

VA RIO



2^e jaargang nummer 11/12

NTVG

Een afwijkende CT-scan bij licht traumatisch hoofdletsel, en dan?, D3578

Bij meer dan 80% van de SEH- bezoekers met licht traumatisch hersenletsel (LTH) wordt een CT-scan verricht, die bij minder dan 10% van hen afwijkingen laat zien. Daarbij gaat het – in afnemende volgorde van frequentie – om de aanwezigheid van subarachnoïdaal bloed, een subduraal hematoom, een contusiehaard, een intraparenchymateuze bloeding of een epiduraal hematoom. Een neurochirurgische ingreep is vervolgens zelden noodzakelijk.

Verschuillende auteurs adviseren om alleen hoog-risicopatiënten (patiënten met een leeftijd > 65 jaar, GCS-score < 15, gebruik van antistolling, en multitrauma) op de IC op te nemen. Intensieve bewaking is ook geïndiceerd bij ernstige CT-afwijkingen, waaronder 'midline-shift', een sub- of epiduraal hematoom, een temporale of subfrontale contusiehaard of een intraparenchymateuze bloeding > 10 ml. Patiënten die niet voldoen aan deze criteria kunnen op een reguliere afdeling worden opgenomen. Zo hebben patiënten met LTH en < 5 ml subarachnoïdaal bloed of een geïsoleerde intraparenchymateuze bloeding < 10 ml doorgaans een goede prognose.

In verschuillende Amerikaanse klinieken is het gebruikelijk om bij patiënten met LTH en een afwijking op de CT-scan 6-8 uur na trauma een controle-CT-scan te maken.

De keuze om standaard een controle-CT te verrichten vloeit voort uit studies waarin een hoog percentage van de CT-afwijkingen progressief was. Systematische reviews laten zien dat er progressie van de afwijking optreedt bij 10-20% van patiënten met LTH en een intracranieële afwijking op de eerste CT-scan. Deze progressie is vaak echter niet gerelateerd aan de klinische toestand van de patiënt. Zo gaat een toename van subarachnoïdaal bloed zelden gepaard met klinische verslechtering, tenzij er tevens progressie is van een reeds bestaande contusiehaard.

De resultaten van een meta-analyse uit 2014 geven evenmin steun voor de beslissing om op basis van een progressieve afwijking op een controle-CT-scan tot interventie over te gaan. Deze analyse van 14 pro- en retrospectieve studies liet zien dat het standaard maken van een controle-CT-scan na 12-24 uur slechts bij 2-4% van de patiënten met LTH tot een interventie leidt als tevens op klinische parameters gestuurd wordt. Stralingsbelasting en hoge opnamekosten zijn andere nadelen van het standaard verrichten van een controle-CT-scan.

Zolang de patiënt klinisch niet verslechtert, blijken andere afwijkingen op de CT-scan, zoals subarachnoïdaal bloed, een contusiehaard of een epiduraal hematoom, geen voorspellers voor een neurochirurgische ingreep te zijn.

Lyme-borreliose en cognitieve beperkingen, C4367

Met objectieve metingen worden cognitieve beperkingen bij eenzelfde percentage patiënten met Lyme-borreliose vastgesteld als in de algehele populatie. Dat is de conclusie van recent onderzoek van Anneleen Berende van het Radboudumc en collega's (BMC Infectious Diseases. 2019;19:833).

Mensen met Lyme-borreliose geven vaak aan daar cognitieve symptomen van te ondervinden. Uit eerder onderzoek is echter gebleken dat subjectieve geheugenprestaties maar zwak overeenkomen met objectieve metingen bij een Lyme-borreliose. Zodoende hebben Berende en collega's de cognitieve prestaties bij patiënten met aanhoudende klachten van Lyme-borreliose onderzocht. Om de validiteit van de testgegevens te kunnen beoordelen, hebben de onderzoekers rekening gehouden met de prestatievaliditeit van de onderzoeksgroep en subjectieve en objectieve metingen met elkaar vergeleken. In de PLEASE-studie hadden 40 van de 279 patiënten (14,3%) met aanhoudende klachten van Lyme-borreliose onvoldoende prestatievaliditeit vanwege een suboptimale uitvoering van de tests. De patiënten die onvoldoende prestatievaliditeit hadden, waren vaker lager geschoold of werkloos, en voelden zich vaker hulpeloos en fysiek vermoeid. Van de 239 prestatievalide patiënten hadden er 7 (2,9%) cognitieve beperkingen; dit percentage is vergelijkbaar met de algehele populatie, waarin circa

2,3% het slechter doet dan 2 standaarddeviaties onder het normatieve gemiddelde. De subjectieve symptomen kwamen in de groep prestatievalide patiënten ook overeen met de objectieve metingen.

Daarnaast publiceerde The BMJ onlangs een onderzoeksartikel waaruit bleek dat slechts 1 op de 20 mensen met de ziekte van Lyme daar langdurige gevolgen van ondervindt. De onderzoekers vermelden dat een toename in publiek besef mogelijk voor veel misinformatie heeft gezorgd, vooral over chronische Lyme. Sarah Logan van University College Hospital in Londen benadrukte dat langdurig antibioticagebruik door patiënten die denken dat ze een chronische Lyme-borreliose hebben vaak meer kwaad doet voor de patiënt dan dat het de aandoening ook daadwerkelijk verhelpt.

Complexe relatie ziekteverzuim en werk, C4401

Uit een vragenlijstonderzoek blijkt dat bijna een derde van de mensen die de huisarts bezoeken denkt dat hun medische klachten werkgerelateerd zijn. Toch hangt die inschatting niet duidelijk samen met ziekteverzuim. Dat melden onderzoekers in het tijdschrift Family Practice (2019; online 20 november).

De onderzoeksgroep, met deelnemers uit Nijmegen, Maastricht en Leiden, gebruikte de vragenlijsten uit een eerder onderzoek naar het effect van gerichte bijscholing van huisartsen op het begeleiden van patiënten met werkgerelateerde problemen. Aan dat onderzoek onder 1306 werkende volwassenen deden in 2012 en 2013 26 huisartsenpraktijken mee. Uiteindelijk waren de vragenlijsten van 206 patiënten volledig ingevuld en daarmee bruikbaar voor analyse.

Van deze mensen gaf 31% aan een verband te zien tussen hun medische klacht en hun werk. In de multivariate analyse vonden de onderzoekers echter geen significante associatie tussen het ervaren van zo'n verband en de karakteristieken van het ziekteverzuim. Mensen die een samenhang ervoeren tussen hun ziekte en hun werk waren gemiddeld 1,6 dagen afwezig, tegen 1,2 dagen bij patiënten die zo'n verband niet zagen. De factoren die wel duidelijk geassocieerd waren met meer verzuimdagen lagen voor de hand: chronische ziekte, een groter aantal verzuimdagen in een eerder kalenderjaar en een leeftijd ouder dan 50 jaar. Ook het laag inschatten van de eigen inzetbaarheid correleerde met een hoger aantal verzuimdagen.

Dit vragenlijstonderzoek bevestigt kortom enkele logische relaties tussen ziekteverzuim en niet makkelijk te beïnvloeden factoren, zoals de leeftijd. Dat veel ondervraagden hun klachten aan hun werk relateerden suggereert desalniettemin dat aandacht hiervoor zinvol kan zijn, bijvoorbeeld om strategieën voor secundaire preventie te ontwikkelen.

Lagerugpijn, D3933

Onder lagerugpijn wordt rugpijn verstaan in het gebied tussen de onderste ribben en de bilplooien. Deze pijn kan gepaard gaan met stijfheid, spierspanning en uitstraling in de benen. Lagerugpijn komt frequent voor (60-90% van de westerse bevolking) en wordt gekenmerkt door een hoge ziektelast en hoge maatschappelijke kosten. Bij de meeste patiënten in de algemene bevolking met lagerugpijn is er geen specifieke oorzaak aanwijsbaar en spreken we van aspecifieke lagerugpijn. Als de klachten langer dan 12 weken duren, spreken we van chronische lagerugpijn.

Bij minder dan 5% van de patiënten met lagerugpijn in de eerste lijn is er een specifieke oorzaak voor de klachten. Ook abdominale aandoeningen (bijvoorbeeld aneurysma aortae abdominale, appendicitis, cystitis) en heupafwijkingen (bijvoorbeeld coxartrose) kunnen gepaard gaan met lagerugpijn ('referred pain').

Bij veruit de meeste patiënten met lagerugpijn is er geen specifieke lichamelijke oorzaak aanwijsbaar. Een veel gehanteerde hypothese is dat deze aspecifieke lagerugpijn te maken heeft met overbelasting van pijngevoelige structuren in en rond de wervelkolom, zoals tussenwervelschijven, gewrichten, zenuwen en spieren.

Bevindingen bij beeldvormend onderzoek, zoals standsafwijkingen of degeneratieve veranderingen, lijken – althans wat betreft de niet-ernstige vormen daarvan – geen verband te houden met lagerugpijn.

Centrale sensitivatie is een van de meest waarschijnlijke verklaringsmodellen voor chronische pijn. Dit model gaat ervan uit dat de sensitivatie zó lang aanhoudt dat pijn niet langer als een effectief alarmsignaal werkt, maar spontaan ontstaat en wordt uitgelokt door onschuldige stimuli die normaal gesproken niet pijnlijk zijn (allodynie). Bij specifieke lagerugpijn nemen de pijn en beperkingen vaak binnen een maand af. 25-66% van de patiënten ontwikkelt echter in meer of mindere mate chronische klachten. Bij deze patiënten is de kans op herstel kleiner.

Waarschijnlijk spelen psychische en sociale factoren een rol bij het chronisch worden van specifieke klachten. Voorbeelden hiervan zijn angst voor pijn en bewegen en ongerustheid over het beloop. Ook een passieve copingstijl, depressieve gevoelens en psychische stress, alsmede problemen in de huiselijke sfeer of op het werk kunnen het herstel belemmeren. Meer dan 50% van de patiënten met specifieke lagerugpijn maakt in het jaar volgend op een pijnepisode een recidief door. Recidieven treden vooral op bij patiënten die in het verleden vaak of langdurig klachten hadden.

De werkzaamheid van analgetica bij specifieke lagerugpijn is waarschijnlijk beperkt als het gaat om pijnvermindering en verbetering van de functionaliteit. Schrijf daarom alleen analgetica voor ter ondersteuning van het activerende beleid.

Sterkwerkende opioïden zijn de laatste optie in de medicamenteuze behandeling en mogen alleen in uitzonderingsgevallen worden overwogen vanwege het risico op afhankelijkheid. Houd in dit geval de behandelduur zo kort mogelijk (maximaal 1 tot 2 weken) en verstrek geen herhaalrecepten.

Gebruik van neuropathische pijnmedicatie, zoals antidepressiva en anti-epileptica, ter vermindering van de pijn wordt niet aanbevolen. Het onderzoek naar de effectiviteit van deze middelen bij lagerugpijn is beperkt en de beschikbare onderzoeksresultaten laten geen overtuigende effecten zien. Ook benzodiazepinen worden niet aanbevolen. Het is niet aangetoond dat de beoogde spierverslapping bij deze middelen een gunstig effect heeft op de pijn of de het functioneren van de patiënt, terwijl zij wel bijwerkingen hebben en er kans op afhankelijkheid bestaat.

Chirurgische en anesthesiologische behandelopties voor specifieke lagerugpijn zijn zeer beperkt en worden slechts bij uitzondering overwogen.

Anesthesiologische behandelingen, zoals zenuwblokkade door hittebehandeling (radiofrequente laesies) en injecties met analgetica of corticosteroïden (bijvoorbeeld ter plaatse van de facetgewrichten of epiduraal) zijn niet zinvol bij specifieke lagerugpijn. De werkzaamheid is niet aangetoond en de behandelingen kunnen gepaard gaan met complicaties.

Spondylodese en conservatieve behandeling zijn in meerdere RCT's vergeleken bij patiënten die langer dan 1 jaar lagerugpijn hadden en bij wie ernstige discusdegeneratie was vastgesteld. Deze trials lieten 1 of 2 jaar na de behandeling nauwelijks verschil zien tussen operatie en gestructureerde oefenprogramma's als het gaat om functioneren en pijn. Daarom moet spondylodese als behandeling van rugpijn bij patiënten met discusdegeneratie uitsluitend in een multidisciplinair overleg overwogen worden wanneer de klachten onvoldoende zijn afgenomen na langdurige, gestructureerde, intensieve oefentherapie met cognitieve gedragstherapie. Bij het besluit om tot spondylodese over te gaan moet het risico op complicaties meegewogen worden. Ook van overige operaties, zoals het inbrengen van een discusprothese, is de effectiviteit onvoldoende aangetoond.

Medisch contact

Alternatieve aanpak na hersenletsel: fake of doorbraak?

Jaarlijks lopen in Nederland zo'n 85 duizend mensen traumatisch hersenletsel (THL) op, ruim twee keer de incidentie van een CVA. Op dit moment hebben naar schatting 500 duizend mensen last van de gevolgen van THL. Een lichte vorm van THL is lastig te

herkennen omdat er aanvankelijk herstel lijkt op te treden zonder breuk in het functioneren.

Veel mensen met licht hersenletsel herstellen volledig. Vaak is er echter na weken of maanden persisterende problematiek, die leidt tot blijvende beperkingen. 67 procent van de mensen met licht tot middelzwaar letsel heeft na zes tot twaalf maanden restklachten, met name vermoeidheid, vergeetachtigheid, verminderde concentratie, prikkelbaarheid en hoofdpijn. Dit kan gevolgen hebben voor hun maatschappelijke participatie.

Veel gevolgen, zoals concentratieproblemen en vermoeidheid, worden niet herkend, waardoor mensen met THL door hun omgeving overvraagd worden. Patiënten met persisterende stoornissen en beperkingen worden veelal naar de revalidatiearts verwezen. Uitgangspunten tijdens de revalidatie zijn rust, structuur en regelmaat, afgestemd op de persoonlijke behoeften. Bij overprikkeling zijn behandelruimtes prikkelarm en is het realiseren van evenwicht tussen belasting en belastbaarheid een rode draad. Veel patiënten met THL zijn gebaat bij deze benadering, gericht op optimale maatschappelijke participatie, met inachtneming van mogelijk permanente beperkingen. Er is echter een significante subgroep die onvoldoende herstel ervaart en zich oriënteert op alternatieve behandelwijzen. Eén kliniek die dit biedt is Cognitive FX (CFX) uit de VS. Het is van belang de behandelphilosofie van CFX te kennen, omdat honderden Nederlanders zich verwachtingsvol wenden tot deze kliniek. Bovendien wil CFX binnen twee jaar een dependance in Nederland openen.

CFX, opgericht in 2014, zegt gespecialiseerd te zijn in de behandeling van THL. In totaal zijn 1500 patiënten behandeld, onder wie ruim 200 Nederlanders (cijfers van de kliniek). Met functional NeuroCognitive Imaging (fNCI) zijn de bevindingen voor én na de behandelweek vastgelegd. fNCI zou een betrouwbare inschatting maken van de activatie van bepaalde hersengebieden door de oxygenatie van hersenregio's te vergelijken. CFX koppelt klinische resultaten aan de verandering in hersenactivatie en betreft daarin vanaf het begin nadrukkelijk de patiënt zelf. De multidisciplinaire interventie zelf (Enhanced Performance in Cognition, EPIC) duurt in tegenstelling tot behandelprogramma's in Nederland één week, is zeer intensief, en bestaat uit een herhalende cyclus van fysieke activiteiten en complexe (dubbel)taken, waarvan de inhoud is afgestemd op de uitslag van de scan. De hypothese van CFX is dat de hypoperfusie in specifieke hersengebieden samenhangt met de klachten en beperkingen en dat dit met fNCI goed objectiveerbaar is. Vervolgens worden functies die bij gezonde personen samenhangen met de getroffen gebieden – bijvoorbeeld op het gebied van waarneming, taal en geheugen – selectief en intensief gestimuleerd.

Deze aanpak staat haaks op de Nederlandse benadering.

CFX heeft resultaten vrijgegeven van zeshonderd patiënten die in de periode 2014-2018 zijn behandeld. De resultaten zijn opmerkelijk. De gemiddelde verbetering op de severity index score (SIS) – in feite de oxygenatie in de getroffen hersengebieden – zou 77 procent zijn. De verbetering op de PCSS, een gemengde schaal die herstel meet op de domeinen fysiek, denken, slapen en emotioneel functioneren, is 60 procent. Bij de 'controlegroep' – patiënten die afzagen van behandeling – trad geen verbetering op van SIS of PCSS, maar het is onduidelijk hoe deze groep is samengesteld. De vraag is natuurlijk of dit herstel duurzaam is. Bij een subset (n=28) bleek het herstel tot een jaar na de behandeling door te zetten.

Moeten wij patiënten met THL die geen baat hebben bij de in Nederland gangbare therapie, een behandeling in een privékliniek die in menig opzicht haaks staat op de Nederlandse inzichten, afraden? Onthouden wij onze patiënten – afgaande op publicaties van CFX en de positieve berichten van behandelde patiënten – een spectaculaire kans op verbetering? Revalidatie in Nederland kan effectief zijn, maar is ook geen een panacee. Er is echter nog geen gedegen onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek verricht, waarbij verschillende behandelwijzen met elkaar zijn vergeleken. Vooralsnog is de CFX-behandeling gebaseerd op onbewezen aannamen, bijvoorbeeld dat hypoxigenatie en klinische verschijnselen correleren. Ook wordt doorgaans geen neuropsychologisch

onderzoek in engere zin afgenomen om de klachten te objectiveren. Wat de uitkomsten van het fNCI-onderzoek betreft resteren er vragen: test-hertestbetrouwbaarheid en inter-beoordelaarsbetrouwbaarheid zijn onbekend. Toch is het begrijpelijk dat patiënten die stagneren zich oriënteren op alternatieven, ondanks de kosten (9000 euro, onverzekerde zorg).

Een parallel met een ontwikkeling vijftien jaar geleden bij een andere doelgroep dringt zich op. In dit blad werden toen de eerste resultaten gepresenteerd van een geheel nieuwe benadering voor CRPS type 1 – de 'Macedonische therapie'. Deze behandeling, voor het eerst toegepast in ruraal Macedonië, week radicaal af van de toen geldende gouden standaard, was niet wetenschappelijk bewezen en werd alomtevergeuisd. Dezelfde interventie, nu enigszins bijgesteld en omgedoopt tot Pain Exposure Physical Therapy, vormt nu de ruggengraat van de revalidatiebehandeling bij CRPS 1.

Robuust wetenschappelijk onderzoek is nodig om de veronderstelde meerwaarde van deze behandeling aan te tonen of uit te sluiten. Neurowetenschappers en klinici moeten de handen ineenslaan en onafhankelijk onderzoek inzetten met inzet van een gevalideerde neuropsychologische testbatterij om te beoordelen of er objectief inderdaad sprake is van duurzaam herstel. Maar tot het zover is, lijkt gepaste kritische kennisname van andere inzichten in combinatie met inlevingsvermogen voor de wensen van onze patiënten een vruchtbaarder uitgangspunt dan een louter defensieve houding louter gebaseerd op vooronderstellingen, premature scepticisme en cynisme.

Chronische pijn: stop de eenzijdige focus op somatiek

Chronische pijn heeft fysieke én mentale componenten. De zorgstandaard erkent dat, maar wordt helaas slecht nageleefd. Dat kost de patiënt kwaliteit van leven en de samenleving nodeloos veel geld. Andere financiële prikkels kunnen dit voorkomen. Meer dan 2 miljoen Nederlanders hebben dagelijks chronische pijn. Daarmee komt het veel vaker voor dan andere chronische aandoeningen zoals diabetes (circa 1,2 miljoen), coronaire hartziekten (circa 300 duizend vrouwen en circa 1 miljoen mannen) of kanker (circa 400 duizend). Chronische pijn heeft grote impact op de kwaliteit van leven van een patiënt en zorgt daarnaast voor stevige maatschappelijke kosten in de vorm van arbeidsverzuim en -ongeschiktheid.

Voor Nederland worden de totale directe en indirecte kosten geschat op 20 miljard euro per jaar. Dat is vele malen meer dan de kosten voor diabetes, hartziekten en kanker. Te verwachten valt dat met het groeiende aantal ouderen en chronisch zieken, deze kosten verder zullen stijgen. Die toename heeft alles te maken met de huidige financieringsstructuur, die zich puur richt op somatiek. De oplossing zit hem in een betere financiële prikkel, namelijk voor educatie en zelfzorg.

Het stellen van de diagnose van chronische pijn duurt vaak lang en daardoor start de juiste behandeling laat. Arbeidsverzuim en -ongeschiktheid zijn het gevolg en zorgen voor hoge maatschappelijke kosten. Ook blijkt uit internationale studies dat veel patiënten de behandeling van hun chronische pijn als onvoldoende beschouwend. En ook de Nederlandse patiënten met chronische pijn ervaren de kwaliteit van de pijnbehandeling als matig. Daarom is in 2017 de Zorgstandaard Chronische Pijn gepresenteerd, een initiatief van de Pain Alliantie in Nederland (PA!N), een samenwerkingsverband van wetenschappelijke verenigingen en patiëntenorganisaties. Het is de eerste zorgstandaard die is ontwikkeld met een gelijke inbreng van professionals en patiënten.

Hoewel er geen eenduidige definitie van chronische pijn bestaat, is het duidelijk dat pijn een complex samenspel is van het neurologische, endocriene, immunologische en psychologische systeem, en dat binnen een veranderende sociale context. Zowel biomedische als psychologische en sociale factoren zijn bepalend voor het ontstaan van chronische pijn, voor het beloop, de beleving én de genezing. Daarom is psychosociale behandeling, na of gelijktijdig met de somatische aanpak, cruciaal.

Juist vanwege die complexiteit pleit de Zorgstandaard Chronische Pijn voor integrale zorg op twee fronten. Enerzijds qua vorm: door een optimale afstemming van de zorg door alle zorgverleners, in nauw overleg met de patiënt. Anderzijds inhoudelijk: doordat de zorg somatische én psychosociale componenten behelst.

De zorgstandaard verwerkt dit in een stepped care-model:

1. Preventie en zelfzorg.
2. Monodisciplinaire diagnostiek, pijneducatie en behandeling in de eerste lijn.
3. Multidisciplinaire diagnostiek, pijneducatie en behandeling in de eerste lijn in samenwerking met de tweede lijn.
4. Multidisciplinaire diagnostiek, pijneducatie en behandeling in de tweede of derde lijn.

Het instapniveau is afhankelijk van de benodigde zorgzwaarte. Indien nodig wordt opgeschaald, indien mogelijk teruggeschakeld. Zo krijgt de patiënt altijd de effectiefste, minst belastende en goedkoopste behandeling aangeboden. Er is ruime evidence voor deze manier van werken.

Opvallend is de belangrijke rol van pijneducatie, gericht op de psychosociale componenten coping en participatie. Die vormen een integraal onderdeel van de zorgstandaard.

Helaas ligt in de praktijk nog te vaak de nadruk op een eenzijdige biomedische behandeling; daardoor blijven veel pijnklachten bestaan. Wel werken steeds meer pijncentra met een multidisciplinair team. Maar de zorg voor patiënten met chronische pijn is vaak gefragmenteerd, met verschillen in diagnostiek en behandeling.

Dat het nog maar zo matig lukt om conform die recente zorgstandaard te werken heeft te maken met de financieringsstructuur, die exclusief gericht is op het somatische model. Pijneducatie en het stimuleren van zelfzorg kosten veel tijd en daar staat geen financiële vergoeding tegenover; terwijl pijninterventies (prikken) relatief snel zijn uit te voeren met ruime financiële compensatie. Ook is het voorschrijven van medicatie een stuk makkelijker dan praten. Er is dus sprake van een financiële prikkel die niet de meest efficiënte behandeling stimuleert. Met de huidige financieringsstructuur lijkt het financieel dan ook niet haalbaar om het stepped care-model in te voeren en dus ook niet om die hoge maatschappelijke kosten terug te dringen.

Als we dit probleem willen adresseren, dan is het cruciaal om de financieringsstructuur aan te pakken en een financiële prikkel te creëren waarin educatie en zelfzorg een centrale rol hebben in de behandeling. Vergelijkbaar met adipositas en hyperglycemie, waar het mogelijk is om een vergoeding te krijgen voor een leefstijlcoach. Ook is het nodig om te zorgen voor prikkels waarmee de expertise die in de tweede lijn aanwezig is, gebruikt kan worden in de eerste lijn, zodat de eerste lijn veel meer kan doen en patiënten minder snel naar de tweede lijn hoeven (anderhalvelijnszorg).

Wellicht is het verstandig om over de grenzen van ministeries heen te kijken. Want met een betere behandeling van chronische pijn ligt het leeuwendeel van het rendement bij Sociale Zaken, in de vorm van toegenomen arbeidsparticipatie, terwijl de kosten ervan bij de zorgverzekeraar en VWS liggen.

Dus, als we de financiering een nieuwe richting geven, kunnen we de zorg goedkoper én beter maken. Dan komt 'de juiste zorg op de juiste plek': een perfecte invulling van het hoofdlijnenakkoord, waarbij de tweede lijn – ondanks een groeiende zorgvraag – niet meer in omvang toeneemt.