



Zorginstituut Nederland

Zorginstituut magazine

Kwartaalblad van
Zorginstituut Nederland
juli 2022

Verslavingsarts Robert van de Graaf:

“Een gezonde
leefstijl begint
bij een goed
rolmodel”

Beweging naar
passende zorg:
waar staan we nu?

Passende zorg
bij macula-
degeneratie

Inhoud

- 6 Beweging naar passende zorg**
Met het uitbrengen, eind 2020, van het advies over Passende zorg plantten het Zorginstituut en de NZa het zaadje voor de beweging naar passende zorg. Inmiddels is deze beweging in de volle breedte tot wasdom gekomen. Waar staan we nu?
- 8 Vitamine D niet langer vergoed**
Begin mei adviseerde het Zorginstituut om vitamine D niet langer uit het basispakket te vergoeden. De minister heeft dit advies inmiddels overgenomen. Het advies leidde in de (sociale) media tot commotie. Hoe zijn wij tot dit advies gekomen?
- 12 Voorwaardelijke toelating**
Via de voorwaardelijke toelating wees-geneesmiddelen, *conditionals* en *exceptionals* komen geneesmiddelen voor vaak zeld-zame en ernstige ziekten beschikbaar voor patiënten, ook als de effectiviteit ervan nog onvoldoende bewezen is.
- 19 Zinnige Zorg en Passende zorg**
Het programma *Zinnige Zorg*, dat in 2013 startte, blijft doorlopen. Ook nu de focus ligt op het programma Passende zorg. Hoe verhouden deze programma's zich tot elkaar?
- 22 Regie over informatielandschap**
De Expertisegroep Regie op registers voor dure geneesmiddelen roept VWS op om de regie te nemen over het zorginformatie-landschap, zodat gegevens over patiënten, aandoeningen en therapieën eenvoudig uitgewisseld kunnen worden.



Rubrieken

- 9 Column Martin van der Graaff**
- 10 Tien vragen aan:** Tommie Niessen.
- 14 Feiten & Cijfers**
- 16 De stelling van...**
Verslavingsarts Robert van de Graaf.
- 20 Passende zorg**
Maculadegeneratie.
- 24 Aan het bureau / aan het bed**
Model ter verbetering van regionale samenwerking van ic's.
- 26 Literair recept**
van de Culturele Apothekers.
- 27 De zorg van morgen**
... volgens hoofdcommissaris politie Martin Sitalsing.
- 28 Over zorg gesproken**

Zorginstituut Magazine Kwartaalblad van Zorginstituut Nederland. Een abonnement op Zorginstituut Magazine is kosteloos. Voor het aanvragen of opzeggen van een abonnement, evenals voor het wijzigen van uw gegevens kunt u contact opnemen met het Zorginstituut: bestel@zinl.nl, www.zorginstituutnederland.nl **Druk** De Bondt grafimedia communicatie bv, Barendrecht **Hoofdredactie** Michiel Geldof **Bladmanagement en eindredactie** Edith Bijl (Bijl Tekst & Bladmanagement), ebijl@zinl.nl **Aan dit nummer werkten mee** De Beeldredactie, Robert van der Broek, Rogier Chang, Rogier van der Haak, Arie Kievit (ANP), Jos Leijen, Mrs. Peacock, Ron Zwagemaker

Voorwoord

Gesprek over goede zorg gaat dóór

De afgelopen zeven weken hebben we met onze campagne *#dezorgvanmorgen* het gesprek aangezwengeld over de toekomst van de zorg. Met een indringende hoofdfilm en 27 prikkelende testimonials nodigden we mensen uit om op de sociale media mee te praten over toekomstbestendige zorg.

De campagne liep tot eind juni en bleek aansprekend. Het doel was mensen bewust te maken van de noodzaak om de zorg ook in de toekomst toegankelijk te houden; dat is gelukt. Het Zorginstituut draagt daar met pakketbeheer aan bij. We maken onderbouwde keuzes waar we middelen en mensen voor inzetten. Ik beluister in diverse reacties dat mensen pakketbeheer noodzakelijk vinden. Hoewel ze het misschien niet altijd met onze keuzes eens zijn, begrijpen ze nu wel beter hoe moeilijk die keuzes soms zijn. En daarmee is ook een ander doel bereikt: het creëren van een breder maatschappelijk draagvlak voor de keuzes die komen kijken bij passende zorg.

Dat maatschappelijke draagvlak is voor ons werk ongelooflijk belangrijk. Want wij kunnen wel roepen dat passende zorg de norm moet zijn, als daar geen draagvlak voor is (zowel in de samenleving als bij patiënten en aanbieders), komt er weinig van terecht. Daarom zijn we de campagne gestart. Met de hoofdfilm hebben we mensen echt geraakt. In alle betekenissen: mensen werden er blij van, maar ook boos ("je zet ons verkeerd weg en maakt het onaantrekkelijk om in de zorg te werken!"). Maar we lieten de sector ook zien: "je staat er niet alleen voor". De film en testimonials halen mensen ook uit hun comfortzone, want ze laten zien dat zorg niet meer aansluit op wat mensen ervan verwachten. Die willen zorg die dicht bij hen staat.

Als we de zorg dichter bij de mensen willen hebben, moeten we netwerken bouwen. Zodat mensen hun zorgvraag eerst in de eigen omgeving kunnen stellen. Dat biedt ruimte om de geprofessionaliseerde zorg vooral in te zetten bij mensen die die zorg het meeste nodig hebben. Mensen die geen eigen netwerk hebben of door omstandigheden steeds weer buiten de boot dreigen te vallen. Die mensen moeten we actiever opzoeken en meer aandacht geven.

De campagne is afgerond. Maar het gesprek over de zorg van morgen is dat nog lang niet. Want zorg kan niet zonder het voortdurende gesprek over wat we vinden dat goede zorg is. In dat gesprek blijft het Zorginstituut als pakketbeheerder zijn rol spelen. Ons werk blijft dus relevant en blijft vragen om de dialoog met de veelzijdige samenleving.

Sjaak Wijma
Voorzitter Zorginstituut Nederland



Korte berichten



Medicijn Mysimba onder voorwaarden vergoed voor mensen met overgewicht

Het Zorginstituut heeft de minister van VWS geadviseerd om het medicijn Mysimba voor de behandeling van overgewicht uit het basispakket te vergoeden. Uit onderzoek blijkt dat het middel effectief is bij mensen met een Body Mass Index (BMI) van 30 of hoger die al deelnemen aan een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI). En bij mensen met een BMI tussen 27 en 30 die aan een GLI deelnemen en een of meer ziekten hebben die met overgewicht samenhangen, zoals hart- en vaatziekten of diabetes type 2. De vergoeding geldt

alleen voor deze twee groepen, omdat de werking van het middel bij hen is aangetoond. Daarnaast geldt nog een voorwaarde: mensen die na vier maanden gebruik minder dan 5 procent van hun oorspronkelijke gewicht zijn afgevallen, moeten stoppen met het middel. Mysimba is een aanvulling op de GLI-programma's die zijn erkend door het RIVM. Mysimba wordt gebruikt om het gewicht te verlagen als mensen met een calorie-arm dieet en meer beweging niet genoeg afvallen.

Tiana van Grinsven vertrekt bij het Zorginstituut

Tiana van Grinsven, lid van de Raad van Bestuur, vertrekt per 1 augustus bij het Zorginstituut. Zij wordt lid van de Raad van Bestuur bij De Zorgcirkel, een organisatie voor ouderenzorg, -behandeling en -revalidatie in Noord-Holland. Zorginstituut-voorzitter Sjaak Wijma waardeert Tiana's inzet voor het Zorginstituut en de resultaten waaraan ze heeft bijgedragen: "In het bijzonder haar bijdrage aan de positionering van het Zorginstituut, haar aandeel in het programma *Keteninformatie Kwaliteit Verpleeghuiszorg* (KIK-V) en de Europese samenwerking op het gebied van *Health Technology Assessment*. Bovenal is Tiana een fijne collega. Ik vind het spijtig dat ze vertrekt, maar heb uiteraard begrip voor het feit dat ze deze stap nu wil zetten." Het Zorginstituut heeft de voorbereidingen voor de opvolging in gang gezet.

Standpunt stamceltransplantatie bij zeer actieve RRMS

RRMS is een variant van de ziekte multipale sclerose (MS). Bij RRMS worden aanvallen van de ziekte afgewisseld met perioden van herstel. Afhankelijk van de ernst van de ziekte, bestaat de behandeling uit een aanvalsbehandeling met methylprednisolon en een onderhoudsbehandeling met eerstelijns of tweedelijns ziektemodulerende middelen. Als bij zeer actieve RRMS tweedelijns therapie met medicijnen onvoldoende effect heeft, kan autologe hematopoietische stamceltransplantatie (AHSCT) een mogelijk effectieve behandeling zijn. AHSCT is een belastende therapie waarbij stamcellen uit het bloed of beenmerg van de patiënt worden gehaald. Na een hoge dosis chemotherapie worden deze stamcellen weer teruggegeven aan de patiënt. De behandeling kan ernstige bijwerkingen geven.

Zorgverzekeraars hebben niet kunnen vaststellen dat het hier om verzekerde zorg gaat. Omdat de neurologen het daar niet mee eens zijn, hebben zij hierover een brief gestuurd naar minister Kuipers. Daarop heeft het Zorginstituut besloten om zelf te beoordelen of AHSCT bij RRMS met onvoldoende effect van tweedelijns ziektemodulerende medicatie voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Dat houdt in dat wordt bekeken of de behandeling bij deze aandoening effectief is. We verwachten voor het einde van het jaar met een definitief standpunt te komen. Bij een positief standpunt wordt de zorg opgenomen in het basispakket.

SKI-tool kijkt door muren van zorginstellingen

Onlangs is de zogeheten SKI-tool (Spiegelinformatie KwaliteitsIndicatoren) publieksvriendelijk ontsloten en uitgebreid. Hierdoor kan voortaan iedereen opzoeken hoe ziekenhuizen en zelfstandige klinieken per behandeling kwalitatief en kwantitatief ten opzichte van elkaar presteren. Met een financiering van ongeveer 15.000 euro heeft het Zorginstituut ervoor gezorgd dat de verplichte kwaliteitsindicatoren medisch-specialistische zorg (MSZ) en integrale geboortezorg voor iedereen zijn ontsloten, en ook de zogeheten klantpreferente MSZ-indicatoren aan de SKI-tool zijn toegevoegd. Die maken inzichtelijk wat voor patiënten het zwaarst weegt bij het kiezen van een zorginstelling en het ondergaan van een behandeling.

De SKI-tool is een database en vergelijkingstool ontwikkeld voor en door ziekenhuizen. Zij waren tot voor kort ook de enige die de tool konden gebruiken. Een deel van de beschikbare data blijft afgeschermd, maar nu komt er veel informatie over behandelingen online beschikbaar, die makkelijk doorzoekbaar is. Er kan alfabetisch op aandoening/behandeling worden gezocht en er kan informatie naar diagrammen en grafieken worden omgezet. Hiermee is het mogelijk om zorginstellingen te 'benchmarken': welke scoren goed op een bepaalde behandeling en welke niet.

De recent ontsloten kwaliteitsindicatoren zijn afkomstig van de Transparantiekalender van het Zorginstituut. Daar zijn ze ook

toegankelijk, maar de SKI-tool is veel gebruiksvriendelijker. De betere ontsluiting van data via de SKI-tool draagt bij aan passende zorg. Voor het lerend vermogen van ziekenhuizen is het heel belangrijk dat deze kwaliteitsinformatie wordt gedeeld. En de tool ondersteunt patiënten in de keus voor een behandelaar. Iedereen heeft nu toegang tot dezelfde informatie die gebruikt kan worden bij het verder verbeteren van de MSZ-zorg.

De SKI-tool is te gebruiken via deze QR-code:



Intensievere kennisuitwisseling verbetert leven cliënten langdurige zorg

Er is veel kennis over de langdurige zorg, maar die kennis bereikt de werkvloer onvoldoende. Dit stelt het Zorginstituut in een advies aan de minister voor Langdurige Zorg en Sport. Mensen die blijvend zorg nodig hebben kunnen meer kwaliteit van leven ervaren als kennisuitwisseling geïntensiveerd wordt. Meer passende zorg is mogelijk als wetenschappelijke kennis sneller terechtkomt bij zorgprofessionals, mantelzorgers en naasten van cliënten in de langdurige zorg. Zij zijn vaak onvoldoende op de hoogte van de laatste wetenschappelijke inzichten over het leveren van zorg. Denk aan slimme hulpmiddelen zoals medicijndispensers met pushberichten of robots. Omdat

er op de werkvloer weinig over bekend is, worden zulke hulpmiddelen weinig toegepast.

Ook moet ervaringskennis van zorgprofessionals en verhalen van cliënten, naasten en mantelzorgers een grotere rol krijgen in het leren en verbeteren binnen de langdurige zorg. Partijen moeten meer gaan doen om kennis te laten landen in de praktijk. Landelijke regie op de kennisuitwisseling in de langdurige zorg kan werken als stok achter de deur. Daarom adviseren we de minister om een bindend samenwerkingsverband op te richten, waarin afspraken, rollen en verantwoordelijkheden duidelijk zijn vastgelegd.

Meer informatie?

Meer informatie over deze nieuwsberichten kunt u vinden op www.zorginstituut-nederland.nl/actueel/nieuws

Beweging naar passende zorg: waar staan we nu?

Met het uitbrengen, eind 2020, van het advies over Passende zorg plantten het Zorginstituut en de NZa het zaadje voor de beweging naar passende zorg. Lange tijd leek het daarna stil, maar ‘ondergronds’ gebeurde er veel: we werkten aan een *Kader Passende zorg* en hebben partijen geïnformeerd en geconsulteerd. Resultaat: de beweging naar passende zorg is inmiddels in volle breedte tot wasdom gekomen.

Tekst Edith Bijl

Beeld Things to make and do

‘Passende zorg is de norm’; zo staat het opgetekend in het coalitieakkoord van begin dit jaar. Het is misschien wel het duidelijkste signaal dat de urgentie van passende zorg breed wordt erkend, zowel in het veld als in de politiek. Maar hoe breed die opvatting misschien ook wordt gedragen, we zijn er natuurlijk nog niet. Passende zorg betekent

immers dat we de zorg anders moeten inrichten. Dat dwingt ons soms tot moeilijke en scherpe keuzes. Daarvoor hebben we een breed draagvlak nodig, niet alleen binnen de zorgsector zelf, maar ook in de samenleving. De afgelopen maanden ontplooiden wij vanuit het Zorginstituut meerdere initiatieven om het maatschappelijke draagvlak voor veranderingen in de zorg te vergroten. Zo organiseerden we afgelopen

over passende zorg. Ook lanceerden we de bewustzijns campagne *#dezorgvanmorgen*.

Bestuurdersbijeenkomst

Voor de bestuurdersbijeenkomst op 12 mei hadden we bewust bestuurders uit het veld uitgenodigd, vanuit de meest uiteenlopende zorgdomeinen; van ggd tot huisartsen, verpleegkundigen en gemeenten. Dat gaf de bijeenkomst een bijzonder karakter, vertelt Sjaak Wijma, bestuursvoorzitter van het Zorginstituut: “Hierdoor was de inhoud gevarieerd aan het woord. De deelnemers spraken vanuit hun dagelijkse praktijk.” Tijdens drie voorafgaande werkdiners gingen de deelnemers met elkaar in gesprek over passende zorg. Wijma: “Het viel mij op dat mensen zich willen inzetten voor passende zorg, ook al raakt dat het eigen belang. Dat betekent dat je de patiënt niet meteen je eigen zorgorganisatie ‘intrekt’, maar dat



partijen de noodzaak zien om beter te kijken wat de zorgvraag is, en door wie en waar diegeleverd kan worden. Dan stel je niet de patiënt als persoon centraal, maar de vraag van de patiënt. Dit inzicht werd breed gedragentijdens de daaropvolgende bijeenkomst voor bestuurders.” Een inzicht dat wel consequenties heeft voor de invulling van het zorglandschap, geeft Wijma aan, “want ons huidige systeem met loketten is daar niet op ingericht. Dat vraagt om aanpassing van het ‘systeem’, en hoe wij daarmee omgaan. De aanwezigen gaven aan dat VWS, NZa en het Zorginstituut regie moeten nemen en zorg zo passend mogelijk moeten maken. Duidelijk werd dat gevestigde belangen vaak in de weg zitten, waardoor het moeilijk is om de noodzakelijke beweging te maken. Dat de deelnemers daarover toch het gesprek wilden aangaan, vond ik even frappant als veelbelovend.”

Campagne #dezorgvanmorgen

De bijeenkomst op 12 mei markeerde ook meteen het startpunt van campagne *#dezorgvanmorgen*. Tijdens de bijeenkomst vond de première plaats van de campagnefilm. Daarin wordt een onthutsend beeld geschilderd van de zorg in 2040 als we niet overgaan op passende zorg. De campagne liep van half mei tot eind juni. In die periode toonden wij, naast de campagnefilm, meerdere testimonials van patiënten, zorgprofessionals en bestuurders.

In korte filmpjes gaven zij hun visie op de zorg van morgen. De filmpjes zijn op diverse sociale media gezet, waarbij mensen werden uitgenodigd om mee te praten over de toekomst van de zorg. De reacties die wij hierop ontvingen waren overweldigend en hebben ons als Zorginstituut veel nieuwe inzichten opgeleverd. ●

Meest opvallende uitkomsten campagne

 **Meer dan 20** landelijke en vakmedia besteedden in de eerste week aandacht aan de campagne.

Bereik sociale media

 **298.529** geplaatste berichten.

 **468.130** personen met campagneberichten bereikt. **53.651** keer interactie n.a.v. onze berichten.

 **355.805** personen met campagneberichten bereikt.

 **70.894** weergaven van onze berichten. **18.725** bezoeken aan campagneprofiel op twitter. **2.330** suggesties en opmerkingen.



Bestuurdersbijeenkomst Passende zorg



KADER PASSENDE ZORG

Bij het ter perse gaan van deze editie werd de laatste hand gelegd aan het *Kader Passende zorg*. Dit kader is met draagvlak vanuit het veld en op basis van gesprekken met het veld tot stand gekomen. Het geeft richting en sturing aan passende zorg vanuit een gedeelde missie, die men ook als moreel verplichtend ervaart en waar men elkaar aan kan houden. Daarnaast vertaalt het kader de principes van passende zorg in normen en handvatten waarmee partijen concreet aan de slag kunnen. Tot slot helpt het kader vrijblijvendheid te voorkomen door het vastleggen van richting en acties waarop partijen elkaar kunnen aanspreken. In de volgende editie van het *Zorginstituut Magazine* komt een artikel dat gewijd zal zijn aan dit kader.

Vitamine D niet langer vergoed: waarom dit advies?

Begin mei adviseerde het Zorginstituut aan minister Kuipers om vitamine D niet langer te vergoeden uit het basispakket. De minister heeft dit advies inmiddels overgenomen. Het advies leidde in de (sociale) media tot commotie. Bij veel mensen leeft de zorg dat deze maatregel, die begin 2023 van kracht wordt, vooral kwetsbare, lage inkomensgroepen negatief treft. Hoe is het Zorginstituut tot dit advies gekomen? En zijn de zorgen terecht?

Tekst Edith Bijl



Huidige situatie

Lage sterktes vitamine D worden al sinds 2019 niet meer vergoed uit de basisverzekering. Dit omdat vergelijkbare en betaalbare alternatieven verkrijgbaar zijn in de vrije verkoop (bij drogist, supermarkt of apotheek). Inmiddels heeft dit advies een onbedoeld gevolg gekregen: veel mensen zijn nu overgegaan op een hogere sterkte, want die krijgen ze wel op recept voorgeschreven. Zij nemen dan één keer per week of per maand een hogere dosis, in plaats van eens per dag een pilletje met lagere sterkte die ze zelf bij de drogist, supermarkt of apotheek kunnen kopen. Hierdoor, blijkt uit onderzoek van het Nivel, krijgen nog steeds 1,5 miljoen mensen vitamine D voorgeschreven en vergoed. Dit is geen passende zorg. De kosten voor vitamine D-middelen zijn de laatste jaren zelfs gestegen in plaats van gedaald. Een indicatie: vitamine D kost 79 euro per persoon per jaar als het wordt vergoed uit het basispakket: 37 euro voor het middel zelf en 42 euro aan apotheekkosten. Dat is ruim tien keer zoveel als de 7,30 euro die iemand minimaal kwijt is voor zelfgekochte vitamine D.

Waarom niet meer vergoeden?

Deze onbedoelde ontwikkeling was voor de minister van VWS aanleiding om het Zorginstituut om advies te vragen. Met als resultaat dat vitamine D straks helemaal niet meer vergoed wordt. Dit advies was voor het Zorginstituut een lastige keuze. We hebben intensief gekeken of we een uitzondering konden maken voor een specifieke groep mensen met bepaalde aandoeningen of kwetsbare groepen, zodat hun hoge sterktes vitamine D (colecalfiferol) vergoed zouden kunnen blijven. Maar dit bleek in de uitvoering niet mogelijk. De Zorgverzekeringswet is een basisverzekering voor iedereen. We vergoeden vitamine D voor iedereen die daarvoor een medische indicatie heeft, of

voor niemand. Het is niet mogelijk onderscheid te maken tussen mensen met een hoog of een laag inkomen. Vanwege de relatief lage kosten is dan ook gekozen voor het vergoeden voor niemand.

Passende zorg

Het advies sluit aan bij ons streven naar passende zorg. In de huidige situatie worden hoge sterktes vitamine D immers te vaak voorgeschreven aan mensen die die hogere sterkte medisch gezien niet nodig hebben. Dat is geen passende zorg. Met dit advies komt er 129 miljoen euro beschikbaar voor zorg waarvoor het wél noodzakelijk is om deze te verzekeren.

Worden lagere inkomens gecompenseerd?

Als mensen de kosten niet zelf kunnen betalen, kunnen zij gebruikmaken van gemeentelijke en fiscale regelingen die hen hierin kunnen ondersteunen, zoals de bijzondere bijstand.

Met monitoring zal het Zorginstituut nauwlettend in de gaten houden of het niet meer vergoeden van vitamine D leidt tot problemen in de praktijk. Zodra dat het geval is, kan er snel worden ingegrepen.

De meeste mensen die nu nog vitamine D vergoed krijgen, kunnen overstappen op vitamine D van de drogist of supermarkt. Bij twijfel kunnen mensen hun arts of apotheker raadplegen. ●



Dit is een verkorte versie van een artikel op onze website, waar we antwoord geven op de meest gestelde vragen over dit advies. Scan voor het volledige artikel de QR-code.

“Hoor eens Petrus, entree tot de zorghemel vereist een goedgelovige omgang met de leefregels. Wie zegt dat het verloren been niet het gevolg is van een losbandige levenswandel in plaats van een val tussen wal en schip? Onze capaciteit is niet oneindig!”



Martin van der Graaff werkte jarenlang bij het Zorginstituut en werpt nu als gepensioneerde zijn licht op de wereld van de zorg

Column

Poortwachter

“Petrus!!”

“Ja, Heer?”

“Petrus, ik heb jou al een tijdje terug aangesteld als poortwachter in de zorghemel, maar het wordt tijd dat wij een functioneringsgesprek voeren. Je administratieve afhandeling laat te wensen over! Je ziet er trouwens slecht uit, wat is er aan de hand?”

“Zoals u weet is het de laatste tijd enorm druk geweest, Heer. Ik heb vele onbetaalde overuren gedraaid, bovenop mijn eenvoudige en doelmatige compensatieregeling. Natuurlijk doe ik het met liefde, ik zou bijna zeggen: met heilig vuur, maar toch... Covid-patiënten, Syriërs, bootvluchtelingen, Afghanen en nu weer de Oekraïners... iedereen vraagt dringend om toegang, maar de formulieren die uw verzekerde-zorg-engelen bedacht hebben worden steeds ingewikkelder. Hier bijvoorbeeld, voor de behandeling van patiënten zonder been: ‘Geef gedocumenteerd aan hoe u zich ervan hebt overtuigd dat het ledemaat daadwerkelijk verdwenen is’. Dan moet je een tekstveld invullen en als ik minder dan 150 tekens uitleg geef, krijg ik het formulier gewoon als niet-ontvankelijk terug. En dan moet ik ook precies aangeven of de patiënten wel de juiste verzekeringspapieren uit eigen land kunnen overleggen, maar die zijn er vaak niet en bovendien, daar hebben ze een heel ander zorggeloof dan hier. Maar dat is toch geen reden om het mij vanwege die mensen extra moeilijk te maken?”

“Ja, hoor eens, Petrus, ik houd je heel gewoon aan de veldnormen die we onderling hebben afgesproken. Het hoofdlijnenakkoord, weet je nog? Rechtzinnige zorg? Gecombineerde leefstijlinterventie? Entree tot de zorghemel vereist een goedgelovige omgang met de leefregels. Wie zegt dat het verloren been niet het gevolg is van een losbandige levenswandel in plaats van een val tussen wal en schip? Onze capaciteit is niet oneindig!”

“Maar Heer, u zei nog niet zo lang geleden: in mijn zorghuis zijn vele woningen?”

“Ja, dat wilde de commerciële afdeling graag. Maar in de praktijk heb ik een beddentekort. Trouwens ook een tekort aan bad en brood. En aan handen-aan-het-bed-engelen. Dus het reguleren van de toegang is bittere noodzaak. En hoe kunnen mijn verzekerde-zorg-engelen de uitgaven verantwoorden als jij niet levert? Je zet de hele zorghemel op de tocht, man!”

“Heer, ik vrees dat het mij echt te veel wordt. Met uw welnemen, als ik zo brutaal mag wezen, ik overweeg mijn ontslag in te dienen en mij om te scholen tot verzekerde-zorg-engel. Ruimere compensatie, minder uren, fijn met spreadsheets goochelen en mooie formulieren ontwerpen - dat zou ik ook wel eens willen! En aan die verplichte lofzangen op het geprivatiseerde systeem wil ik dan best meedoen, ook al weet ik niet zeker of ik het wel helemaal meen.”

“Doe nou niet zo ondankbaar, Petrus! Mag ik je er even aan herinneren dat je zonder mij nooit je accreditatie en je zorgcontract had gekregen? En nou terug naar je poortwachtersloge, en denk om je formulieren.”

10

vragen aan

Tommie Niessen

Tekst Edith Bijl

Beeld De Beeldredactie | Vincent van den Hoogen

1 Wat is uw eerste ervaring met de gezondheidszorg?

“Toen ik een jaar of vier was had ik vaak oorontsteking. Ik weet nog dat de huisarts dan gewoon bij ons thuis langs kwam. Hij gaf mij pillen en dan ging het over. Ik kan me de heel specifieke geur en smaak van de antibiotica nog goed herinneren, die zijn altijd blijven hangen.”

2 Als u geneeskunde had gestudeerd, wat voor dokter was u dan geworden?

“Huisarts. Een huisarts heeft een supergrote verantwoordelijkheid, dat wel, maar het is ook een supermooie expertise. Maar misschien was ik ook wel medisch specialist geworden. Dan had ik me gericht op de palliatieve zorg.”

3 Als u het in de zorg voor het zeggen had, wat zou u dan als eerste doen?

“Dan zou ik als eerste kijken naar alle geldstromen in de zorg. En naar alle organisaties die zich met de zorg bemoeien. Ik vind het een vrij chaotische sector. De zorg bestaat uit heel veel organisaties en elke organisatie werkt op haar eigen manier. Waarom moet het zo moeilijk? Houd het simpel. De zorg is namelijk heel simpel, die zit in elk mens.”

PERSONALIA

Tommie Niessen is zzp-verpleegkundige en auteur van de boeken *Tommie in de zorg*, *Tommie in gesprek* en *Kastanjehove*. Daarin vertelt hij over zijn ervaringen in de zorg, met als doel meer waardering voor de zorg te krijgen. Ook geeft hij lezingen om het imago van de zorg een boost te geven. Niessen deed de opleiding verpleegkunde en werkt sinds 2016 in de terminale zorg, wijkzorg en ouderenzorg. Op dit moment is hij als coördinerend verpleegkundige werkzaam in een wijkteam in Nuenen. Tommie Niessen heeft een zoon van bijna drie en een dochter van anderhalf en woont in Helmond.



“Goede zorg bestaat niet. Juiste zorg op het juiste moment wél. Dus gewoon doen wat op dat moment nodig is. En wat écht belangrijk is voor die persoon. Als iemand in plaats van een douchebeurt liever even een praatje maakt, is dat gesprek voeren op dat moment veel betere en juistere zorg. Toch word je afgerekend op die dagelijkse douche. Dan denk ik: kijk naar de mens, dat is het allerbelangrijkste.”

4 Welke zorg hoort volgens u niet in het basispakket thuis?

“Ik wil het liever omkeren. Ik vind dat er meer zorg in de basisverzekering zou moeten. Je hebt een paar grote zorgverzekeraars, die bieden ook allemaal pakketten aan. Mensen snappen dat niet. Zo wordt zorg gebruikt als een product dat verkocht moet worden. Dat is niet goed voor het imago van de zorg. Ik vind dat alle noodzakelijke zorg vergoed moet worden, net als vroeger. Toen was het simpeler, eenduidiger, niet zo versnipperd.”

5 En welke zorg zou volgens u onmiddellijk in het basispakket opgenomen moeten worden?

“Zie mijn vorige antwoord: ik vind dat alle noodzakelijke lichamelijke en psychische zorg vergoed moet worden. Vooral psychische zorg is onzichtbaar, die moet echt serieuzer genomen worden. En dan doel ik niet per se op therapie, maar vooral ook op ‘kijken naar de mens’.”

6 Wat doet u bij een zeurend pijntje: even aankijken en doormodderen of meteen naar de huisarts?

“Ik ga niet meteen naar huisarts. Ik ben verpleegkundige, ik los het zelf wel op en verpleeg mezelf. Maar ik ben, net als mijn opa en mijn vader, wel zwaar op de hand. Ik heb hiervoor antidepressiva geslikt en ben soms bang dat dat erger wordt. Als ik mentaal last heb, schakel ik dus wel sneller een dokter in.”

7 Wat is uw favoriete zorgwoord?

“Broeder of zuster. Oudere mensen spreken mij vaak aan met ‘broeder’. Dat is misschien niet zo’n medisch woord, maar het vat de zorg voor mij wel goed samen. De zorg is ook ontstaan via het geloof: broeders en zusters zorgden van oudsher voor de mensen. Dat vind ik een mooi historisch aspect. Ik heb een keer op Instagram een shirtje gemaakt met de woorden ‘broeder’ en ‘zuster’ erop. Daar bleek zo veel belangstelling voor dat ik heb geregeld dat mensen de shirts konden kopen. Ook daarom zijn broeder en zuster geliefde woorden voor mij.”

8 Stel, u ligt met een gebroken been op een tweepersoonskamer in het ziekenhuis. Naast wie wilt u dan liggen?

“Dirk de Wachter, een heel bekende psychiater in België. Ik heb een podcast met hem opgenomen en vind het een heel inspirerende man. Maar er zijn wel meer mensen, hoor. Zoals Jos de Blok en Connie Helder. Dus een vierpersoonskamer graag! Dat wordt vast een leuk gesprek.”

9 Wat vindt u de belangrijkste voorwaarde voor goede zorg?

“Goede zorg bestaat volgens mij niet. Juiste zorg op het juiste moment wél. Dus gewoon doen wat op dat moment nodig is. En wat écht belangrijk is voor die persoon. Als iemand in plaats van een douchebeurt liever even een praatje maakt, is dat gesprek veel betere en juistere zorg. Toch word je afgerekend op die dagelijkse douche. Dan denk ik: kijk naar de mens, dat is het allerbelangrijkste. Als verpleegkundige kom ik bij mensen thuis om bijvoorbeeld een kous aan te doen, maar het gaat ook om aandacht geven, luisteren. Daar is veel te weinig tijd voor. Het is nu zó afgekaderd. Neem die vijfminutenregistratie. Als je die niet hoeft te doen, wordt het zoveel simpeler. Dan werk je gewoon acht uur, en krijg je het vertrouwen dat je je werk doet. Dat geeft veel rust en vrijheid voor de zorgverlener. Al dat registreren en gedoe. Haal dat weg bij de mensen die zorg moeten leveren.”

10 Hoe ziet de zorg en/of ons zorgstelsel er volgens u over vijf jaar uit?

“Als we op de huidige manier doorgaan, ziet het er niet goed uit. Als je echt – en dat moet vanuit burgers én zorgverleners én beleidsmakers komen – de zorg simpeler wil maken, dan kunnen we geld besparen en is er meer ruimte voor de mens. Nu is er sprake van concurrentie in de zorg: dat vind ik jammer. Zorg leent zich er niet voor om als product gebruikt te worden. Zorg is geen product, het is een dienst waar iedereen recht op heeft. Natuurlijk moet de zorg georganiseerd zijn, maar ze is veel te veel versnipperd. En vooral: het moet simpeler. Zorgverleners moeten zorg kunnen verlenen, zonder alle rompslomp. Daar wordt aan gewerkt, maar dat moet veel sneller.” ●

Voorwaardelijke toelating geneesmiddelen

Veelbelovende therapie eerder bij patiënt

De voorwaardelijke toelating weesgeneesmiddelen, *conditionals* en *exceptionals* is een procedure om geneesmiddelen voor veelal zeldzame en ernstige ziekten beschikbaar te maken voor patiënten, ook al is er nog onvoldoende bewijs dat het geneesmiddel effectief is. De fabrikant krijgt dan een afgesproken periode de kans om onderzoek te doen en bewijs te leveren dat het middel voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Floor van Heesch en Noraly Stam van het Zorginstituut leggen het hoe en waarom van de procedure uit.

Tekst Jos Leijen

Beeld Ron Zwagemaker

“De procedure is bedoeld voor geneesmiddelen voor ernstige aandoeningen waarvoor nog geen goede behandeling bestaat”, begint Van Heesch. “Als een geneesmiddel een registratie heeft gekregen van het Europees Medicijn Agentschap (EMA), kan het zijn dat het middel vanwege onvoldoende bewijs nog niet voldoet aan ‘de stand van de wetenschap en praktijk’ (zie kader). Onder de voorwaarde van aanvullend onderzoek kan het veelbelovende geneesmiddel dan toch worden toegelaten tot het verzekerde pakket.”

Onvervulde behandelbehoefte

Slechts drie soorten geneesmiddelen komen voor de procedure in aanmerking. Dat zijn weesgeneesmiddelen (geneesmiddelen voor zeldzame ziekten), geneesmiddelen die met voorwaarden tot de markt zijn toegelaten (*conditionals*) en geneesmiddelen die onder bijzondere omstandigheden zijn toegelaten (*exceptionals*). Een andere voorwaarde is dat het geneesmiddel voorziet in een ‘onvervulde behandelbehoefte’. Met andere woorden, er bestaat geen andere behandeling voor de aandoening die voldoende effectief is. Een derde voorwaarde is dat de registratiehouder

de beroepsgroep, de patiëntenvereniging en een onafhankelijk onderzoeksinstituut betreft bij de aanvraag om toegelaten te worden tot de procedure.

De voorwaardelijke toelating (VT) geldt voor een afgesproken periode van maximaal zeven jaar. In uitzonderlijke gevallen kan deze verlengd worden tot maximaal veertien jaar. Bijvoorbeeld omdat het ziekteverloop zo langzaam gaat dat binnen zeven jaar geen conclusies te trekken zijn. In die periode moeten partijen bij patiënten onderzoeken of het geneesmiddel effectief is. Patiënten krijgen het geneesmiddel alleen vergoed vanuit de basisverzekering als ze meedoen aan het onderzoek.

Fabrikanten kunnen op twee manieren ‘instappen’ in de procedure. De eerste weg is na een beoordeling van het Zorginstituut. “In dat geval oordeelt het Zorginstituut dat een geneesmiddel niet aan de ‘stand van wetenschap en praktijk’ voldoet omdat er onvoldoende bewijs is”, zegt Van Heesch. Registratiehouders kunnen ook ‘vroegtijdig indienen’. Dat wil zeggen dat ze niet eerst een vergoedingsaanvraag doorlopen, maar direct een aanvraag voor voorwaardelijke toelating indienen.

VIER GENEESMIDDELEN VOORWAARDELIJK TOEGELATEN

rhPTH 1-84 (Natpar®) is geregistreerd voor gebruik als aanvullende behandeling voor volwassen patiënten met chronische hypoparathyreoïdie. Hypoparathyreoïdie is een aandoening waarbij de bijnieren te weinig of geen bijnierenhormoon aanmaken. Het Zorginstituut verwacht dat de pakketvraag binnen 3,5 jaar te beantwoorden is.

Ataluren (Translarna®) is geregistreerd voor de behandeling van spierdystrofie van Duchenne. Dat is een zeldzame en progressieve spierziekte bij kinderen, vooral bij jongens. Ataluren is voor een periode van 2,5 jaar voorwaardelijk toegelaten tot het basispakket voor de behandeling van deze ziekte.

Larotrectinib (Vitrakvi®) is een zogeheten ‘tumor-agnostisch’ geneesmiddel. Het is geregistreerd voor de behandeling van volwassenen en kinderen met solide tumoren (kanker) die een neurotrofe tyrosine receptor kinase (NTRK-)genfusie hebben. Medisch specialisten zien larotrectinib als een innovatief middel dat mogelijk een grote belofte in zich heeft.

Entrectinib (Rozlytrek®) is net als larotrectinib een ‘tumor-agnostisch’ geneesmiddel. Het wordt gebruikt bij de behandeling van tumoren met een bepaalde DNA-afwijking. Tumor-agnostische middelen kunnen worden ingezet voor verschillende typen kanker zolang er sprake is van de DNA-afwijking, ongeacht waar de tumor zit.



Noraly Stam (l.) en Floor van Heesch

Verkennd gesprek

Noraly Stam is sinds februari 2022 de contactpersoon bij het Zorginstituut voor de voorwaardelijke toelating. Een aanvraag begint meestal met een verkennend gesprek, legt ze uit. “Ik licht dan toe hoe de procedure werkt en wat we van de aanvragers verwachten. Vaak vermelden we dan ook al welke vragen beantwoord moeten worden in het verdere traject. Partijen vullen vervolgens een aanvraagformulier in.”

De volgende stap is het indienen van een dossier met een onderzoeksvoorstel. De aanvraag en het onderzoeksvoorstel worden vervolgens kritisch bekeken en voorgelegd aan de Wetenschappelijke Adviesraad (WAR)

van het Zorginstituut. Die bekijkt of met het voorgestelde onderzoek de effectiviteitsvraag te beantwoorden is en stelt eventueel aanvullende vragen. Daarna adviseert het Zorginstituut de minister of een geneesmiddel een potentiële kandidaat is voor de voorwaardelijke toelating. De minister beslist uiteindelijk.

Als het Zorginstituut positief adviseert en de minister dit advies overneemt, leggen de betrokken partijen in een convenant afspraken vast over onder andere start- en stopcriteria voor de therapie en voorlichting aan patiënten. Het kan immers gebeuren dat de voorwaardelijke toelating niet leidt tot een definitieve opname in het basispakket.

Of dat een procedure voortijdig wordt afgebroken wegens tegenvallende resultaten. Op basis van de afspraken in het convenant adviseert het Zorginstituut de minister om wel of niet een VT-traject te starten. Het ministerie maakt afspraken met de fabrikant over de vergoeding. De fabrikant wordt geacht een korting te geven zolang het geneesmiddel voorwaardelijk is toegelaten. Het beschikbare budget voor de procedure is 26,8 miljoen euro (2021). De minister beslist uiteindelijk definitief.

Voortgang monitoren

Eind 2021 zijn vier geneesmiddelen toegelaten tot de procedure (zie kader), één na een negatieve beoordeling en drie vroegtijdig, waarvan één kandidaat werd voorgedragen door zorgverzekeraars. Het Zorginstituut monitort elk jaar de voortgang van de diverse geneesmiddelen. “Dan kijken we onder meer naar het aantal patiënten dat meedoet aan het onderzoek en de voortgang. En of de convenantafspraken worden nageleefd. Komend najaar organiseren partijen klankbordbijeenkomsten om de voortgang en hun ervaringen te delen.”

De verwachting is dat er jaarlijks twee tot drie nieuwe geneesmiddelen bij komen. “We zijn momenteel in gesprek met twee registratiehouders”, zegt Stam. “De samenwerking met partijen is goed. De lijnen zijn kort en ze zijn blij dat de procedure er is. Dankzij de voorwaardelijke toelating kunnen patiënten met een ernstige aandoening en onvervulde behandelbehoefte eerder toegang krijgen tot veelbelovende middelen. Dat is goed voor patiënten en het sluit aan bij het uitgangspunt van passende zorg.” ●

Stand van de wetenschap en praktijk

Het Zorginstituut beoordeelt bij de toelating van geneesmiddelen tot het verzekerde pakket de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Het hanteert hierbij een beoordelingskader dat onder andere kijkt naar de effectiviteit en bijwerkingen in vergelijking met andere therapieën. Behalve naar wetenschappelijk onderzoek wordt ook gekeken naar in de praktijk gevormde expertise en ervaringen van zorgverleners en zorggebruikers.

Feiten & Cijfers

Ongeveer **2 miljoen mensen** betalen jaarlijks een wettelijk verplichte eigen bijdrage voor de Zorgverzekeringswet. De hoogte hiervan is afhankelijk van de geleverde zorg. Gemiddeld betalen ze **82 euro** per jaar. De hoogste gemiddelde eigen bijdragen zijn voor pruiken: 500 euro per jaar.

BRON: ZORGINSTITUUT



In 2021 deed **31 procent** van de rokers een stoppoging. In 2020 was dat nog 36 procent.

BRON: TRIMBOS-INSTITUUT

237 jongeren (tussen de 20 en 30 jaar) pleegden vorig jaar zelfmoord. Tijdens de laatste lockdown (december 2021 tot en met februari 2022) had **1 op de 5 jongeren** zelfmoordgedachten.



BRON: CBS



Door inzet van bestaande technologieën zijn er in de ziekenhuiszorg **48.000 medewerkers minder** nodig; in de ouderenzorg **64.000**.

BRON: ADVIESBUREAU GUPTA, I.O.V. WERKGEVERSKOEPEL FME



Omwonenden van Tata Steel krijgen relatief vaker medicijnen tegen ziekten die kunnen samenhangen met luchtvervuiling. Zij kregen tussen 2008 en 2019:

- **11 tot 16 procent** vaker medicijnen voor hart- en vaatziekten, hoge bloeddruk en diabetes;
- **5 tot 10 procent** meer medicijnen voor luchtwegaandoeningen. Dit geldt alleen voor volwassenen; kinderen krijgen niet vaker medicijnen voor luchtwegaandoeningen.

BRON: RIVM

In 2021 stopten **800.000 Nederlanders** met wekelijks sporten. Na elke lockdown liep de sportdeelname terug: eind 2021 sportte 56 procent van de vijf- tot en met tachtigjarigen. In 2020 was dat 61 procent; in 2018 en 2019 65 procent.



BRON: NOC-NSF

5,6 miljard euro

geeft de overheid nu uit aan jeugdzorg. In 2015 was dat nog 3,6 miljard euro. **1 op de 7 kinderen** heeft nu op de een of andere manier contact met jeugdzorginstanties; in 1997 was dat 1 op de 27.

BRON: INSPECTIES GEZONDHEIDSZORG EN JUSTITIE EN VEILIGHEID

Het aantal zzp'ers in de zorgsector is in 2021 met **11 procent** toegenomen; eind vorig jaar waren dat er **168.500**. Die groei is een stuk hoger dan in de afgelopen vijf jaar (7 à 8 procent per jaar).

BRON: KAMER VAN KOOPHANDEL

Bijna **10 miljoen keer** zijn alle berichten van de bewustwordingscampagne **#dezorgvanmorgen** in totaal bekeken.

BRON: ZORGINSTITUUT



Benieuwd
naar meer cijfers
over de zorg? Kijk op
zorgcijfersdatabank.nl.

De stelling van Robert van de Graaf

“Een gezonde leefstijl begint bij een goed rolmodel”

Een ongezonde leefstijl is de belangrijkste te voorkomen oorzaak van ziekte en vroegtijdige sterfte in ons land. We houden de patiënt verantwoordelijk, of de overheid en de industrie, die gemak producten maken en verkopen. De gezondheidszorg zelf wordt nauwelijks genoemd. En toch is zij misschien wel de belangrijkste speler in de ‘pandemie van ongezond gedrag’, vindt verslavingsarts Robert van de Graaf. “Voor elk probleem bedenkt de zorg wel een oplossing: een pilletje, een pufje of een operatie. Zolang we massaal blijven repareren wat te voorkomen was, zorgen we ervoor dat mensen nauwelijks motivatie hebben om hun ongezonde gedrag te veranderen.”

Tekst Robert van der Broek

Beeld Rogier Chang

“Verslaving is aangeleerd gedrag waarmee je in de problemen bent gekomen of waar-schijnlijk nog zal komen. Je wilt dat veran-deren, maar zonder hulp krijg je het telkens niet voor elkaar. Bij verslaving denken we aan alcohol en drugs, maar dat is niet het enige. Veel mensen roken nog en eten te veel sterk bewerkt voedsel, *junkfood*. Die verslaving gaat vrijwel altijd samen met een verslaving aan stoelgebruik, ook een gemak product. Vroeger zaten we op de grond of op onze knieën, nu hangen we op de bank. Obesitas is daarvan het meest in het oog springende gevolg, maar ook hart- en vaatziekten, kanker en depressie hangen ermee samen. De best te voorkomen oorzaak van ziekten is ons onbeperkte consumptiegedrag. Als we klachten krijgen, gaan wij gemakdieren naar de dokter om daar verder te consumeren. We verwachten een snelle oplossing. Die krijgen we meestal ook. Als onze dokters nou eens minder snel pillen en pufjes zouden voorschrijven? De motivatie om gezonder te leven zal veel groter zijn. Maar zolang wij dokters onze medische trukendoos open-trekken, zullen we lekker ongezonde dingen blijven consumeren.”

Doorrookte cultuur

“Tijdens mijn opleiding viel het mij op hoeveel patiënten en witte jassen bij de ingang van het ziekenhuis stonden te roken. Toen ik eind 2012 als verslavingsarts bij een jeugdzorginstelling kwam te werken was het nog erger. Die hele cultuur was doorrookt. De zorgprofessionals vonden roken onder-deel van de behandeling; een moment van verbroedering. Er was een klein winkeltje, waar ook kinderen uit de kliniek hun tabak haalden van het zakgeld dat ze van ons kregen. Voordat het winkeltje openging, zag ik ze onrustig heen en weer lopen. Dat beeld verschilde niet van de junks die ik voor de methadonpost zag lopen. Ik vond dat dat winkeltje dicht moest. Dat is ook gebeurd. Met steun van het bestuur is uiteindelijk de hele kliniek rookvrij gemaakt. Ik zei: onze kinderen zitten in de val. Ze verwachten hier een veilige omgeving voor hun trauma’s en problemen. In plaats daarvan jagen we ze de dood in! De personeelsleden moeten het goede voorbeeld geven. Dat wilden ze wel, maar een groot deel van de collega’s rookte zelf en werd dus ook persoonlijk geraakt. Ook waren ze bang dat een rookverbod tot onrust zou leiden. Het tegendeel was het geval; het werd juist rustiger op de afdelin-gen. Onze instelling was begin 2014 de eerste rookvrije kliniek van Nederland. Daarna ben

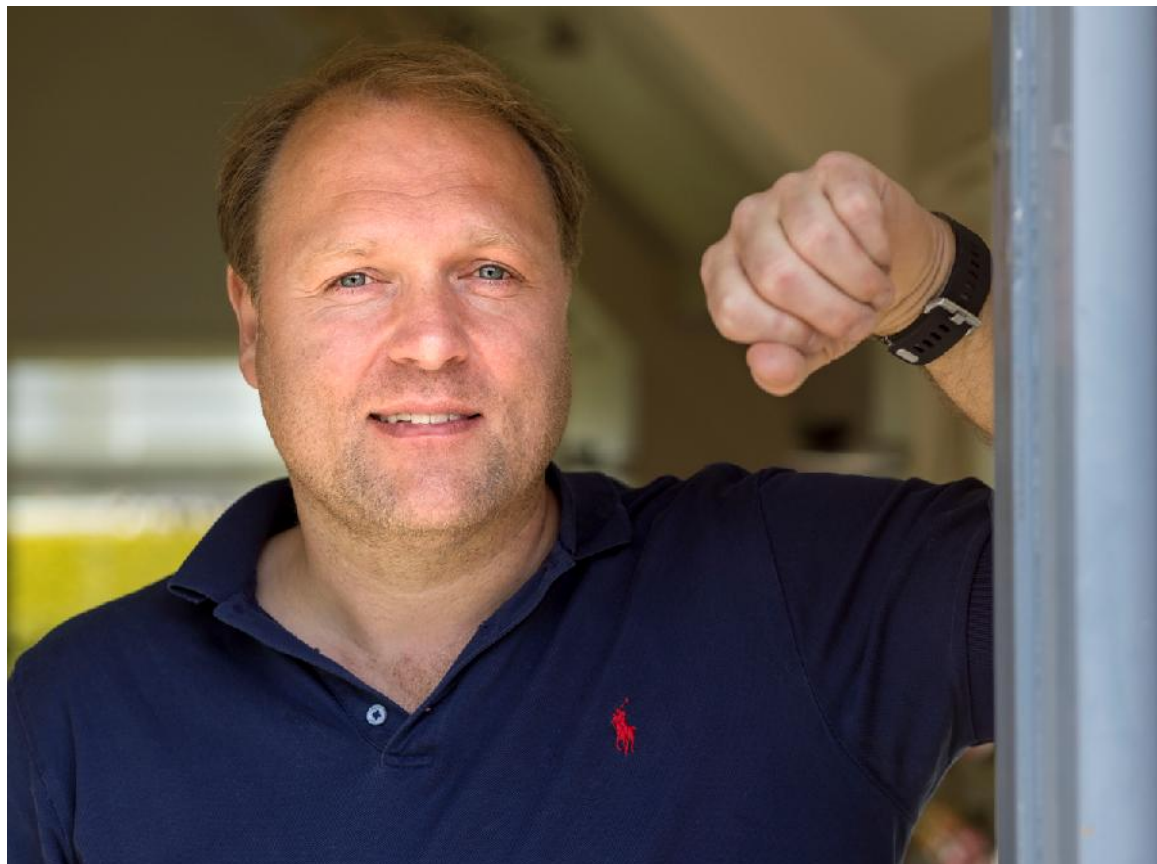
ik de rest van de zorg in Nederland rookvrij gaan maken.”

Aangeleerd gedrag

“Ik voel me verwant met de Friese huisarts Lenze Meinsma, die al in 1963 riep dat roken ongezond was, terwijl de hele medische wereld toen nog rookte. Nu problematiseren we niet alleen het roken, maar vooral ook het roken in de buurt van kinderen, omdat *zien* roken *doet* roken. Roken is aangeleerd, net als stoelgebruik, alcohol drinken en snacken. Het consumeren van ongezonde producten is namelijk sociaal besmettelijk gedrag en de ziekten die volgen uit dit gedrag zijn in feite *communicable diseases*, net als covid-19. De klassieke gezondheidszorg houdt patiënten afhankelijk. Er is een routine ingeslopen van een kuurtje voor dit, een tabletje voor dat. We zijn verslaafd aan zorg en daardoor ver-slaafd aan roken, drinken, snacken en zitten. Belangrijkste consequentie van minder repareren is dat we een periode met veel ontweningsverschijnselen gaan meemaken. Zo moeten alle behandelrichtlijnen en zorg-standaarden drastisch worden aangepast. Er moet een richtlijn voor beïnvloeden van leefstijlgedrag komen en een zorgstandaard morbide leefstijlgedrag, waarin een *step-ped care* gedragsbeïnvloedende zorgketen beschreven wordt. Nu hebben ►

Robert van de Graaf (Heerenveen, 1974) studeerde geneeskunde aan de Rijks-universiteit Groningen. Hij was ooit in opleiding tot plastisch chirurg, maar is nu werkzaam als verslavingsarts KNMG bij Verslavingszorg Noord-Nederland. Hij wil liever de gevolgen van ziek leefstijl-gedrag behandelen dan deze proberen te ‘repareren’.

“Als dokters de pillen, pufjes en messen op zak houden, is de motivatie om gezonder te leven veel groter. Maar zolang wij dokters onze medische trukendoos opentrekken, blijven we lekker ongezonde dingen consumeren”



“Als we er drieduizend verslavingsartsen bij krijgen, hebben we veel minder cardiologen, longartsen en oncologische chirurgen nodig”

mensen alleen een paar uur coaching en dat is volstrekt onvoldoende. Zorgprofessionals worden het rolmodel en geven het goede voorbeeld. Het wordt erg ongemakkelijk voor ons allen, we zullen minder centen gaan verdienen, maar het kan niet anders.”

Van die bank af

“Het is belangrijk om ongezond gedrag al op jonge leeftijd aan te pakken, vóórdat het een verslaving wordt. Kinderen leren snel. Beginnen ze al op jonge leeftijd met roken, dan wordt het later heel moeilijk om ervan af te komen. Alles wat prettig is en wat veel anderen doen, doen we graag nog vaker. En als we eenmaal dit willen veranderen, dus iets doen wat we niet gewend zijn om te doen, dan voelt dat onwennig. Dat zijn ontwenningverschijnselen. Volwassenen continueren hun consumptiegedrag vooral omdat ze gewend zijn om dat te doen. Liggen wij als ouders de hele dag op de bank, dan zullen onze kinderen hetzelfde doen. Een ongezond leefstijlcomplex is een kluwen van gekoppelde gedragingen. Ik pleit voor een bredere diagnostiek en zo nodig multidisciplinaire leefstijlgedragbeïnvloedende behandeling.

Als je je als zorgverlener beperkt tot één verslaving of alleen focust op de klassieke verslavingen aan alcohol of drugs, dan mis je een heleboel bijkomende verslavingen. Wat houdt ons tegen om het ongezonde consumeren te veranderen? Heel simpel eigenlijk: het gewoonte-, gemaks- en kuddedier in ons. En de huidige zorg.”

Passende zorg

“In 2040 moet een op de drie Nederlanders in de zorg werkzaam zijn om aan de vraag te voldoen. Wat mij betreft een teken dat we een ernstige stoornis in het zorggebruik hebben. Passende zorg kan dat doemscenario helpen voorkomen. Er moet wat veranderen in ons denken en handelen, scherpe keuzes zijn nodig. Professor Kuijer, voormalig opleider heelkunde in Groningen, zei het al tegen mij als jonge geneeskundestudent: ‘Als chirurg moet je vooral je handen op je rug houden. Alleen als het moet, haal je ze tevoorschijn.’ De meeste verslaafden zijn gewone mensen die muurvast zitten in hun leefstijl. Ze willen helemaal niet op die bank zitten en zich volstoppen. Maar bij wie kunnen ze terecht voor hulp om te veran-

deren als ze dat nodig hebben? Wie anders dan verslavingsartsen? Zij hebben de vereiste kennis en vaardigheden, kennen de valkuilen van verslaving en weten hoe je vastgeroeste patronen kunt doorbreken. Er zijn alleen slechts tweehonderd verslavingsartsen en deze beroepsgroep is weggestopt in de marge, bij de drugs- en alcoholverslaafden. Ondertussen zien we wel een explosie van artsen die zich met leefstijl willen bezighouden. Ze zoeken naar een manier om ook hun boterham te verdienen met het repareren van ziek gedrag in plaats van de gevolgen ervan. Ze denken er niet aan om verslavingsarts te worden, omdat het salaris sterk te wensen overlaat. En alleen als je junk of alcoholist bent mag je komen; voor al die andere verslaafden mogen we geen DBC openen. Die laten we stikken. De mensen moeten het zelf doen, en willen het meestal ook, maar als ze echt muurvast zitten dan moeten ze hulp krijgen. Ook om te voorkomen dat hun kinderen en kleinkinderen hetzelfde consumptiepatroon gaan vertonen. We zouden de komende jaren drieduizend verslavingsartsen moeten opleiden. Dan weet ik zeker dat we veel minder cardiologen, longartsen en oncologisch chirurgen nodig hebben.” ●

Zinnige Zorg voorop in beweging naar Passende zorg

Vanuit het Zorginstituut zijn vanaf de start van het programma Zinnige Zorg in 2013 al 30 verbetertrajecten geïnitieerd. Met veel van deze trajecten zijn we – samen met het veld – nog volop aan de slag. Daar gaan we mee door, óók nu we ons als Zorginstituut meer focussen op Passende zorg. Dat kan ook goed, want met de implementatie van verbeterafspraken vanuit Zinnige Zorg kunnen we een actieve bijdrage leveren aan de beweging naar Passende zorg. Zo vinden de lopende Zinnige Zorg-projecten doorgang in het kader van het programma Passende zorg.

In de Zinnige Zorg-verbetersignalen zijn alle vier principes van Passende zorg vertegenwoordigd:



Het artikel op de volgende pagina illustreert hoe het 'Zinnige Zorg-verbetertraject voor zorg bij maculadegeneratie' aansluit bij het programma Passende zorg.

Passende zorg bij maculadegeneratie

Grote uitdagingen bij groeiend aantal patiënten

Begin dit jaar zijn partijen in de oogzorg gestart met de implementatie van de verbeterpunten voor de zorg bij mensen met maculadegeneratie. Deze punten zijn benoemd in het Zinnige Zorg-verbetersignalement, dat het Zorginstituut vorig jaar publiceerde. Patiënten en behandelaren zijn enthousiast over de plannen om de zorg te verbeteren. Tegelijk wijst voorzitter Marit Maatman van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) op de grote uitdagingen: “Meer patiënten, meer registreren en meer aandacht per patiënt; dat kan niet binnen de huidige capaciteit.”

Tekst Jos Leijen **Beeld** Pixabay

Maculadegeneratie is een oogaandoening die vooral bij oudere mensen voorkomt. Ook erfelijke aanleg speelt een rol. Bij de aandoening sterven cellen (kegeltjes) in het centrale deel van het netvlies af. Dit deel heet de macula of gele vlek. Dankzij de kegeltjes kunnen we kleuren, contrast en details zien. Door het afsterven van de kegeltjes zien patiënten minder goed en minder scherp.

Blij met aandacht

Heleen Schoots is voorzitter van de MaculaVereniging, de patiëntenvereniging voor mensen met maculadegeneratie. Ze is blij met de aandacht voor de aandoening en het verbetertraject. Zelf kreeg ze de aandoening toen ze 58 was. “Ik zie nu nog redelijk goed,

het is fijn te weten dat ik aan de randen mijn zicht behoud”, vertelt ze. “Gezichten herken ik minder goed en lezen gaat moeilijk. Gelukkig zijn er luisterboeken. En ik stoot nog weleens iets om omdat ik het niet zie.” De MaculaVereniging was vanaf het begin betrokken bij het traject om de zorg passender te maken. “Er kan veel beter”, vindt Schoots. “Het grootste verlies van zicht gebeurt tussen het moment van de eerste signalen en de behandeling met ooginjecties. Als we dat kunnen verkorten, is er veel gewonnen. Daarnaast moet er meer aandacht komen voor de patiënt. Je wordt nu soms aan je lot overgelaten na het schokkende nieuws dat je het zicht gaat verliezen.”

Projectleider Anne-Margot Pot van het Zorginstituut en oogarts Peter Ringens

Schoots:
“In Nederland loopt naar schatting een op de vijf 60-plussers de kans deze oogaandoening te krijgen. Toch is de bekendheid van deze oogaandoening laag”

Ringens: “We moeten sneller in actie komen om te voorkomen dat de klachten verergeren”

bevestigen wat Schoots zegt. “We moeten sneller in actie komen om te voorkomen dat de klachten verergeren”, zegt Ringens. “Dat kan door injecties en door aandacht voor preventie, zoals de juiste voeding en voedingssupplementen. En oogartsen zouden inderdaad meer tijd moeten hebben om patiënten te begeleiden, voor en tijdens de behandeling. Daar is een consult te kort voor.”

Blik optometristen

Het beter informeren en begeleiden van patiënten en familieleden kan volgens Ringens worden gedaan door een gespecialiseerde verpleegkundige, een *physician assistant* of optometrist, naar analogie van de diabetes-verpleegkundige. Dit is echter makkelijker gezegd dan gedaan, zegt NOG-voorzitter Marit Maatman. “Je trekt niet even een blik optometristen open. Geld is een ander knelpunt, want we worden geacht binnen het huidige budget te blijven.”

Maatman is blij met de erkenning in het verbetersignalement dat er veel goed gaat in de zorg bij maculadegeneratie. “We hebben een prachtig vak. De ‘natte’ vorm van maculadegeneratie kunnen we nog niet zo lang behandelen en het is geweldig dat we de achteruitgang kunnen vertragen, zodat mensen langer het zicht behouden en zelfstandig kunnen blijven. Dat is grote winst voor de patiënt en de maatschappij. We besparen daardoor op kosten voor bijvoorbeeld de langdurige zorg.” Het NOG is regiehouder van een aantal verbeterafspraken die de komende jaren hun beslag moeten krijgen. De beroepsvereniging is daarvoor hard aan het werk, maar Maatman waarschuwt voor te veel optimisme. “We zijn bezig met een nieuwe richtlijn volgens de laatste inzichten. Die zal eind dit jaar klaar zijn. Maar voor sommige zaken zijn wij ook afhankelijk van anderen. Bijvoorbeeld

als het gaat om een korte toegangstijd, zodat een patiënt zijn eerste injectie krijgt binnen zeven dagen na het ontstaan van de klachten. Daar hebben we ook de ziekenhuizen bij nodig.”

Inzicht krijgen

Een ander onderwerp in het verbetersignalement is registratie. “Per jaar worden honderdduizenden injecties gezet”, zegt Pot. “Maar er is nog onvoldoende wetenschappelijke kennis over de effecten en resultaten van de nu toegepaste individuele behandelstrategieën. Er zijn drie verschillende middelen om te injecteren en de behandelduur en -frequentie kan per oogarts en per patiënt verschillen. Om beter inzicht te krijgen is het nodig om uitkomstinformatie vast te leggen.”

Het NOG onderstreept het belang van betere registratie, maar ook hier wijst Maatman op knelpunten. “Registratie kost tijd, en oogartsen hebben het al erg druk. De EPD’s (elektronische patiëntendossiers - red.) moeten hierop worden aangepast, zodat het registreren sneller kan. Daarnaast moet je eenmalig kunnen registreren aan de bron. Maar dat vraagt grote investeringen. Het Zorginstituut zou kunnen helpen in de contacten met partijen die hier invloed op hebben.” Oogarts Ringens heeft ook zijn twijfels over de registratie. “Het is heel belangrijk dat het gebeurt en dat we inzicht krijgen. Tegelijkertijd is de registratiedruk een punt van zorg. Maar dat roepen we al tien jaar. Als iedereen er prioriteit aan geeft, kan het in een paar jaar geregeld zijn. Maar ik ben bang dat het niet die prioriteit krijgt. Ook niet bij de ziekenhuizen.”

Het Zorginstituut zal vooral optreden als verbinder en facilitator, zegt Pot. “Wij organiseren bijeenkomsten voor de veldpartijen om de voortgang te bespreken en eventuele knelpunten te inventariseren. Het is een complex veld met veel betrokken partijen. Bij alle partijen zien we grote motivatie en betrokkenheid om de zorg te verbeteren. Als Zorginstituut overleggen we met de koepels en kunnen we indien nodig zaken aankaarten bij VWS, de NZa, de inspectie en andere partijen.” ●

MAAND VAN DE MACULA

Juni 2022 was de ‘Maand van de Macula’. De hele maand vroeg de MaculaVereniging aandacht voor maculadegeneratie. Er waren diverse activiteiten, zoals een Macula Symposium op 10 juni voor zorgprofessionals en een Maculadag op 24 juni voor leden van de MaculaVereniging, hun familieleden en betrokkenen, mensen met netvliesaanandoeningen en zorgprofessionals. “Leeftijdsgebonden maculadegeneratie (LMD) is de meest voorkomende oorzaak van ernstige slechtziendheid”, zegt voorzitter Heleen Schoots van de Macula Vereniging. “In Nederland loopt naar schatting een op de vijf 60-plussers de kans deze oogaandoening te krijgen. Toch is de bekendheid van deze oogaandoening laag. Als mensen eerder bij de oogarts komen, kun je vaak het verloop vertragen. Een goede leefstijl, een mediterraan voedingspatroon en bepaalde voedingssupplementen met luteïne, zeaxanthine en zink kunnen ook helpen.”

PASSENDE ZORG

Het verbetertraject voor zorg bij maculadegeneratie sluit aan bij het programma Passende Zorg. Goede registratie helpt om het juiste injectiemiddel te gebruiken met het goede start- en stopmoment. Voorlichting aan patiënten en mensen in de risicogroep draagt bij aan preventie en aandacht voor gezondheid in plaats van ziekte. Daarnaast helpt goede informatie aan de patiënt om samen te beslissen. Tijdige doorverwijzing naar de optometrist of oogarts zorgt dat de juiste zorg op de juiste plek wordt geleverd.

Expertisegroep Regie op registers voor dure geneesmiddelen:

“VWS moet regie nemen over zorg-informatielandschap”

Het wil maar niet lukken om in Nederland een informatie-landschap te scheppen waarmee gegevens over patiënten, aandoeningen en therapieën eenvoudig uitgewisseld kunnen worden. Terwijl zorgverleners, onderzoekers, patiënten en het Zorginstituut als pakketbeheerder daarom zitten te springen. Er lopen veel initiatieven, maar de samenhang ontbreekt. Jos Kosterink, voorzitter van de Expertisegroep Regie op registers voor dure geneesmiddelen, roept VWS op om de regie te nemen.

Tekst Jos Leijen

Beeld Mrs. Peacock

Kosterink, hoogleraar ziekenhuisfarmacie in Groningen, stuurde in december 2021 een ‘dringend appel voor centrale regie op het zorginformatielandschap’ de wereld in. Er zijn veel vragen die beantwoord kunnen worden met gezondheidsdata, schreef hij. Maar het zorginformatielandschap is zo versnipperd, dat het niet lukt om die data aan elkaar te koppelen en te benutten. Er zijn veel registraties, maar die zijn beperkt toegankelijk en beperkt bruikbaar. De expertisegroep vraagt daarom in het appel om centrale coördinatie: “Structureel, uniform en systematisch registreren, beheren en uitwisselen van zorggegevens is nu en zeker in de toekomst essentieel om in de dagelijkse praktijk te kunnen leren van de patiënten. (...) Tegelijk zijn deze gegevens essentieel voor het evalueren van de kwaliteit van de zorg, alsmede voor het innoveren van de zorg door middel van wetenschappelijk onderzoek.”

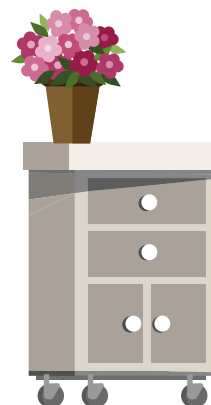
Knelpunt

Regie op registers voor dure geneesmiddelen is een programma om de effectiviteit van nieuwe, dure geneesmiddelen in de praktijk

te monitoren (zie kader). In 2020 zijn vier casestudies gestart die inzicht moeten geven hoe registers het beste ingericht kunnen worden, welke informatie er nodig is, en hoe de financiering en governance geregeld kunnen worden. Een van de knelpunten waarop de casestudies stuiten, is het verzamelen van informatie. “De benodigde informatie is heel moeilijk bij elkaar te brengen”, licht Kosterink toe. “Je hebt *real world data* nodig, maar die komt uit allerlei verschillende systemen. Ook zijn ze vaak niet goed te koppelen en te vergelijken. Het probleem is bekend; er zijn diverse initiatieven die ook data nodig hebben die lastig te vinden is, zoals Uitkomstgerichte Zorg, kwaliteitsregistraties, Zorgevaluatie en Gepast Gebruik. Ieder zet zijn eigen systeem op om in de informatiebehoefte te voorzien, maar de samenhang ontbreekt. Vandaar onze roep om centrale regie.”

Bestuurder Peter Siebers van het Zorginstituut is nauw betrokken bij Regie op registers. Hij sluit zich van harte aan bij de oproep van de Expertisegroep. “Het is logisch en herkenbaar. Niet alleen bij Regie op registers, maar in de hele zorgsector. Het heeft te maken met de aard van het stelsel: allemaal private stichtingen die met de

Kosterink:
“Als we goede afspraken kunnen maken over eenmalig en eenduidig vastleggen aan de bron, is er al heel veel gewonnen. Als de data eenduidig zijn kan je systemen koppelen en er de informatie uithalen die je nodig hebt”



komst van computers en automatisering hun eigen systeempjes ontwikkelden, toegespitst op waar zij die voor nodig hadden. Zonder centrale aansturing werd het wat het nu is: versnipperd en grenzend aan chaos.”

Aan de voorkant

Het is nodig dat ‘aan de voorkant’ afspraken komen over welke informatie verzameld wordt, hoe die verzameld wordt en hoe die kan worden uitgewisseld, aldus Siebers. “De uitgangspunten moeten zijn: eenmalige registratie aan de bron, geschikt voor meervoudig gebruik voor diverse doeleinden, en voldoende waarborgen voor de privacy, ofwel *privacy by design*.” Hij erkent dat dit niet eenvoudig zal zijn, want het vraagt aanpassingen bij allerlei bestaande initiatieven. “Het is lastig en zal soms pijn doen, zoals alle verandering. Maar het is te doen. Er spelen veel belangen. Als je net veel geld hebt gestoken in je EPD-systeem (elektronische patiëntendossiers - red.) is het vervelend als je opnieuw moet investeren in aanpassingen. Er zijn ook organisaties die bestaan van centrale registers.” Juist omdat het niet eenvoudig zal zijn, moet VWS de regie nemen, benadrukt Kosterink. “VWS kan partijen bij elkaar brengen en met elkaar laten bespreken hoe we de zorginformatie bij elkaar krijgen zodat die voor meerdere doelen bruikbaar is. Voor evaluatie, voor samen beslissen, voor onderzoek

en voor pakketbeheer. Misschien moeten we met elkaar een paar dagen in een snelkookpan om de kaders te schetsen. En VWS kan zo nodig knopen doorhakken.”

Eenmalig en eenduidig vastleggen

Het mooiste zou zijn als alle zorginstellingen en professionals in hetzelfde systeem werken, maar dat is een utopie. “Als we goede afspraken kunnen maken over eenmalig en eenduidig vastleggen aan de bron, is er al heel veel gewonnen”, zegt Kosterink. “Nu gebeurt dat nog op veel verschillende manieren. Als de data eenduidig zijn kan je systemen koppelen en er de informatie uithalen die je nodig hebt.” Siebers ziet mogelijkheden: “Het moet lukken om afspraken te maken over wat we met z’n allen registreren over dure genees-

middelen. Regie op registers zal hierover de afstemming zoeken met onder andere Uitkomstgerichte Zorg en Health RI. Het helpt ook als VWS op die samenhang stuurt; zij zijn bij alle projecten betrokken als opdrachtgever. Daarnaast heeft het Informatieeraad Zorg een belangrijke rol: daar worden de kaders en randvoorwaarden bepaald voor hoe we informatie uitwisselen.” Ook Kosterink is optimistisch. “Naar aanleiding van het appel zijn er gesprekken geweest met VWS. Men herkent het probleem dat we schetsen. Ik verwacht dat het ministerie inderdaad de regie gaat nemen. En dat is ook nodig. De verschillende initiatieven moeten bij elkaar worden gebracht om tot een goede en veilige uitwisseling van gegevens te komen. Dat is in het belang van alle patiënten in ons land.” ●

Regie op registers voor dure geneesmiddelen

Regie op registers is een programma om te komen tot eenduidige registraties die een betrouwbaar beeld geven van de (kosten)effectiviteit van nieuwe, dure geneesmiddelen. In de registraties leggen behandelaars vast welke werking deze geneesmiddelen in de praktijk hebben bij patiënten. Aan de hand hiervan kunnen behandelaars samen met patiënten betere beslissingen nemen, kunnen onderzoekers betere analyses maken en kan het Zorginstituut in de toekomst adviseren of het geneesmiddel vergoed moet blijven. Siebers stelt voor om de naam van het programma te veranderen in ‘Regie op registraties’: “We zijn gestart onder de titel ‘Regie op registers’. Maar voortschrijdend inzicht leert ons dat we geen *aparte registers* willen, maar *registratie van aandoeningen en interventies aan de bron*. Van daaruit kun je dan informatie delen.”



“Het model is géén blauwdruk; het dient als houvast voor ic’s om makkelijker te kunnen samenwerken en te leren en ontwikkelen”

Hoe pakken de adviezen, richtlijnen, handreikingen of standpunten van het Zorginstituut in de praktijk uit? In hoeverre sluit dat wat ‘aan het bureau’ is bedacht aan op de dagelijkse praktijk ‘aan het bed’? Deze keer het **Model voor Samenwerken en Leren & Ontwikkelen**, ter verbetering van de regionale samenwerking van ic’s.

Tekst Edith Bijl

Beeld Ron Zwagemaker en De Beeldredactie | Jonathan Vos

aan het bureau

Madelon Rooseboom is adviseur en veranderekundige bij het Zorginstituut.

“In 2016 is de Kwaliteitsstandaard Intensive Care vastgesteld. Het Zorginstituut stimuleerde de toepassing hiervan, en dan vooral de ambitie om regionaal samen te werken. Samen leren en ontwikkelen is van belang om uiteindelijk passende ic-zorg in de regio te kunnen bieden. Om daaraan bij te dragen, lieten wij onderzoeken welke mechanismen essentieel zijn om samenwerken en leren en ontwikkelen tot stand te laten komen. Dat zijn mechanismen van verbinden en elkaar ontmoeten, zodat je elkaars kennis en kunde kunt delen en deze vervolgens kan meenemen naar de eigen organisatie. Wij hebben vooral gekeken naar de regio’s die hierin al goede stappen hebben gemaakt. Daar hebben we waardevolle bevindingen opgehaald.

Vervolgens hebben we onze bevindingen verwerkt in een causaal loopmodel, dat de dynamiek van het samenspel van factoren laat zien. We hebben hierin allerlei praktijkvoorbeelden opgenomen, zodat het ook gaat leven voor de mensen die ermee werken. Het model is géén blauwdruk; het dient vooral ter inspiratie en als houvast voor de regionale ic’s om makkelijker met elkaar samen te werken en te leren en ontwikkelen.

Net toen ons onderzoek was afgerond en het model klaar was, brak de coronapandemie uit. Gezien de enorme druk op de ic’s hebben we dit project toen *on hold* gezet. Afgelopen maart hebben we het model alsnog toegelicht tijdens een webinar voor ic-verpleegkundigen, intensivisten en ic-regiomanagers. Zij gaven feedback en hebben het model aangevuld met de lessen die zij uit de coronatijd hebben getrokken. Dat is ook het mooie van dit model: het is geen statisch document. De genoemde mechanismen vormen het fundament, maar het model kan altijd op basis van ervaringen uit de praktijk worden doorontwikkeld. Dat maakt het ook geschikt voor andere zorgdomeinen waar mensen willen samenwerken en leren en ontwikkelen.”



aan het bed

Ruud Segers is regio-intensivist van ICUZON.

“In mijn werk als regiocoördinator van ICUZON, een netwerk van negen ic’s in Limburg en Zuid-Brabant, ervaar ik dagelijks hoe belangrijk een goede regionale samenwerking is. Samen met de regiomanager ben ik onder meer verantwoordelijk voor de coördinatie en uitvoering van de afspraken die we binnen ons netwerk hebben gemaakt. Ons netwerk bestaat ruim tien jaar, dus we hebben veel ervaring met regionaal samenwerken. Om die reden waren wij ook uitgenodigd op het webinar in maart om onze ervaringen te delen.

Het model dat het Zorginstituut heeft ontwikkeld geeft mooi de verschillende facetten weer van een regionale samenwerking. Veel van wat wij belangrijk vinden, kwam in het model ook duidelijk naar voren. Zoals vertrouwen en transparantie. Die zijn essentieel, zeker als je een samenwerkingsverband wilt opzetten en een gezamenlijk doel voor ogen hebt, namelijk samen goede patiënten-zorg leveren.

Het model is een handig hulpmiddel voor alle ic’s die met leren en verbeteren de regionale samenwerking willen versterken. En we weten van de coronaperiode hoe belangrijk samenwerking is. We staan op onze ic’s vaak voor dezelfde uitdagingen en problemen; het is dan prettig als je die samen kan bespreken en bij elkaar de *best practices* kan ophalen.

Overigens is ons in de coronaperiode duidelijk geworden dat we, naast het leveren van goede patiëntenzorg, ook goed voor ons team moeten blijven zorgen. Werkplezier met voldoende formatie, doorleermogelijkheden, een goede vertegenwoordiging van ic-verpleegkundigen et cetera. Daar moeten we in de toekomst nog meer aandacht voor hebben, want dat komt uiteindelijk ook de patiëntenzorg ten goede.”

“We staan op onze ic’s vaak voor dezelfde uitdagingen; het is prettig als je die samen kan bespreken en van elkaar kan leren”

De Culturele Apothekers schrijven voor bij...

Angstige tijden

Begin dit jaar doken we van een winter-lockdown rechtstreeks de verbijsterende dynamiek in van een oorlog op Europees grondgebied. Of het nu gaat om onbeschrijflijke oorlogsmisdaden, uit de pan rijzende energierekeningen of krankzinnige kern-wapenpraatjes: we tuimelen collectief van de ene in de andere schok. Onze meest basale angsten – voor geweld, voor armoede, voor het einde der tijden – worden ruw wakker geschud. En dat op het moment dat we na twee pandemiejaren weer geacht worden met volle teugen te genieten van onze hernieuwde bewegingsvrijheid. Die combinatie geeft gemakkelijk bibbers in de buik en kortsluiting in het hoofd.

Ziektebeeld

Merk u ook die knagende onrust? Dat u zich niet vol enthousiasme in die live brainstorm met collega's kunt storten, bedoeld om elkaar nieuwe inspiratie te geven na twee jaar op de handrem? Dat u het bijzonder lastig vindt om gezellig te keuvelen met de zus van de buurvrouw op - eindelijk weer eens - een gewoon verjaardagsfeestje? Dat u met een steen op de maag op een festival staat, een restaurant bezoekt, een vakantie boekt? Dan heeft de angst ook u in de greep. Hoog tijd voor een kalmerend literair kuurtje.

Literaire medicatie

Laten we beginnen met iets dat u erkenning geeft: uw staat van zijn is geen gekkigheid van uw kant, maar een heel normale menselijke reactie. Lees deze eerste strofe van het gedicht 'Rooster' van Judith Herzberg (Dagrest, Van Oorschot 1984) maar eens:

Angst wordt het vroegste wakker. Wekt dan verstand en plannen voor de dag, die dekken hem nog even toe. Waarom kan kalmt niet eens eerder opstaan, of het verheugen, waarom is angst zo onbeheerst zo ijverig?

Misschien lukt het na een paar keer overlezen wat beter om met mededogen naar uw overijverige angst te kijken, en het zo minder erg te vinden dat die er is?

Het tweede medicijn komt uit een andere hoek: afleiding van uw malende gedachten. Daar kunt u natuurlijk willekeurig welke thriller of chicklitroman voor openslaan. Of u wagen aan *De autonauten van de kosmos-snelweg!* Dompel samen met schrijvers Cortázar en Dunlop onder in een bijzondere queeste. Zij reisden in een VW-busje van Parijs naar Marseille, over de *Autoroute du soleil*. Geen reis op de bonnefooi, maar eentje met zelfopgelegde spelregels. Allereerst: ze mochten de hele reis niet van de snelweg af. Ten tweede: ze moesten elke parkeerplaats aandoen. Ten derde: op elke tweede parkeerplaats van de dag moesten ze overnachten. Als moderne ontdekkingsreizigers verkennen zij alle hoekjes en gaatjes van het Franse parkeerplaatsuniversum en schrijven over wat ze zien, fantaseren, eten en ervaren. Als lezer reist u mee in hun busje en bent u dáár bij hen, in plaats van verstrikt in de chaos in uw eigen hoofd. Wie weet helpt hun speelse blik om zelf ook de (boze) buitenwereld in hanteerbaardere mootjes te hakken. Zoals ook Cortázars en Dunlops reis – die een diepere lading heeft die we hier niet zullen verklappen – draait om het terugbrengen van dingen tot bevatbare proporties.

DOSERING:
REIS ELKE DAG MINSTENS ÉÉN
DAG-ETAPPE MEE MET CORTÁZAR
& DUNLOP.

BIJZONDERHEDEN:
DE KUUR WERKT HET BESTE ALS
U ZICH TIJDELIJK ONTHOUDT VAN
HET DAGELIJKSE JOURNAAL.



DE ZORG VAN MORGEN

Met passende zorg houden we de zorg in de toekomst goed, toegankelijk en betaalbaar. Maar hoe doen we dat? In deze rubriek vragen we mensen naar hun visie op de zorg van morgen. Deze keer:

Martin Sitalsing Hoofdcommissaris politie

“Als we de zorg in de toekomst betaalbaar willen houden, moet er meer aandacht komen voor leefstijlontwikkeling. Ik zie dagelijks in mijn werk waar een ongezonde leefstijl (verslaving, roken, drinken et cetera) toe kan leiden. Ik zie hoe kwetsbare mensen hierdoor steeds dieper in de (financiële) problemen komen. Soms noodgedwongen hierdoor in de criminaliteit belanden. Hoe ze psychiatrische problemen en somatische klachten ontwikkelen. Hoe ze voor overlast zorgen in hun buurt. De impact van armoede, onvrede en een ongezonde leefstijl is groot. En ik zie dat dat - ook binnen mijn eigen organisatie - enorm wordt onderschat. Hoe ga je deze problematiek te lijf? Niet alleen via de strafrechtelijke weg, meen ik. Deze mensen zijn veel meer gebaat bij leefstijlontwikkeling. Met de inzet van preventieve maatregelen kunnen we hen stimuleren gezond oud te worden. Zo verkleinen we de kans dat zij somatische of psychiatrische klachten ontwikkelen.

We kunnen dergelijke maatschappelijke problemen alleen goed aanpakken als zorg en veiligheid veel meer samen optrekken. Eigenlijk zouden we per situatie steeds eerst moeten bedenken: waar is die persoon het meest mee geholpen? Vaak niet door er als politie met toeters en bellen op af te gaan. Dat werkt alleen als er óók direct iemand van de acute dienst van de ggz naast staat. Met andere woorden: met een geïntegreerde aanpak van (jeugd)zorg, ggz en politie kunnen we meer bereiken. En kunnen we vooral veel leed voorkomen.”

Beeld De Beeldredactie | Joost Hoving

“Kwetsbare mensen zijn het meest gebaat bij een integrale aanpak van zorg en veiligheid”

Over zorg gesproken...

“Het wordt tijd dat we corona gaan zien als een risico van het leven. Alleen als de zombiecron-variant de kop opsteekt gaan wij dicht.”

Jolanda Jansen, directeur Ahoy en woordvoerder Alliantie van Evenementenbouwers, in AD (17 juni 2022).

“Sterven is een zaak van de dokter geworden. Op maatschappelijk en persoonlijk vlak heeft dat tot een verwaarlozing van de omgang met de sterfelijkheid geleid.”

Filosoof Marli Huijer in de Volkskrant (25 mei 2022).

“Het is niet de zorg die rigoureus moet veranderen, maar de kijk op de zorg. Matigheid is de beste dokter. Zowel in levensstijl als in medisch handelen.”

Arianne Beckers – Bruls, majoor-huisarts bij de Koninklijke Luchtmacht, op medischcontact.nl (18 mei 2022).

“Gaan we bij medische fouten op de huidige bestraffende en beschuldigende voet verder, dan durft straks niemand meer in de zorg te werken.”

Huisarts en columnist Danka Stuijver in de Volkskrant (12 mei 2022).

“Artificial intelligence in de zorg zit in peuterfase.”

Hoogleraar en NWO-voorzitter Marcel Levi tijdens de ‘Skipr Masterclass AI in de zorg’ (19 mei 2022).

“Laten we gewoon eens een ei leggen. Onze digitale systemen moeten met elkaar kunnen praten. We moeten dus systemen kopen die dat van nature al kunnen.”

Minister Conny Helder tijdens het ActiZ-congres ‘Zorgvernieuwing in versnelling’ (19 mei 2022).

“Hoe mooi zou het zijn als die 1,5 miljoen vitale ‘geranium-ouderen’ zouden zorgen voor hulpbehoevende ouderen?”

Gezondheidszorgeconoom Marcel Canoy op het congres ‘Ouderenzorg op de juiste plek’ van Zorgvisie (11 mei 2022).

“Patiënten zijn geen statistici. Bij hen leggen cijfertjes het af tegen angsten en ongemakken.”

Publicist en voormalig huisarts Ignace Schretlen in een blog voor Arts en auto (24 mei 2022).

“Weg met de DSM-5 en de DBC. De menselijke maat moet terug. We moeten mensen gaan behandelen, geen ziekten.”

Jorn Albers, verpleegkundige in opleiding en werkzaam in de ggz, in de nrc (20 mei 2022).

“In dertig jaar heb ik nog nooit een medisch specialist horen zeggen: ‘Ik kan dit niet zo goed’.”

Mariska Koster, voorheen longarts, in een blog voor Arts en auto (19 mei 2022).