands verschijnsel: ook in andere landen is dat het geval.

### Waarom stijgen de collectieve zorguitgaven?

Er zijn diverse oorzaken. De vergrijzing van de samenleving is er één van. Er komen steeds meer ouderen, en die maken meer gebruik van zorg dan jongeren. Bovendien zijn er in een vergrijzde maatschappij, zoals de onze, relatief veel mensen in hun laatste levensfase. In de laatste levensjaren worden de meeste zorgkosten gemaakt. Toch moeten we het effect van vergrijzing op de zorgvraag niet overschatten. De uitgavengroei door vergrijzing en bevolkingsgroei wordt geschat op ongeveer een derde van de totale stijging van de zorguitgaven. Er zijn dus ook andere oorzaken.

Die hangen samen met de stijging van onze welvaart: we zijn gemiddeld steeds rijker geworden en dat vertaalt zich in drie trends.

#### 1) Door meer en verbeterde medische technologie stijgen de zorguitgaven.

Nieuwe medicijnen, nieuwe apparaten, technische hulpmiddelen, opsporingstechnieken en behandelmethoden: allemaal (of in elk geval de meeste) dragen ze bij aan betere zorg. Maar door het gebruik van deze technologie nemen de zorguitgaven ook toe. Sommige nieuwe medicijnen of innovaties zijn erg duur. Natuurlijk zijn er ook technologische innovaties die behandelingen goedkoper maken. Maar ook dan zijn we soms per saldo duurder uit doordat we meer mensen gaan behandelen. Deels komt dat omdat bepaalde nieuwe technologieën het mogelijk maken klachten aan te pakken die voorheen onbehandelbaar waren. En omdat sommige technologieën voor de patiënt minder ingrijpend zijn dan voorheen komen mensen er ook eerder voor in aanmerking. En op steeds hogere leeftijd. Tot op zekere hoogte kiezen we er zelf ook eerder voor. Sommige technologie maakt het mogelijk om aandoeningen in een vroeg stadium op te sporen. Er wordt dus meer opgespoord en vaak wordt er dan ook voor gekozen om te gaan behandelen. Ook al gaat het misschien om aandoeningen waar mensen geen last van zouden hebben gekregen als er niets was ontdekt.

Vooraf bij het ontwikkelen en gebruik van nieuw medische technologieën rijst de vraag: moeten we alles doen wat technisch kan? Is de patiënt dan ook altijd beter af? Wat is het je waard om veel tijd door te brengen in de 'medische molen' en medische behandelingen te ondergaan? Of moeten we er soms voor kiezen om af te zien van bepaalde behandelingen of diagnostiek?

## 2) We hebben tegenwoordig te maken met andere ziekten dan vroeger.

Er is bijvoorbeeld een forse toename van het aantal chronisch zieken. Mensen met suikerziekte (diabetes) of HIV, waaraan mensen voorheen overleden, blijven met de juiste medicatie langer leven. Dat is winst. Het betekent wel dat er meer en langduriger een beroep wordt gedaan op zorg. En dat leidt tot hogere uitgaven. Sommige ziekten komen tegenwoordig vaker voor, en op steeds jongere leeftijd. Bijvoorbeeld obesitas (overgewicht) of de longaandoening COPD, die beide vaak te maken hebben met een bepaalde leefstijl. Ook dat leidt tot hogere uitgaven. Het is de vraag of we in Nederland voldoende ondernemen om (chronische) ziekten te voorkómen.

## 3) Daarnaast speelt de manier waarop de zorg is georganiseerd een rol.

Patiënten blijven minder lang in het ziekenhuis, deels om de kosten te drukken, maar vooral ook omdat de meeste patiënten thuis beter af zijn: ze herstellen sneller in de eigen omgeving en ze lopen minder risico op infecties. Er zijn maximumtarieven vastgesteld en kwaliteitseisen waaraan voldaan moet worden. Enerzijds heeft die andere organisatie van de zorg waarschijnlijk geleid tot meer efficiëntie. Dat uit zich in minder lange wachtlijsten in vergelijking met bijvoorbeeld 10-15 jaar geleden; en in lagere kosten (of in elk geval minder snelle stijging van de kosten). Anderzijds gaat er binnen de zorg veel aandacht uit naar registratie, rapportage, toezicht en het terugbrengen van risico's: protocollen moeten worden gevolgd en er mag zo min mogelijk mis gaan. Dat drijft de kosten toch weer op. Het is de vraag tegen welke extra kosten we bepaalde risico's willen uitsluiten. Misschien moeten we accepteren dat er altijd risico's blijven bestaan.

### Het Nederlandse zorgstelsel

De Zorgverzekeringswet (Zvw) regelt de basisverzekering, die geldt voor alle burgers in Nederland. Deze wet is sinds 1 januari 2006 van kracht en wordt uitgevoerd door zorgverzekeraars. De Zvw bepaalt dat verzekeraars verplicht zijn iedereen te accepteren en zorgverzekeringen niet zelf mogen beëindigen; dus ook niet voor mensen die vaak of ernstig ziek zijn en voor wie de zorgkosten dus flink oplopen. Er zijn aanvullingen mogelijk op het basispakket van de zorgverzekering. Die zijn vrijwillig en hier hoeft de zorgverzekeraar niet iedere burger tegen dezelfde voorwaarden te accepteren. In de polis van de zorgverzekering staat wat er precies wordt vergoed en onder welke voorwaarden.

Veranderingen in de Nederlandse bevolking en ontwikkelingen in de zorg hebben de laatste jaren een paar keer geleid tot aanpassingen van het Nederlandse zorgstelsel. De laatste grote hervorming vond plaats in 2015, toen een aantal taken werd overgeheveld van de centrale overheid (het Rijk) naar gemeenten. Dat betrof voor een groot deel de zorg voor ouderen, chronisch zieken en de jeugd. Er kwamen in 2015 twee zogeheten 'stelselwetten' bij: de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Jeugdwet.

\* De Wlz is er voor mensen die intensieve zorg of toezicht nodig hebben in een instelling, zoals een verpleeghuis. Bijvoorbeeld ouderen met vergevorderde dementie of mensen met een ernstige verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking.

\* De Jeugdwet regelt vrijwel alle zorg en ondersteuning aan kinderen, jongeren en hun ouders.

Er is ook een stelselwet verdwenen: de Algemene wet bijzondere ziektekosten (Awbz), waarvan een deel is ondergebracht bij de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

\* De Wmo geeft gemeenten de verantwoordelijkheid om mensen te ondersteunen die niet volledig op eigen kracht thuis kunnen wonen. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om begeleiding en dagbesteding; ondersteuning van mantelzorgers; het bieden van een beschermde woonomgeving voor mensen met een psychische stoornis; opvang van mensen die dakloos zijn of in geval van huiselijk geweld.

\* Een ander deel van de voormalige Awbz is overgeheveld naar de Zvw: verpleging en verzorging thuis worden tegenwoordig aangeboden in de vorm van wijkverpleging. Zorgverzekeraars vergoeden deze vorm van zorg ook onder de basisverzekering.

Als u interesse heeft om op een prettige en toegankelijke manier meer te weten te komen over het Nederlandse gezondheidszorgsysteem, dan bevelen wij u aan het Kaartenboek Gezondheidszorg te raadplegen. Het is in 2015 verschenen onder de titel 'Zó werkt de zorg in Nederland'. Het boek laat op eenvoudige en aantrekkelijke wijze zien hoe het zorgstelsel in elkaar zit, welke wetten op de zorg van toepassing zijn en hoe de zorg wordt bekostigd.

### **Wat levert de zorg ons op ...?**

De gezondheidszorg levert ons veel op: we leven langer, zijn langer gezond en blijven langer zelfredzaam. Dat is natuurlijk niet alleen een verdienste van de gezondheidszorg, maar toch. De zorg geeft ons ook een gevoel van zekerheid en zorgzaamheid. Het is echter de vraag of dit soort positieve effecten nog steeds zullen blijven toenemen als we meer geld uitgeven aan zorg.

Een deel van de baten van verbeterde zorg komt terecht bij individuele mensen (patiënten). Andere baten zijn voor de samenleving als geheel: meer dan vroeger, en mede dankzij de zorg, zijn veel mensen bijvoorbeeld in staat langer te blijven werken. Daardoor stijgt onze gemiddelde arbeidsproductiviteit en dat is goed voor de economie.

### **... en wie draagt de kosten?**

Bijna alle zorgkosten dragen we in Nederland met z'n allen: de noodzakelijke zorg wordt immers collectief gefinancierd. Solidariteit is daarbij het uitgangspunt: zoals gezegd heeft iedereen in Nederland toegang tot een ruim pakket aan zorg, ongeacht zijn of haar gezondheidstoestand, leeftijd, geslacht, inkomen, geloof of opleiding. De basisverzekering vergoedt de ziektekosten (geheel of gedeeltelijk) en is verplicht: de regeling is er voor iedereen.

Kostenstijgingen dragen we dus ook met zijn allen. Er zijn echter kanttekeningen te plaatsen. Het extra geld dat we zouden willen uitgeven aan zorg moet immers ergens vandaan komen. De zorg is al een grootverbruiker van overheidsgeld. Als we nog meer willen uitgeven aan zorg, dan kunnen we minder uitgeven aan andere dingen, zoals AOW, defensie, onderwijs, cultuur – tenzij de belastingen worden verhoogd. Het patroon van de afgelopen jaren laat zien dat er in sommige sectoren is flink bezuinigd op de overheidsuitgaven. Ook in de zorg zijn bezuinigingen doorgevoerd. Dat heeft er mede toe geleid dat de kosten de laatste paar jaar (2013-2016) minder hard zijn gestegen dan in de periode daarvoor. Als we er toch voor zouden kiezen om de zorgkosten harder te laten stijgen dan nu, dan zou dat waarschijnlijk leiden tot een stijging van de zorgpremies of van belastingen (of van beide). Een andere oplossing zou kunnen zijn dat de financiële lasten worden herverdeeld: mensen met hoge inkomens meer laten bijdragen dan mensen met een laag inkomen; gezonde mensen meer laten bijdragen aan de zorg voor (chronisch) zieken; of jongeren meer laten betalen voor de zorg aan ouderen in de samenleving. Het is de vraag of we dat willen.

Een andere mogelijkheid om de stijgende zorguitgaven het hoofd te bieden is om goed te kijken naar de waarde die we als maatschappij hechten aan de verschillende behandelingen. Op deze manier kunnen we tot een betere afweging komen welke behandeling we wel en welke niet in het basispakket opnemen. Hierbij spelen de overwegingen die in de inleiding van deze brochure ter sprake kwamen: niet alles wat technisch kan is ook perse wenselijk; ook al zijn bepaalde behandelingen wenselijk, dan betekent dat nog niet dat we er met elkaar voor zouden moeten betalen; en niet alles wat we met elkaar willen betalen is ook financieel haalbaar. Het burgerforum beoogt de waarden en voorkeuren van burgers met betrekking tot bovenstaande overwegingen in kaart te brengen. Daarmee kan wellicht de besluitvorming rond de samenstelling van het pakket verbeterd worden.

### **Wie beslist op dit moment over het basispakket?**

De overheid bepaalt wat er in het basispakket van de zorgverzekering zit en dat pakket is voor iedereen gelijk. Wel zijn er verschillen in de voorwaarden van de basisverzekering die zorgverzekeraars aanbieden. Het verschil zit dan in hoe de zorg wordt geleverd en door wie. Zorgverzekeraars sluiten namelijk contracten af met bepaalde zorgaanbieders. Als je een andere zorgaanbieder kiest dan kan het zijn dat maar een deel van de kosten wordt vergoed. Door een polis te kiezen bij een bepaalde zorgverzekeraar kies je dus voor deze voorwaarden. De verzekerde heeft zelf in de hand welke polis, en dus welke voorwaarden hij verkiest.

Er zijn aanvullingen mogelijk op het basispakket van uw zorgverzekering. Deze aanvullende verzekeringen zijn vrijwillig en hier hoeft de zorgverzekeraar niet iedere burger tegen dezelfde voorwaarden te accepteren. De polis geeft aan wat er precies wordt vergoed en onder welke voorwaarden.

### **Hoe worden beslissingen over het basispakket in Nederland genomen?**

Er worden doorlopend nieuwe medicijnen en behandelingen toegevoegd aan het basispakket. Als bijvoorbeeld medisch specialisten een nieuwe behandeling introduceren, komt die behandeling vaak automatisch in het pakket van de zorgverzekering. Daarnaast adviseert Zorginstituut Nederland (ZIN) regelmatig de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) of een bepaalde behandeling of medicijn opgenomen zou kunnen worden in het basispakket. Uiteindelijk neemt de minister daarover een besluit en past zij waar nodig de wetgeving daarop aan.

Een animatiefilmpje van het ZIN laat in drie minuten zien hoe dit proces verloopt:  
<https://youtu.be/32PMQ8GCecw>

Voor de moeilijke gevallen, vooral als er twijfel is of een bepaalde behandeling wel voldoende meerwaarde heeft, heeft het Zorginstituut een speciale commissie ingesteld: de Adviescommissie Pakket (ACP). Met name als een nieuwe behandeling beschikbaar komt, bespreekt de ACP of deze voldoende meerwaarde heeft om te worden opgenomen in het pakket van de basisverzekering. Dat is soms een lastige klus. Men baseert zich op een aantal overeengekomen criteria, waaronder de doeltreffendheid (effectiviteit) van de behandeling en de kosteneffectiviteit. Bij het bepalen van de kosteneffectiviteit wordt een afweging gemaakt tussen de gezondheidswinst die van de behandeling of een bepaald medicijn mag worden verwacht (uitgedrukt in het extra aantal gezonde levensjaren) en de kosten. De ACP bespreekt ook bestaande behandelingen en vormen van zorg. Denk bijvoorbeeld aan de vergoeding van vitaminen, mineralen en pijnstillers.

De leden van de commissie worden benoemd op basis van hun deskundigheid, waarbij maatschappelijke ervaring en kennis een belangrijke rol spelen. Gezocht is naar een combinatie van deskundigheden op het gebied van sociale zekerheid, zorg en verzekeringen, medische ethiek, medische beslistkunde, *health technology assessment*, openbaar bestuur en patiëntenperspectief. De vergaderingen van de ACP zijn openbaar

en de agenda's, verslagen en adviezen die men heeft uitgebracht aan de minister zijn via de website beschikbaar voor het brede publiek.

*Bronnen:*

- VWS 2012: "De zorg: hoeveel extra is het ons waard?"  
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2012/06/12/rapport-de-zorg-hoeveel-extra-is-het-ons-waard>
- SCP 2015: Zorgen over de zorg: bevindingen in recent onderzoek naar de publieke opinie over de gezondheidszorg  
[http://www.scp.nl/Publicaties/Alle\\_publicaties/Publicaties\\_2015/Burgerperspectieven\\_2015\\_3/bijlage\\_A\\_COB\\_2015\\_3](http://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2015/Burgerperspectieven_2015_3/bijlage_A_COB_2015_3)
- Zorginstituut Nederland: <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/commissies/adviescommissie-pakket-acp>
- Argumentenfabriek: Zo werk de zorg – Kaartenboek Gezondheidszorg editie 2015.  
<https://www.argumentenfabriek.nl/nl/voorbeeldwerk/zo-werkt-de-zorg-in-nederland/>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu: Trendskenario Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018.  
<https://www.vtv2018.nl/trendscenario>
- Koning Boudewijnstichting: Welke zorg voor welke prijs: zoeken naar criteria voor terugbetaling – Burgerlabo over maatschappelijke waarden en voorkeuren. Informatiebrochure, juni 2014.  
<http://www.burgersengezondheidszorg.be/publicaties/welke-zorg-voor-welke-prijs>
- CBS 2016: Nederland langs de Europese meetlat.  
[https://www.cbs.nl/nl-nl/publicatie/2016/01/nederland-langs-de-europese-meetlat-2016 \](https://www.cbs.nl/nl-nl/publicatie/2016/01/nederland-langs-de-europese-meetlat-2016)



## Deel II

# Acht casussen... een kennismaking

### Waarom deze casussen?

De acht casussen die in deze informatiebrochure worden gepresenteerd vormen het startmateriaal waarmee u in discussie gaat met de andere deelnemers in het burgerforum. Het zijn voorbeelden van behandelingen die in een adviescommissie aan bod zouden kunnen komen of die in het verleden daadwerkelijk zijn behandeld. Het is de taak van u en de andere deelnemers aan het burgerforum, om op basis van deze voorbeelden uitdrukking te geven aan uw persoonlijke voorkeuren, waarden en principes als het gaat om keuzes in de zorg. Via een diepgaande bespreking van de acht casussen probeert het burgerforum naar boven te brengen welke waarden burgers belangrijk vinden bij het maken van keuzes in de zorg.

Uitgaande van die waarden, bouwt u samen met de andere deelnemers, uw eigen kader van algemene overwegingen voor het al of niet vergoeden van medische behandelingen en andere vormen van zorg. Door de casussen stuk voor stuk uit te diepen en te bediscussiëren kunt u uw kader regelmatig toetsen aan de realiteit door terug te gaan naar voorgaande casussen, en eventuele persoonlijke praktijkervaringen. Toch is het niet de bedoeling dat u en de andere deelnemers een concreet advies geven over de eventuele vergoeding van de behandelingen die in elk van casussen aan bod komen. Verre van dat. De casussen zijn een instrument om van concrete voorbeelden over te gaan naar een wat algemenere beschouwing; beginnend bij de realiteit van elke dag om naar een hoger niveau van maatschappelijk discussie te klimmen. De voorbeelden zijn uit het leven gegrepen. Wel zijn het stuk voor stuk casussen die maatschappelijke controverses oproepen. Ze zijn aansprekend en behoorlijk uitdagend, juist om de discussie tussen u en de andere deelnemers aan het burgerforum te voeden. Acht andere casussen, mits goed gekozen, zouden ongetwijfeld hetzelfde doel bereiken, namelijk het in kaart brengen van de waarden die burgers belangrijk vinden bij het maken van keuzes in de zorg. In die zin zijn de casussen inwisselbaar voor andere.

### Hoe deze casussen te lezen?

De beschrijvingen van de voorbeelden, zoals ze in deze brochure zijn opgenomen, moet u zien als een eerste kennismaking. Ze zijn zeker niet volledig in hun technische, medische, wetenschappelijke, economische of maatschappelijke achtergrond. Ze dienen als opstapjes, als uitdagings die prikkelen tot kritisch nadenken, als oproepers van nog onbeantwoorde vragen, en als uitlokkers van discussie.

Tijdens de discussie zullen de gespreksleiders u regelmatig van het ene been op het andere zetten (in deze materie is er zelden sprake van een 'verkeerd been'); of uw standpunt tegenover dat van een ander deelnemer plaatsen; of u af en toe zelfs een beetje provoceren. Dit allemaal met de bedoeling om u aan het denken te zetten ... maar ook om aan te tonen dat de vraagstukken complex zijn; dat er zelden slechts één juiste oplossing is; en dat er bij elke beslissing voorstanders maar ook tegenstanders zullen zijn, al naar gelang ieders waarden.



## De acht casussen

Casus 1: Gebitsbeugels voor jongeren

Casus 2: De ziekte van Alzheimer

Casus 3: Brandend maagzuur

Casus 4: ADHD bij kinderen

Casus 5: Eculizumab bij aHUS

Casus 6: Total body scan

Casus 7: Obesitas

Casus 8: Heupprothese op hoge leeftijd







## Casus 1

# Gebitsbeugels voor jongeren

Bijna de helft van alle kinderen in Nederland krijgt een gebitsbeugel: vanwege medische redenen of omdat rechte tanden nu eenmaal mooier zijn dan scheve.

### De aandoening

De vorm van onze tanden, kiezen en kaken is deels erfelijk bepaald. Sommige kinderen hebben aangeboren afwijkingen, zoals een hazenlip of een gespleten gehemelte. In zulke gevallen is chirurgisch ingrijpen noodzakelijk. Andere afwijkingen kunnen optreden door verkeerde groei of door een onregelmatige stand van het gebit. Ook kunnen er tanden ontbreken. Of er kan sprake zijn van een extreme overbeet, waardoor het gehemelte of het tandvlees beschadigd kan raken. Dan is om medische redenen een gebitsbeugel vaak nodig. Sommige kinderen ondervinden op een andere manier schadelijke gevolgen van een onregelmatig gebit, zoals bijvoorbeeld meer tandbederf, kauw- of spraakproblemen, pijn aan de kaak of hoofdpijn. Ook dan kan het medisch noodzakelijk zijn om in te grijpen.

Vandaag de dag krijgen 4 van elke 10 kinderen in Nederland een orthodontische behandeling, waarbij meestal een gebitsbeugel wordt geplaatst. Soms gaat het puur om schoonheidsredenen (ook wel esthetische of cosmetische redenen genoemd). Er is dan dus geen medische noodzaak: men wil er gewoonweg aantrekkelijker uitzien. Een mooi gebit kan ook invloed hebben op iemands zelfvertrouwen. Mensen kunnen dus ook een beugel wensen vanuit oogpunt van psychisch welbevinden.

### De behandeling

Orthodontie houdt zich bezig met het corrigeren en behandelen van afwijkingen van de kaak en/of het gebit door verkeerde groei of door een onregelmatige stand van de kaak/tanden.

### Dekking door de verzekering

In Nederland worden de meeste tandartskosten volledig vergoed door de basiszorgverzekering voor jongeren tot 18 jaar. Orthodontie wordt alleen vergoed als er sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van tanden, kaak of mond. Gebitsbeugels voor minder ernstige gevallen vallen daar niet onder.

Veel zorgverzekeraars bieden een aanvullende verzekering aan waarin orthodontie voor minder ernstige gevallen wel wordt vergoed; dus ook het plaatsen van gebitsbeugels. Hoeveel precies wordt vergoed hangt af van de zorgverzekeraar en het type aanvullende verzekering.

Net als in Nederland is de vergoeding van een gebitsbeugel door de collectieve basiszorgverzekering in Zwitserland, het Verenigd Koninkrijk en Duitsland beperkt tot ernstige, medische gevallen. In Frankrijk en België wordt de vergoeding juist niet beïnvloed door de ernst van de aandoening: binnen een bepaalde leeftijdsgrens worden alle orthodontische behandelingen deels vergoed. In Zweden is de vergoeding zelfs volledig.

## **Wat vindt u?**

Zouden alle behandelingen met gebitsbeugels moeten worden opgenomen in het pakket van de basiszorgverzekering? Welke overwegingen zijn daarbij voor u belangrijk?

## **Verder lezen over gebitsbeugels bij kinderen**

*Nederlandse Vereniging van Orthodontisten (NVvO)*. Achtergrondinformatie over orthodontie.

<http://www.orthodontist.nl/vvo-actueel.php>

*Nederlands Zorgautoriteit (NZA)*. RMI Marktonderzoek: Rapport Gevoeligheidsanalyse Orthodontiemarkt. Verdieping over orthodontie in Nederland.

[https://www.nza.nl/95826/101734/324839/Bijlage\\_1.\\_rapport\\_RMI\\_Gevoeligheidsanalyse\\_orthodontiemarkt.pdf](https://www.nza.nl/95826/101734/324839/Bijlage_1._rapport_RMI_Gevoeligheidsanalyse_orthodontiemarkt.pdf)



## Casus 2

# De ziekte van Alzheimer

De ziekte van Alzheimer is de meest voorkomende vorm van dementie en komt steeds vaker voor in Nederland. Medicijnen zijn slechts beperkt werkzaam: ze kunnen de ziekte niet genezen, alleen de symptomen worden tijdelijk afgeremd. Mensen met Alzheimer hebben daarbij in toenemende mate behoefte aan zorg.

### De aandoening

Ongeveer 200.000 mensen in Nederland hebben de diagnose Alzheimer. Het merendeel van deze mensen is ouder dan 65 jaar. Door de vergrijzing van onze samenleving zal dit aantal de komende jaren alleen maar toenemen. De ziekte van Alzheimer kan echter ook voorkomen bij mensen jonger dan 65 jaar.

Bij de ziekte van Alzheimer gaan in de loop van de tijd steeds meer zenuwcellen in de hersenen kapot. De oorzaak hiervan is niet bekend. Mogelijk spelen eiwitophopingen een rol, waardoor de hersencellen beschadigd raken. Alzheimer openbaart zich vaak voor het eerst in de vorm van geheugenproblemen. Naarmate de ziekte voortschrijdt wordt het voor patiënten steeds lastiger om gewone dagelijkse bezigheden uit te voeren. Op een gegeven moment herkennen ze zelfs hun eigen familieleden niet meer. De symptomen verschillen tussen patiënten.

Vrijwel alle mensen met Alzheimer gaan uiteindelijk probleemgedrag vertonen: ze gaan dwalen, of ze worden achterdochtig of zelfs agressief. Uiteindelijk raakt de persoon lichamelijk zo verzwakt dat hij/zij overlijdt. De meeste patiënten met Alzheimer overlijden echter aan andere, bijkomende ziekten, zoals hart- en vaatziekten of luchtwegontstekingen. Of ze komen ernstig ten val en sterven aan de complicaties daarvan.

### Diagnose, zorg en behandeling

De eerste symptomen van de ziekte van Alzheimer zijn lastig te herkennen. Bij een vermoeden van dementie wordt de patiënt getest, en zo nodig kan de huisarts hem/haar te verwijzen naar een specialist; vaak een neuroloog, een geriater of een specialist ouderengeneeskunde. Omdat er geen aantoonbare oorzaak is voor Alzheimer kan de diagnose alleen worden gesteld op basis van de symptomen. Hij wordt echter meer waarschijnlijk als andere oorzaken van dementie, zoals aandoeningen van het zenuwstelsel of de bloedvaten, kunnen worden uitgesloten.

De aanpak van dementie bestaat uit het geven van uitleg aan de patiënt en zijn of haar mantelzorger(s); het opstellen van een zorgbehandelplan; aandacht voor sociale activiteiten en bewegen; en een ondersteunings-plan voor de mantelzorger. De behandeling richt zich op verbetering van het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven. Dit kan opname in een verpleeghuis, wat vaak het laatste stadium is voor een Alzheimer patiënt, enige tijd uitstellen.

Er zijn twee groepen medicijnen beschikbaar voor behandeling (*cholinesterase-remmers* en *memantine*). Geen van deze middelen kan de oorzaak aanpakken en er zijn twijfels over hun werkzaamheid. Mogelijk kunnen wel de symptomen tijdelijk verminderen en daarmee het verloop van de ziekte vertragen, maar ook dat is niet glashard aangetoond. Vooral *cholinesterase-remmers* kunnen nogal wat bijwerkingen hebben. Het is vooraf niet te voorspellen welke patiënten goed zullen reageren op de medicijnen.

Voor welk behandelingstraject wordt gekozen hangt af van het stadium van de ziekte en de zorgbehoefte van de patiënt; maar ook van wat eventuele mantelzorgers kunnen bieden. Partners, familieleden of burens nemen vaak de verzorging op zich van hun naaste die lijdt aan dementie. Dat is een zware opgave, omdat de dementerende steeds meer hulp nodig heeft bij dagelijkse handelingen.

## **Dekking door de verzekering**

Beide groepen medicijnen worden vergoed binnen de basiszorgverzekering op voorwaarde dat ze worden voorgeschreven door een specialist. Revalidatiezorg voor ouderen maakt ook deel uit van het basispakket, net als ergotherapie en fysiotherapie, en de hulpmiddelen die daarbij nodig zijn, zoals verstelbare bedden of speciale matrassen. Sommige hulpmiddelen worden gedeeltelijk vergoed, en dan moet er dus worden bijbetaald. Eenvoudige hulpmiddelen bij het lopen, zoals een rollator, worden niet vergoed door de basiszorgverzekering.

Begeleiding, dagbesteding, huishoudelijke hulp en vervoer worden geleverd via de gemeente en vergoed vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Ook hulpmiddelen om zelfstandig thuis te blijven wonen, zoals een rolstoel of traplift, vallen hieronder en kunnen worden geregeld vanuit de gemeente. Verpleging en verzorging valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) en wordt dus vergoed door de basiszorgverzekering.

Als langdurig intensieve zorg nodig is, komt iemand in aanmerking voor een Wlz indicatie. De Wlz (Wet langdurige zorg) regelt opname in een zorginstelling of intensieve thuisverzorging als dit mogelijk is.

Mantelzorg kan vergoed worden vanuit een persoonsgebonden budget (pgb). De patiënt of vertegenwoordiger kan een pgb aanvragen bij de gemeente, zorgverzekeraar of zorgkantoor. De vergoeding komt dan vanuit de Wmo, Zvw of Wlz. Daarnaast bieden sommige zorgverzekeraars via een aanvullende verzekering vergoeding aan voor onder andere mantelzorgcursussen, vervangende mantelzorg en een gezinshulp.

## **Wat vindt u?**

Zou alle medicatie voor de ziekte van Alzheimer moeten worden opgenomen in het pakket van de basiszorgverzekering? Welke overwegingen zijn daarbij voor u belangrijk? Zou een vergoeding voor mantelzorg door de basiszorgverzekering ook op zijn plaats zijn?

## **Verder lezen over de ziekte van Alzheimer**

*Stichting Alzheimer Nederland*. Alles over dementie en Alzheimer; herkennen, symptomen, diagnose, beloop en behandeling.

<https://www.alzheimer-nederland.nl/>



## Casus 3



# Brandend maagzuur

Jaarlijks komen veel mensen bij de huisarts met maagklachten, zoals brandend maagzuur. De huisarts zal dan vragen naar voedingspatroon en leefstijl, en kan eventueel daarover advies geven. Daarnaast kunnen maagzuurremmers worden voorgeschreven. Dit zijn veelal goedkope medicijnen. Momenteel gebruiken in Nederland meer dan 2 miljoen mensen maagzuurremmers op voorschrift van de huisarts. In ruim de helft van de gevallen gaat het om langdurig gebruik. Daarnaast kopen veel mensen deze producten bij de drogist of apotheek, zonder doktersrecept.

### De aandoening

Bijna iedereen heeft wel eens een keer last van een zure oprisping, bijvoorbeeld na een zware maaltijd. Maar veel mensen hebben vaker maagklachten en gaan er voor naar de huisarts. Jaarlijks krijgen 8 van elke 1000 patiënten de diagnose brandend maagzuur. Daarbij stroomt de zure maaginhoud te vaak terug naar de slokdarm, meestal omdat de afsluiting tussen slokdarm en maag niet goed werkt. Brandend maagzuur kan leiden tot pijn achter het borstbeen, irritatie van de keel, overmatig hoesten, boeren en oprispingen. Deze klachten komen vooral 's nachts voor (liggen), bij voorover buigen en na een (zware) maaltijd.

Roken, alcohol, koolzuurhoudende dranken en zure of scherpe voeding leiden tot verslapping van het spiertje dat de slokdarm van de maag afsluit en kunnen de maagklachten verklaren. Ook als er veel druk op de maag staat, zoals tijdens de zwangerschap, bij verstopping van de darmen of bij overgewicht, kan soms maagzuur terugstromen naar de slokdarm. Psychische factoren, zoals angst en stress, veroorzaken zelf geen maagklachten, maar kunnen er wel toe bijdragen.

Het verloop van maagklachten is meestal gunstig; gemiddeld geeft 75% van alle patiënten met maagklachten aan na een jaar minder klachten te hebben, onafhankelijk van de behandeling. Bij herhaaldelijke blootstelling aan het zure maagsap kan de slokdarm echter gaan ontsteken. Dit kan de slokdarm zodanig aantasten dat deze nauwer wordt en er slikklachten ontstaan. Bij sommige mensen kan na langdurige blootstelling aan maagzuur het weefsel van de slokdarm veranderen. Dat geeft een licht verhoogde kans op slokdarmkanker.

### Diagnose en behandeling

De diagnose brandend maagzuur wordt vaak gesteld op basis van het klachtenpatroon. Soms is aanvullend onderzoek nodig, zoals een kijkonderzoek, of meting van de zuurgraad of druk in de slokdarm.

De eerste stap in de aanpak van brandend maagzuur bestaat uit voorlichting. Als de patiënt aangeeft last te hebben van zuurbranden na gebruik van een bepaald voedingsmiddel of drank is aanpassing van het voedingspatroon nodig. Verder wordt aangeraden niet te roken, het gebruik van alcohol te matigen, en af te vallen. Dat laatste natuurlijk alleen als er sprake is van overgewicht.

Als de klachten ernstig zijn, of niet verdwijnen na aanpassing van eetgewoonten en/of levensstijl, wordt medicatie overwogen. Meestal wordt begonnen met een middel (een zogeheten *antacidum*) dat het maagzuur minder zuur maakt. Als dit niet werkt wordt gekozen voor een middel dat de productie van maagzuur remt (een zogenaamde *H<sub>2</sub>-antagonist* of een *protonpomp remmer, PPI*). Het middel *omeprazol* (een van de PPIs) was in 2016 zelfs het meest gebruikte geneesmiddel in Nederland. Als medicijngebruik

niet leidt tot vermindering van de klachten kan eventueel de dosering worden verhoogd of kan worden overgestapt naar een ander middel. Is het effect wel voldoende dan wordt aanbevolen om de medicatie geleidelijk af te bouwen. Ook maagzuurremmers hebben bijwerkingen, met name als deze middelen langdurig worden gebruikt.

Als voedingsadviezen, leefregels en medicijnen allemaal niet werken kan bij uitzondering worden gekozen voor een operatie om de slokdarm beter af te sluiten van de maag.

Soms zijn maagzuurremmers noodzakelijk als aanvullende therapie, bijvoorbeeld bij mensen die langdurig pijnstillers gebruiken vanwege gewrichtsproblemen. Omdat pijnstillers het maagslijmvlies kunnen aantasten wordt het gebruik van maagzuurremmers soms aanbevolen om de maag te beschermen.

## **Dekking door de verzekering**

Het ene soort medicijnen (antacida) wordt niet vergoed door de basiszorgverzekering. Van het andere soort (de H<sub>2</sub>-antagonisten en PPIs) worden de meeste vormen wel vergoed.

Vergoeding door de basiszorgverzekering geldt alleen als de middelen zijn voorgeschreven bij chronisch gebruik (langer dan 6 maanden). Maagzuurremmers worden niet vergoed bij kort gebruik (minder dan 6 maanden) en tijdens de eerste 14 dagen.

## **Wat vindt u?**

Momenteel worden maagzuurremmers (mits voorgeschreven en bij langdurig gebruik) vergoed vanuit het basispakket. Zouden alle soorten maagzuurremmers moeten worden vergoed vanuit het pakket van de basiszorgverzekering, ongeacht de duur van gebruik? Welke overwegingen zijn daarbij voor u belangrijk?

## **Verder lezen over brandend maagzuur**

*Maag Lever Darm Stichting*. Brandend maagzuur. Achtergrondinformatie over brandend maagzuur, oorzaken, diagnose en behandeling.

<https://www.mlds.nl/ziekten/brandend-maagzuur/>

*Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)*. Thuisarts.nl. Achtergrondinformatie over brandend maagzuur (reflux).

<https://www.thuisarts.nl/refluxklachten>



## Casus 4

# ADHD bij kinderen

Er is in de maatschappij steeds meer aandacht voor de aandoening ADHD. Daardoor wordt ADHD sneller herkend en vastgesteld. Het aantal kinderen met de diagnose is de afgelopen jaren dan ook sterk gestegen. En daarmee is ook het gebruik van medicatie voor ADHD sterk toegenomen.

### De aandoening

ADHD staat voor *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, vrij vertaald: aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit. Hierbij staan gedragsproblemen centraal. Kenmerkend zijn impulsief gedrag, concentratieproblemen, rusteloosheid en leermoeilijkheden. De symptomen zijn al aanwezig in de kindertijd en werken veelal belemmerend bij het dagelijks maatschappelijk functioneren. Kinderen met ADHD zijn vaak zeer beweeglijk, onrustig en moeilijk voorspelbaar in hun motoriek en in hun denken. Ze zijn gevoelig voor prikkels van buitenaf, en zoeken de prikkels vaak zelf op wanneer ze ontbreken.

Er is geen duidelijke oorzaak van ADHD, maar erfelijkheid, omgevingsfactoren (zoals roken tijdens de zwangerschap) en opvoeding spelen een rol. Ongeveer 5% van alle Nederlandse kinderen in de schoolgaande leeftijd heeft de diagnose ADHD. Het komt vaker voor bij jongens dan bij meisjes. Er is geen aanwijzing dat het daadwerkelijke aantal kinderen met ADHD toeneemt, maar het aantal recepten voor ADHD-medicatie voor jeugdigen is tussen 2003 en 2013 verviervoudigd. Een groot deel van de kinderen vertoont later als volwassene nog steeds verschijnselen van ADHD, maar men kan leren er beter mee om te gaan.

### Diagnose en behandeling

Voordat de formele diagnose ADHD wordt gesteld worden meestal eerst andere mogelijke oorzaken voor de geconstateerde gedragsproblemen uitgesloten, zoals bijvoorbeeld een veranderde gezinssituatie. De diagnose ADHD wordt alleen gesteld als volledig wordt voldaan aan een aantal criteria, omschreven in de zogeheten DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Dit classificatiesysteem wordt in de geestelijke gezondheidszorg toegepast voor de diagnose van psychiatrische stoornissen.

De eerste stap in de behandeling omvat voorlichting, begeleiding van de ouders en/of leerkracht, en eventueel gedragstherapie. Als deze interventies onvoldoende werken wordt medicatie overwogen. Hierbij is het belangrijk dat begeleiding en therapie worden voortgezet. Het meest gebruikte middel voor ADHD bij kinderen is *methyلفenidaat*, dat bekend is geraakt onder de merknaam van het vroeger populaire product *Ritalin*. De werkzaamheid van dit middel en de eventuele neveneffecten op de lange termijn zijn slechts gedeeltelijk bekend.

### Dekking door de verzekering

Individuele voorlichting is grotendeels een taak van de huisarts of een praktijkondersteuner van de huisarts die gespecialiseerd is in geestelijke gezondheidszorg. Zulk soort voorlichting wordt volledig vergoed door de basiszorgverzekering; er geldt geen eigen bijdrage of bijbetaling via het eigen risico.

Gedragstherapie voor een kind met de diagnose ADHD en ouderbegeleiding kunnen worden uitgevoerd door een psycholoog of orthopedagoog (beide tweedelijns) na verwijzing door de huisarts. Psychiatrische/psychologische diagnostiek en zorg voor jeugdigen valt onder de Jeugdwet. Jeugdhulp wordt aangeboden in de vorm van directe zorg of via een persoonsgebonden budget (pgb) waarmee iemand zelf zorg kan inkopen.

*Methylfenidaat* is het medicijn van eerste keus voor de behandeling van ADHD. In Nederland wordt dit vergoed tot een bepaald maximum. Een verschil in kosten moet worden bijbetaald. Als alternatief worden soms andere middelen overwogen (bijvoorbeeld *atomoxetine* of *dexamfetamine*). Mocht een duurder middel medisch noodzakelijk zijn, bijvoorbeeld bij allergie, dan vergoedt de zorgverzekeraar dit duurdere medicijn soms toch, op voorwaarde dat het voorkeursmedicijn eerst is geprobeerd. Zonder speciale medische indicatie worden duurdere medicijnen niet vergoed en deze moeten dus worden betaald door de patiënt zelf (eigen bijdrage). Bij een aantal zorgverzekeraars kan een aanvullende zorgverzekering worden afgesloten die de kosten van duurdere medicatie wel vergoedt.

## **Wat vindt u?**

Momenteel worden medicijnen voor ADHD bij kinderen slechts gedeeltelijk vergoed vanuit het basispakket van de zorgverzekering. Zou deze medicatie volledig moeten worden vergoed? Welke overwegingen zijn daarbij voor u belangrijk? Vindt u dat gedragstherapie en ouderbegeleiding (in gevallen waar dat van toepassing is) volledig moet worden vergoed uit het basis pakket (of een andere collectieve verzekering)?

## **Verder lezen over ADHD**

*Oudervereniging Balans*. Vereniging voor ouders met kinderen met een ontwikkelingsprobleem. Achtergrondinformatie over ADHD, met een nadruk op ADHD in het gezin of op school.

<http://www.balansdigitaal.nl/stoornis/adhd/>

*Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)*. Thuisarts.nl. Achtergrondinformatie over ADHD.

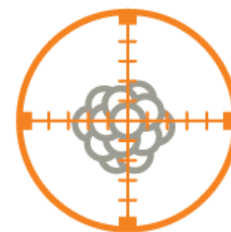
<https://www.thuisarts.nl/adhd>

*Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)*. Standaard voor ADHD bij kinderen. Richtlijn voor diagnostiek en beleid binnen de eerstelijns.

<https://www.nhg.org/standaarden/ volledig/nhg-standaard-adhd-bij-kinderen>

*Gezondheidsraad*. ADHD: medicatie en maatschappij. Adviesrapport over ADHD en gerelateerd medicatiegebruik binnen de maatschappij, gericht aan de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, en van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

[https://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/adhd\\_medicatie\\_en\\_maatschappij\\_201419.pdf](https://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/adhd_medicatie_en_maatschappij_201419.pdf)



## Casus 5

# Eculizumab bij aHUS

Eculizumab is momenteel het enige beschikbare geneesmiddel voor de behandeling van een zeldzame ziekte, die bekend staat onder de afkorting aHUS. Dit staat voor *atypisch Hemolytisch Uremisch Syndroom*. Bij deze ziekte worden vooral de nieren aangetast. Het medicijn is effectief: het vergroot de kans op overleving en geeft ook een aanzienlijke verbetering van de kwaliteit van leven. De prijs van eculizumab is hoog en dat maakt de behandeling van aHUS duur.

## De aandoening

aHUS is een ernstige ziekte die met name de nieren aantast. De aandoening is zeldzaam: elk jaar wordt in Nederland bij ongeveer vijf kinderen en 10-15 volwassenen de diagnose aHUS vastgesteld. In totaal hebben ongeveer 100 mensen de ziekte. Bij ongeveer 15% van hen komt aHUS binnen de familie voor.

Bij aHUS is sprake van een ontregeling in het aangeboren immuunsysteem, waardoor het lichaam bacteriën en virussen niet goed signaleert en opruimt. In plaats daarvan worden lichaamseigen cellen aangevallen, vooral van bloedvaatjes in de nieren. Ook andere organen, zoals de hersenen en het hart, kunnen worden getroffen. De ziekte kan zich op jonge leeftijd openbaren, maar soms wordt deze pas op latere leeftijd vastgesteld. Bij het merendeel van de aHUS-patiënten wordt een genetische afwijking gevonden, maar dat betekent niet dat iedereen met deze genetische afwijking de ziekte ook echt krijgt.

Mensen met aHUS voelen zich in het begin moe, zijn kortademig, hebben last van diarree en misselijkheid, plassen minder, krijgen onverklaarbare blauwe plekken of puntbloedinkjes en kunnen een hoge bloeddruk hebben. De ziekte heeft een ernstig verloop. Zonder behandeling kunnen de nieren onherstelbaar worden beschadigd. Na behandeling treedt soms herstel op, maar de ziekte kan weer terugkomen, ook na een niertransplantatie.

## Diagnose en behandeling

Omdat aHUS weinig voorkomt wordt het niet altijd meteen herkend. Als de (huis)arts een vermoeden heeft kan bloedonderzoek en bepaling van de nierfunctie een eerste stap zijn bij het vaststellen van de diagnose. Genetisch onderzoek wordt meestal alleen ingezet als er aanwijzingen zijn voor aHUS, of om andere aandoeningen uit te sluiten.

Het behandelingstraject verschilt per patiënt, afhankelijk van de aard en de ernst van de klachten. Volledige genezing is niet mogelijk, omdat de ziekte veroorzaakt wordt door een fout in het DNA. Er bestaan nog geen behandelingen om dit soort fouten in het DNA te repareren. Vaak wordt gestart met ondersteunende therapie, zoals het aanvullen van vocht en zout, bloeddrukverlaging met medicijnen, een dieet om de nieren te beschermen, en bloedtransfusie. Daarnaast wordt soms plasmatherapie ingezet, waarbij het bloedplasma wordt vervangen door dat van een gezonde donor.

Nierdialyse is soms nodig als de nieren niet meer voldoende functioneren. In ernstiger gevallen wordt niertransplantatie overwogen, maar dat vereist een geschikte nierdonor. De nierfunctie zou dan in principe volledig kunnen herstellen, maar transplantatie brengt risico's met zich mee. Bovendien is er altijd een kans dat de ziekte terugkomt in de nieuwe nier.

Sinds kort is er één medicijn beschikbaar: eculizumab. Waar andere medicijnen alleen het verloop van de ziekte tijdelijk afremmen, kan eculizumab het overactieve immuunsysteem blokkeren en zo het ziekteproces stoppen met mogelijk herstel van de nierfunctie. De resultaten zijn over het algemeen goed: behandeling met eculizumab vergroot de kans op overleving en verbetert de kwaliteit van leven. Een landelijke werkgroep van mensen die zijn gespecialiseerd in aHUS en andere nieraandoeningen beslist of iemand in aanmerking komt voor behandeling met eculizumab. Dat kan het geval zijn als plasmatherapie niet voldoende werkt of als aHUS is teruggekeerd in de nier na een niertransplantatie.

De kosten van behandeling met eculizumab zijn hoog: deze bedragen bijna €500.000 per patiënt per jaar. Het is momenteel nog onduidelijk of de behandeling met eculizumab tijdelijk kan zijn, of dat patiënten er levenslang afhankelijk van zijn. Er zijn in Nederland testen gaande om te kijken of een korte behandelperiode voldoende is. Dit zou de totale behandelkosten per patiënt aanzienlijk kunnen verlagen. Zo zou in bij goede behandelingsresultaten in het geval van volwassenen de medicatie na 3 maanden kunnen worden gestopt; en die bij kinderen beneden 6 jaar kunnen worden afgebouwd.

Momenteel wordt namens het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) onderhandeld over de prijs van eculizumab met de fabrikant, waardoor het product in de toekomst mogelijk goedkoper wordt. Tegelijkertijd zijn er andere medicijnen voor aHUS in ontwikkeling. De verwachting is dat een aantal daarvan binnen een paar jaar beschikbaar zullen zijn.

## Dekking door de verzekering

Eculizumab wordt momenteel vergoed door de basiszorgverzekering, maar alleen onder strenge voorwaarden. De eerste voorwaarde is dat de aHUS-patiënt behandeld wordt volgens de geldende Nederlandse richtlijn: iemand komt alleen in aanmerking voor behandeling met eculizumab als plasmatherapie niet effectief is bij een eerste of nieuwe episode van aHUS; of als de ziekte is teruggekeerd na een niertransplantatie. De tweede voorwaarde is dat zowel de patiënt als de behandelend arts volledig moet meewerken aan een lopend onderzoeksproject, dat zich richt op aHUS en vergelijkbare aandoeningen.

## Wat vindt u?

Moet eculizumab voor de behandeling van aHUS worden vergoed vanuit het pakket van de basiszorgverzekering? Welke overwegingen zijn daarbij voor u belangrijk?

## Verder lezen over aHUS en eculizumab

*Stichting aHUS Nederland.* Onafhankelijke patiëntorganisatie voor aHUS-patiënten. Achtergrond over aHUS en behandeling, en ervaringsverhalen over leven met aHUS. <https://www.ahus.nl>

*Nierpatiënten Vereniging Nederland.* Achtergrondinformatie over aHUS; oorzaak, symptomen en behandeling. <https://www.nvn.nl/nierziekten-en-behandeling/nierziekten/atypisch-hemolytisch-uremisch-syndroom-%28ahus%29>

*CUREiHUS.* Website voor patiënten en professionals met achtergrondinformatie over HUS en aHUS, het CUREiHUS onderzoeksproject naar HUS en aHUS en behandeling met eculizumab. <http://cureihus.nl>

*Zorginstituut Nederland.* Rapport met pakketadvies eculizumab bij behandeling van aHUS-patiënten. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2016/11/21/pakketadvies-eculizumab-soliris-bij-behandeling-van-ahus-patienten>





## Casus 6

# Total body scan

Recent is er veel aandacht voor de *total body scan*. Via uitgebreid lichamelijk onderzoek en allerlei tests kunnen afwijkingen en ziekten worden gevonden voordat ze klachten geven.

### De procedure

Sinds een aantal jaren bieden een aantal particuliere instellingen de *total body scan* aan. Dergelijke scans zijn in Nederland niet toegestaan. Daarom laten deze bedrijven de scans uitvoeren in andere landen, zoals in Duitsland waar de scans wel zijn toegestaan. Veel Nederlanders en Belgen maken daar gebruik van en reizen daarom af naar het buitenland.

Via beeldvormend onderzoek, zoals CT- en MRI-scans, wordt het hele lichaam onderzocht op mogelijke afwijkingen. Daarbij worden onder meer hart- en longfuncties bepaald en ook diverse bloed- en urinewaarden. De resultaten van alle onderzoeken worden vervolgens beoordeeld door een team specialisten. Op basis van de uitslagen wordt een advies uitgebracht. Ook kan er een risicoprofiel gevormd worden op basis van onder andere leeftijd, geslacht, leefstijl en erfelijke aanleg. Dit profiel geeft een indicatie van het toekomstige risico op bepaalde aandoeningen. De aanvrager krijgt de uitslagen en beelden mee naar huis en kan besluiten contact op te nemen met de huisarts. De huisarts beoordeelt of er aanleiding is om door te verwijzen naar een specialist voor verder onderzoek en eventuele behandeling.

De total body scan is een vorm van *medisch preventief onderzoek*, waarbij er nog geen sprake is van gezondheidsproblemen of klachten. Het is anders dan grootschalig bevolkingsonderzoek dat aan iedereen in een bepaalde leeftijdsgroep (of een hoog-risicogroep) wordt aangeboden, en waarbij gericht wordt *gescreend* op veelvoorkomende aandoeningen, zoals borst- of darmkanker. Bij een total body scan wordt breder gescreend op allerlei aandoeningen en het wordt niet door de overheid gestimuleerd. In Nederland is preventief medisch onderzoek namelijk aan strenge regels gebonden. Nieuwe programma's moeten eerst voldoen aan bepaalde eisen. Die eisen betreffen onder andere de ernst van de aandoening waarnaar gezocht wordt, of er een geschikte test beschikbaar is, en of er een succesvolle vorm van behandeling bestaat.

Er wordt op dit moment onderzoek gedaan door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om te bepalen of het uitvoeren van total body scans zou moeten worden toegestaan. Juist omdat het aanbod in het buitenland en via internet groter wordt lijkt het belangrijk dat de overheid in Nederland positie kiest. Dit om de deugdelijkheid van de aangeboden scans te controleren en burgers te beschermen tegen mogelijke (gezondheids)schade of andere ongewenste effecten. Goede informatie vooraf over het doel van een total body scan, de mogelijke uitkomsten, de gevolgen en behandelopties lijken belangrijk.

### Dekking door de verzekering

De kosten van een total body scan worden in Nederland niet vergoed vanuit het basispakket. Als iemand op basis van de uitslagen van een total body scan de huisarts bezoekt, of wordt doorverwezen naar een specialist, worden deze consulten wel vergoed volgens de standaarden van de basiszorgverzekering. Voor vervolgonderzoek en eventuele behandelingen die daaruit voortkomen is zoals altijd een verwijzing vereist en de kosten daarvan worden normaliter ook gedekt door de basiszorgverzekering.

## **Wat vindt u?**

Zou de total body scan moeten worden opgenomen in het pakket van de basiszorgverzekering? Welke overwegingen zijn daarbij voor u belangrijk?

## **Verder lezen over de total body scan**

*Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)*. Brochures over preventief medisch onderzoek. Informatie voor de consument over risico's van gezondheidschecks. <https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/knmg-informeert-consument-over-risicos-gezondheidschecks.htm>

*IZA Zorgverzekeraar*. Preventieve body scan. Interviews met drie verschillende personen over de total body scan. <https://www.iza.nl/SiteCollectionDocuments/overige/preventieve-body-scan.pdf>

*Gezondheidsraad*. Adviesrapport over het gepaste gebruik van health checks zoals de total body scan. Maart 2015. <https://www.gezondheidsraad.nl/nl/taak-werkwijze/werkterrein/preventie/doorlichten-doorgelicht-gepast-gebruik-van-health-checks>





## Casus 7

# Obesitas

Steeds meer mensen in Nederland zijn te zwaar. Als iemands lichaamsgewicht te hoog is spreken we van obesitas. Soms is obesitas het gevolg van een ziekte (bijvoorbeeld een hormonale stoornis) of een bijwerking van medicatie. De meeste mensen met obesitas eten echter te veel of niet gezond, en ze bewegen te weinig. Ongezond eten is overal verkrijgbaar en tegenwoordig hebben veel mensen een zittend beroep. Mensen met obesitas lopen een hoger risico op allerlei ziekten

### De aandoening

Bij overgewicht en obesitas is sprake van een overtollige hoeveelheid lichaamsgewicht die niet past bij de lengte. De verhouding tussen lichaamsgewicht en lengte wordt berekend via de *Body Mass Index (BMI)*. Bij een BMI tussen 30 en 40 spreekt men van obesitas, bij een BMI boven 40 van morbide obesitas (zie tabel).

Categorie	Body Mass Index (kg/m <sup>2</sup> )*	Middelomtrek	Middelomtrek
		mannen	vrouwen
Ondergewicht	<19	<79 cm	<68 cm
Gezond gewicht	19-25	79-94 cm	68-80 cm
Overgewicht	25-30	94-102 cm	80-88 cm
Obesitas	30-40		
Morbide obesitas	>40	>102 cm	>88 cm

\* BMI wordt berekend als:  $\text{lichaamsgewicht in kg} / (\text{lengte in meter} * \text{lengte in meter})$

Obesitas ontstaat als een persoon meer eet en drinkt dan dat het lichaam nodig heeft en als deze daarnaast te weinig energie verbrandt door lichaamsbeweging. Het aanbod aan ongezond voedsel in onze Westerse maatschappij en het hebben van een zittend beroep dragen hieraan bij. Bij obesitas kunnen psychische problemen een rol spelen, zoals depressie of eetstoornissen. Daarnaast komt obesitas vaak binnen bepaalde families voor. Dit komt vooral doordat eetgewoontes vaak binnen het gezin ontstaan en van familieleden worden overgenomen; maar ook erfelijke factoren kunnen een rol spelen.

In vergelijking met 1981 is het aantal volwassenen met overgewicht of obesitas in Nederland met de helft gestegen. Sinds enkele jaren zijn er in Nederland meer mensen met overgewicht (matig en ernstig) dan mensen met een gezond gewicht. Vooral onder kinderen en jongeren neemt overgewicht de laatste jaren enorm toe. Overgewicht komt vaker voor bij mensen met een laag opleidingsniveau en een laag inkomen; en bij mensen van Turkse, Antilliaanse, Marokkaanse of Surinaamse afkomst.

Overgewicht en vooral ook obesitas vergroten het risico op veel ziekten, vooral als er daarnaast sprake is van andere vormen van ongezonde leefstijl. Mensen met overgewicht of obesitas hebben bijvoorbeeld meer risico op suikerziekte, hart- en vaatziekten, kanker, longaandoeningen en psychische problemen. Dit risico neemt toe naarmate de BMI hoger is.

### Diagnose en behandeling

Om obesitas bij iemand vast te stellen bepaalt de huisarts de BMI aan de hand van het lichaamsgewicht, de lichaamslengte en de buikomvang. Daarnaast zal zij de bloeddruk meten en vragen naar eventuele klachten zoals gewrichtsproblemen die het gevolg kunnen zijn van overtollig gewicht of gebrek aan beweging. De huisarts zal vervolgens vragen naar het eetgedrag, sportbeoefening en eventuele symptomen van (psychische)

aandoeningen, die zouden kunnen hebben bijgedragen aan het ontstaan van overgewicht.

De eerste stap is voorlichting over een gezonde leefstijl (gezond en niet teveel eten; voldoende bewegen) door de huisarts of praktijkondersteuner. Dit gebeurt vaak via een zogeheten 'gecombineerde leefstijl interventie' (GLI). Deze bestaat uit adviezen en begeleiding ten aanzien van drie onderdelen: dieet, beweging en gedragsverandering. Het doel hiervan is om een gezonde leefstijl aan te leren en te behouden, wat kan leiden tot afname van overgewicht. Hierbij wordt gekeken naar de omgeving, eerdere pogingen die zijn ondernomen om af te vallen en naar het mogelijk betrekken van familie of vrienden. Soms is psychologische hulp nodig. Als een van de laatste mogelijkheden kan maagverkleining worden overwogen. Hierbij worden de maag en/of darmen verkleind door middel van een chirurgische ingreep. Daardoor krijgt de persoon eerder een verzadigd gevoel, en deze gaat hierdoor minder eten en uiteindelijk gewicht verliezen. Iemand komt hiervoor pas in aanmerking bij een BMI hoger dan 40; of eventueel als deze hoger is dan 35, maar dan moet er sprake zijn van andere ziektebeelden (bijvoorbeeld suikerziekte). Daarnaast moet aangetoond kunnen worden dat andere behandelingen gericht op gezonde leefstijl onvoldoende resultaat hebben gehad.

## Dekking door de verzekering

Door de basiszorgverzekering wordt GLI, aangeboden door de huisarts of praktijkondersteuner, volledig vergoed. Begeleiding bij bewegen in de vorm van fysiotherapie wordt alleen vergoed door de basiszorgverzekering vanaf de 21<sup>e</sup> behandeling. De patiënt moet de eerste 20 behandelingen dus zelf betalen, maar kan hiervoor een aanvullende verzekering afsluiten. Ook de behandeling van aandoeningen die verband houden met overgewicht, zoals suikerziekte (diabetes) of gewrichtsslijtage wordt volledig vergoed door de basiszorgverzekering. Dieetproducten of dieetpreparaten ter behandeling van obesitas worden niet vergoed. Alleen als deze producten medisch noodzakelijk zijn, zoals bij een ernstige voedselallergie of stofwisselingsstoornis, geldt hiervoor een vergoeding.

Pas als iemand in aanmerking komt voor een maagverkleining is vergoeding door de basiszorgverzekering mogelijk. Daarvoor is een verwijzing nodig door de huisarts.

## Wat vindt u?

Zou de volledige behandeling van obesitas moeten worden opgenomen in het pakket van de basiszorgverzekering? Welke onderdelen van de behandeling zouden volgens u niet (of niet volledig) vergoed moeten worden? Welke overwegingen zijn daarbij voor u belangrijk?

## Verder lezen over obesitas

*Voedingscentrum. Overgewicht.* Achtergrondinformatie over overgewicht en obesitas  
<http://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/overgewicht.aspx>

*Nederlandse Stichting Over Gewicht.* Achtergrondinformatie over overgewicht en obesitas.  
<https://overgewichtnederland.org>

*Nederlandse Huisartsen Genootschap.* Standaard obesitas. Richtlijn voor diagnostiek en beleid bij obesitas binnen de eerstelijns.  
<https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-obesitas>



## Casus 8

# Heupprothese op hoge leeftijd

Ongeveer 15% van alle heupprothesen in Nederland worden geplaatst bij mensen ouder dan 80 jaar. Vaak is dit vanwege kraakbeenslijtage (*artrose*) in het heupgewricht. Naast pijnverlichting biedt een heupprothese zo iemand weer betere mogelijkheden om te functioneren in het dagelijks leven.

### De aandoening

Bijna 1 miljoen mensen in Nederland hebben artrose. Bij artrose is sprake van kraakbeenslijtage. Normaliter zorgt kraakbeen ervoor dat twee botdelen in een gewricht niet tegen elkaar schuren. Als het kraakbeen dunner en zachter wordt, kan het bot vervormen. Soms ontstaan er ontstekingen, waardoor het gewricht opzwellt en stijf wordt. Dat kan bewegingen belemmeren. Ook kunnen zenuwen bekneld raken waardoor er pijn, stoornissen in het gevoel en krachtverlies kunnen ontstaan.

Artrose kan in elk gewricht voorkomen. Er is geen directe oorzaak voor artrose; er spelen veel factoren mee. Het kan op elke leeftijd optreden, maar de kans op artrose is groter naarmate iemand ouder wordt. Daarnaast kunnen geslacht (vrouwen hebben vaker artrose), erfelijke aanleg, overgewicht, ziekte (zoals *reumatoïde artritis*), zware belasting of een blessure een rol spelen. Omdat vooral de heup veel belast wordt komt artrose van het heupgewricht vaak voor. Mensen met heupartrose hebben met name last van pijn en stijfheid na lang stilzitten of liggen. Ze kunnen dan minder goed bewegen en gewone dagelijkse handelingen verrichten.

Artrose valt niet te genezen. Als iemand eenmaal artrose heeft kan het erger worden. Verergering kan echter worden afgeremd als de oorzaak is vastgesteld; bijvoorbeeld overbelasting van het gewricht.

### Diagnose en behandeling

De diagnose wordt gesteld op basis van de klachten, lichamelijk onderzoek en in sommige gevallen beeldvormend onderzoek (radiologie). Een röntgenfoto of MRI-scan kan de slijtage meestal zichtbaar maken.

Voor de eerste behandeling wordt meestal gekozen voor algemene adviezen en leefregels, eventueel aangevuld met pijnstillende medicatie of fysiotherapie. Als dit niet voldoende is komt iemand mogelijk in aanmerking voor een operatie, waarbij het heupgewricht wordt vervangen door een prothese. Indicaties voor een operatie zijn onder andere de ernst van de pijn, verminderd functioneren in het dagelijks leven, leeftijd en het activiteitsniveau.

Bij een operatie worden altijd voorzorgen genomen om het risico op infectie en bloedstolsels zoveel mogelijk te voorkomen. Dit is met name belangrijk bij ouderen omdat hun lichaamsfuncties, zoals het immuunsysteem, meestal niet optimaal zijn. Ook kan de narcose bijwerkingen en complicaties geven.

Patiënten worden een dag na de operatie al aangemoedigd voorzichtig te gaan lopen met krukken. Tijdens de revalidatieperiode is het belangrijk om de prothese niet te zwaar te belasten. De meeste patiënten zijn binnen drie maanden (bijna) geheel hersteld. Hun situatie is vaak beter dan vóór de operatie, en de pijn is meestal grotendeels verdwenen.

Een prothese is echter geen garantie dat de klachten helemaal verdwijnen. Met name oudere patiënten herstellen moeilijker. Ook hangt het resultaat af van het verloop van het revalidatieproces en eventuele bijkomende ziekten.

In 2015 zijn in Nederland bijna 30.000 heupprothesen geplaatst. De vaakst voorkomende aanleiding was artrose (87%). Meer dan 80% van de patiënten was ouder dan 60 jaar; 15% zelfs ouder dan 80 jaar. Bij negen van de 10 patiënten ouder dan 65 jaar werkt de heupprothese na 10 jaar nog goed.

### **Dekking door de verzekering**

Vervanging van het heupgewricht door een prothese valt onder medisch specialistische zorg. Dit wordt vergoed door de basiszorgverzekering. Onder deze vergoeding vallen ook het eerste consult, diagnostisch onderzoek, geneesmiddelen, hulpmiddelen en medisch noodzakelijk verblijf.

### **Wat vindt u?**

Vindt u het terecht dat heupprotheses tot op hoge leeftijd worden vergoed door de basiszorgverzekering? Welke overwegingen zijn daarbij voor u belangrijk?

### **Verder lezen over heupprothesen**

*Reumafonds*. Meer lezen over artrose, de behandeling, artrose in het dagelijks leven en onderzoek naar artrose. <http://www.reumafonds.nl/informatie-voor-doelgroepen/patienten/vormen-van-reuma/artrose>

*Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV)*. Achtergrondinformatie over de heupprothese. <http://www.mijnheupprothese.nl>

# Samenstelling Projectgroep Burgerforum

Vanuit Radboudumc:

Rob Baltussen  
Leon Bijlmakers  
Simone van der Burg  
Wieteke van Dijk  
Stef Groenewoud  
Maarten Jansen  
Marcia Tummers

Vanuit Radboud Universiteit:

Jan Kees Helderman

Vanuit Erasmus Universiteit Rotterdam:

Bert Boer  
Job van Exel

Een ad hoc klankbordgroep adviseert de projectgroep over de inrichting van het burgerforum. De leden van de klankbordgroep bekleden allen bestuursfuncties in zorginstellingen of organisaties (overheid / privaat) die een rol spelen in de ontwikkeling dan wel uitvoering van gezondheidsbeleid. Zij verbinden zich niet automatisch aan de uitkomsten van het burgerforum.

REVISE2020 is een onderzoeksprogramma van het Radboudumc dat beleidsmakers in binnen- en buitenland ondersteunt bij het stellen van prioriteiten in de gezondheidszorg. REVISE2020 ontwikkelt daartoe een theoretisch raamwerk op basis van medische, economische, ethische en besliskundige inzichten, en vertaalt deze in praktische richtlijnen voor beleid. Het zesjarig onderzoeksprogramma (2015-2020) wordt gefinancierd door de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek.