



Zorginstituut Nederland

Zorginstituut magazine

Kwartaalblad van
Zorginstituut Nederland
september 2022



Oncologisch chirurg Gerrit-Jan Liefers:

*“Soms is minder
behandelen beter.
De specialist moet
dan maar even de
handen op de rug
houden”*

**Kader Passende
zorg geeft
richting aan
zorgtransitie**

**Zorginstituut
gaat voor
duurzame zorg**

Inhoud

6 Kader Passende zorg
Op 30 juni publiceerde het Zorginstituut het *Kader Passende zorg*. Hét richtinggevende document om tot een toekomstbestendige zorg te komen, stelt Albertine van Diepen, adviseur bij het Zorginstituut. En dat is niet overdreven.

12 Luisteren naar kinderen
Het Zorginstituut heeft zeven aanvragen gehonoreerd voor de subsidieregeling 'Leren gebruiken van uitkomstinformatie voor Samen beslissen'. Doel van de projecten is kinderen een grotere stem te geven in hun behandeling.

14 FK bestaat veertig jaar
Het Farmacotherapeutisch Kompas (FK) ondersteunt zorgprofessionals bij het voorschrijven van medicijnen die passen bij de patiënt. Jurgen Pesch van het FK: "Dat doen we praktisch en laagdrempelig, al veertig jaar lang en dat blijven we doen."

24 Verduurzaming zorg
De zorg is verantwoordelijk voor 7 procent van de uitstoot van CO₂. Daarom pakt het Zorginstituut zijn rol bij het verduurzamen van de zorg. Een 'Green Team' binnen de organisatie helpt bij het vertalen van de duurzaamheidsambities in het dagelijkse werk.

28 Minder onnodige zorg longkanker
Onlangs bepaalde het Zorginstituut in een standpunt dat diagnostisch onderzoek met navigatie bronchoscopietechnieken voor een specifieke patiëntengroep wordt vergoed. Deze technieken leiden tot minder onnodige zorg bij verdenking op longkanker.



Rubrieken

10 Tien vragen aan: Wieke Paulusma

16 Feiten & Cijfers

18 De stelling van...
Gerrit-Jan Liefers, oncologisch chirurg.

21 Literair recept van de Culturele Apothekers

22 Passende Zorg
Aanpassing richtlijn slaapapneu.

26 Aan het bureau / aan het bed
Samen beslissen-project
Empower2Decide.

30 Column Martin van der Graaff

31 De zorg van morgen
... volgens CZ-bestuursvoorzitter Joep de Groot.

32 Over zorg gesproken



Voorwoord

Van omdenken naar omdoen

Eind 2020 gaven het Zorginstituut en de NZa het startsein voor de beweging naar passende zorg. We liggen goed op koers: bij partijen zowel binnen de zorg als daarbuiten groeit het besef dat er iets moet gebeuren om de zorg in de toekomst goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. Een eerste mijlpaal was het coalitieakkoord, waarin passende zorg als norm wordt gesteld. Samen met het *Kader Passende zorg*, dat de definities en grenzen beschrijft waarbinnen de zorg kan en mag bewegen (zie pagina 8), heeft het de weg naar passende zorg geplaveid.

Is daarmee de finish in zicht? Ik ben bang van niet. Het coalitieakkoord en het kader vormen een goede basis. Maar juist nu komt het erop aan en moeten we ook gaan *doen* wat we hebben *bedacht*. Te beginnen met het Integraal Zorgakkoord (IZA), waarin overheid en zorgkoepels afspraken maken over de uitvoering van passende zorg. Bij het ter perse gaan van deze editie waren de onderhandelingen over het IZA nog niet volledig afgerond. Ik zie dat partijen zeker welwillend zijn om dingen te veranderen, maar ze handelen nog te vaak vanuit de eigen verplichtingen en belangen; de schoorsteen moet namelijk wel blijven roken. Dat maakt het extra belangrijk dat partijen zelf bedenken hoe zij kunnen bijdragen aan de transitie van de zorg. En dat zij zeker niet het gevoel moeten hebben dat het Zorginstituut hun dat oplegt. Passende zorg is immers van ons allemaal. Daarbij moeten we er wel voor waken dat de afspraken niet worden afgezwakt. Want als we op dezelfde voet doorgaan, gaat passende zorg niet de benodigde transitie brengen. En zijn de hoge ambities, vastgelegd in het IZA (in 2027 een afbouw van de groei in de zorgkosten met 1,2 miljard euro, en in 2037 een afbouw van nog eens 1,2 miljard euro) onhaalbaar. Kortom, de uitdaging waar we met z'n allen voor staan is enorm. En toch is dat de enige route die we kunnen volgen. Doen we dat niet, dan lopen we het mes in. Het mes van veel ernstigere bezuinigingen.

Wat nu nodig is, is dat we niet alleen *omdenken*, maar ook *omdoen*. Wat daarbij helpt, is dat er vanuit de samenleving een groot draagvlak is voor de transitie, zoals uit onze campagne eerder dit jaar bleek. Het IZA moet deze transitie nu handen en voeten geven. Dat vergt van alle partijen, óók van het Zorginstituut, leiderschap. Leiderschap om met belangstelling en inspiratie het akkoord vast te stellen. Als elke partij vanuit haar kracht en expertise de transitie in gang zet en we elkaar daarin respecteren en onze krachten bundelen, kunnen we het gemeenschappelijke doel realiseren: de samenleving voorzien van goede zorg.

Sjaak Wijma
Voorzitter Zorginstituut Nederland

Korte berichten



Aanpassing risicoverevening kan passende zorg versnellen

Uit onderzoek blijkt dat het zogeheten 'risicovereveningsmodel' in bepaalde situaties een belemmering kan vormen voor zorgverzekeraars om passende zorg in te kopen. Medio augustus adviseerde het Zorginstituut de minister van VWS het model aan te passen. Risicoverevening is een financieringssysteem van het ministerie van VWS om de solidariteit van ons zorgstelsel te bewaken. Zorgverzekeraars zijn verplicht om iedereen te accepteren die een zorgverzekering wil afnemen: rijk en arm, jong en oud, gezond en ziek. Daardoor zijn de kosten die zorgverzekeraars maken niet altijd gelijk verdeeld. Zorgverzekeraars die hogere kosten maken omdat ze veel verzekerden hebben met (ernstige) aandoeningen, ontvangen een compensatie uit het Zorgverzekeringsfonds. Die compensatie noemen we de 'vereveningsbijdrage'.

Het Zorginstituut heeft laten onderzoeken hoe goed de risicoverevening aansluit bij passende zorg. Dit toont aan dat het

verlenen van passende zorg aan patiënten in sommige situaties nadelige financiële gevolgen heeft voor zorgverzekeraars. Omdat passende zorg focust op de gezondheid van de patiënt en het voorkomen van zwaardere zorg, kan passende zorg leiden tot lager zorggebruik. Zorgverzekeraars hebben daardoor lagere zorgkosten én een lagere vereveningsbijdrage. In sommige situaties daalt de vereveningsbijdrage die zorgverzekeraars ontvangen meer dan de zorgkosten die ze maken, waardoor ze er financieel op achteruit gaan bij de inzet van passende zorg.

Passende zorg kan alleen bereikt worden als het zorgstelsel er goed op wordt ingericht. Voor zorgverzekeraars moet het aantrekkelijk zijn om passende zorg in te kopen. Daarom adviseerden wij de minister om het risicovereveningsmodel aan te passen, zodat het passende zorg versnelt of in elk geval niet afremt. We hebben hiervoor enkele suggesties gedaan die nader onderzocht worden.

Wegwijzer 'Leefstijl-interventies: van initiatief naar basisverzekering'

Eind vorige maand heeft het Zorginstituut de wegwijzer *Leefstijlinterventies: van initiatief naar basisverzekering* gepubliceerd. In deze wegwijzer verduidelijken wij wat we in de Zorgverzekeringswet (Zvw) verstaan onder preventie en onder daarmee samenhangende begrippen als leefstijl, leefstijlgeneskunde en leefstijlinterventie.

Het doel van deze wegwijzer is om kansrijke initiatieven op het gebied van leefstijl sneller tot het structureel zorgaanbod te brengen. Het document bevat geen nieuwe standpunten of adviezen van het Zorginstituut. Het brengt relevante werkwijzen en processen bij elkaar en illustreert dit met eerder uitgebrachte standpunten en adviezen. De wegwijzer beschrijft de stappen die nodig zijn om tot gecontracteerde zorg onder de Zvw te komen. Daarbij wordt uitgelegd welke vragen voor het Zorginstituut relevant zijn bij de beoordeling van een nieuwe interventie. De hoofdstukken kunnen afzonderlijk worden gelezen of geraadpleegd.

De wegwijzer is te downloaden via onze website. Scan hiervoor deze QR-code:



Passende zorg voor mensen met kanker

Eind september publiceert het Zorginstituut het signalement *Passende zorg voor mensen met kanker: netwerk- en expertzorg*. In samenwerking met betrokken partijen zijn de belangrijkste knelpunten in de netwerk- en expertzorg geïdentificeerd. We adviseren de minister van VWS om deze twaalf knelpunten aan te pakken. We geven daar oplossingsrichtingen voor en laten zien welke partijen betrokken moeten zijn. Ook adviseren we de minister om het Zorginstituut als regievoerder te benoemen; deze verbindende rol kunnen en willen wij vanuit onze onafhankelijke positie vervullen. Dit signalement is onderdeel van een drieluik. Begin 2023 volgen de signaleringen *Doelmatige inzet van kankerbehandelingen* en *Preventie van kanker*. In het eerste deel richten we ons op de organisatie van oncologische zorg. Doorontwikkeling van passende zorg voor mensen met kanker via netwerk- en expertzorg is een van de onderwerpen die een grote bijdrage kunnen leveren aan de toekomstbestendigheid van de oncologische zorg.



Afgelopen zomer adviseerde het Zorginstituut de minister van VWS om het medicijn risdiplam (Evrysdi®) voor de behandeling van de erfelijke spierziekte Spinale Musculaire Atrofie (SMA) uit het basispakket van de zorgverzekering te vergoeden. De vergoeding geldt alleen voor kinderen en jonge mensen tot 25 jaar, omdat bij hen risdiplam bewezen meerwaarde heeft: het medicijn verhoogt de kans op overleving voor jonge patiënten en verbetert de beweging en spierkracht aanzienlijk. Voor patiënten ouder dan 25 jaar is nog onvoldoende bewijs voor de werk-

zaamheid van het middel. Het Zorginstituut gaat zich inzetten om, samen met betrokken partijen, risdiplam voor deze patiënten beschikbaar te maken via voorwaardelijke toelating.

Verder adviseert het Zorginstituut risdiplam alleen op te nemen als de prijs fors daalt in de onderhandelingen met de fabrikant. De kosten van risdiplam zijn 4 tot 7 miljoen euro per SMA-patiënt. Het Zorginstituut concludeert dat die prijs veel te hoog is om in aanmerking te komen voor vergoeding uit het basispakket.

Advies: vergoed cannabidiol voor behandeling ernstige epilepsie

Het medicijn cannabidiol (Epidyolex®), in combinatie met anti-epilepticum clobazam, heeft bewezen meerwaarde bij de behandeling van patiënten vanaf twee jaar met zeldzame vormen van zeer ernstige epilepsie. Het Zorginstituut adviseerde de minister van VWS daarom om voor deze patiënten cannabidiol, na prijsonderhandelingen, uit het basispakket te vergoeden. De vergoeding is aangevraagd voor patiënten vanaf twee jaar met het syndroom van Lennox-Gastaut (LGS) of het syndroom van Dravet (DS), die onvoldoende reageren op andere behandelingen. In Nederland zijn dat ongeveer 2.500 patiënten. Van hen komt bijna de helft in aanmerking voor een behandeling met cannabidiol in combinatie met clobazam. Patiënten met LGS of DS krijgen al op vroege leeftijd epileptische aanvallen. Het aantal aanvallen kan oplopen tot meer dan twintig per week. Behandeling met cannabidiol in combinatie met clobazam vermindert de epileptische aanvallen met de helft.

De kosten voor cannabidiol variëren per patiënt van 30.000 tot 50.000 euro per jaar, afhankelijk van de dosering. Het Zorginstituut vindt dat deze prijs met minimaal 20 procent moet dalen, om voor vergoeding in aanmerking te komen. Het Zorginstituut adviseert het ministerie van VWS daarom om over de prijs in onderhandeling te gaan met de fabrikant.

Meer informatie?

Meer informatie over deze nieuwsberichten kunt u vinden op www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws

Kader Passende zorg

Op de weg naar passende zorg zijn alle partijen aan zet

Op 30 juni publiceerde het Zorginstituut het *Kader Passende zorg*. Hét richtinggevende document om tot een toekomstbestendige zorg te komen, stelt Albertine van Diepen, adviseur bij het Zorginstituut. En dat is niet overdreven, want als de juiste stappen om tot passende zorg te komen nu niet worden gezet, komt de zorg voor fundamentele problemen te staan.

Tekst Frank van Wijck
Beeld Zorginstituut Nederland

Van Diepen kan niet genoeg benadrukken hoe belangrijk het *Kader Passende zorg* is. “Het stelt de kaders, de grenzen, waarbinnen ontwikkelingen in de zorg moeten blijven om iedereen goede en betaalbare zorg te kunnen bieden, en wat daarvoor nodig is”, zegt ze. “We staan voor grote maatschappelijke opgaven die het kader adresseert om de zorg toekomstbestendig te maken. We hebben te maken met grote – en de komende jaren verder toenemende – personeelsproblematiek en met ontoelaatbaar grote gezondheidsverschillen in de samenleving. En dan is er nog het punt van duurzaamheid. De zorg produceert veel afval en is verantwoordelijk voor 7 procent van de CO₂-uitstoot. De sector heeft ook de verantwoordelijkheid om te verduurzamen.” Het kader geeft richting aan de noodzakelijke transitie om deze problemen effectief het hoofd te bieden. “Zorg moet waardegedreven zijn, komt samen met de patiënt/cliënt tot stand, vindt plaats op de juiste plek, en gaat over gezondheid in plaats van over ziekte”, zegt Van Diepen. “Het kader wijst daarvoor de weg.”

Normatief
De basis voor het kader werd twee jaar geleden gelegd, met het advies *Samenwerken*

aan passende zorg: de toekomst is nu van het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit. Toenmalig minister Bruno Bruins stelde daarop Jan Kremer (hoogleraar patiëntgerichte Radboudumc en lid van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving) aan als speciaal gezant. Samen met hem was Van Diepen betrokken bij het schrijven van het kader. “We hebben de koers en de elementen waaruit het kader is opgebouwd op allerlei wijzen en momenten bij partijen en personen in het veld getoetst”, zegt ze. “Daarbij is het kader in nauwe samenspraak met de Raad van Bestuur van het Zorginstituut tot stand gekomen.”

“Het beschrijft de normatieve richting om de zorg toekomstbestendig te maken. Ook bevat het opdrachten aan de betrokken partijen, inclusief overheidsorganisaties, waarmee zij concreet aan de slag kunnen. Om de voortgang te waarborgen heeft de overheid een regierol in de beweging naar passende zorg. Ook daarvoor geeft het kader aan wat nodig is. Zo biedt het kader bovendien de basis voor andere dossiers, zoals het Integraal Zorgakkoord en het Woonzorgakkoord voor de langdurige zorg.”

Gezamenlijke opgave
Het kader bevat het voorstel om jaarlijks voortgangsbijeenkomsten te houden. “De betrokken partijen kunnen dan aangeven welke activiteiten ze ontplooiën, welke

hobbels ze daarbij tegenkomen en wat zij doen om tot samenwerking te komen”, zegt Van Diepen. “Dat laatste is natuurlijk essentieel, want de weg naar passende zorg is een gezamenlijke opgave. Neem als voorbeeld verplaatsing van zorg van de tweede naar de eerste lijn. De ziekenhuizen kunnen hierin onmogelijk stappen zetten zonder de huisartsen daarbij te betrekken. Elke betrokken partij heeft hierin haar eigen verantwoordelijkheid. Zo moet de overheid bepalen hoe met het gedachtegoed van passende zorg het toekomstig pakketbeheer moet worden vormgegeven. Ook de patiënt heeft een rol. Die kan zichzelf vragen stellen als ‘Is het nodig om hiermee naar een arts te gaan?’,

“Het vergt gelijkgerichte actie van alle betrokken partijen om passende zorg te realiseren. Steeds nieuwe stappen zetten, reflecteren en leren. Passende praktijken bespreken en elkaar erover bevragen en aanspreken. Dat is de lerende beweging naar passende zorg”

of ‘Moet ik deze behandeling wel ondergaan, gelet op de verwachte gezondheidswinst of de levensverwachting?’. De zorg is geen kant-en-klaar consumptieproduct en is niet oneindig. De patiënt heeft een taak er passend gebruik van te maken. Van de zorgprofessionals vergt dit dat zij informatie bieden op basis waarvan zij met de patiënt tot een passende keuze komen.” Zoals Kremer bij de presentatie van het kader in een interview voor *Zorgvisie* al aangaf is het kader nadrukkelijk niet vrijblijvend. “Het is een opdracht van de samenleving aan de zorgsector”, zegt Van Diepen. “Die zwaarte moet het hebben en zo heeft de minister het ook gepositioneerd.”

Lerende beweging
Nu gaan we een nieuwe fase in, stelt Van Diepen. “Het is aan partijen om met de opdrachten aan de slag te gaan én om te leren passende zorg met elkaar vorm te geven. Cruciaal is het tot stand brengen van een lerende beweging, binnen organisaties en met elkaar in de zorg als geheel.” Makkelijke oplossingen zijn er niet, realiseert Van Diepen zich: “Als die er waren, waren die al toegepast en was de publicatie van dit kader dus helemaal niet nodig geweest. Het vergt gelijkgerichte actie van alle betrokken partijen om passende zorg te realiseren. Het is een kwestie van steeds nieuwe stappen zetten, reflecteren en leren. Passende prak-

tijken bespreken en elkaar erover bevragen en aanspreken. Dat is de lerende beweging naar passende zorg. Het is heel waardevol dat de minister van VWS het belang hiervan zo nadrukkelijk onder de aandacht heeft gebracht.”

“Natuurlijk heeft elke partij daarbij haar eigen belang, maar het gedeelde belang staat toch heel duidelijk op de voorgrond. We weten allemaal dat het zorgveld er over tien jaar anders uitziet. En we weten ook dat als we nu geen stappen zetten, het er dan niet goed zal uitzien. Dat moet nú gebeuren en het kader wijst de weg om dat in goede banen te leiden.” Daarbij is er ook een rol weggelegd voor het Zorginstituut, meent Van Diepen: “Aan ons de opdracht om onze taken zoals pakketbeheer en kwaliteit met passende zorg te verrijken. Daarnaast zijn er activiteiten op het gebied van de lerende beweging die wij kunnen oppakken, zoals de landelijke bijeenkomsten over de voortgang of bijeenkomsten om te leren over passende praktijken.” ●

** Interview met Jan Kremer: zorgvisie.nl/jan-kremer-aan-kader-passende-zorg-kunnen-we-elkaar-houden/*



Bewustwordingscampagne Zorginstituut #dezorgvanmorgen:

Het gesprek over goede zorg gaat dóór

Het Zorginstituut zwengelde dit voorjaar met de campagne #dezorgvanmorgen het gesprek aan over de toekomst van de zorg. Met een confronterende hoofdfilm en prikkelende testimonials nodigden we mensen uit om op sociale media mee te praten over toekomstbestendige zorg. Wat heeft dit opgeleverd? En wat gaan we met de resultaten doen?

Tekst Edith Bijl
Beeld WeFilm

Korte terugblik: hoofdfilm en testimonials

De campagne bestond uit twee belangrijke componenten: een hoofdfilm en 27 testimonials. In de hoofdfilm wordt een huisarts (gespeeld door huisarts Derk Runhaar) gevraagd zich voor te stellen hoe de zorg er in 2040 uitziet. Vervolgens kijken we met hem mee de toekomst in. We zien een doemscenario waarin een oudere huisarts uitkijkt over een wachtkamer bomvol wachtende, vaak kwetsbare patiënten. Tegenover dit sombere toekomstbeeld staan de 27 testimonials. Hierin geven mensen in korte statements hun visie op de zorg van morgen, waarbij ze ook met oplossingen komen. Met zowel de hoofdfilm als de testimonials wilden we mensen ertoe aanzetten om te reageren en hun meningen en inzichten te delen.

Resultaten campagne in cijfers

Dat laatste is goed gelukt: de testimonials zijn in totaal 1,5 miljoen keer bekeken en er is op sociale media circa 20.000 keer inhoudelijk op gereageerd. Een veelbekeken testimonial was die van Sander Hilberink. Deze had alleen al 250.000 'views'.

Andere cijfers:

- 10 miljoen mensen zagen een van de campagneboodschappen op sociale media, tv, radio en/of dagbladen.
- De berichten op alle sociale media tezamen waren goed voor bijna 2 miljoen weergaven.
- En ruim 80.000 mensen hadden op de sociale media op de een of andere manier interactie met de campagne (door likes en reacties te plaatsen).

Doel bereikt

Met de campagne hadden we twee doelen voor ogen. Ten eerste wilden we een groot publiek bewust maken van de noodzaak om de zorg ook in de toekomst goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. Ten tweede wilden we een breed maatschappelijk draagvlak creëren voor de keuzes die we moeten maken als we de principes van passende zorg willen volgen. Beide doelen hebben we behaald. Afgaande op de vele reacties en suggesties die wij via sociale media op de campagne ontvingen, blijkt het onderwerp te leven bij een grote groep mensen binnen en buiten de zorg. Velen zijn ervan door-drongen dat er iets moet veranderen aan de huidige inrichting van de zorg, en dat

Bereik sociale media



298.529
weergaven



468.130
personen met
campagneberichten
bereikt

53.651
keer interactie n.a.v.
onze berichten



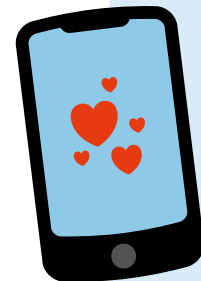
355.805
personen met
campagneberichten
bereikt



70.894
weergaven van
onze berichten

18.725
bezoeken aan
campagneprofiel
op twitter

2.330
suggesties en
opmerkingen



Still uit de hoofdfilm: een doemscenario van de zorg in 2040; overvolle wachtkamers met vele vaak kwetsbare patiënten

De betrokkenheid vanuit de samenleving is van groot belang om het gesprek over de zorg van morgen te kunnen blijven voeren

die veranderingen ook pijnlijke en moeilijke keuzes met zich mee kunnen brengen. Die betrokkenheid vanuit de samenleving is van groot belang om het gesprek over de zorg van morgen te kunnen blijven voeren.

Reacties en inzichten

De duizenden reacties die we hebben ontvangen op onze oproep om mee te praten over de zorg van morgen, varieerden van een persoonlijk verhaal tot concrete oplossingen. Op hoofdlijnen kunnen we deze reacties terugbrengen tot de volgende vier thema's:

Aandacht voor leefomstandigheden

Er moet een slag gemaakt worden van zorg naar gezondheid. Laat niet elk maatschappelijk probleem dat uiteindelijk tot een zorgvraag leidt, door de zorg oplossen. Essentieel hiervoor is een brede samenwerking met zorgprofessionals en hulpverleners in de wijk, plus gemeenten en politie.

Werk maken van een gezondere leefstijl

Opvallend vaak noemde men het goedkoper maken van groente en fruit en het duurder maken van producten met suiker, vet, tabak et cetera.

Stoppen met onnodige zorg

In veel reacties werd ervoor gepleit alleen nog zorg te geven die bijdraagt aan de levenskwaliteit. Dus niet: onderzoeken opnieuw doen. En wel: tijd voor het goede gesprek in de spreekkamer.

Aanpakken administratieve lasten

De onvrede over de administratieve lasten wordt breed gedragen. Met stip op 1: laat mensen met een levenslange ziekte of handicap niet elke twee jaar opnieuw een hele papiermolen doorlopen om recht te houden op hun pgb via de Wlz en hun Wmo-ondersteuning.

Wat gaan wij met deze inzichten doen?

De belangrijkste nieuwe inzichten en tientallen concrete ideeën die dat illustreren, staan inmiddels op onze website. Daarnaast gaan we in onze rol als pakketbeheerder het basispakket doorontwikkelen van een pakket van 'goede, verzekerde zorg' naar 'goede en passende verzekerde zorg'. Dat houdt in dat verzekerde zorg die in het pakket zit niet alleen werkt, maar ook voldoet aan de principes van passende zorg. Zoals zorg die waar mogelijk dichtbij en in goed overleg met de patiënt verleend wordt. En waarbij vooral wordt gekeken naar gezondheid en wat iemand nog kan, en niet louter naar de behandeling zelf.

Het Zorginstituut gaat, als initiator van deze campagne, ervoor zorgen dat het maatschappelijk gesprek verdergaat. Wij hebben de aftrap gegeven en als aanjager de samenleving bij dit gesprek betrokken. Nu is het (ook) aan anderen om hieraan een bijdrage te leveren. Samen zetten we het gesprek over goede zorg voort. ●

10

vragen aan
Wieke Paulusma

Tekst Edith Bijl

Beeld De Beeldredactie | Martijn Beekman

1 Wat is uw eerste ervaring met de gezondheidszorg?

“Als kind ben ik natuurlijk wel eens bij de huisarts geweest, maar daar heb ik geen duidelijke herinneringen aan. Mijn eerste indringende ervaring met de zorg was toen mijn man heel erg ziek was. Ik leerde het vak (mijn vak!) toen echt van de andere kant kennen. Je kan goede zorg verlenen, maar empathie - en ook tijd en geduld om naar de patiënt te luisteren - is minstens even belangrijk. Dat was, ondanks dat ik dat al wist, toch nog echt een eyeopener.”

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

“Huisarts. Ik heb op veel plekken in de zorg gewerkt, maar aan mijn werk als wijk-verpleegkundige heb ik de mooiste herinneringen. Je komt zoveel dicht bij de essentie van mensen. Als je bij ze thuis komt, zie je meer, ook hun kwetsbaarheid. Dat maken huisartsen natuurlijk ook bij uitstek mee.”

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

“Ik zou als eerste een enorme stap maken in de digitalisering. Door veel meer data in te zetten, ook voor onderzoek. Met digitalisering bied je eerder méér zorg dan

PERSONALIA

Wieke Paulusma (1978) is geboren in Emmen en studeerde verpleegkunde in Groningen. Daarna volgde ze in Utrecht de opleiding tot verpleegkundig specialist. Paulusma werkte enkele jaren in de wijkverpleging. Na een uitstap in het bedrijfsleven keerde zij in 2011 terug in de zorg en bekleedde sindsdien diverse managementfuncties bij (thuis)zorgorganisaties. Van 2014 tot 2021 was zij D66-gemeenteraadslid in Groningen. Sinds april 2021 is zij Tweede Kamerlid voor D66, met in haar portefeuille onder meer curatieve zorg, geneesmiddelen en corona. Ook is zij lid van de vaste Kamercommissie voor VWS. Wieke Paulusma woont in de stad Groningen met haar partner en twee kinderen.



“Goede zorg is zorg die patiënten verder helpt. Die past bij hun leven en omstandigheden. Dat betekent dat je verder kijkt dan de zorgvraag. Klachten kunnen ook andere oorzaken hebben, zoals stress vanwege hoge schulden. Zo iemand heeft meer baat bij schuld-hulpverlening. Goede zorg is dus ook dat je weet dat zorg niet altijd de oplossing is voor alle problemen”

minder. Het liefst begin ik daar vandaag nog mee. Met ‘digitalisering’ doel ik niet alleen op datagebruik, maar nadrukkelijk ook op online zorg op afstand. Voor sommige mensen is een buskaartje naar het ziekenhuis al veel geld. Als je hun die ritten naar het ziekenhuis kan besparen, kan je ze echt helpen. Bovendien: mensen met diabetes kunnen hun suikerwaarden ook digitaal doorgeven. Waarom moeten ze daarvoor steeds weer langs de arts?”

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

“Ik vind dat we nu al kritisch moeten kijken naar het basispakket en dat alles wat niet effectief of passend is, er nu al uit mag. Maar we moeten wel goed uitleggen waarom we dat doen. Een voorbeeld: pasgeboren baby's met een lage suikerwaarde worden nu nog geregeld opgenomen en krijgen dan een infuusje, terwijl een veel eenvoudigere behandeling thuis even goed kan werken. Ziekenhuisopname is niet altijd de beste methode, en moet dus ook niet de standaardkeuze zijn. Daarom moeten we gaan financieren op uitkomsten in plaats van op behandelingen: welke zorg heeft echt effect? En heeft de patiënt daar ook baat bij?”

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

“Alles waarmee we zorg voorkómen. Preventie dus. Dat is de oplossing om de zorgkosten te verlagen. Preventie betekent overigens niet alleen verbieden, maar ook mensen stimuleren om de juiste keuzes te maken. Het initiatief ‘Rookvrije generatie’, waar ik in Groningen bij betrokken was, is daar een mooi voorbeeld van.”

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

“Dat vind ik een ingewikkelde vraag, want er zit ook een oordeel in. Ik loop zelf de deur van de huisarts niet plat, maar zal anderen daar niet om veroordelen. Ik vind wel dat we met z'n allen iets meer geduld moeten hebben. Slaap er eerst een nachtje over voordat je naar de huisarts stapt.”

7 Wat is uw favoriete zorgwoord?

“Zeggenschap. Dan doel ik op de rol van iedere professional in het veld, de verpleegkundigen voorop. Het stoort mij

dat zij nogal eenzijdig worden afgebeeld als zorgzaam. Dat zij behalve zorgzaam ook heel professioneel zijn, blijft onderbelicht. Het wordt tijd hen serieus te nemen, als volwaardig gesprekspartner. Meer zeggenschap dus voor de verpleegkundige. Maar óók voor de patiënt, die de regie moet hebben over zijn eigen behandeling.”

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

“Florence Nightingale. Zij is hét boegbeeld van de verpleegkundigen van vandaag. Ik zou haar willen vragen wat zij daarvan vindt. Ook wil ik weten hoe zij de problemen van deze tijd zou aanpakken. Hoe zou zij omgaan met werkdruk? Zij had immers veel minder middelen dan wij nu. Maar ook: wat vindt zij van passende zorg, en van de juiste zorg op de juiste plek...?”

9 Wat vindt u de belangrijkste voorwaarde voor goede zorg?

“Dat die past binnen alle afspraken over passende zorg. En dat die patiënten verder helpt en past bij hun leven en omstandigheden. Dat betekent dat je verder kijkt dan de zorgvraag. Klachten kunnen ook andere oorzaken hebben, zoals stress vanwege hoge schulden. Zo iemand heeft meer baat bij schuld-hulpverlening. Goede zorg is dus ook dat je weet dat zorg niet altijd de oplossing is voor alle problemen.”

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

“Ik hoop dat de zorg dan minder per domein is ingericht en veel patiëntgerichter is. Dat er meer zorg op afstand is. En dat we dan meer financieren op uitkomst dan op behandeling. Of dat gaat lukken? Zeker is dat er iets moet gebeuren. Als we niets doen aan digitalisering en aan de organisatie en financiering van de zorg, werkt straks iedereen in de zorg. Wel is het super-essentieel dat we de tijd en moeite nemen om mensen uit te leggen wat er waarom veranderd moet worden. Neem bijvoorbeeld de discussie over de sluiting van spoedeisende-hulpdiensten. Als je uitlegt dat ambulances veel meer bieden dan alleen ziekenvervoer, dat het rijdende ziekenhuizen zijn, wordt het idee dat de nabije hulpdienst gaat sluiten een stuk minder erg of eng. Mensen zullen zo'n grote verandering dan ook eerder accepteren.” ●

Veertig jaar Farmacotherapeutisch Kompas:

“Wij lopen al veertig jaar voor op passende zorg”

Het Farmacotherapeutisch Kompas (FK), hét geneesmiddelenhandboek voor zorgprofessionals, bestaat veertig jaar. Het ligt niet in het karakter van de redactie om dat hoog van de toren te blazen. “Wat wij doen komt nooit in het nieuws”, zegt Jurgen Pesch, product owner en coördinator redactie FK. “We zijn een hulpmiddel dat zorgprofessionals zoveel mogelijk ondersteunt in het voorschrijven van medicijnen die passen bij de patiënt. Dat doen we praktisch en laagdrempelig, al veertig jaar lang en dat blijven we doen.”

Tekst Edith Tulp

Beeld Ron Zwagemaker

Het FK faciliteert van meet af aan passende zorg, dus lang voordat deze term is uitgevonden. In een tijd dat farmaceutische bedrijven nog artsenbezoeken aflegden, startte het Zorginstituut het FK op als onafhankelijk en objectief instrument om de invloed van farmaceuten op het voorschrijfgedrag te verminderen. Pesch: “Sindsdien helpen we artsen om op maat voor te schrijven: het beste medicijn in de juiste dosering, rekening houdend met patiëntenkenmerken en tegen de beste prijs. In feite lopen we al lang voor

op passende zorg door altijd een passend gebruik van geneesmiddelen te promoten.”

Kennis up-to-date houden

Het succes van FK noemt Pesch het gebruik. “Alle artsen kennen ons en gebruiken ons elke dag zoals je vroeger het telefoonboek gebruikte en daarop vertrouwde. Het enige is dat ze sinds 2012 geen boek meer openslaan, maar de website en de app gebruiken.” Zo ook Karen Keijsers, klinisch geriater in het Jeroen Bosch Ziekenhuis. “FK was een handboek tussen de andere studieboeken die ik op de eerste dag van mijn opleiding al gebruikte”, vertelt ze. “Destijds om me de basiskennis eigen te maken over medicijnen en wat ze doen in het lichaam, nu om te checken of ik het juiste doe, wat de interactie met andere medicijnen is en om mijn kennis up-to-date te houden. Wat fijn is, is dat als je het FK volgt, je het juiste doet. Er is geen ander handboek farmacotherapie, dus iedere vakbroeder heeft dezelfde bron.”

FK is in samenwerking met andere bronnen het centrale punt waar alle valide informatie over geneesmiddelen samenkomt. Een redactie van dertien man houdt deze informatie up-to-date. Omdat de gebruiker blind op FK moet kunnen vertrouwen, worden teksten door meerdere ogen gelezen en gecheckt en zijn er veel waarborgen voordat iets gepubliceerd wordt. Ook tevredenheid onder gebruikers is belangrijk. Door regelmatige gebruikersonderzoeken houdt FK de vinger aan de pols. Pesch: “Omdat we de arts en zijn taken centraal stellen, is feedback voor ons heel belangrijk. We luisteren altijd. Bijvoorbeeld als er kritiek komt op de onderbouwing waarom je iets zou moeten

Karen Keijsers:
“Informatie uit het FK is onderdeel van het gesprek om de individuele patiënt de juiste medicijnkeuze te laten maken”

voorschrijven, dan weten we dat we daaraan moeten gaan werken. Maar”, vervolgt hij, “onze grootste uitdaging ligt in de beperkte tijd die een arts in een tienminutenconsult nodig heeft om zich te informeren, te besluiten en voor te schrijven. Hij besteedt daar niet meer dan twee tot drie minuten aan. Teksten moeten daarom scanbaar en compact zijn in een gestandaardiseerde, overzichtelijke indeling. Wij willen in de toekomst specifiekere worden met meer informatie over bijzondere patiëntengroepen. Maar hoe zorg je er dan voor dat artsen een grote hoeveelheid informatie snel zien zonder dat de boodschap aan nuance verliest? Dat is een puzzel.”

Hoe lastig die puzzel is, illustreert Keijsers. Zij gebruikt niet de website, maar de app meermalen per dag, 30 seconden per geneesmiddel. “Mijn basiskennis is goed en ik ken de meeste medicijnen wel uit mijn hoofd. In de app zoek ik heel gericht. Vraag ik me bij iemand met slechte nieren af of ik de dosering moet aanpassen, dan weet ik waar ik moet klikken om erachter te komen of een medicijn door de lever of nieren wordt opgeruimd en of ik de dosering moet aanpas-



Jurgen Pesch met een exemplaar van het FK uit 1982.

sen. Maar voor iemand met een kwetsbare basiskennis lijkt me de app niet volledig. Het is te veel gericht op het geneesmiddel, terwijl de achtergrondinformatie over hoe je iets moet lezen en interpreteren alleen nog op de website staat. Daar kijk ik nog wel op, maar een toekomstige generatie niet. En ik vraag me af waarom zwangerschap en lactatie wel als apart kopje in de app staat en ouderen niet, terwijl er veel meer ouderen zijn dan vrouwen die borstvoeding geven.”

Toegankelijk voor iedereen

Als het over ‘samen beslissen’ in de spreekkamer gaat, een belangrijk principe van passende zorg, is het FK een goed hulpmiddel. Geïnformeerde artsen kunnen makkelijker aan de patiënt uitleggen wat een medicijn doet. Bovendien is FK toegankelijk voor iedereen, dus ook voor patiënten, hoewel de informatie wel in artsentaal is geschreven. “Er komt geen consumentenversie”, zegt

Pesch. “We zijn er nadrukkelijk voor de arts, maar samen met onze partners* verwijzen we wel steeds vaker naar elkaar en andere bronnen waar patiënten ook wat aan hebben.” Keijsers: “Samen beslissen is de kern van ons vak. Wij praten al heel veel met de patiënt. De een wil medicijnen om niet ziek te worden, de ander moet niets hebben van pillen. De informatie uit het FK is dan onderdeel van het gesprek om de individuele patiënt de juiste medicijnkeuze te laten maken.” ●

* In 2015 is op initiatief van VWS het samenwerkingsverband G5 gestart. Hierin werkt het Zorginstituut met het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG), Bijwerkingencentrum Lareb, het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) en het Geneesmiddelenbulletin samen aan het FK. Daarnaast heeft het Zorginstituut binnen het FK bilaterale samenwerkingsverbanden met vele andere organisaties.

HET FK IN CIJFERS

- Per jaar: 28 miljoen bezoekers op 60 miljoen pagina's.
- Per werkdag: 85.000 bezoekers op 230.000 pagina's.
- Per bezoek: gemiddeld 3 minuten op 3 pagina's.
- In 1982: 1.500 geneesmiddelen; en in 2022: 1.680 geneesmiddelen in het FK.
- Maandelijks 100 tot 120 aanpassingen van geneesmiddelen.
- Gemiddeld 5 nieuwe geneesmiddelen per maand.

TOEKOMSTIGE ONTWIKKELINGEN VAN HET FK

2022: verbeterde bronverwijzing om arts sneller inzicht te geven in de bronnen waarop het FK zich baseert.

2023: presentatie en uitbreiding rubriek doseringen met informatie over bijzondere patiëntengroepen gericht op nierinsufficiëntie, lever, lichamelijk gewicht en erfelijke eigenschappen.

2023: vernieuwing indeling bijwerkingen op lichaamsdeel om arts beter te ondersteunen in het vaststellen of een klacht het gevolg van een bijwerking is en zo nodig een alternatief geneesmiddel te zoeken.

Feiten & Cijfers



92% van opgenomen covidpatiënten

heeft jaar later nog klachten als pijn, kortademigheid, hevige vermoeidheid en geheugen- en concentratieproblemen. Na een milde infectie geldt dat voor ongeveer 1 op de 8 mensen.

BRON: ERASMUS MC, RIJNDAM REVALIDATIE EN ZORGINSTELLING LAURENS

125.000 keer per jaar doen apotheker en huisarts samen een medicatiebeoordeling bij kwetsbare mensen die meer dan 10 middelen slikken. Van deze patiënten ligt de gemiddelde leeftijd op 77 jaar en is 58% vrouw.

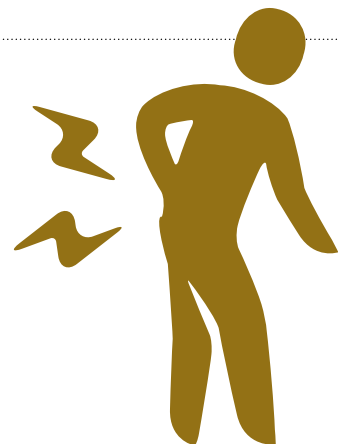
BRON: ZORGINSTITUUT



513 dure geneesmiddelen stonden in juni 2022 op de Horizonscan.

BRON: ZORGINSTITUUT

Ruim 1 op de 10 Nederlanders van 12 jaar of ouder heeft dagelijks pijn bij werk of huishoudelijke taken. In 2021 ging het om 12 procent. Van hen krijgt bijna een kwart sterke pijnstillers (opioïden). Bij 65-plussers stijgt dit naar 32%.



BRON: CBS O.B.V. GEZONDHEIDSENQUÊTE 2021



De zorgkosten van zowel de Zvw als de Wlz stijgen in 2022 naar verwachting met **6,3%** ten opzichte van 2021.

BRON: ZORGINSTITUUT

Dure geneesmiddelen nemen al jaren ongeveer **10% van het ziekenhuis-budget** in beslag. Gemiddeld stijgen de uitgaven aan deze middelen met 6,3% per jaar.

BRON: ZORGINSTITUUT

Zeker **320.000** gezonde levensjaren hebben we in Nederland verloren door uitstel van operaties vanwege corona.

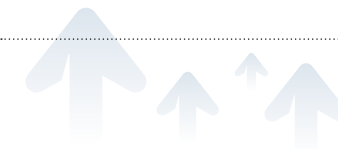
BRON: RIVM



170.000 tot 175.000

baby's worden er in Nederland per jaar geboren. Het gemiddelde geboortegewicht is 3.400 gram. 14,3% van de baby's heeft een te hoog geboortegewicht (> 4.000 gram). 13% heeft een te laag geboortegewicht (< 3.000 gram).

BRON: TELEGRAAF



Het aantal jongeren tussen de 15 en 24 jaar dat **antidepressiva** krijgt voorgeschreven is aanzienlijk gestegen. Dat geldt vooral voor jonge vrouwen. In die groep is er een toename van **26 procent**. Bij jonge mannen is de stijging **13 procent**.

BRON: NIVEL



Een Nederlandse hittegolf leidt tot ongeveer **400 extra sterfgevallen**.

BRON: CBS

23,4% van de twintigers en dertigers was in 2021 **psychische vermoeid** door werk. In 2016 was dat nog 17,1%.

BRON: CBS



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

De stelling van Gerrit-Jan Liefers

“We moeten kanker minder behandelen”

Het klinkt tegenstrijdig uit de mond van een arts, maar Gerrit-Jan Liefers vindt écht dat kanker minder behandeld moet worden. De Leidse oncologisch chirurg denkt dat veel behandelingen overbehandelingen zijn, die zijn bedoeld om de kans op terugkeer van kanker te verkleinen of uit te stellen. “Veel patiënten hebben geen baat bij die therapie, maar lijden wel onder de bijwerkingen. Ik kan me voorstellen dat patiënten vaker zelf willen bepalen hoe acceptabel ze het risico op een recidief vinden.”

Tekst Robert van der Broek

Beeld Rogier Chang

“De kern van mijn boodschap is dat je door *minder* te doen betere zorg kunt krijgen. Dat past in het streven naar passende zorg, omdat overbodige zorg de maatschappij niet alleen veel geld kost, maar patiënten ook opzadelt met gezondheidsschade die vaak helemaal niet nodig was geweest. De maakbaarheid van gezondheid door medisch ingrijpen is beperkt. Wij zorgverleners hebben zelf de suggestie gewekt dat de zorg maakbaar is, door uit te stralen dat wij in principe alle ziekten kunnen genezen. Dat beeld willen veel artsen in stand houden. Vaak wordt gedacht dat méér behandelingen, méér medicijnen en méér technologische innovaties tot doorbraken leiden. In de praktijk is dat maar heel zelden zo, en vaak zijn ze dan alleen toepasbaar op een kleine groep. Veel ziekten overkomen je en zijn niet of slechts ten dele op te lossen. Begrijp me goed, laat onderzoekers vooral hun best doen om middelen te vinden. Daar mag ook best veel geld mee gemoeid zijn. Maar ik moet kunnen zeggen: mijn patiënt wil het gewoon niet. Voor sommige mensen is een bepaald risico meer dan acceptabel. Medische doorbraken moeten op hun merites beoordeeld worden, bij voorkeur door generalisten met een brede blik op gezondheid, en niet alleen door kankerexperts. In de woorden van de beroemde epidemioloog Ioannidis: ‘Experts should be consulted, but should not run the show’.”

Verwachtingen managen

“Kankerbehandeling kun je de-escaleren door delen van de therapie weg te laten. De grootste winst zit bij veelvoorkomende kankersoorten. Na een borstkankeroperatie bijvoorbeeld hoef je delen van de chemo, hormoontherapie en bestraling niet te doen. De aanvullende behandeling van kanker is met name gericht op het voorkomen of uitstellen van terugkeer van ziekte. Ik wil mijn

patiënten dure therapieën niet ontzeggen, maar chemotherapie of bestraling is meestal niet bedoeld om kankercellen van de primaire tumor te bestrijden. Vaak is die al operatief verwijderd. Maar als de kans op overleving van een aanvullende behandeling 5 procent is, dan heeft 95 procent daar dus geen baat bij. Sterker, als er gesproken wordt over winst op de ziektevrije *overleving*, dan heeft dat helaas niets te maken met overleving, maar uitsluitend met het uitstellen van een recidief. Dit moet je kunnen uitleggen. Tien minuten spreekuur is echt te kort. Daarom zou ik de eerste lijn erbij willen betrekken. Ik snap dat dit met hun meer dan volle takenpakket niet zomaar kan, maar huisartsen zijn heel goed in staat om verwachtingen te managen. Als patiënt hoef je niet alle behandelingen te ondergaan en te lijden onder de bijwerkingen. Je kunt ook kiezen voor betere zorg door minder te doen. Mijn ervaring is dat de meeste patiënten, vooral als ze ouder worden, dat maar al te goed begrijpen. Daar zit ook niet eens de uitdaging. Die zit in het vrijmaken van capaciteit.”

De-escaleren

“De huidige richtlijn voor de behandeling van borstkanker schrijft aanvullende chemotherapie voor en bij hormoongevoelige tumoren aanvullende hormonale behandeling. Er wordt op basis van het weefselonderzoek een inschatting gemaakt van het risico op uitzaaiingen. Voor specialisten is bijvoorbeeld progressievrije overleving een kritische succesfactor. Maar waar wij behoefte aan hebben, zijn weldenkende generalisten voor wie die tijdsperiode niet zo’n ijkpunt is. Helaas zitten zij niet in de behandelrichtlijn en wordt zo’n adjuvante (aanvullende) therapie snel voorgeschreven, als het eenmaal is opgenomen in de richtlijn. En zo blijft de mare in stand dat je van kanker doodgaat, maar van therapie beter wordt.” ►

“Als patiënt hoef je niet alle behandelingen te ondergaan en te lijden onder de bijwerkingen. Je kunt ook kiezen voor betere zorg door minder te doen. Ik heb groot respect voor de generalist die dat gesprek wil voeren. De specialist moet dan even de handen op de rug houden”

Dr. Gerrit-Jan Liefers is hoofd van de afdeling chirurgische oncologie van het LUMC met als speciale aandachtsgebieden borstkankerchirurgie, leverchirurgie en kankergeneeskunde bij ouderen. Hij studeerde geneeskunde aan de Universiteit Leiden en promoveerde in 2004 op de genetische variatie in dikkedarmtumoren.





“Het is tijd om de therapeutische illusie door te prikken. Voor sommige mensen is een zeker risico meer dan acceptabel. De mens is meer dan zijn ziekte alleen”

“Aan het eind van dit jaar verwachten wij de inclusie te stoppen van onze TOP-1-studie. Bij deze de-escalatietrial volgen we het effect van het achterwege laten van de standaard bestraling bij 70-plus vrouwen die een borst-besparende operatie hebben ondergaan. Het gaat alleen om de groep patiënten met een zeer laag risico op een lokaal recidief. Deze TOP-1-studie hebben we samen met Borstkanker Vereniging Nederland opgezet en was vanaf de start, nu vijf jaar geleden, een doorslaand succes. We mikten op achthonderd patiënten, maar er was zoveel belangstelling dat we bijna twaalfhonderd patiënten hebben geïncludeerd. Gedurende de studie turven we het optreden van recidieven, maar brengen we ook de kwaliteit van leven in kaart. De nettowinst van adjuvante radiotherapie voor deze groep patiënten is in de praktijk niet zo groot: gemiddeld wordt 2 procent recidief gemeten. Intussen zijn er wel vervelende bijwerkingen. Het zou kunnen dat de studie aantoonst dat het lokale recidief tot ongeveer 4 procent is toegenomen, maar dat dit geen invloed zal

hebben op de overleving of op het optreden van metastasen. We verwachten een grotere kwaliteit van leven. Als uit de resultaten blijkt dat de standaard bestralingen post operatief niet nodig zijn, kunnen we dat in de behandelrichtlijnen aanpassen. Dan kun je werkelijk aantonen wat je aan gezondheids-winst terugkrijgt als je minder behandelt.”

De zorg van morgen

“Ik vind dat het tijd is om de therapeutische illusie door te prikken. Mijn beroepsgroep wil graag behandelen. Een huisarts uit Haren of een psychiater uit Purmerend kan beoordelen of dat ook echt nodig is. Generalisten kunnen als geen ander (de kosten van) onze algemene gezondheid wegen. Ik vind dat ook gremia als de Adviescommissie Pakket van het Zorginstituut veel meer uit generalisten moeten bestaan en niet alleen uit specialisten en bestuurders. De behandeling van kanker is niet slechts een kwestie van statistieken en kansberekening. De mens is meer dan zijn ziekte alleen. Dat holistische denken is de zorg van morgen. Veel mensen

weten niet eens dat ze een keuze hebben. ‘De dokter zegt dat het moet, dus moet het.’ Ouderen zullen eerder accepteren dat overbehandeling misschien niet zo’n goed idee is. Voor jongere mensen geldt in feite hetzelfde, alleen worden de risico’s op het recidief anders gewogen. Zij staan nog midden in het leven, hebben jonge kinderen die ze nog lang willen meemaken. Ik heb groot respect voor de generalist die dat gesprek wil voeren. De specialist moet in dat stadium even de handen op de rug houden. Wat is dat toch met die medicalisering? Mijn oma werd 97 jaar. Ik dacht met regelmaat: waarom gaan we toch steeds met haar naar de dokter? Bij elk kuchje of pijntje was het raak: een testje, controle, weer een testje... Als je eenmaal in de molen zit, blijf je erin. Dat wil je toch helemaal niet?” ●

De Culturele Apothekers schrijven voor bij...

Reisefieber

Een heerlijke zomer ligt achter ons. Niet alleen vanwege de aanhoudende zwoele avonden, maar vooral omdat we eindelijk weer eens zorgeloos op zomervakantie konden. Na de twee jaar durende reisbeperkingen vanwege corona konden alle opgespaarde reisvouchers worden verzilverd. En dat hebben we geweten. We gingen massaal op reis en trokken op allerlei manieren de grens over. Met ellenlange rijen op Schiphol, stampvolle internationale treinen en kilometerslange files naar Zuid-Europa tot gevolg. Maar wat maakte het uit? ‘We mochten weer!’

Ziektebeeld

Bent u net terug van zo’n prachtvakantie maar kunt u niet wachten tot de volgende reis weer begint? Wordt u onrustig bij de gedachte om de komende tijd THUIS door te moeten brengen? Krijgt u vochtige ogen als u terugdenkt aan dat rustgevende beekje / die spannende nieuwe stad / dat authentieke restaurantje? Zoekt u nachtenlang op internet naar goedkope aanbiedingen naar de meest fabelachtige bestemmingen? Kortom, had u nog wel máánden weg willen blijven en tikt het klokje thuis u veel te monotoon? Dan heeft de ‘reisefieber’ u flink te pakken.

Literaire medicatie

Allereerst is het tijd voor een *reality check*! Nestel u in uw favoriete stoel en begin aan *Yoga voor mensen die te beroerd zijn om eraan te doen* van de Brit Geoff Dyer. Een hilarische en ook ontroerende verzameling autobiografische reisverhalen, maar dan anders. Dyer reist, gedreven door rusteloosheid en een zucht naar steeds weer nieuwe ervaringen, van aantrekkelijk oord naar aantrekkelijk

oord. Rome, Cambodja, het Burning Man Festival in een Amerikaanse woestijn: het kan niet op. Ultiem geluk, zo zou je denken. Maar dat valt tegen. Want, zo laat Dyer op geheel eigen wijze zien: er is een grens aan de hoeveelheid WOW! die een mens aankan. Te veel bijzondere plekken en ervaringen maken een mens blasé en apathisch, zo weet je na het lezen van dit boek. Want ontsnappen aan jezelf, aan anderen en aan de verveling kun je als puntje bij paaltje komt ook niet al reizende.

Lees vervolgens het verhaal *Reis door mijn kamer* van Maarten Biesheuvel. Hij schrijft: “Ik ga niet reizen. Ik blijf rustig thuis op mijn studeerkamer. Voor de grap schrijf ik dit verhaal er nog bij, omdat ik niet weet wat ik anders zou moeten doen. Ik zal u door mijn kamer laten reizen tot het u duizelt!” En dat doet Biesheuvel. Er volgt een gedetailleerde ontdekkingstocht door zijn werkkamer, langs alle meubels en voorwerpen die er zoal te vinden zijn. Er blijken talloze verhalen schuil te gaan achter het bureau, het open raam, een pianokruk met één poot die ondersteboven op een ladekast staat, de verschillende foto’s aan de wand. Wanneer u het uit hebt, hebt u geleerd hoe te reizen in uw eigen kamer en in uw eigen hoofd. Wel zo gemakkelijk als u even geen vakantie hebt.

AANVULLENDE MEDICATIE:
AANSLUITEND KUNT U GERUST
EEN OF MEERDERE ROMANS UIT
ANDERE WINDSTREKEN LEZEN
OM UW REISHONGER TE STILLLEN
TERWIJL U THUIS DE DRAAD
WEER OPPAKT.



Passende zorg dankzij aanpassing richtlijn slaapapneu

Het Zorginstituut heeft in recordtijd samen met partijen rond de zorg voor mensen met obstructieve slaapapneu (OSA) twee modules in de richtlijn aangepast. Hierdoor hoeft het Zorginstituut geen zogeheten duiding te doen en kunnen patiënten optimale zorg krijgen. Kno-arts Raphael Hemler en medisch adviseur Nicole Boluyt van het Zorginstituut kijken tevreden terug op het traject. “Vanuit de inhoud en met respect voor ieders rol en verantwoordelijkheden hebben we elkaar gevonden.”

Tekst Jos Leijen

Beeld Rob Engelaar (ANP)

De afgelopen jaren hebben zorgpartijen en het Zorginstituut in het kader van het programma Zinnige Zorg een verbeter-signa-lement opgesteld met plannen om de zorg voor mensen met OSA te verbeteren. Naar aanleiding van het verbeter-signa-lement hebben kno-artsen, longartsen, neurologen, de patiëntenvereniging en het Kennisinstituut van de Federatie van Medisch Specialisten de richtlijn aangepast, in samenwerking met het Zorginstituut en zorgverzekeraars.

Polysomnografie of niet

Een eerste knelpunt was de manier waarop de diagnose OSA wordt gesteld. De twee belangrijkste methoden hiervoor zijn polygrafie en polysomnografie. Bij polygrafie worden minimaal vier verschillende metingen gedaan bij patiënten. Polysomnografie omvat negen à tien metingen, waaronder een EEG om hersenactiviteit elektrisch te meten. Polysomnografie is belastender voor de patiënt en duurder.

Tijdens het opstellen van het verbeter-signa-lement vroeg het Zorginstituut aan Cochrane Netherlands om de wetenschappelijke literatuur te analyseren. Cochrane is een internationale, onafhankelijke

non-profitorganisatie die met literatuur-onderzoek ondersteuning biedt bij het nemen van beslissingen over gezondheidszorg. Uit hun analyse bleek dat er geen bewijs is dat polysomnografie betere resultaten oplevert dan polygrafie. Strikt genomen mag het dan niet meer uit de basisverzekering vergoed worden. Deskundigen uit de beroepsgroep vonden deze conclusie echter te kort door de bocht, vertelt Raphael Hemler. “De studies zijn veelal gedaan onder mannen van rond de veertig met overgewicht. Vrouwen en ouderen hebben andere karakteristieken. Daar kan polysomnografie wel degelijk meerwaarde bieden en extra inzichten geven, waardoor een betere behandeling mogelijk is. Een somnoloog of neuroloog kan ook vragen hebben die een polygrafie niet beantwoordt. Misschien is er meer of iets anders aan de hand dan OSA, bijvoorbeeld een slaapstoornis.”

Obstructieve slaapapneu

Obstructieve slaapapneu (OSA) is een aandoening waarbij de ademhaling in de slaap regelmatig tien seconden of langer stopt. Dat komt doordat de luchtwegen tijdelijk worden afgesloten, bijvoorbeeld doordat de keelspiers tijdens het slapen slap worden. Het lichaam krijgt dan te weinig zuurstof. De hersenen merken dit op en reageren, waardoor het natuurlijke slaap-waakritme wordt verstoord. Slaapgebrek, vermoeidheid en gebrek aan concentratie kunnen het gevolg zijn.

Onnodige tests

Een tweede kwestie betrof het screenen op OSA bij patiënten die ook een andere aandoening hebben. “Er is een relatie tussen OSA en bijvoorbeeld onregelmatige hartslag en hoge bloeddruk”, zegt Hemler. “De oude richtlijn was zo te interpreteren dat artsen bij alle patiënten met een dergelijke aandoening een apneutest zou moeten doen. Dat was niet de bedoeling, maar zo kon je het wel lezen. De angst was dat dit zou leiden tot een onnodige toename van tests.”

“Het screenen op OSA bij patiënten zonder klachten heeft een hoog risico op vals positieve resultaten”, zegt Nicole Boluyt. “Naar schatting 50 tot 70 procent. Met het gevaar dat je mensen ten onrechte gaat behandelen voor slaapapneu. We hebben Cochrane Netherlands ook op dit punt de literatuur laten onderzoeken. Er is geen bewijs gevonden dat de behandeling van OSA bij deze patiënten de andere klachten doet afnemen.”

Duiding

Aanvankelijk wilde het Zorginstituut een ‘duiding’ doen om duidelijkheid te scheppen over de diagnostiek. Bij een duiding wordt de ‘stand van de wetenschap en de praktijk’ bekeken om vervolgens te beoordelen of een voorziening al dan niet vergoed wordt. Gezien de conclusies van Cochrane Netherlands was de kans dan groot dat polysomnografie niet meer vergoed zou worden.



Nicole Boluyt: “We hebben de richtlijn aangepast om zo passende zorg voor OSA-patiënten te bevorderen. Vanuit samenwerking, vanuit de inhoud. Met als gezamenlijk doel: de beste zorg voor de patiënt”

“Een duiding is tamelijk zwart-wit. Het nadeel ervan is dat bij het ontbreken van bewijs deze zorg niet meer vergoed mag worden”, zegt Boluyt. “Daarmee bestaat het risico dat je iets weghaalt wat voor sommige patiënten wél toegevoegde waarde heeft, ook al is daar geen hard bewijs voor. De behandelaren kunnen de uitzonderingen specificeren. We besloten daarom om samen met de beroepsgroepen te kijken hoe we de richtlijn konden aanpassen, om zo passende zorg voor OSA-patiënten te bevorderen. Vanuit samenwerking, vanuit de inhoud. Met als gezamenlijk doel: de beste zorg voor de patiënt.”

De mogelijke duiding bleef wel boven de tafel hangen. Een zwaard van Damocles, maar volgens Hemler vooral een kans. “Een kans om de richtlijn te verbeteren en zo

de zorg voor patiënten te optimaliseren. In samenwerking met het Zorginstituut in plaats van in een discussie over een duiding. Normaal duurt aanpassing van een richtlijn al snel twee tot drie jaar. Zo lang wilde het Zorginstituut niet wachten. Daarom hebben we snelheid gemaakt en zijn we direct begonnen; het Kennisinstituut heeft het traject voorgefinancierd, zodat we niet op financiering hoefden te wachten.”

Steeds een check

Gaande het traject werkte de richtlijnwerkgroep nauw samen met het Zorginstituut. Hemler: “De richtlijnwerkgroep bepaalde de inhoud van de modules, maar door de samenwerking hadden we steeds een check: schrijven we op wat we bedoelen; komt het overeen met wat we besproken hebben?” In de nieuwe richtlijn staat onder meer dat po-

lygrafie de voorkeur heeft bij de diagnostiek. Maar er zijn uitzonderingen mogelijk. “Als de arts uit het gesprek met de patiënt het vermoeden heeft dat er meer aan de hand is, of als de patiënt in een bepaalde categorie valt, dan is een polysomnografie mogelijk. De kern is dat de arts weet waarom hij het onderzoek doet en verwacht dat een EEG belangrijke informatie kan opleveren.” In de passage over de behandeling van OSA bij comorbiditeit staat nu dat een test niet nodig is als de patiënt geen klachten heeft die op OSA wijzen. “Overweeg alleen een test als er klachten zijn”, citeert Hemler. “En stop na drie maanden met de behandeling als je geen verbetering ziet.”

Vertrouwen

Hemler en Boluyt kijken voldaan terug op de samenwerking en zijn blij met het resultaat. “Het is uniek dat het Zorginstituut zo nauw betrokken is bij richtlijnontwikkeling”, zegt Boluyt. “Terwijl er veel overlap is met het proces van een duiding. Aan het begin van het traject was de relatie gespannen, maar nu is er vertrouwen.” Hemler vult aan: “We zijn gaan praten vanuit de inhoud met het belang van de patiënt voor ogen. En met begrip voor elkaars perspectief. Dat heeft erg geholpen.” ●

Zorginstituut gaat voor duurzame zorg:

“We horen het graag als zorgorganisaties steun nodig hebben”

Ecologische crises zijn inmiddels de grootste bedreiging voor de volksgezondheid. Maar de zorg draagt zelf ook bij aan klimaatverandering: de zorg is verantwoordelijk voor 7 procent van de uitstoot van CO₂. Redenen genoeg voor het Zorginstituut om zijn rol te pakken bij het verduurzamen van de zorg. Een ‘Green Team’ binnen de organisatie helpt bij het vertalen van de duurzaamheidsambities in het dagelijkse werk.

Tekst Noël Houben

Beeld Zorginstituut Nederland

Duurzaamheid is geen nieuw thema voor het Zorginstituut. In 2018 ondertekenden we met veel andere partijen in de zorgsector de *Green Deal Duurzame Zorg*. Het vormde het startsein voor verschillende groene initiatieven. Het Zorginstituut financierde en initieerde verschillende onderzoeken (zie kaders voor voorbeelden) en nam milieu-impact op in het *Toetsingskader voor kwaliteitsstandaarden*. Verder publiceerden we een handreiking voor doelmatigheid en duurzaamheid in kwaliteitsstandaarden. Met resultaat: inmiddels nemen zorgpartijen steeds vaker milieu-impact mee bij het maken van richtlijnen.

“Dit alles was het werk van een organisch gegroeid clubje van gedreven medewerkers”, vertelt projectleider Kim Elberse. “In mei 2022 zijn wij geformaliseerd tot Green Team. Wij dragen eraan bij dat duurzaamheid een integraal onderdeel wordt van de werkzaamheden van het Zorginstituut. Daartoe hebben we al een Position Paper opgesteld. Dat beschrijft waarom en hoe we gaan werken aan de verduurzaming van de zorg. Begin 2023 moet er een definitief Plan van Aanpak liggen voor de integratie van duurzaamheid in al onze werkzaamheden.”

Meer vliegen in één klap

Het instellen van een Green Team is niet het enige teken dat het Zorginstituut inzet op het versnellen van de verduurzaming van de zorg. Het eind juni gepubliceerde *Kader Passende zorg* (zie ook pagina 8) beschrijft als opdracht voor de zorgsector om de zorg mensgericht, houdbaar en *duurzaam* te maken. In de beschrijving van de vier principes van passende zorg speelt duurzaamheid eveneens een belangrijke rol. Net zoals in de activiteiten die verschillende zorgpartijen moeten ontplooiën om tot passende zorg te komen.

“Het is goed dat het *Kader Passende zorg* duurzaamheid verbindt met de andere opgaven waarvoor de zorg staat”, vindt strategisch adviseur Pauline de Heer, net als Elberse lid van het Green Team. “De betaalbaarheid van de zorg, het personeelstekort, de vergrijzing, gezondheidsverschillen: we moeten er allemaal iets mee. Net als met verduurzaming. Het goede nieuws is dat we vaak meer vliegen in één klap kunnen slaan. Door ons geïnitieerd onderzoek naar longmedicatie laat bijvoorbeeld zien dat kostenbesparing en milieuwinst prima samen kunnen gaan (zie het kader rechts). En dit zonder dat de kwaliteit van de zorg voor patiënten hieronder lijdt.”

Kim Elberse:
“We kunnen de transitie naar een duurzamere zorg alleen gezamenlijk tot stand brengen. Als onafhankelijke, publieke organisatie zitten wij in de unieke positie om andere partijen te stimuleren”

Plassen in plaszak

Collega’s op weg helpen en kennis genereren; dat zijn de komende periode belangrijke taken voor het Green Team, geeft Elberse aan. De Heer knikt instemmend. “Als we duurzaamheid bijvoorbeeld structureel willen meenemen in het pakketbeheer, dan moeten we dit op een goede manier kunnen afwegen tegenover andere belangrijke criteria. Zoals hoe goed een geneesmiddel werkt. En of de kosten redelijk zijn. Maar het kwantificeren van milieu-impact van zorg voor pakketbeheer is internationaal nog supernieuw. Daar laten we nu onderzoek naar doen. Er loopt ook een onderzoek hoe de concepten solidariteit en duurzaamheid zich verhouden.”

Volgens De Heer hoeven we niet bang te zijn dat goede zorg straks om milieuredenen uit de zorgverzekering verdwijnt. Tenzij er natuurlijk een gelijkwaardig, maar milieuvriendelijker alternatief bestaat. “We zullen eerder kijken hoe mensen een vervuילend geneesmiddel zo kort mogelijk kunnen gebruiken. Of aangeven dat patiënten tijdens

de therapie in een plaszak moeten plassen, zodat verontreinigende stoffen niet in het milieu terechtkomen. Ook dit is passende zorg.”

Netwerk uitbreiden

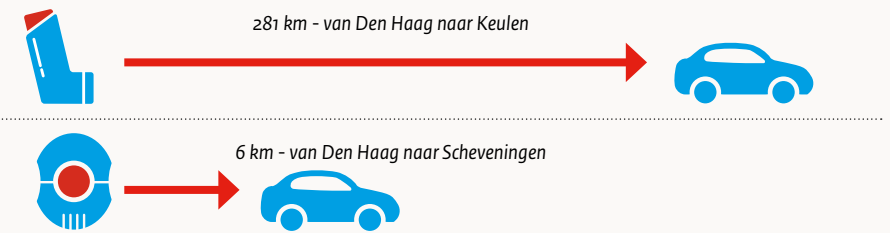
“We kunnen de transitie naar een duurzamere zorg alleen gezamenlijk tot stand brengen”, stelt Elberse. “We werken nu bijvoorbeeld al samen met verschillende netwerken van duurzame dokters en verpleegkundigen, de Coalitie Duurzame Farmacie en de Groene Zorg Alliantie. Maar ook met het RIVM, universiteiten en uiteenlopende bedrijven binnen MVO Nederland. Dit netwerk gaan we de komende periode verder uitbreiden. Als onafhankelijke, publieke organisatie zitten we in een unieke positie om andere partijen te stimuleren. En om hen te ondersteunen met informatie en onderzoek. Nu loopt bijvoorbeeld een onderzoek naar de mogelijke bijdrage van digitalisering aan duurzaamheid in de zorg. We horen het graag als andere zorgorganisaties onze steun kunnen gebruiken.” ●

Milieu-impact van puffers

In veel puffers die longpatiënten gebruiken zitten sterke broeikasgassen. Ze zijn daarmee verantwoordelijk voor een groot deel van de milieubelasting die de zorgsector veroorzaakt. Een door het Zorginstituut geïnitieerd data-onderzoek maakt duidelijk dat het gebruik van de milieuonvriendelijke inhalers met mogelijk 70 procent kan worden verminderd. Veel patiënten zouden in plaats daarvan namelijk poeder-inhalers kunnen gebruiken. Dit zou kunnen leiden tot 63 miljoen kilo minder CO₂-uitstoot per jaar. Het zou ook jaarlijks tot 50 miljoen euro kunnen besparen.

“In de richtlijnen van huisartsen voor astma en COPD wordt de milieu-impact inmiddels al meegenomen bij de keuze voor een inhaler”, schetst De Heer. “Belangrijk, want tijdens het gesprek tussen arts en patiënt kunnen we echt het verschil maken. Ook op milieugebied.”

Onderzoeksinstituut Nivel doet onderzoek naar de bereidheid van patiënten en huisartsenpraktijken om milieu-impact mee te wegen bij de keuze voor longmedicatie. Het LUMC doet in opdracht van het Zorginstituut een breder onderzoek naar de invoering van milieuvriendelijkere longmedicijnen.



SIGNALEMENTEN EN MILIEU-IMPACT

Het Zorginstituut publiceert in het najaar van 2022 vier signalementen Passende zorg. Hiermee brengen we samen met patiëntenverenigingen en zorgverleners knelpunten en oplossingen in kaart voor vier onderwerpen:

- Passende zorg voor mensen met kanker;
- Passende zorg voor mensen met hart- en vaatziekten;
- Passende zorg voor mensen met psychische problemen;
- Passende Langdurige zorg.

“Bij deze signalementen kijken we ook naar de milieu-impact die deze zorg nu heeft en de effecten van klimaatverandering op deze aandoeningen”, geeft De Heer aan. “Ook al kunnen we dit nog niet in detail kwantificeren, we vragen op deze manier wel aandacht voor deze onderwerpen. Zo willen we mensen in beweging krijgen.” De bedoeling is om in de toekomst grote milieu-impact ook mee te wegen bij het kiezen van onderwerpen waarover een signalement wordt gemaakt.



“Belangrijk is dat projecten na de subsidie op eigen kracht doorgaan en het gedachtegoed van samen beslissen verder uitdragen”

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 **‘Empower2Decide’**, een van de projecten gesubsidieerd in het kader van het stimuleringsprogramma Samen beslissen.

Tekst Edith Bijl

Beeld De Beeldredactie | Guido Benschop en Marcel Krijgsman

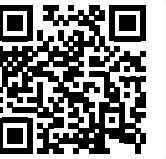
aan het bureau

Marloes Zuidgeest is adviseur en project-begeleider vanuit het Zorginstituut.

“Met het stimuleringsprogramma Samen beslissen bevordert het Zorginstituut, in opdracht van VWS, het ontwikkelen van begrijpelijke en vindbare informatie over de kwaliteit van zorg. Vanuit het programma subsidiëren wij projecten die zorgverleners en patiënten aanzetten om die informatie te gebruiken zodat ze samen de best passende keuze maken. Jaarlijks is hiervoor 5 miljoen beschikbaar. Elk jaar staat een ander thema centraal. Projecten die hieraan bijdragen kunnen bij ons voor twee jaar subsidie aanvragen. Ingediende aanvragen beoordelen wij met een multidisciplinair team met kennis over samen beslissen, uitkomstinformatie, juridische en themaspecifieke aspecten. Er zijn nu ruim vijftig projecten afgerond; veertien projecten lopen nog. In 2019 was het thema ‘Het gebruiken van uitkomstinformatie voor Samen beslissen in ketens in de curatieve zorg’. Acht projecten, waaronder Empower2Decide, kregen subsidie. Dit project richt zich op het leveren van vroegtijdige, eerlijke en eenduidige informatie aan patiënten met alvleesklier- of slokdarmkanker om zo het proces van samen beslissen te verbeteren. Het gaat hierbij om een wisselwerking tussen patiënten, huisartsen en specialisten binnen het Oncologisch Netwerk Nijmegen Oost-Nederland. Met deze subsidie implementeerde Empower2Decide onder meer een medische metrolijn die de hele route van eerste tot en met derde lijn in kaart brengt. Duidelijk wordt waar samenbeslismomenten zijn, welke zorgverleners daarbij betrokken zijn en welke informatie nodig is om een goede keuze te kunnen maken in de diverse behandelmogelijkheden. Hiermee ‘empoweren’ ze de patiënt en de zorgverlener. Het Zorginstituut organiseert voor de projectleiders per jaargang kwartaalbijeenkomsten. Zij kunnen daar ervaringen uitwisselen en van elkaar leren. Wij vinden het belangrijk dat projecten na beëindiging van de subsidie op eigen kracht doorgaan en het gedachtegoed van samen beslissen verder uitdragen. Zo zetten we met onze subsidies een olievlekwerking in gang.”



“De metrokaart helpt het zorgpad te verbeteren én om met iedere patiënt een route te vinden die het beste bij hem of haar past”



Informatie over het project Empower2Decide.

aan het bed

Sasja Mulder is internist oncoloog in het Radboud UMC. Samen met pancreaschirurg en initiatiefnemer Marion van der Kolk heeft ze Empower2Decide geleid.

“De subsidie gaf ons vooral de tijd en financiële ruimte om vanuit de praktijk uit te zoeken wat patiënten én zorgverleners nodig hebben om samen beslissen werkelijk te implementeren. Met behulp van Metro Mapping brachten we het complexe zorgpad voor patiënten met alvleesklier- en slokdarmkanker letterlijk in kaart. Deze kaart helpt om met elkaar het zorgpad te verbeteren én om samen met iedere patiënt een route te vinden die het beste bij hem of haar past. We hebben een regionale website gebouwd (www.oncologiewijzer.nl) met het zorgpad als basis. Patiënten kunnen daarbij per stap in het zorgpad kiezen hoeveel ze willen weten. Tijdens het project ontdekten wij dat informatie over onder meer de prognoses na een alvleesklieroperatie moeilijk vindbaar en niet eenduidig was. Dat is heel verwarrend voor patiënten. Om hun betrouwbare en eenduidige informatie te kunnen bieden, is een goede, geüpdatete website met door belangrijke beroeps- en patiëntenverenigingen onderschreven informatie essentieel. Samen met Thuisarts.nl onderzoeken wij nu of de informatie op thuisarts.nl ook volgens het zorgpad gepresenteerd kan worden en zo als basis kan dienen voor de informatie op onze eigen site. Officieel liep de subsidie tot 30 juni 2022. De subsidie hielp bewustwording en enthousiasme in ons oncologische netwerk te creëren voor samen beslissen. Toch denk ik dat samen beslissen pas écht gaat lukken, als erkend wordt dat je daarin moet investeren. Tijd om echt met de patiënt te kunnen praten over wat voor hem belangrijk is. Dat kost tijd én geld, maar als dat lukt, levert het uiteindelijk ook wat op, want mensen kunnen dan ook bewust kiezen voor géén intensieve behandeling. Patiënten die bewuster kunnen kiezen zullen bovendien tevredener zijn over hun keuzes. En de mooie gesprekken die tijdens dit proces ontstaan maken ook het werk voor zorgverleners veel leuker.”

Standpunt navigatie bronchoscopietechnieken bij verdenking op longkanker

Nieuwe methode leidt tot minder onnodige zorg

Diagnostisch onderzoek met navigatie bronchoscopietechnieken wordt voor een specifieke patiëntengroep vergoed vanuit het basispakket. Dit is het gevolg van een standpunt dat het Zorginstituut onlangs publiceerde. Met deze technieken worden meer mensen gediagnosticeerd en onnodige behandelingen voorkomen. Ilse van Beusekom en Ingrid de Groot van het Zorginstituut leggen uit hoe dit standpunt tot stand kwam.

Tekst Jos Leijen

Beeld Studio Oostrum (ANP)

De navigatie bronchoscopietechnieken bieden een nieuwe methode om bipten af te nemen bij verdenking op longkanker. De gangbare technieken hiervoor zijn conventionele bronchoscopie en transthoracale technieken. Met conventionele bronchoscopie wordt de long via de mond en de luchtweg bereikt. Met transthoracale technieken wordt de long door de borstkas heen bereikt. Met de navigatie bronchoscopietechnieken kunnen artsen bipten afnemen op plekken op de longen waar ze met deze gangbare technieken niet bij kunnen. Bijvoorbeeld omdat het verdachte vlekje op de long achter een bloedvat ligt of omdat de patiënt te kwetsbaar is. Met hulp van een CT-scan

kan de arts heel nauwkeurig door de mond navigeren naar het knobbelletje en een stukje weefsel wegnemen voor onderzoek.

PICO

Onder longartsen en zorgverzekeraars ontstond de vraag of deze nieuwe methode vergoed mag worden uit de basisverzekering, vertelt Ilse van Beusekom. “De zorgverzekeraars zijn als eerste aangewezen om dit te beoordelen. In dit geval was de vraag zo complex dat de longartsen een verzoek bij ons indienden om hierover een standpunt in te nemen” (zie onderstaand kader). Het Zorginstituut startte eind 2020 met de beoordeling. Er werd een team samengesteld met adviseurs Van Beusekom en De Groot als beoordelaars en arts Juanita Heymans als supervisor. Het team begon met het opstellen van twee zogeheten PICO-vragen (*Patient-Intervention-Comparison-Outcome*, ofwel patiënt,

interventie, vergelijking en uitkomstmaten). Eén voor patiënten bij wie beide gangbare technieken niet mogelijk zijn en de andere voor patiënten bij wie alleen de transthoracale technieken mogelijk zijn. “Dit gebeurde in nauw overleg met de beroepsgroep, de patiëntenvereniging en de zorgverzekeraar”, zegt Van Beusekom. “Toen we het daarover eens waren, hadden we een kader om literatuur te verzamelen en te beoordelen.”

Het literatuuronderzoek gebeurde in samenwerking met Cochrane Netherlands. Cochrane is een internationale, onafhankelijke non-profitorganisatie die zorgverleners, beleidsmakers en patiënten ondersteunt bij het nemen van beslissingen over gezondheidszorg. “In totaal ging het om zo’n tweeduizend abstracts”, vertelt De Groot. “Daaruit kwamen 77 studies naar boven om te bestuderen. Dat deden we in koppels: Ilse



Ilse van Beusekom: “Met de navigatie bronchoscopietechnieken voorkom je onnodige behandeling. En het neemt veel onzekerheid en angst weg bij de patiënt”

en ik werkten ieder samen met iemand van Cochrane Netherlands. We lazen en filterden de studies en scoorden op bepaalde punten.”

Stand van de wetenschap en de praktijk

De ‘stand van de wetenschap en de praktijk’ is het wettelijk criterium om interventies te beoordelen. Het mooiste is als er zogeheten *randomized controlled trials* beschreven zijn. Dat is onderzoek met groepen die een behandeling wel en niet hebben ondergaan zodat de nieuwe techniek wordt vergeleken met de gangbare techniek. Dat onderzoek werd niet gevonden, vertelt Van Beusekom: “We konden dus niet op deze manier vaststellen of de nieuwe methode beter is dan de gangbare.” Bij patiënten bij wie zowel de conventionele bronchoscopie als de transthoracale technieken niet mogelijk zijn is de meerwaarde evident, omdat er anders geen bipt afgenomen kan worden. “In de praktijk worden die patiënten toch behandeld, ook al weet je niet zeker of het kanker is”, vervolgt Van Beusekom. “In ruim 70 procent van de geval-

len blijkt achteraf dat het onnodig is. Of het longkanker is, weet je pas na een operatie. Met de navigatie bronchoscopietechnieken voorkom je onnodige behandeling. En het neemt veel onzekerheid en angst weg bij de patiënt.”

Omdat er geen direct vergelijkende studies zijn, konden de transthoracale technieken niet direct vergeleken worden met de navigatie bronchoscopietechnieken. Hierdoor kon niet worden geconcludeerd dat de navigatie bronchoscopietechnieken voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk voor patiënten bij wie via de transthoracale technieken wel bipten afgenomen kunnen worden. De Groot: “Met de bestaande opties is het goed mogelijk om bipten af te nemen. Voor deze patiënten komt de nieuwe methode dan ook niet in het basispakket.”

Waarborgdocument

Nadat de beoordelaars van het Zorginstituut en de onderzoekers van Cochrane Nether-

lands de beschikbare literatuur hadden beoordeeld, stelde de beroepsgroep een zogeheten waarborgdocument op. Hierin staan onder andere kwaliteitscriteria beschreven. De effectiviteit van de methode hangt bijvoorbeeld mede af van de deskundigheid van de arts. “De samenwerking met de beroepsgroep was gedurende het hele traject goed”, aldus Van Beusekom. “Dat heeft de doorlooptijd verkort.”

Op dit moment worden navigatie bronchoscopietechnieken alleen nog toegepast in het Radboud UMC in Nijmegen. Andere ziekenhuizen die de methode willen gebruiken moeten ook voldoen aan de criteria die beschreven staan in het waarborgdocument. Het standpunt van het Zorginstituut sluit aan bij de principes van passende zorg, met name bij het uitgangspunt van waardegedreven zorg: een doelmatige inzet van effectieve zorg, met als doel voor de patiënt relevante winst in gezondheid en functioneren tegen een redelijke prijs. Patiënten bij wie anders geen bipt genomen kan worden, worden niet onnodig behandeld. Behalve de belasting voor de patiënt scheelt dit ook veel tijd en geld. Tegelijk wordt de methode niet vergoed voor patiënten bij wie op een andere manier weefsel kan worden afgenomen. ●

“Hoewel wij Nederlanders dol zijn op een betaalbaar basispakket, zijn we tegelijkertijd de grootste saboteurs van die betaalbaarheid. Oud of nieuw middel niet (meer) goed genoeg voor het basispakket? Ga in verzet!”

Column

Vitamine D

Toen ik een jaar of vijf was, constateerde een arts O-beentjes. Diagnose: Engelse ziekte, ofwel een tekort aan vitamine D. Het gevolg was dat ik elke week naar het Gasthuis in mijn geboortedorp Katwijk moest voor een uv-bestraling ter bevordering van vitamine D-aanmaak. “Voldoende melk drinken”, zei de dokter erbij.

Of dit passende zorg was, betwijfel ik achteraf sterk. Ik bracht hele zomers door op het strand (vrijwillig) en werd volgegoten (verplicht) met schoolmelk, vol vitamine D-voorlopers. De voorgeschreven uv-gefaciliteerde aanmaak van vitamine D was indertijd (als het begrip had bestaan) ‘stand van de wetenschap en de praktijk’, maar ook toen al vermoedelijk niet al te efficiënt en wellicht zelfs onnodig duur.

Vandaag de dag is vitamine D opnieuw actueel, en wel door de op handen zijnde verwijdering uit het basispakket. Niet vanwege gebleken niet-werkzaamheid, maar omdat er iets anders aan de hand is: voor bijna iedereen is het vroeg of laat verstandig om wat extra vitamine D in te nemen. En dan is het geen risico meer dat sommige mensen onevenredig hard treft, wat meestal een argument is om zoiets in de zorgverzekering op te nemen. Maar hoewel wij Nederlanders dol zijn op een betaalbaar basispakket, zijn we tegelijkertijd de grootste saboteurs van die betaalbaarheid. Oud of nieuw middel niet (meer) goed genoeg voor het basispakket? Ga in verzet! Hoewel patiënten en hun entourage meestal niet de beschikking hebben over landbouwtrekkers, is hun overredingskracht aanzienlijk. Deels omdat emotionele patiënten een gewild ingrediënt zijn van televisie en socialemediaposts met een hoog *feelgood*- dan wel ‘erg hè?’-gehalte. Kijkcijfers en *likes* gegarandeerd. Gevolg: vooral bij zeldzame ziekten en in de oncologie worden af en toe middelen ingezet waarvan heel wat deskundigen het nuttig effect als twijfelachtig bestempelen.

Opportunistische argumenten voor het behoud van pakweg vitamine D doen het trouwens ook goed. Dokters, patiënten en economen roepen dan eensgezind: “Wij waren toch zo voor preventie/zinnige zorg/inclusiviteit (vul zelf aan met andere beleidsmatige stokpaardjes)? Dan moet het middel juist vergoed blijven!” Of: “Sommige mensen die vitamine D niet kunnen betalen, krijgen vermijdbare botbreuken en dat zorgt voor hogere premies.” Een ware bewering, maar die rechtvaardigt op zichzelf geen vergoeding. Waarom zou je de vergoeding via de Zvw gebruiken om een soort inkomenspolitiek te voeren?

Overigens ga ik geen voorbeeld geven van twijfelachtige behandelingen. Ik kijk wel uit, straks krijg ik te maken met doodsb bedreigingen op sociale media en ik kan niet terugslaan met een landbouwtrekker, hooi of drijfmest. Maar die vitamines moeten we toch zelf gaan kopen, als je het mij vraagt. Ik heb standaard een potje bij het ontbijt staan zolang de r in de maand is.



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



“Het begrip zorg vereist herdefiniëring. Daarin staat niet de ziekte, maar het welzijn centraal”

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:

Joep de Groot Bestuursvoorzitter CZ

“Als we het hebben over de zorg van morgen, moeten we eerst nadenken over wat zorg precies is. Zorg is nog te vaak gericht op het behandelen van klachten, maar daar los je niet alles mee op. Neem de zorg voor ouderen. We zien ouder worden nog vaak als een ziekte in plaats van als iets dat erbij hoort. Als een andere levensfase die om andere vormen van zorg vraagt. Als we dat erkennen, kiezen we als maatschappij, patiënt en familie misschien eerder voor bijvoorbeeld pijnbestrijding en palliatieve zorg dan voor een heupoperatie.

Ook in geval van klachten veroorzaakt door sociale problematiek is zorg niet altijd de beste oplossing. Denk bijvoorbeeld aan stress veroorzaakt door schulden. Professionals in de ggz kunnen die problemen niet verhelpen; zij zijn in wezen alleen bezig met symptoombestrijding. Daarom vereist de ‘zorg van morgen’ volgens mij vooral een herdefiniëring van het begrip zorg. Daarin staat niet de ziekte centraal, maar het welzijn van mensen. En draait het niet om het behandelen van klachten, maar om het vergroten van welzijn. Die nieuwe manier van denken over zorg vergt lef en ondernemerschap met elkaar. Daarin is ook een rol voor de zorgverzekeraar weggelegd: via onze inkoop kunnen we dit proces versnellen en zorgverleners hierin ondersteunen. Zo werken we - ieder vanuit zijn eigen rol - samen aan de zorg van morgen.”

Beeld De Beeldredactie | Erik van der Burgt

Over zorg gesproken...

“Dat check-upgedoe is totaal zinloos. Je kunt met een volstrekt normaal hartfilmpje bij de uitgang van de cardiologische kliniek dood neervallen.”

Marcel Levi, o.m. bestuursvoorzitter NWO, in het Parool (27 augustus 2022).

“Inperking of afschaffing vrije artsenkeuze betekent dat de zorgverzekeraar leidend wordt in het bepalen wat passende zorg is. Dat moeten zorgverzekeraars niet willen.”

Aad de Groot, bestuursvoorzitter DSW Zorgverzekeraar, op zorgvisie.nl (21 juli 2022).

“Iedereen heeft zorg nodig. Zorg is overal, en daardoor onzichtbaar. Wat je niet goed ziet, kun je niet goed verzorgen. En waar je niet goed voor zorgt, gaat kapot.”

Journalist en auteur Lynn Berger in de Volkskrant (3 juli 2022).

“Commitment van zorgaanbieders en zorgverzekeraars moet je vastleggen in contracten met de juiste prikkels voor de transitie naar passende zorg.”

Marjo Vissers, tijdelijk bestuursvoorzitter VGZ, in de podcast Voorzorg (1 juli 2022).

“Iets uit het basispakket halen is in Nederland een schending van de mensenrechten.”

Joost Zaat, huisarts en columnist, in de Volkskrant (26 augustus 2022).

“We kijken in de ouderenzorg continu in de achteruitkijkspiegel. We gaan de uitdagingen van de toekomst niet oplossen als we blijven denken in systemen van zeventig jaar geleden.”

Lia de Jongh, bestuursvoorzitter van Topaz, op zorgvisie.nl (10 augustus 2022).

“Het is hoog tijd het maatschappelijke gevoel van machteloosheid ten opzichte van Big Pharma te doorbreken. Hebben we deze bedrijven nog wel nodig? Het antwoord is: nee.”

Joost Smiers, emeritus hoogleraar politicologie, in de nrc (23 juli 2022).

“Voor het beheersen van de zorgkosten is wijzen naar overheid, verzekeraar, veeleisende patiënt of grote boze bedrijven comfortabel, maar uiteindelijk gaat elke zorgeuro door onze vingers.”

Pieter van Eijnsden, adjunct-hoofdredacteur NTvG, in het NTvG (25 juli 2022).