



Bureau van de informateur  
t.a.v. Mr. I.W. Opstelten  
p/a Ministerie van Algemene Zaken  
Postbus 20001  
2500 EA 's GRAVENHAGE

**cc:** fractievoorzitters politieke partijen, de vaste Kamercommissie VWS

**Onderwerp:** Input zorgparagraaf (gedoog- en) regeerakkoord 2010: "Patiënt centraal, feiten op tafel!"

**Bijlage:** Achtergrondstudie met analyses en adviezen

Veenendaal, 6 augustus 2010

Geachte heer Opstelten,

Nederland maakt moeilijke tijden door. We staan voor een van de grootste uitdagingen in de historie van ons land; zowel financieel als politiek.

Aan u is gevraagd te onderzoeken of VVD, CDA en PVV overeenstemming kunnen bereiken over maatregelen die een bezuiniging van 18 miljard moeten opleveren en of zij het eens kunnen worden over een gedoog- en regeerakkoord, met daarin onder anderen afspraken over de (ouderen)zorg.

Het Lindeboom Instituut en de NPV zijn blij dat de gezondheidszorg al in dit stadium een speerpunt is van de onderhandelingen. Juist deze kwetsbare sector verdient nu een toekomstbestendige doorstart. Daarbij is het van levensbelang dat er keuzes gemaakt worden. Keuzes om enerzijds gericht te investeren, maar ook om anderzijds scheef gegroeide situaties aan te pakken.

En daar zit 'm nou net de kneep. De kans bestaat dat een pluriform (minderheids)kabinet die keuzes onvoldoende zal maken. De botsende idealen kunnen een verlamme uitwerking hebben en leiden tot een noodgedwongen 'pas op de plaats' op hoogst urgente thema's rond de betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg.

Tegelijkertijd is er vanuit het liberale volksdeel een roep om vergaande maatregelen op medisch-ethische onderwerpen. En dan niet ten gunste van de moraal die we kennen vanuit onze Joods-christelijke en klassiek humanistische traditie. Voor een kabinet dat te verdeeld is om inhoudelijk slagkrachtig te zijn, bestaat het gevaar dat men zich dan maar op deze thema's zal storten.

Meer dan ooit vinden wij het nu onze taak om proactief mee te denken met en constructief te bouwen aan een betere gezondheidszorg tegen lagere kosten. Wij noemen daartoe in deze brief enkele samen-

hangende voorstellen die de zorg efficiënter en patiënten meer tevreden zullen maken.<sup>1</sup> Bovendien laten wij een helder en praktisch licht schijnen over enkele medisch-ethische thema's. Patiënt centraal, feiten op tafel!

Onze voorstellen zien er in een notendop als volgt uit:

- Hoe houden we de zorg betaalbaar en van hoge kwaliteit met de patiënt in het middelpunt?
  - Driedubbele substitutie van de zorg:
    - Verplaats palliatieve zorg van ziekenhuis naar (bijna t)huis
    - Investeer in 'nuldelijnszorg' en ontlast tweede- en eerstelijnszorg
    - Combineer reguliere zorg met preventie en complementaire zorg
  - Meer marktwerking: nee; verantwoorde marktprincipes: ja
    - Breid integrale bekostiging uit; voor o.a. dementie, palliatieve zorg
    - Transparantie van kwaliteit: meer aandacht voor context van de zorg, professionele integriteit en 'menslievende zorg'
  - Toekomst van de AWBZ:
    - Vereenvoudig de bekostiging van chronische zorgketens
    - Beperk de AWBZ daartoe tot intramurale, onverzekerbare zorg.
- Ontdoe het maatschappelijk debat en overheidsbetrokkenheid rond medisch ethische thema's van ideologie; stel wetenschappelijke feiten centraal in het belang van leven en welzijn van patiënten:
  - Prenatale diagnostiek (20-weeken echo)
  - Abortus provocatus
  - HPV-vaccinatie
  - Orgaandonatie
  - Euthanasie.

In het bijgevoegde document "*Input Zorgparagraaf Regeerakkoord 2010: Patiënt centraal, feiten op tafel. Achtergrondstudie met analyses en adviezen*", werken we de voorstellen nader uit en voorzien we ze van de nodige onderbouwing.

Wij vertrouwen erop hiermee een helder en praktisch signaal af te geven aan de onderhandelende partijen en hopen dat bovenstaande voorstellen ingebed raken in het te vormen (gedoog en) regeerakkoord. Natuurlijk zijn wij van harte bereid een en ander desgewenst nader toe te lichten.

Wij wensen u veel wijsheid en sterkte toe in het proces van kabinetsformatie!

Hoogachtend,



Dr. R. Seldenrijk,  
Directeur NPV



Dr. A.S. Groenewoud  
Directeur Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut

<sup>1</sup> We realiseren ons dat wij hier een *selectie* van thema's noemen en dat we bepaalde domeinen van de gezondheidszorg (gehandicaptenzorg, medicatie, etc.) noodgedwongen laten liggen. Ook daar is verbeterpotentieel, maar het voert te ver om dat allemaal in deze brief te bespreken.



## **Input Zorgparagraaf Regeerakkoord 2010**

**“Patiënt centraal, feiten op tafel”**

*Achtergrondstudie met analyses en adviezen*

Veenendaal, 6 augustus 2010

# Inhoudsopgave

---

<b>Inhoudsopgave</b> .....	<b>4</b>
<b>Deel I ‘Betaalbaarheid en Kwaliteit van de Zorg’</b> .....	<b>5</b>
1. ‘Driedubbele substitutie’ van zorg .....	6
a. Verplaatsing van tweedelijnszorg naar de eerste lijn of naar huis: palliatieve zorg.....	6
b. Van tweede- en eerstelijnszorg naar ‘nuldelijnszorg’.....	7
c. Van reguliere zorg naar preventie en complementaire zorg .....	7
2. Meer marktwerking: nee, verantwoorde marktprincipes: ja.....	8
a. Meer marktwerking: nee!.....	8
b. Verantwoorde marktprincipes: ja! .....	8
3. Toekomst AWBZ: Eén vangnet voor langdurige, onverzekerbare zorg .....	10
<b>Deel II ‘Objectieve voorlichting rond medisch-ethische thema’s’</b> .....	<b>11</b>
1. Prenatale diagnostiek – 20- weken echo .....	12
2. Abortus provocatus.....	13
3. HPV-vaccinatie.....	14
4. Orgaandonatie.....	17
5. Euthanasie en hulp bij zelfdoding .....	19
<b>Bronvermelding</b> .....	<b>22</b>

## Deel I ‘Betaalbaarheid en Kwaliteit van de Zorg’

---

*De gezondheidszorg in Nederland kost veel geld. De netto uitgaven voor 2010 zijn begroot op ruim 56 miljard euro. Dat komt neer op bijna 9% van het BNP.<sup>1</sup> Dit is internationaal gezien niet uitzonderlijk, maar kan en moet efficiënter. Het nieuwe kabinet staat voor de uitdaging van de grootste miljardenbezuiniging ooit. Maar liefst twee van de twintig bezuinigingsvoorstellen die de ambtelijke werkgroepen van het Ministerie van Financiën in april jongstleden naar de Tweede Kamer stuurden, gaan over de zorg. De Langdurige Zorg heeft daarin een taakstelling van 4,2 miljard euro; die van de Curatieve Zorg bedraagt 6,35 miljard euro.<sup>2</sup> De vraag is hoe het beste kan worden gesneden in de kosten, zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van en solidariteit in de zorg. Want anders betaalt de patiënt – om wie het gaat en dankzij wie de zorg bestaat – ten onrechte het gelag.*

# 1. ‘Driedubbele substitutie’ van zorg

*De kostenbesparende én kwaliteitsverhogende maatregel die wij voorstellen, is de ‘driedubbele substitutie van zorg’ (a, b en c), te beginnen met palliatieve zorg. Deze substitutie draagt ook bij aan de patiëntentevredenheid.*

## a. Verplaatsing van tweedelijnszorg naar de eerste lijn of naar huis: palliatieve zorg

- analyse*
- Demissionair minister van VWS, dr. Ab Klink, maakte de verplaatsing van ziekenhuiszorg naar goedkopere (en voor veel chronische patiënten vaak kwalitatief betere) eerstelijnszorg tot speerpunt van zijn beleid. Helaas heeft hij hiermee slechts een voorzichtig begin kunnen maken, namelijk voor Diabeteszorg en voor Cardiovasculair Risicomanagement. Maar er zijn veel meer aandoeningen en zorgvormen, waarvoor geldt dat patiënten beter af zijn thuis of in een laagdrempelige eerstelijnsvoorziening dan in een ziekenhuis of andere intramurale voorziening. Naast bekende (COPD, Hartfalen, Depressie en Dementiezorg) en minder bekende (preventie en complementaire zorg) mogelijkheden van substitutie, brengen wij hier de mogelijkheden van substitutie voor de *palliatieve zorg* onder de aandacht.
  - In de praktijk krijgen veel patiënten die in ziekenhuizen overlijden niet de palliatieve zorg die zij nodig hebben (zie toelichting 1).<sup>3 4</sup> Behalve *kwalitatief suboptimaal* is veel van deze zorg ook *onnodig duur* ten opzichte van settings waar wel goede palliatieve zorg wordt geboden (hospices, bijna-thuis-huizen en gespecialiseerde thuiszorg).
- advies*
- Recent lobbyde de Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra (NFU) bij VWS om meer geld beschikbaar te maken voor palliatieve zorg in ziekenhuizen. Wij adviseren het nieuwe kabinet niet langer te wedden op twee paarden en deze investering voor wat betreft de ziekenhuiszorg te beperken tot enkele universitaire expertisecentra. Vervolgens dient te worden geïnvesteerd in het (h)erkennen van situaties, waarin ziekenhuisopname niet zinvol is. Opnames die hiermee worden voorkomen (stel 20.000 van de 43.000 per jaar<sup>5</sup>), leveren geld op (naar schatting zo’n honderd miljoen euro<sup>6</sup>). Dat geld moet worden gebruikt om te investeren in een goede palliatieve zorg thuis of in bijna-thuis-settings. Dit vergroot de kwaliteit van zorg rond het levenseinde voor patiënten, komt overeen met hun wens en bespaart kosten.
- bijdrage*
- Om deze precieze inhoud en omvang van deze substitutie-effecten te kennen, moeten de voorgestelde ontwikkelingen gepaard gaan met vergelijkend onderzoek. Het Lindeboom Instituut maakt hiermee een begin (zie Box 1).

**Toelichting 1** – Jaarlijks overlijden in Nederland ongeveer 135.000 mensen. Van deze sterfgevallen vindt ongeveer 35 % plaats in het ziekenhuis, 20 % in een verpleeghuis, 15 % in een verzorgingshuis en slechts 30 % thuis. Terwijl driekwart van de Nederlanders er de voorkeur aan geeft thuis te overlijden. Voor de ruim 43.000 mensen die jaarlijks in de Nederlandse ziekenhuizen overlijden, zijn – verspreid over 16 ziekenhuizen – in totaal slechts 49 bedden beschikbaar waar gespecialiseerde palliatieve zorg wordt geboden.

### Box 1 – Vergelijkend onderzoek en publieksvoorlichting

Het Lindeboom Instituut ontwikkelde recent een onderzoeksplan om te investeren in goede palliatieve zorg thuis of in bijna-thuis-settings. Op dit moment verkent zij met Agora, VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Landelijke Vereniging Georganiseerde Eerste lijn (LVG) de mogelijkheden voor dergelijk onderzoek.

Voor patiënten en hun naasten moet worden gewerkt aan een goede publieksvoorlichting over de mogelijkheden van palliatieve zorg. Agora, de NPV en het Lindeboom Instituut voeren op dit moment onderzoek uit naar de verbetermogelijkheden van deze publieksvoorlichting. De uitkomsten resulteren begin 2011 in concrete verbeteringen in de publieksvoorlichting.

## b. Van tweede- en eerstelijnszorg naar 'nuldelijnszorg'

analyse

- Onderzoek wijst uit dat vrijwilligerszorg en mantelzorg (ook als het zou worden vergoed – goedkoper is dan reguliere zorg. Berekende 'uurtarieven' lopen uiteen van 10 tot 15 euro. Een ander voordeel is dat het tot besparingen elders leidt. Dit maakt vervroegd ontslag mogelijk of het voorkomt zelfs opname. Patiënten kiezen bovendien in overgrote meerderheid voor mantelzorg en mantelzorgondersteuning.<sup>7</sup>

advies

- Daarom adviseren wij in te zetten op een tweede vorm van substitutie: het stimuleren van de zogeheten 'nuldelijnszorg' ten gunste van reguliere gezondheidszorgvoorzieningen. Hiermee bedoelen we vooral vrijwilligerszorg en mantelzorg(ondersteuning). De NPV draagt hierin actief bij via haar vrijwilligers (zie Box 2).
- Wij pleiten ervoor nog meer te zoeken naar mogelijkheden om vrijwilligers- en mantelzorg in te zetten in zorgsituaties, met inbegrip van goede (arbeids)verlof regelingen of vergoedingen. Een kansrijk domein hiervoor is de eerder genoemde palliatieve zorg en de zorg voor mensen met dementie. In die gevallen is vaak 24 uur per dag zorg nodig (zie toelichting 2).<sup>8 9 10</sup>

**Toelichting 2** – Het aantal mensen met dementie stijgt van 1 op de 93 naar 1 op de 44.

In 2050 zijn er naar verwachting 500.000 mensen met dementie, waarvan 80 procent thuiswonend.

## c. Van reguliere zorg naar preventie en complementaire zorg

analyse

- Ongeveer anderhalf miljoen Nederlanders maken gebruik van complementaire zorg en behandeling.<sup>11</sup> Hoewel zij daardoor bijdragen aan terugdringing van de algemene zorgkosten, worden zij niet gecompenseerd in hun bijdrage aan die kosten en bovendien betalen zij de complementaire zorg veelal uit eigen portemonnee.
- Bewustwording op het gebied van preventie van aandoeningen en kosten wordt onvoldoende benut<sup>12</sup> met het oog op het zelfherstellend vermogen van de patiënt en zijn gezondheid én de betaalbaarheid van de zorg: voorkomen is beter dan genezen, ook in financiële zin.

advies

- Wij adviseren fors in te zetten op een derde vorm van substitutie, namelijk de gecombineerde versterking van preventie en de benutting van waardevol gebleken complementaire zorg, te beginnen in de palliatieve zorg.<sup>13 14</sup> Versterking van preventieve maatregelen benadrukt ook de daarbij behorende eigen verantwoordelijkheid van burgers. Daarbij past inbedding van zinvolle vormen van complementaire zorg in de reguliere zorg. Daardoor ontstaat een effectieve en efficiënte integrale zorg (zie toelichting 3).<sup>15</sup> Gezondheidsvoorlichting en opvoeding in deze zin moet leiden tot bewustwording. Ordening en bekostiging in deze zin leidt tot aanmerkelijke besparing. Bij de veelheid aan wetenschappelijk onderzoek verwijzen we alleen naar een recent onderzoek van de Universiteit van Tilburg: huisartsen met een erkende complementaire opleiding besparen gemiddeld 15 procent en bij ouderen zelfs 25 procent!<sup>16</sup>

**Toelichting 3** – Bij integrale zorg gaat het om een combinatie van het beste dat de reguliere geneeswijze en elk van de complementaire geneeswijzen heeft te bieden, in de verbinding van oude concepten en nieuwe methoden. Deze benadering bestaat uit vijf universele behandel niveaus: uitgaan van een evenwichtige levensstijl en het zelfherstellend vermogen (1); maatregelen die de levensfuncties stimuleren (2); suppletie van tekorten die zijn ontstaan (3). Als het zelfherstellend vermogen van de patiënt ondanks 1-3 tekort schiet: reguliere maatregelen die de verschijnselen wegnemen, die de ziekte onderdrukken (4); maatregelen die orgaansystemen vernietigen of wegnemen (5).

bijdrage

### Box 2 – Inzet vrijwilligers NPV: 60.000 uur zorg in 2009

De NPV heeft ruim 2.000 vrijwilligers actief in de thuishulp en mantelzorgondersteuning. Zij worden vooral ook ingezet binnen de palliatieve terminale hulp. De vrijwilligers dragen bij aan het leefbaar houden van het leven. Het aantal uren geboden hulp bedroeg in 2009 60.000 uur. Indien we een sober 'uurloon' zouden rekenen, leveren deze NPV-vrijwilligers een maatschappelijke bijdrage van miljoenen euro's!

## 2. Meer marktwerking: nee, verantwoorde marktprincipes: ja

*Marktwerking is een hot item en het begrip veroorzaakt misvattingen rond de organisatie en inhoud van de zorg. Daarom zeggen wij 'ja' tegen verantwoorde marktprincipes, maar 'nee' tegen meer marktwerking in de zorg.*

### a. Meer marktwerking: nee!

analyse

- Vrije marktwerking werkt niet in de zorg (de patiënt kiest geen ziekte, maar wordt erdoor overvallen en zorg is voor een aanzienlijk deel een relationeel gebeuren), maar verantwoorde marktprincipes kunnen de zorg wel beter en efficiënter maken. In de afgelopen jaren zijn in de gezondheidszorg soms elementen van marktwerking toegestaan, zoals oprichting privéklinieken. Andere mechanismen, zoals vrije prijsvorming door ziekenhuizen, zijn bewust gecreëerd. Er is ook geanticipeerd op mogelijke nadelige gevolgen van de marktwerking. Denk aan acceptatieplicht en risicoverevening bij zorgverzekeraars.

- Als we de balans opmaken van vier jaar gereguleerde marktwerking, zien we dat er belangrijke negatieve effecten zijn. Zo zijn sommige medisch specialisten met het oog op hun inkomen bewust anders gaan declareren dankzij het Diagnose Behandel Combinatie (DBC)-systeem en de prestatiebekostiging. Die leggen meer nadruk op de beloning van kwantiteit (bij meer patiënten meer verschillende DBC's openen) dan op het waarderen van kwaliteit van zorg en behandeling door per patiënt de activiteiten goed te verrichten. Behalve tot onnodig hoge kosten, leidt dit bovendien tot fragmentatie voor patiënten.<sup>17</sup> Maar niet alleen medisch specialisten varen wel bij het systeem.<sup>18 19</sup> Ziekenhuisbestuurders blijken vele malen meer inkomen te toucheren dan de norm toelaat.<sup>20</sup> Deze (extra) inkomsten van specialisten en bestuurders onttrekken geld aan het systeem; geld dat besteed zou moeten worden aan patiëntenzorg (zie toelichting 4).

**Toelichting 4** – Medisch specialisten hadden in 2009 een gemiddelde inkomensstijging van 35 procent. En dat terwijl de inkomens van de Nederlandse specialisten in 2008 al de hoogste ter wereld waren.

Ziekenhuisbestuurders, die als het aan Ab Klink ligt, met de medisch specialisten de discussie zouden moeten gaan over de hoogte van het specialisteninkomen (!), geven op inkomensgebied een niet veel beter voorbeeld.

Uit een inventarisatie van de jaarverslagen van algemene en academische ziekenhuizen door het Financiële Dagblad (2 augustus 2010) blijkt dat de bestuurders in 2009 gemiddeld euro 241.000 verdienen. Dat is ruim boven de norm die de sector voor zichzelf vaststelde: euro 190.000. Maar bestuurders van ziekenhuizen kunnen tot 30% boven dat plafond uitgaan als de zorginstelling in een concurrerende omgeving opereert of zeer complex is. Daardoor kan een bestuurder maximaal op euro 245.000 uitkomen. Ook die laatste norm werd in 2009 nog ruimschoots overschreden.

Van de in totaal 185 bestuurders zitten er 76 boven de euro 245.000.

- Demissionair minister Klink deed een voorstel om deze praktijk aan banden te leggen. In zijn voorstel maken ziekenhuisbestuurders met medisch specialisten afspraken over de hoogte van het inkomen. Ziekenhuizen zouden daarvoor een vast bedrag moeten ontvangen.
- Het Lindeboom Instituut en de NPV signaleren bij dit voorstel een belangrijk risico (afgezien van de vraag of de bestuurders wel in de positie zijn om de specialisten op hun inkomen aan te spreken; zie toelichting 4). Goede afspraken met medische staven maken meer kans bij sterke ziekenhuisbesturen dan bij zwakke. En als medisch specialisten in conflict komen met het ziekenhuisbestuur? Het laat zich raden wat er dan gebeurt met de kwaliteit en/of de beschikbaarheid van de zorg. Ons voorstel aan het nieuwe kabinet: maak nu voor eens en altijd een einde aan de inkomensdiscussies in de medisch specialistische zorg en neem alle medisch specialisten in loondienst. Hooguit zou wat ons betreft een bescheiden maximumpercentage van het salaris wat variabel mogen zijn. Zo kan de (vooral intrinsiek gemotiveerde) specialist nog meer worden verleid om excellente zorg te leveren.

advies

### b. Verantwoorde marktprincipes: ja!

analyse

- Anderzijds wordt naar onze mening van sommige succesvolle marktmechanismen nog lang niet goed genoeg gebruik gemaakt. Zo is 'integrale bekostiging' nog nauwelijks gerealiseerd.

Daarbij regelt een hoofdaannemer – bijvoorbeeld een gezondheidscentrum – voor een vaste prijs de complete zorg voor groepen patiënten (of zelfs een hele regio). En dat tegen zo hoog mogelijke kwaliteit en zo laag mogelijke kosten. Internationale literatuur toont de positieve effecten van dergelijke constructies aan.<sup>21</sup> Ondernemende Nederlandse gezondheidscentra die hierin voor de bewoners in hun wijk het voortouw willen nemen, komen tot nu toe bedrogen uit. Zelfs de meest vooruitstrevende zorgverzekeraars blijken integrale bekostiging van ketenzorg in de praktijk niet aan te durven. Naar eigen zeggen kunnen zij de kwaliteit van zorg niet voldoende inschatten. Maar was dit niet juist de rol die zij al vier jaar geleden, bij de introductie van het nieuwe zorgstelsel, kregen toebedeeld?

- Ook in de acute zorg is een meer integrale organisatie en bekostiging nodig. Door onnodige financierings- en organisatieschotten tussen HuisArtsen Post (HAP) en Spoed Eisende Hulp (SEH), lekt jaarlijks onnodig 50 miljoen euro weg (zie toelichting 5).<sup>22</sup>
- Het Lindeboom Instituut en de NPV pleiten ervoor om meer aandoeningen en zorgvormen integraal te bekostigen, te beginnen met dementiezorg en palliatieve zorg. Voorwaarde is dan wel dat de te contracteren zorgketen het complete pakket aan multidisciplinaire zorg omvat. Ook moeten er goede gegevens beschikbaar zijn over de geleverde kwaliteit. Een nieuw op te richten kwaliteitsinstituut, waarin patiëntencollectieven stevig zijn vertegenwoordigd, zou voor dit laatste een oplossing kunnen zijn. Dit temeer, omdat zorgverzekeraars tot op heden hun rol hierin niet waarmaken.

**Toelichting 5** - Wie niets heeft te maken met de Spoedeisende Hulp (SEH), moet daar wegblijven en naar de huisarts gaan. Toch gaan veel mensen onnodig naar de SEH, bijvoorbeeld omdat ze tijdens ‘kantooruren’ geen tijd hebben. De Leidse ziekenhuizen hebben de huisartsenposten uit Leiden en Alphen in de ziekenhuizen opgenomen en sturen onterechte SEH patiënten door naar de HAP. Netto winst: 1,2 miljoen euro in 2009. Voor geheel Nederland zou dat 50 miljoen zijn. Maar ... volgens VWS begaaten men in Leiden ‘een economisch delict’! Want voor avond- en nachtdienst krijgen die huisartsen een hoger tarief dan de norm. Dankzij deze regeltjes laten we jaarlijks 50 miljoen euro liggen.

advies

- Wat betreft de *transparantie van de kwaliteit van zorg* is er de afgelopen jaren veel geïnvesteerd. Dit past bij een zorgstelsel, waarin de overheid zich terugtrekt en een meer toezichthoudende rol vervult. Resultaat hiervan zijn diverse basissets prestatie-indicatoren, zoals die voor ziekenhuizen, verpleeghuizen, verloskunde en palliatieve zorg, waarbij ook de NPV bij de totstandkoming was betrokken.
- Kenmerk van dit ‘nieuwe kwaliteitsdenken’ is dat zoveel mogelijk uitkomsten van zorg worden gemeten. De manier waarop die uitkomsten worden gerealiseerd, doet er in die filosofie minder toe. Dit uitkomstdenken zorgt naast de gebleken resultaten (zie toelichting 6)<sup>23</sup> ook voor veel onbegrip, frustratie en energieslurpende discussies. Professionals voelen zich gewantrouwd in hun integriteit. (Te) krappe budgetten werken ontmoedigend, omdat gewenste resultaten met de beste wil van de wereld niet kunnen worden gehaald.

**Toelichting 6** – Het werken met kwaliteitskaders en prestatie-indicatoren leidt enerzijds aantoonbaar tot verbetering van de kwaliteit van zorg. Zo zijn onder druk van deze indicatoren bijvoorbeeld afspraken gemaakt over het concentreren van risicovolle ingrepen in specialistische centra. Kon het zeven jaar geleden nog bestaan dat een chirurg slechts enkele aneurysma operaties per jaar uitvoerde, inmiddels zorgen volume-indicatoren voor een frequentere uitvoering, meer expertise op één terrein en dus voor meer veiligheid.

analyse

- Wij pleiten ervoor in het kwaliteitsbeleid meer plaats in te ruimen voor *andere dimensies* dan alleen de gerealiseerde uitkomsten. Er moet ook aandacht zijn voor de intrinsieke overtuiging waarmee professionals hun werk doen en voor de context waarbinnen dat gebeurt. Dat geldt ook voor de minder tastbare, maar zeker zo belangrijke onderdelen van de zorgverlening, zoals betrokkenheid, menslievendheid, genegenheid, warmte etc. Ook deze relationele aspecten zijn onderdeel van kwaliteit! Het Lindeboom Instituut neemt het initiatief om deze aspecten een plek te geven in kwaliteitskaders en de bijbehorende sturingsfilosofie (zie Box 3).

advies

bijdrage

**Box 3 – Het ‘nieuwe kwaliteitsdenken’**

In samenwerking met de Universiteit Tilburg beleggt het Lindeboom Instituut medio november 2010 een bijeenkomst voor alle veldpartijen rond de Kwaliteitskaders voor Verantwoorde Zorg in de langdurige zorg. Hierin zullen de contouren duidelijk worden van een strategie om die andere kwaliteitsdimensies in het functioneren van de kwaliteitskaders een plek te geven.

### 3. Toekomst AWBZ: Eén vangnet voor langdurige, onverzekerbare zorg

*Vereenvoudig de bekostiging van de zorg naar een patiëntvolgend systeem en verwijder uit de AWBZ ingesloten zorgvormen die niet passen bij de oorspronkelijke bedoeling. Het argument van kostenbeheersing vanwege vergrijzing is een misvatting.*

analyse

- Een steeds terugkerende vraag is die wat er in de toekomst met de AWBZ moet gebeuren. Het is een feit dat in de loop van de jaren veel goedkopere, kortdurende zorgvormen onder het bekostigingsregime van de AWBZ zijn geschaard, zoals de wijkverpleegkundige, die een belangrijk onderdeel uitmaakt van de extramurale, chronische zorgketen.
- Op dit moment ervaren veel patiënten dagelijks de problemen als gevolg van de vele ‘potjes’, waaruit hun zorg wordt bekostigd: ZVW, AWBZ en Wmo (zie Box 4).<sup>24</sup>
- Sommigen pleiten voor het ‘uitkleden’ van de AWBZ, omdat die vanwege de vergrijzing van de bevolking niet meer betaalbaar zou zijn. De meest recente cijfers van het CBS laten zien dat de helft van de 23 miljard die in de AWBZ omgaat, besteed wordt aan verpleging en verzorging<sup>25</sup>. Een groot deel van deze kosten zit echter in het stelsel zelf (zie toelichting 7 en 5) en/of wordt veroorzaakt door de toegenomen technische mogelijkheden. Veel van het geld komt niet ten goede aan patiëntenzorg.<sup>26</sup> De claim dat de AWBZ-kosten stijgen door vergrijzing is dus deels waar, maar moet niet leiden tot overhaaste conclusies.
- Herbezinning op de inhoud van de AWBZ is nodig, maar dan wel met de nodige kritische zintenzien van het bekostigingsstelsel als geheel (AWBZ in relatie tot de ZVW en Wmo). En dan niet zozeer vanuit bezuinigingsoverwegingen, maar met het doel de bekostiging eenvoudiger en meer patiëntvolgend te maken. Uiteindelijk zal dat de nodige besparingen opleveren.

#### Toelichting 7 – De kosten in het zorgstelsel

In Almere is de afgelopen jaren geëxperimenteerd met een keten van laagdrempelige, extramurale dementiezorg, waarbij zowel huisartsen (ZVW), verpleegkundig casemanagers (AWBZ) als huishoudelijke hulp (WMO) betrokken waren. Het leidde tot een toename van het aantal vroegtijdig geïdentificeerde dementerenden, verbeterde begeleiding en een vermindering van het aantal verpleeghuisopnames. Netto bleek deze zorgvorm goedkoper en kwalitatief beter.

Na het verstrijken van de experimentperiode is dit prachtige experiment helaas gestopt, omdat de diagnosestelling door de huisarts en de persoonlijke begeleiding door de wijkverpleegkundige geen verzekerde aanspraak in het kader van de ZVW was. Cliënten in Almere moeten voor een diagnose nu weer naar het (veel duurder en meer afstandelijke) ziekenhuis en voor casemanagement is geen geld.

advies

- Wij pleiten ervoor dat het nieuwe kabinet een aantal maatregelen neemt, met behoud van de AWBZ voor het oorspronkelijke doel: de bekostiging van langdurige, onverzekerbare zorg voor de zwaksten in onze samenleving. Tegelijkertijd moet ketenzorg – om te beginnen voor chronisch zieken en voor palliatieve patiënten – zoveel mogelijk integraal vanuit één bekostigingsregime wordt betaald. Daar waar mogelijk (bijvoorbeeld ambulante, verzekerbare zorg) vanuit de ZVW en zo niet (bijvoorbeeld de intramurale, langdurende zorg) vanuit de AWBZ.

bijdrage

#### Box 4 – Lopend onderzoek: Knelpunten in de financiering en organisatie van de Palliatieve Zorg

In opdracht van Agora, het landelijk ondersteuningspunt palliatieve zorg, verricht het Lindeboom Instituut momenteel onderzoek naar de knelpunten die palliatieve patiënten en mantelzorgers ervaren. Het gaat daarbij vooral om knelpunten die veroorzaakt worden door problemen in de financiering en (daardoor) in de organisatie van de palliatieve zorg. Voorlopige resultaten laten zien dat:

- 25% van de patiënten niet kan kiezen op welke plek men sterft;
- 61% van de patiënten in de laatste drie maanden van het leven wordt overgeplaatst naar een andere zorgsetting;
- overplaatsing in 43% van de gevallen twee maal of vaker plaatsvindt.

## Deel II ‘Objectieve voorlichting rond medisch-ethische thema’s.’

---

*In de huidige gezondheidszorg keert met enige regelmaat de discussie terug over enkele controversiële medisch-ethische thema’s zoals (geordend volgens de levenslijn):*

- *Prenatale diagnostiek*
- *Abortus*
- *HPV-vaccinatie*
- *Orgaandonatie*
- *Euthanasie*

*Het is belangrijk om dergelijke discussies te voeren op het scherp van de snede. Dat wil zeggen voorzien van de juiste argumenten, gestaafd met objectieve, wetenschappelijk verantwoorde cijfers. En juist aan dat laatste schort het in het debat regelmatig. Het Lindeboom Instituut en de NPV verkennen hieronder de omvang van deze problemen en brengen de juiste feiten in. Met als doel dat een nieuw kabinet zich van deze feiten vergewist, alvorens het zich opnieuw op deze medisch-ethische terreinen begeeft. In het belang van leven en welzijn van de patiënt en efficiëntie van de zorg.*

# 1. Prenatale diagnostiek – 20- weken echo

In de praktijk wordt de 20-weken echo vaak niet als vrijwillig ervaren en bovendien blijkt dat informatievoorziening en begeleiding aanmerkelijk beter kunnen.

analyse

- Uit onderzoek van het Meldpunt 20- weken echo, opgezet door de BOSK, VBOK en de NPV, bleek recent dat de informatievoorziening rondom het SEO aandacht vergt (zie toelichting 8<sup>27</sup>, 9<sup>28</sup>).
- advies
- Het Lindeboom Instituut en de NPV pleiten ervoor:
    - onderzoek uit te voeren naar de oorzaken van de problemen die vrouwen ervaren in de begeleiding en informatievoorziening na een slechte uitslag van de 20- wekenecho.
    - het maatschappelijk debat te voeren over de risicobereidheid bij ouders, de bereidheid om kinderen met beperking te krijgen en op te voeden en de daarvoor broodnodige steun en solidariteit vanuit de samenleving;
    - na het genoemde onderzoek gerichte interventies in te zetten om de ondersteuning door beroepsgroepen beter te laten aansluiten bij de behoeften en wensen van de zwangere vrouw.

**Toelichting 8** – Sinds 1 januari 2007 wordt het Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO) – ook bekend als de 20- weken echo – aan elke zwangere vrouw aangeboden.

Volgens het RIVM is het hoofddoel van de echo het onderzoek naar de eventuele aanwezigheid van een open rug of een open schedel.

Er wordt ook uitgebreid gekeken naar de ontwikkeling van de organen, waarbij ook andere lichamelijke afwijkingen kunnen worden gezien. Daarnaast wordt onderzocht of het kind goed groeit en of er voldoende vruchtwater is.

**Toelichting 9** – Drie opmerkelijke uitkomsten van het Meldpunt 20- weken echo waren:

- een kwart van de vrouwen is ontevreden over de begeleiding en informatie als er een afwijking op de echo wordt geconstateerd;
- 10 procent van de vrouwen krijgt geen informatie over de 20- weken echo of pas tijdens de echo;
- een op de twintig vrouwen weet niet dat de echo vrijwillig is.

bijdrage

## Box 5 – Voorstel voor onderzoek naar praktijk 20- weken echo

Het Lindeboom Instituut heeft een onderzoeksvoorstel geschreven en brengt dit medio september 2010 in bij de Werkgroep 'Onderzoek Prenatale Screening Downsyndroom en SEO'.

- De *vraagstelling* van het onderzoek luidt: "Hoe wordt in de praktijk de SEO-protocollen op het gebied van begeleiding van en informatievoorziening aan zwangere vrouwen vormgegeven door zorgverleners, hoe wordt dit ervaren en welke verbetermogelijkheden levert dit op?"
- Het *doel* van het onderzoek is voorstellen te doen voor verbetering van de SEO-protocollen. Het onderzoek richt zich op de begeleiding van en informatievoorziening aan zwangere vrouwen aangaande het SEO, met name spitst dit onderzoek zich toe op de vrouwen die een afwijkend SEO hadden. De verbetervoorstellen helpen zwangere vrouwen, hun naasten en de hulpverleners, die betrokken zijn bij het SEO.
- Een literatuurstudie, semigestructureerde interviews onder huisartsen, gynaecologen, verloskundigen en zwangere vrouwen, en een focusgroepsdiscussie met experts geven inzicht in de praktijk van het SEO. Ook worden gesprekken geobserveerd waarin de zorgverlener de afwijking bespreekt met de cliënt.

## Box 6 – Beter voorlichting aan vrouwen voor 20- weken echo

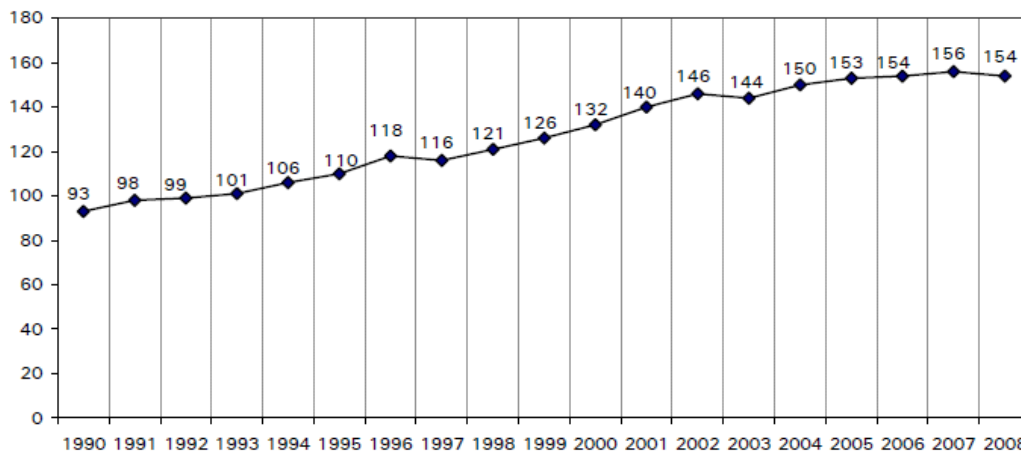
Om de vrouwen in deze 'nieuwe' doelgroep beter te ondersteunen, vroeg de NPV samen met de BOSK en de VBOK subsidie aan (Fonds PGO) om een informatiemiddel te ontwerpen. Dit middel doelt op explicitering van vrijwilligheid tot het maken van de echo en volledige informatie over de echo en versterking van de positie van de zwangere vrouw.

## 2. Abortus provocatus

*Als we zuiver willen omgaan met de problematiek van abortus provocatus, moeten we qua cijfers (anders dan nu gebeurt) in ieder geval uitgaan van de abortusratio. Verbetering van toetsing en registratie zal de black box van de abortuspraktijk openen en is een conditio sine qua non voor gerichte ondersteuning van (ongewenst) zwangeren.*

analyse

- In Nederland worden jaarlijks ongeveer 33.000 abortussen uitgevoerd. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) rapporteert over dit aantal. Na presentatie van die cijfers is er altijd kort publieke aandacht voor de abortuspraktijk. De conclusie luidt meestal dat het abortuscijfer redelijk stabiel is. Een andere veelgehoorde conclusie is dat Nederland internationaal gezien zo'n laag aantal abortussen en een laag abortuscijfer (aantal abortussen per 1.000 in Nederland wonende vrouwen) heeft.<sup>29</sup> Deze cijfers kloppen weliswaar, maar geven toch een vertekend beeld van de werkelijkheid.
- Een totaal ander beeld ontstaat namelijk wanneer rekening wordt gehouden met het jaarlijks (afnemend) aantal zwangerschappen. Dat kan door het aantal abortussen te bezien per 1.000 zwangerschappen of per 1.000 levendgeborenen. Dit noemen we de abortusratio. Deze ratio geeft een heel ander inzicht.<sup>30</sup>



Figuur 1: Abortusratio Nederland (aantal abortussen per 1.000 levendgeborenen) in de periode 1990-2008.<sup>31</sup>

advies

- De abortusratio laat zien dat in 2008 ruim 15 procent van de zwangere vrouwen (154 per 1.000) hun zwangerschap afbreekt. Voor zwangere tieners blijkt dit percentage zelfs boven de 65 procent te liggen.<sup>32</sup> Het laat ook zien dat de abortusratio de afgelopen twintig jaar weldege-lijk drastisch is gestegen.
- De abortusratio geeft een betrouwbaarder beeld van de ontwikkeling van de abortuspraktijk in Nederland. Waarom delen door het totaal aantal vrouwen, terwijl niet-zwangeren toch niet voor de keuze wel/geen abortus komen te staan? Wij pleiten ook hier voor transparantie! Laat duidelijk worden dat relatief steeds meer vrouwen geen andere uitweg zien dan een ongeborn leven te laten 'verwijderen'. Open dáárover de maatschappelijke discussie. Neem daarin alle beschikbare mogelijkheden en bekende feiten mee, ook die over mogelijke psychische gevolgen van abortus provocatus.<sup>33</sup>
- Ten slotte bepleiten wij de verbetering van de toetsing en registratie rond de abortuspraktijk. Alleen een goede toetsing van abortusgevallen aan de gestelde criteria en de registratie van de aanleiding tot en reden voor uitvoering van de abortus leidt tot scherp inzicht in de werkelijke abortuspraktijk. In hoeverre bestaat er een noodsituatie en wat houdt dit begrip in? Hoe wordt de wettelijk bepaalde bedenktijd inhoud gegeven? Alleen dit inzicht biedt handvatten voor gerichte ondersteuning van zwangeren.

### 3. HPV-vaccinatie

Het belang van de HPV-vaccinatie wordt overschat en screening d.m.v. 'het uitstrijkje' wordt onvoldoende gewaardeerd. Bovendien is de campagne onvolledig en misleidend. Daarom pleiten we voor het opnieuw opschorten en eventueel afschaffen van de HPV-vaccinatie.

analyse  
t.a.v. praktijk

- Op 8 juli 2008 liet minister Klink in een brief aan de Tweede Kamer weten dat de HPV vaccinatie definitief in het Rijks Vaccinatie Programma (RVP) opgenomen zou worden (zie toelichting 10).<sup>34 35</sup>
- Wie de daaropvolgende beslissingen en de huidige HPV-vaccinatie-praktijk vergelijkt met de (ook toen al bestaande) *criteria voor opname van vaccinaties in het RVP*, (zie toelichting 11)<sup>36</sup>, komt tot de conclusie dat de HPV-vaccinatie nooit onderdeel van het RVP had mogen worden. Al eerder werd op dit punt discussie gevoerd<sup>37 38</sup>, maar het Lindeboom Instituut en de NPV voorzien deze hieronder van de meest recente feiten:

- 1a ○ Baarmoederhalskanker is een ernstige ziekte, maar 70-75% van de vrouwen overleeft (1a).<sup>39</sup> Indien men er tijdig bij is, is die kans zelfs 100%.<sup>40</sup>
- 1b ○ De bijdrage van baarmoederhalskanker aan de totale sterfte aan kanker is laag: 1% (1b).<sup>41</sup> Er kan dus niet worden gesproken van een hoge mate van ernst en/of een grote omvang van de ziektelast.
- 2a ○ Het vaccin dat in Nederland wordt gebruikt (Cervarix) is volgens de laatste inzichten effectief bij vrouwen tussen de 16 en de 26 jaar die bij de eerste vaccinatie geen drager van het virus waren. De effectiviteit is volgens het laatst gepubliceerd internationaal onderzoek geborgd over een periode van 6,4 jaar (dit kan nog toenemen).<sup>42</sup> De praktijk in Nederland wijkt af van deze wetenschappelijke inzichten: er wordt gevaccineerd vanaf 12 jaar en bij vaccinatie is niet duidelijk of meisjes het virus misschien al bij zich dragen. In een interview stelt Diane Harper, internationaal het boegbeeld van onderzoek naar HPV vaccinatie: "het vaccineren van 11 tot 12 jaar oude meisjes is een groot publiek gezondheidsexperiment".<sup>43</sup>

**Toelichting 10** – Sinds 2009 is de de Humaan PapillomaVirus (HPV) vaccinatie onderdeel van het Rijks Vaccinatie Programma (RVP). Het virus kan baarmoederhalskanker veroorzaken. Wat cijfers op een rijtje:

- Ongeveer 70 tot 75% van de vrouwen waarbij baarmoederhalskanker is geconstateerd, overleeft.
- In Nederland overlijden jaarlijks ca. 200 vrouwen aan baarmoederhalskanker (de helft van de overledenen betreft vrouwen die niet meedoen aan het screening-programma (uitstrijkje));
- Het betreft hier 1% van alle sterfte aan kanker;
- Ter vergelijking: kanker aan de luchtwegen (luchtpijp en longen) kostte in 2009 bijna 10.000 mensen het leven (24% van de sterfte aan kanker)

**Toelichting 11** – De Gezondheidsraad heeft criteria opgesteld voor de opname van vaccinaties in het Rijks Vaccinatie Programma (RVP):

- *Ernst en omvang van de ziektelast*
  1. De ziekte vormt een aanzienlijke ziektelast voor de populatie
    - a. De ziekte is ernstig voor individuen
    - b. De ziekte bedreigt (potentieel) een grote groep mensen
- *Effectiviteit en veiligheid van het vaccin*
  2. Vaccinatie reduceert de ziektelast van de populatie aanzienlijk
    - a. Het vaccin is effectief: voorkomt de ziekte of reduceert symptomen
    - b. De benodigde vaccinatiegraad is haalbaar
  3. Eventuele bijwerkingen doen geen afbreuk aan de gerealiseerde gezondheidswinst
- *Acceptatie van de vaccinatie*
  4. Het ongemak dat individuen bij vaccinatie ervaren is proportioneel ten opzichte van de gezondheidswinst van het individu en de populatie als geheel;
  5. Het ongemak dat individuen van het vaccinatieprogramma als geheel ondervinden, is proportioneel in relatie tot de individuele en populatiebrede gezondheidswinst;
- *Efficiëntie van de vaccinatie*
  6. Er is sprake van een positieve balans tussen de kosten van de vaccinatie en de te verwachten gezondheidswinst; ook ten opzichte van alternatieve vormen van reductie van de ziektelast;
- *Prioriteit van de vaccinatie*
  7. Ten opzichte van andere vaccinaties, die ook voor selectie in aanmerking komen, is de introductie van het vaccin urgent.

- 2b ○ Bij HPV vaccinatie is geen sprake van een cruciale ondergrens aan de vaccinatiegraad als het gaat om gezondheidseffecten. Wel moet worden geconstateerd dat de opkomst in 2009 met 49% zodanig laag was, dat moet worden gevreesd voor de *costeneffectiviteit* (criterium 6).<sup>44</sup>
- 3 ○ In de V.S., waar men al langer vaccineert, is intussen duidelijk dat vaccinatie gepaard gaat met flauwvallen en een verhoogd risico op trombo-embolische (bloedvatverstopping) incidenten.<sup>45</sup> Groot probleem bij het dat onderzoek is echter de gebrekkige (vaak vrijwillige registratie). In Nederland ontstaat het inzicht in de werkelijke omvang van eventuele incidenten ‘werkende weg’.<sup>46</sup> Ook in dat opzicht is er sprake van een publiek gezondheidsexperiment. Natuurlijk is ook voorafgaand aan opname in het RVP internationaal onderzoek gedaan naar mogelijke bijwerkingen, maar dat was in de genoemde doelgroep van jonge vrouwen tussen 16 en 26. Experts stellen dan ook dat er nog onvoldoende zekerheid is dat vaccinatie van jongere vrouwen geen risico’s met zich meebrengt.<sup>47</sup> Wat een acceptabel risico is bij een vaccinatie(programma), is tenslotte geen statisch gegeven. Dat wordt mede bepaald door de voordelen die het oplevert. Wat dat betreft merken we (afgezien van het betoogde onder 1 en 2) op dat er niet veel bijwerkingen toelaatbaar geacht mogen worden. Ook al omdat de bestaande screeningspraktijk al zeer goed beschermt tegen baarmoederhalskanker.<sup>48</sup>
- 4, 5 ○ Als het gaat om de acceptatie van het vaccinatieprogramma moeten we constateren dat deze niet maatschappijbreed onverdeeld aanwezig is. Het gehele programma heeft tot veel maatschappelijke onrust en onduidelijkheid geleid, wat resulteerde in een lage opkomst van 49% in 2009 en van 53% over de jaren 2009 en 2010.<sup>49</sup>
- 6 ○ Recent Nederlands onderzoek van het ErasmusMC, dat internationaal werd gepubliceerd, laat zien dat HPV-vaccinatie in Nederland niet kosten effectief is. Zelfs niet als wordt uitgegaan van de aller-gunstigste aannamen (zie toelichting 12).<sup>50</sup> Iedere dosis vaccin blijkt ruim 65% te duur.
- 7 ○ Als het gaat om de vraag of HPV vaccinatie prioriteit verdient, ten opzichte van andere kandidaat-vaccinaties moet waarschijnlijk negatief worden geantwoord, gegeven de lage incidentie- en mortaliteitscijfers bij baarmoederhalskanker. Als we naar die cijfers kijken, zoals in toelichting 8, dan verdient het veel meer aanbeveling te investeren in preventiecampagnes tegen roken en in het stimuleren van meer actieve stoppen-met-roken-campagnes.

**Toelichting 12** – Onderzoek van het ErasmusMC laat zien dat HPV vaccinatie in Nederland **niet kosteneffectief** is.

De auteurs constateren dat met de **huidige prijs** van € 118 per dosis vaccin, de toevoeging van de HPV-vaccinatie aan het bestaande Nederlandse screening-programma een kosten / batenverhouding had van € 53.500 per kwaliteit gecorrigeerde levensverwachting jaar (QALY). Deze kosten / batenverhouding is aanzienlijk slechter dan de kosteneffectiviteit drempel van € 20.000 per QALY; de aanvaardbaarheidsdrempel die eerder werd opgesteld door de Nederlandse overheid (een interventie met een kosten / batenverhouding van meer dan € 20.000 per QALY werd niet aanvaardbaar geacht).

In een gunstige situatie, waarin slechts 1 ronde vaccinatie van 3 doses nodig is voor levenslange bescherming tegen de HPV type 16/18-geassocieerde baarmoederhalskanker, zou het bereiken van een kosten / batenverhouding van € 20.000 per QALY betekenen dat het vaccin ongeveer € 40 per dosis zou mogen kosten. Indien een aanvullende herhalingsvaccinatie is toegevoegd, zou de prijs per eerste vaccinatie € 33 per dosis mogen kosten, en met 4 donoringvaccinaties, € 16 per dosis.

*analyse  
t.a.v. campagne*

- Het RIVM bracht een folder uit om de doelgroep (meisjes vanaf 12 jaar) voor te lichten. De campagne is naar ons inzicht *onvolledig* en *eenzijdig* en bovendien *misleidend*.
  - Onvolledig en eenzijdig, omdat in de campagne weinig tot geen aandacht is voor de beste manier om de kanker te voorkomen: namelijk door het hebben van minder tot geen wisselende seksuele contacten. Een ander gegeven is dat er te weinig wordt benadrukt dat deelname aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker (het ‘uitstrijkje’), nog altijd het belangrijkste middel is in de strijd tegen deze kanker. Een derde onvolledigheid is dat de vaccinatie voor minstens vijf jaar bescherming biedt. Onderzoek moet nog uitwijzen of bescherming ook langer stand houdt. Meisjes worden relatief vroeg ingeënt (vanaf 12 jaar), de vaccinatie zou dus (uitgaand van een werkzame tijd van vijf jaar) moeten worden herhaald rond 17 jaar. Die herhaling wordt echter niet door de overheid aangeboden. De kosten voor betrokkene zijn dan een paar honderd euro voor eigen rekening.

- Misleidend, omdat de titel ervan: ‘Prik en bescherm, laat je inenten tegen baarmoederhals-kanker’ in algemene zin onjuist is.<sup>51</sup> In de folder zelf wordt overigens wel uitgelegd dat meisjes door de vaccinatie niet helemaal zijn beschermd. Een tweede misvatting: anders dan de campagnetitel doet vermoeden, helpt de vaccinatie niet tegen het oplopen van deze seksueel overdraagbare infectie (soa). Een derde feit is dat het vaccin slechts beschermt tegen twee virussen die zeventig procent van de kankers kunnen veroorzaken.<sup>52</sup> De overige elf soorten virussen zorgen dus voor de andere dertig procent baarmoederhalskanker.

*advies*

- Het Lindeboom Instituut en de NPV pleiten voor het opschorten en (indien er aan de feiten niets verandert) het afschaffen van de HPV-vaccinatie. In ieder geval willen wij meer nadruk op preventie door middel van het ‘uitstrijkje’ en het patiëntvriendelijker maken van deze screening, zodat nog meer vrouwen tijdig worden opgespoord;
- Op basis van bovenstaande analyse pleiten wij voor volledige voorlichting, dus ook over de verandering in leefstijl ter preventie van de kanker (vgl. het ABC-programma in de aidspreventie);
- Verbetering van de informatie door de overheid en onderzoek naar de mate waarin de informatie is begrepen. Voor veel vrouwen zijn de feiten over de zinvolheid van de vaccinatie nog niet goed duidelijk.
- Het Lindeboom Instituut en de NPV pleiten ten slotte voor meer zorgvuldigheid in het systeem van het RVP én in de te voeren campagnes. Want in de toekomst zullen diverse nieuwe vaccins worden aangeboden.<sup>53</sup>

*bijdrage*

**Box 7 – NPV gaf eerlijke informatie over HPV Vaccinatie**

Juist vanwege de genoemde kritiek op de bestaande campagne rond HPV vaccinatie, besloot de NPV een eigen informatiecampagne te starten. Deze informeert het publiek over de volgende onderwerpen (<http://www.npvzorg.nl/themas-van-a-tot-z/hpv-vaccinatie/>):

- |  |   |
|--|---|
| 1. Waarom krijgt mijn dochter deze post?                         | 6. Wat moet ik doen als ik mijn dochter niet wil laten inenten? |
| 2. Zijn de prikken verplicht?                                    | 7. Kunnen mijn zonen ook met het HPV-virus besmet raken?        |
| 3. Wat zijn de gevolgen van niet inenten?                        | 8. Wie helpt mij bij het maken van een keus?                    |
| 4. Is er een andere manier om baarmoederhalskanker te voorkomen? | 9. Wat is het standpunt van de NPV?                             |
| 5. Mag mijn dochter zelfstandig beslissen over deze prik?        | 10. Waar kan ik terecht voor meer informatie?                   |

## 4. Orgaandonatie

*Het tekort aan orgaandonoren is een probleem dat feitelijk moet worden benaderd en vraagt om verantwoorde oplossingsrichtingen. Het invoeren van een ander (zogenoemd Actief Donor Registratie Systeem) behoort daar wat ons betreft niet toe. De overheid moet het maken van een keuze stimuleren; niet de beslissing vóór donorschap.*

*analyse  
t.a.v. systeem*

- Er is in Nederland een tekort aan orgaandonoren. Ongeveer 5,3 miljoen mensen staan ingeschreven in het donorregister. Slechts 3 miljoen zijn bereid om donor te worden en 7,5 miljoen Nederlanders van 18 jaar en ouder hebben hun keuze nog niet kenbaar gemaakt. Op 1 januari 2009 stonden er 1315 mensen op de wachtlijst. In 2008 zijn 153 patiënten overleden terwijl ze op de wachtlijst voor orgaantransplantatie stonden. Regulering in de Wet op de Orgaandonatie (zie toelichting 13) en diverse campagnes (zie analyse campagne) hebben dit niet kunnen verhelpen.
- Met enige regelmaat laait de discussie op om het wettelijke systeem daarom te veranderen (zie toelichting 14).<sup>54 55</sup> Het huidige ‘toestemmingssysteem’ zou dan vervangen moeten worden door een ‘geen-bezwaar-systeem’ of varianten daarop. In die systemen is het mogelijk dat anderen voor een individu beslissen over donorschap. Helaas worden ook in deze discussie regelmatig argumenten naar voren gebracht die de werkelijkheid vertroebelen, zo niet geweld aandoen. Wij noemen er hier enkele onder vermelding van de juiste feiten en cijfers:

- Om te beginnen *de naam van het alternatieve systeem*. Gezondheidsfondsen zoals de Nierstichting Nederland, het Astma Fonds, het Diabetes Fonds en de Nederlandse Hartstichting bepleiten het geen-bezwaar-systeem of varianten daarvan. Zij presenteren dit alternatief echter onder de misleidende naam ‘Actief Donor Registratiesysteem’. Iedereen wordt hierbij gevraagd zijn keuze kenbaar te maken in het Donorregister. Echter, mensen die om welke reden dan ook geen keuze maken, worden uiteindelijk tóch als donor geregistreerd. Hoezo ‘actief’?
- We plaatsen ook kanttekeningen bij de *voorgespiegelde effecten*. In opdracht van de genoemde gezondheidsfondsen voerde Motivaction in april 2010 onderzoek uit onder stemmers op de VVD, PvdA, CDA en PVV. Ongeveer 60 procent van hen bleek er voorstander van dat het nieuwe kabinet het geen-bezwaar-systeem invoert, mede omdat het aantal donoren hierdoor zou toenemen.<sup>56</sup> Ook de bovengenoemde CGOD speculeerde over forse toename in het aantal postmortale orgaantransplantaties bij verandering van het systeem.<sup>57</sup> Het resultaat zal in de praktijk echter tegenvallen. Genoemde alternatieve systemen zullen er niet toe leiden dat de meerderheid van de huidige niet-geregistreerden zich bereid

**Toelichting 13** – Orgaandonatie is geregeld in de Wet op de orgaandonatie. Uitgangspunt is dat mensen zelf over donatie moeten kunnen beslissen. Dit noemt men een volledig toestemmingssysteem: zonder toestemming van de donor zelf of van zijn nabestaande(n) mag donatie niet plaatsvinden. De wet is ook bedoeld voor de veiligheid van de donor, het tegengaan van orgaanhandel en om het aantal donaties te vergroten. Dit laatste gebeurt bijvoorbeeld door het centraal registreren van donoren in het Donorregister.

**Toelichting 14** – De Coördinatie Groep Orgaandonatie (CGOD) bood in juni 2008 het Masterplan Orgaan Donatie aan aan de minister van VWS. Hierin stelt zij een combinatie van interventies voor, die in vijf jaar zou moeten leiden tot een stijging van het aantal postmortale transplantaties met 50%. Het advies ziet er op hoofdlijnen als volgt uit:

- Overgang naar een Actief Donor Registratie (ADR) Systeem
  - Kwaliteitsverbetering van orgaandonatie in ziekenhuizen
  - Positieve, meer op inhoud gerichte voorlichting
  - Nadruk op zorgvuldigheid en wegnemen barrières voor donatie bij leven
  - Monitoring van effecten
- Minister Klink heeft op basis van a) *principiële overwegingen* (aan donatie gaat een expliciete, op autonomie gebaseerde wilsverklaring vooraf) en b) de *verwachte ineffectiviteit* besloten af te zien van het ADR systeem. Wel is overgegaan tot invoering van het Activerende Toestemmingssysteem (ATS):
- Toevoegen van een vijfde keuzemogelijkheid; “*ja, ik geef toestemming voor donatie, mits mijn nabestaanden instemmen*”;
  - Bij mensen die zich niet zelf registreren, wordt vastgelegd: “*mijn nabestaanden beslissen*”.

verklaart organen af te staan. Uit tal van onderzoeken blijkt dat het invoeren van het geen-bezwaar-systeem vrijwel zeker niet leidt tot een toename van het aantal donoren. In sommige scenario's leidt die zelfs tot een afname!

Toelichting 15 geeft voorbeelden van deze onderzoeken.<sup>58 59</sup>

- Tenslotte zijn er belangrijke kanttekeningen te plaatsen bij het geen-bezwaar-systeem of varianten daarop vanuit het zelfbeschikkingsrecht. Dit recht staat in de Nederlandse samenleving hoog in het vaandel staat. Het past niet dat anderen zonder expliciete toestemming van het individu over diens lichaam beschikken. Dit is bovendien in strijd met artikel 11 van de Grondwet. Dat artikel waarborgt de onaantastbaarheid van het menselijk lichaam. Wat heeft een systeem, dat voor de niet-kiezers in feite een donatieplicht inhoudt, nog te maken met de gedachte van doneren als daad van naastenliefde?

**Toelichting 15** – Zowel in 2004 als in 2007 verrichtte het NIVEL onderzoek naar de verwachte gevolgen van invoering van het 'actief-donor-registratiesysteem'. Hieruit blijkt dat dit systeem in het meest waarschijnlijke scenario juist minder donoren zal opleveren dan nu het geval is. Ook

*analyse  
t.a.v.  
campagne*

- Niet alleen het systeem en eventuele alternatieve systemen oogsten kritiek; dit geldt ook voor de *campagne* (zie toelichting 16).<sup>60</sup> Vooral is discussie over de objectieve betrouwbaarheid van de campagne en de officiële weergave van resultaten.<sup>61</sup>
- Opvallend is dat de het kabinet, en daarmee het Ministerie van VWS de '*diepe voorkeur uitsprekt voor een keuze voor orgaandonatie*' en deze voorkeur actief omzet in een wervingcampagne met een al even uitgesproken naam: "Nederland zegt ja!". Hiermee mengt zich de overheid actief in wat de juiste keuze zou zijn, in plaats van dat zij zich beperkt tot het aanmanen van burgers tot het maken van een keuze (ja, of nee).

**Toelichting 16** – In oktober 2009 is de campagne Orgaandonatie: 'Nederland zegt Ja', gestart. Voor het eerst werkt het ministerie van VWS daarin samen met diverse gezondheidsfondsen, zoals de Nierstichting en het Diabetes Fonds en andere organisaties die betrokken zijn bij orgaandonatie.

*advies*

- Een nieuw kabinet zal waarschijnlijk opnieuw worden geplaatst voor de keuze het huidige systeem van orgaandonatie te handhaven of het te vervangen door het geen-bezwaar-systeem. Het Lindeboom Instituut en NPV
  - hopen dat een nieuw kabinet niet te lichtvaardig zal omgaan met de zorgvuldige afwegingen van minister Klink in reactie op het Masterplan Orgaandonatie.
  - pleiten voor bewustmaking van burgers en het maximaliseren van het aantal geregistreerde Nederlanders van 18 jaar en ouder.
  - bepleiten een eerlijke campagne en eerlijk debat;
  - zouden graag een bijdrage leveren aan de discussie over orgaandonatie vanuit ethisch perspectief door via onderzoek te komen tot een normatief kader van ethische condities voor een systeem van orgaandonatie en een verantwoorde campagnevoering (zie Box 8).

*bijdrage*

**Box 8 – Onderzoek naar verhouding ethische condities beslissysteem en campagne**

Het Lindeboominstituut overweegt een onderzoek uit te voeren naar de ethische argumenten bij diverse systemen voor orgaandonatie. Van belang is het, vanuit die argumenten na te denken over de rol die de overheid en diverse maatschappelijke organisaties zouden moeten spelen in de campagnevoering. Ook de ethische condities voor een goede campagnevoering moeten in dergelijk onderzoek onder de loep genomen worden.

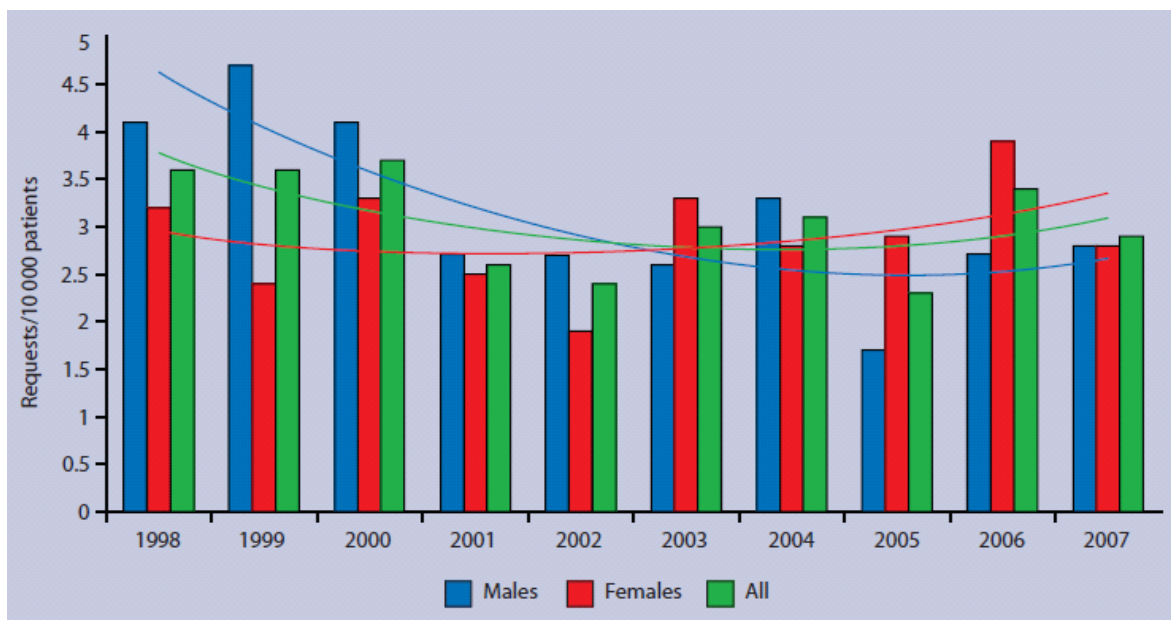
## 5. Euthanasie en hulp bij zelfdoding

Om de waarde van het meldingssysteem te kunnen beoordelen, is de verhouding van het aantal euthanasiegevallen tot het totaal aantal overledenen (euthanasieratio) noodzakelijk. Wij pleiten voor feitelijk inzicht in de euthanasiepraktijk door toetsing van ieder sterfgeval.

analyse

- Voor de euthanasiepraktijk geldt een vergelijkbare problematiek als bij abortus provocatus. Het aantal meldingen van euthanasie vertoont de afgelopen jaren een licht stijgende lijn (jaarlijkse toename met 200 tot 300 meldingen: circa 10 procent van het totaal).<sup>62</sup> In 2009 werd zelfs een stijging van 13 procent zichtbaar. De cijfers geven aanleiding tot discussie (zie toelichting 17).<sup>63 64 65 66</sup>
- NIVEL deed recent onderzoek naar euthanasieverzoeken in de Continue Morbiditeits Registratie (CMR) van de NIVEL-Peilstations. Men komt tot de conclusie dat er sinds de invoering van de Euthanasiewet geen statistisch significante toename is van het aantal euthanasieverzoeken. Hiermee acht men aangetoond dat de toename van het aantal euthanasiemeldingen in werkelijkheid een toename is van het aantal meldingen en geen toename van het aantal euthanasiegevallen. Deze conclusie is opvallend, zeker gegeven de trendlijnen die men in de publicatie toont (Zie Figuur 2).

**Toelichting 17** – Tot op heden zijn de oorzaken van deze stijging nog niet geheel duidelijk. Sommigen stellen dat het hier slechts een stijging van het aantal meldingen betreft. Het cijfer zou zo meer iets zeggen over de meldingsdiscipline dan over het aantal euthanasiegevallen. Anderen vermoeden dat er weldegelijk sprake is van een stijgend aantal euthanasiegevallen. Het taboe zou er steeds meer afgaan. Het kan ook zijn dat artsen steeds nauwkeuriger het onderscheid weten tussen euthanasie en sedatie in de laatste levensfase. Wat men eerder onder sedatie schaarde, meldt men dan nu als euthanasie. Tegen deze gedachte pleit dat in de laatste jaren de toepassing van palliatieve sedatie juist toeneemt. Een andere uitleg is die van prof.dr. B.J.P. Crul. Hij stelt dat de toename van euthanasie een kwestie is van gemakzucht. Huisartsen zouden een gebrekkige kennis van en daardoor negatieve ervaringen hebben met palliatieve sedatie. Crul vermoedt dat zij daarom vaker instemmen met verzoeken om euthanasie. Eerder had de hoogleraar al aangegeven dat het bij euthanasie niet gaat om een medisch probleem, maar om een cultuurproblematiek.



Figuur 2: Incidentie euthanasieverzoeken in Nederlandse Huisartsenzorg 1998-2007<sup>67</sup>

- In tegenstelling tot het NIVEL zijn wij van mening dat de zichtbare stijgende trend (zeker vanaf 2005) tot een andere conclusie moet leiden. Als de NIVEL onderzoekers dezelfde analyse zouden herhalen met inbegrip van de cijfers van 2008 en 2009 zou deze trend alleen nog maar duidelijker worden. Dit gelet op de eerder genoemde sterke stijging in het aantal euthanasiemeldingen in die jaren.

analyse

- Recent heeft zich op het gebied van hulp bij zelfdoding een nieuwe ontwikkeling voorgedaan; het zogeheten Burgerinitiatief Voltooid Leven. Deze ontwikkeling is problematisch vanwege:
  - *De definiëring van het begrip*: Wanneer is en leven voltooid? Wie bepaalt dat?
  - *Het discriminatoir hanteren van een leeftijdsgrens*: Is ‘voltooid leven’ toelaatbaar vanaf 70 jaar? Of 75 jaar? En wie bepaalt dat?
  - *De uitvoeringsproblemen*: Hoe, wanneer en voor wie is de ‘pil van Drion’ beschikbaar? Hoe wordt misbruik voorkomen?
  - *Het ideologische karakter van de campagne*: de campagne is zorgvuldig geregisseerd met de ‘inzet’ van diverse BN-ers. Voortdurend worden de randen van het toelaatbare opgezocht met als hoogte- (of moet worden gezegd: diepte)punt de Netwerk documentaire over Moek Heringa.
  - *Het hanteren van oneigenlijke feiten*:

Is er werkelijk sprake van een wijd verbreide vraag om het mogen beëindigen van het voltooide leven? En als dat zo is; is dat dan niet een symptoom van een dieper liggende oorzaak zoals verschraling van de zorg en van het sociaal maatschappelijk klimaat?

- Het laten liggen van een *andere oplossing* van de zelfgewilde dood (zie toelichting 18<sup>68</sup> en 19<sup>69</sup>)
- ...die bovendien *filosofisch en ethisch discutabel* is: Hebben mensen niet de plicht zichzelf zoveel mogelijk te ontplooiën (Kant) en: Welke ‘morele’ verplichtingen of druk brengt een eventuele *mogelijkheid* om uit dit leven te ‘stappen’ mee voor ouderen die dit niet wensen?

**Toelichting 18** – Ervaringen in hospices zoals Kuria in Amsterdam of Rozenheuvel in Arnhem laten zien dat de vraag om euthanasie gedeels kan verdampen. Hospices maken van palliatieve zorgverlening hun hoofdtak, zodat we mogen zeggen dat palliatieve zorgverlening de vraag om levensbeëindigend handelen in belangrijke mate terugdringt. Voor wie denkt, dat de christelijke identiteit van de zojuist genoemde organisaties fungeert als ‘vader van de gedachten’, kan informeren bij verpleegtehuis Akropolis van de Stichting Humanitas in Rotterdam. Hoewel daar op zichzelf geen bezwaar bestaat tegen levensbeëindiging, heeft men toch eenzelfde ervaring. Het gaat in Akropolis volgens bestuursvoorzitter drs. J. Becker om een levensloopbestendige zorg en zorgomgeving. Daarmee verdwijnt de doodswens van de gemiddelde client.

**Toelichting 19** – Tussen 2004 en 2008 is onderzoek uitgevoerd naar het werken met zogeheten ‘levensboeken’.

Het project had tot doel de effecten van het werken met levensboeken op vier plaatsen te onderzoeken:

- op het welbevinden van ouderen
- op de kwaliteit van de zorgrelatie
- op de manier hoe ouderen vertellen over hun leven
- onderzoek naar de implementie van het werken met levensboeken

*De uitkomsten van het onderzoek zijn als volgt samen te vatten:*

1. Ondanks de hoge leeftijd van de betrokken ouderen en de relatief lichte interventie is er sprake van een robuust effect van de levensboekmethode op de narratieve competentie en constructie van zin in levensverhalen.
2. De bewoners zijn tevreden over het levensboek, dat voor hen heel verschillende functies vervult.
3. Aandacht, al dan niet in de vorm van een levensboekmethode, wordt ook blijkens dit onderzoek positief gewaardeerd.
4. Het specifieke effect van een levensboekmethode op welbevinden en kwaliteit van de zorgrelatie boven niet-specifieke aandacht blijkt gering.
5. Het maken van een levensboek heeft wel positieve effecten bij bewoners met een lage mentale gezondheid.

advies

- Wij pleiten op het gebied van de euthanasie voor meer duidelijkheid en transparantie over de ontwikkeling van de *euthanasieratio*. Dat betekent dat het aantal euthanasiegevallen (niet de meldingen) afgezet moet worden tegen het totaal aantal jaarlijks overledenen. Daartoe bevelen wij aan:
  - via (het lopende) evaluatieonderzoek naar de euthanasiepraktijk eerst meer helderheid te krijgen over de verhouding tussen het aantal euthanasiegevallen en het aantal meldingen;
  - nieuwe trendanalyses te doen van de aanvragen tot euthanasie, met inbegrip van de cijfers over 2008 en 2009. Het Lindeboom Instituut is voornemens hiermee een begin te maken (Zie Box 9);
  - zo snel mogelijk over te stappen op de toetsing en registratie van ieder ingewilligd euthanasieverzoek. Alleen zo kan er helderheid ontstaan over de manier waarop artsen in de praktijk invulling geven aan het ‘schemergebied’ van criteria zoals het ondraaglijk en uitzichtloos lijden.

- Met betrekking tot het initiatief “Voltooid Leven” zijn wij van mening dat nog lang niet alle mogelijke alternatieven zijn verkend.
  - Wij adviseren bijvoorbeeld fors in te zetten op het vroegtijdig opsporen van depressie onder ouderen en hier tegenover een goed behandelaanbod te plaatsen.
  - Ook het werken met levensboeken en projecten rond zingeving in de zorg verdienen navolging en bredere implementatie.
- Tenslotte is het voor een goede en objectieve beeldvorming van belang dat vanuit diverse disciplines argumenten voor en tegen het ‘voltooid leven’ worden verzameld. Het Lindeboom Instituut zal binnenkort een begin maken met dergelijk onderzoek en de NPV startte met dit doeleinde reeds de campagne ‘mijnlevenmaakikzelfnietuit.nl’ (Zie Box 10).

**Box 9 – Trendanalyses cijfers euthanasieverzoeken**

Het Lindeboom Instituut is van mening dat voor een goed inzicht in de omvang van de abortuspraktijk onderzoek verricht moet worden dat de feitelijke aantallen *uitgevoerde* euthanasiegevallen beschrijft. Tot nu toe is slechts gebruik gemaakt van gegevens over het aantal *meldingen* (jaarrapportages) en het aantal *verzoeken* (NIVEL).

In afwachting van het evaluatie onderzoek dat recent gestart is naar de Euthanasiewet, stelt het Lindeboom Instituut voor om in ieder geval de trendanalyses op de data over euthanasieverzoeken opnieuw uit te voeren. Ditmaal met inbegrip van de jaren 2008 en 2009. Bovendien moet er dan niet (zoals NIVEL deed) gebruik gemaakt worden van 1 datapunt per jaar, maar 12; voor iedere maand een. Op die manier worden trends beter en sneller zichtbaar.

**Box 10 – Onderzoek naar multidisciplinaire argumenten voor en tegen voltooid leven.**

De NPV startte in 2010 de campagne mijnlevenmaakikzelfnietuit.nl. Op de website worden argumenten verzameld voor en tegen het fenomeen ‘klaar met leven’ en een eventuele regeling daarvoor.

Het Lindeboom Instituut zet dit voort met een onderzoek dat deze argumenten multidisciplinair, overzichtelijk in kaart brengt. Daartoe voeren wij gesprekken met sleutelfiguren op het terrein van de geneeskunde, psychologie, gezondheidsrecht, ethiek, theologie en economie. Het onderzoek vindt dit najaar plaats.

## Bronvermelding

- <sup>1</sup> Miljoenennota 2010
- <sup>2</sup> Rapporten ambtelijke werkgroepen Ministerie van Financiën, april 2010
- <sup>3</sup> Akker, P. Van den, K. Luijkx en S. Van Wersch, 2005. *Waar wilt u doodgaan? Keuzen en Overwegingen*; TNS/NIPO in opdracht van Stichting STEM, 2008.
- <sup>4</sup> Voor een overzicht van beschikbare palliatieve zorgvoorzieningen zie: <http://www.palliatief.nl/ZorgKiezen/Statistieken/tabid/3847/Default.aspx>
- <sup>5</sup> CBS Statline. *Sterfte naar locatie (ziekenhuizen)*. Cijfers tot en met 2008.
- <sup>6</sup> Aangenomen dat een ziekenhuisopname van een patiënt die daar overlijdt gemiddeld 5.000 euro kost.
- <sup>7</sup> Zie diverse onderzoeken van drs. N.J.A. van Exel en prof. dr. W.B.F. Brouwer op [www.imta.nl](http://www.imta.nl) en [www.bmg.eur.nl](http://www.bmg.eur.nl)
- <sup>8</sup> Alzheimer Nederland, 2010. <http://www.alzheimer-nederland.nl/dsc?c=getobject&s=obj&objectid=6101&!dsname=dsalzheimer&getastype=PDF>
- <sup>9</sup> Graaff, A. de e.a. (red.), *Palliatieve zorg – Richtlijnen voor de praktijk*. pag. 441-459 Uitg. Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC) - Utrecht 2006
- <sup>10</sup> Gootjes, J.R.G., Nolet, M., *Palliatieve zorg – zakboekje*. pag. 82-83 Uitg. Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC) – Utrecht, 2006.
- <sup>11</sup> CBS. *Statline 2005* [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)
- <sup>12</sup> Landelijk Overleg Thema-instituten (LOT), 2007. [http://www.lot-i.nl/standpunten\\_documenten/brede\\_preventie](http://www.lot-i.nl/standpunten_documenten/brede_preventie)
- <sup>13</sup> Graaff, A. de e.a. (red.), *a.w.* pag. 91-139 Uitg. Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC) - Utrecht 2006
- <sup>14</sup> Gootjes, J.R.G., Nolet, M., *a.w.* pag. 20-23 Uitg. Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC) – Utrecht, 2006.
- <sup>15</sup> Seldendijk, R. (verschijningsdatum 2010/2011). *Duurzame en integrale geneeskunst: geen alternatief? – ethische beoordeling vanuit een christelijke levensvisie*: par. 8.3.3
- <sup>16</sup> Kooreman, P. en Baars, E. (2010). *Patients Whose GP Knows Complementary Medicine Have Lower Costs and Live Longer*. <http://members.ziggo.nl/peterkooreman/gpcs.pdf>
- <sup>17</sup> Huyse, F., e.a.. *Stop met het DBC, laat artsen samenwerken - Wie aan meer dan één ziekte lijdt, komt door het DBC-systeem in de problemen: de artsen overleggen niet*. *NRC Handelsblad*, 23 juni 2010
- <sup>18</sup> Trouw, 13 juli 2010;
- <sup>19</sup> OECD Health Working Papers, 2008: no 41. *The Remuneration of General Practitioners and Specialists in 14 OECD Countries: What are the factors influencing variations across countries?*
- <sup>20</sup> Het Financiële Dagblad, 2 augustus 2010
- <sup>21</sup> Michael E. Porter, PhD, MBA; Elizabeth Olmsted Teisberg, PhD, MEngr, MS. *How Physicians Can Change the Future of Health Care*. *JAMA*. 2007; 297:1103-1111.
- <sup>22</sup> Leidsch Dagblad, 9 juli 2010. <http://www.leidschdagblad.nl/nieuws/regionaal/leidenenregio/article6225446.ece/Voortbestaan-huisartsenposten-op-losse-schroeven>
- <sup>23</sup> IGZ (2009). *Het resultaat telt*. [http://www.igz.nl/zoeken/download.aspx?download=Het\\_resultaat\\_telt\\_ziekenhuizen\\_2008.pdf](http://www.igz.nl/zoeken/download.aspx?download=Het_resultaat_telt_ziekenhuizen_2008.pdf)
- <sup>24</sup> Knelpunten in de Financiering en Organisatie van de Palliatieve Zorg. Lopend onderzoek in opdracht van Agora/Palliatief.
- <sup>25</sup> Zorgvisie, 28 juli 2010.
- <sup>26</sup> Pomp, M. (2010). *Een beter Nederland: De gouden eieren van de gezondheidszorg*. Amsterdam: Balans
- <sup>27</sup> RIVM (2009). *Folder Informatie over het Structureel Echoscopisch Onderzoek, de 20-weken echo*. Beschikbaar op: [http://www.rivm.nl/pns/Images/091199%20Folder%20SEO-NED%20def%20dec%202009\\_tcm95-57265.pdf](http://www.rivm.nl/pns/Images/091199%20Folder%20SEO-NED%20def%20dec%202009_tcm95-57265.pdf)
- <sup>28</sup> Zie voor de resultaten van het onderzoek: [http://www.vbok.nl/resultaten\\_website.pdf](http://www.vbok.nl/resultaten_website.pdf)
- <sup>29</sup> Visser et al., 2005. *Evaluatie Wet Afbreking Zwangerschap*. ZonMw, Den Haag.

- <sup>30</sup> Wiegman – van Meppelen Scheppink, E. e.a. (2010). *Van Levensbelang, een agenda voor bescherming van het ongeboren leven*. Amersfoort: Wetenschappelijk Instituut van de ChristenUnie
- <sup>31</sup> IGZ, *Jaarrapportage WAZ 2008*
- <sup>32</sup> Lee, L. van en Wijsen, C. (2008). *Landelijke Abortusregistratie 2008*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep
- <sup>33</sup> Van Laar-Jochemsen, T.W., Zuidema, C.E., Jochemsen, H. *Psychische problematiek bij vrouwen na abortus provocatus en de rol van de huisarts*. Rapport van het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut, nr. 18 Ede, 2006.
- <sup>34</sup> <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/cijfers/default.htm>
- <sup>35</sup> Weijman, G. (RIVM), *Vaccinatiecampagne HPV – fascinatie of frustratie*. Lezing Barendrecht d.d. 18 februari 2010
- <sup>36</sup> Houweling, H., M. Verweij, E.J. Ruitenbergh, namens de Gezondheidsraad, 2010. *Criteria for inclusion of vaccinations in public programmes*. *Vaccine*, 2010 (28):2924-2931.
- <sup>37</sup> Kok, I.M.C.M. de., J.D.F. Habbema, M.J.E. Mourits, J.W.W. Coeberg & F.E. van Leeuwen, 2008. Onvoldoende gronden voor opname van vaccinatie tegen Humaan Papillomavirus in het RVP. *NTVG*, 2008, 152(37):2001-2004.
- <sup>38</sup> Noordaa, J. van der & H. Houweling, 2008. Gronden voor vaccinatie tegen baarmoederhalskanker in het Rijksvaccinatieprogramma. *NTVG*, 2008, 152(42):2267-2269
- <sup>39</sup> RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid. <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/kanker/baarmoederhalskanker/beschrijving/>
- <sup>40</sup> KWF (2010a). *Verloop van de ziekte*. <http://www.kwfkankerbestrijding.nl/index.jsp?objectid=15076>
- <sup>41</sup> <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/cijfers/default.htm>
- <sup>42</sup> Harper, D.M., 2009. *Current Prophylactic HPV vaccines and gynecologic premalignancies*. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 2009 (21):457-464.
- <sup>43</sup> Bevington, C. 2007. Researcher blasts HPV marketing. <http://www.ahrp.org/cms/content/view/503/101/>
- <sup>44</sup> RIVM, maart 2009. <http://www.rivm.nl/persberichten/2009/dossiers/>
- <sup>45</sup> Slade, B.A. et al. 2009. *Postlicensure Safety Surveillance for Quadrivalent Human Papillomavirus Recombinant Virus*. *JAMA*, 2009, 302(7):750-757
- <sup>46</sup> RIVM, 2009. [http://www.rivm.nl/cib/themas/HPV-vaccinatie/#index\\_7](http://www.rivm.nl/cib/themas/HPV-vaccinatie/#index_7)
- <sup>47</sup> Haug, C. 2009. The Risks and Benefits of HPV Vaccination. *JAMA*, 2009, 302(7):795-796
- <sup>48</sup> Sawaya, G.F. et al. 2001. *Current approaches tot cervical-cancer screening*. *N Engl J Med*. 2001, 344(21):1603-1607.
- <sup>49</sup> RIVM, 2010 [http://www.rivm.nl/cib/actueel/nieuws/Opkomst\\_HPV\\_53\\_procent.jsp](http://www.rivm.nl/cib/actueel/nieuws/Opkomst_HPV_53_procent.jsp)
- <sup>50</sup> Kok, M.C.M. de, et al. 2009. *Cost Effectiveness Analysis of Human Papillomavirus Vaccination in The Netherlands*. *J Nat Cancer Inst* 2009; 101:1083-1092
- <sup>51</sup> *Prik en bescherm – laat je inenten tegen baarmoederhalskanker*. [http://www.rivm.nl/Images/minimagazine\\_tcm4-66699.pdf](http://www.rivm.nl/Images/minimagazine_tcm4-66699.pdf)
- <sup>52</sup> KWF (2010b). *HPV vaccin tegen baarmoederhalskanker*. <http://www.kwfkankerbestrijding.nl/index.jsp?objectid=16739>
- <sup>53</sup> Houweling, H., M. Verweij, E.J. Ruitenbergh, namens de Gezondheidsraad, 2010. *Criteria for inclusion of vaccinations in public programmes*. *Vaccine*, 2010 (28):2924-2931.
- <sup>54</sup> *Master Plan Orgaan Donatie. De Vrijblijvendheid Voorbij*. Coördinatiegroep Orgaandonatie, 11 juni 2008.
- <sup>55</sup> Klink, A. Kabinetsstandpunt Masterplan Orgaandonatie. Brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer. Tweede Kamer, Vergaderjaar 2008-2009, 28 549 nr. 73
- <sup>56</sup> *Stemmers op grote partijen zijn voorstander ADR*. Niernieuws 23 april 2010
- <sup>57</sup> *Master Plan Orgaan Donatie. De Vrijblijvendheid Voorbij*. Coördinatiegroep Orgaandonatie, 11 juni 2008.
- <sup>58</sup> Friele, R.D. en Jong, J.D. de (2007). *Actieve donorregistratie? Een herhalingsonderzoek naar de mogelijke reactie op de introductie van het actief donorregistratiesysteem*. Utrecht:NIVEL, 43-46;
- <sup>59</sup> Coppen, R., Friele, R. D., Gevers, S. K., Blok, G. A., Zee, J. van der (2008). *The impact of donor policies in Europe: a steady increase, but not everywhere*. *BMC Health Services Research* 2008 (8): 235.
- <sup>60</sup> VWS, 2009. <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/orgaandonatie>

- 
- <sup>61</sup> VWS voert misleidende donorcampagne. Zorgvisie 28 december 2009
- <sup>62</sup> Jaarverslag Regionale Toetsingscommissies Euthanasie
- <sup>63</sup> NRC Handelsblad, 15 juni 2010
- <sup>64</sup> Bruntink, R. *De laatste slaap – palliatieve sedatie: het alternatief voor euthanasie?*. Uitg. Atlas - Amsterdam/Antwerpen 2008
- <sup>65</sup> Nederlands Dagblad, 30 juni 2009
- <sup>66</sup> Crul, B.J.P. (2004) *Genade van een zachte dood - terminale sedatie als alternatief voor euthanasie*. *Medisch Contact* jrg. 59 nr. 34 pag. 1312-1314
- <sup>67</sup> Alphen, van, J. e.a., 2010. *Requests for euthanasia in general practice before and after implementation of the Dutch Euthanasia Act*. *British Journal of General Practice* 2010 (april): 262-267)
- <sup>68</sup> Seldenrijk, R., 2002. *De Pil van Drion als geruststelling?* *Pro Vita Humana*, 2002 (2):40-45  
<http://www.provitahumana.nl/pvh/ARTIKELN/ART2002/art200222.html>
- <sup>69</sup> Ganzevoort et al. 2009. *Het effect van het werken met levensboeken op het welbevinden van oudere zorgvragers, op de zorgrelatie tussen zorgvragers, zorgverleners en mantelzorgers en op de organisatie van zorg; effectmeting, effectverklaring en implementatie van methode*.  
<http://www.zorgvoorhetverhaal.nl/item/onderzoek-amp-praktijk/162/wetenschappelijk-onderzoek.html>