



Zorginstituut Nederland

Zorginstituut magazine

Kwartaalblad van
Zorginstituut Nederland
december 2022

Gynaecoloog en hoogleraar Eric Steegers:

“Je postcode is
belangrijker voor
je gezondheid
dan je DNA”

Zorginstituut en
FMS in gesprek
over toekomst zorg

“E-health bij kwetsbare
groepen verdient meer
aandacht”



Inhoud

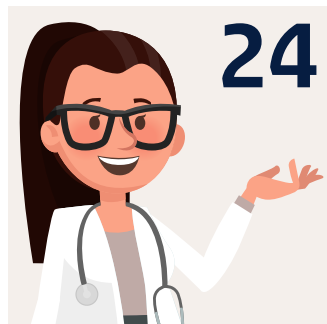
6 FMS en Zorginstituut in gesprek
Scheidend FMS-voorzitter Peter Paul van Benthem en Zorginstituut-voorzitter Sjaak Wijma blikken gezamenlijk terug en kijken vooruit, onder meer naar de uitvoering van het Integraal Zorgakkoord.

12 Advies coronavirusmedicijn
Het Zorginstituut heeft afgelopen najaar het coronavirusmedicijn Paxlovid in een versnelde procedure beoordeeld. Het advies om het medicijn onder voorwaarden te vergoeden is half november door de minister van VWS overgenomen.

14 E-health bij kwetsbare groepen
E-health kan gezondheidsverschillen tussen lager- en hogeropgeleiden verkleinen. Maar onder meer door gebrek aan digitale vaardigheden bij laagopgeleiden, komt de zorgvraag van kwetsbare groepen in de knel, waarschuwt prof. Catherine Bolman.

24 Voortgang Zinnige Zorg
Het Zinnige Zorg-programma heeft tot nu toe zeventien verbeterselementen opgeleverd. Met een infographic brengen we in kaart hoe de daarin geformuleerde verbeterpunten in de praktijk geïmplementeerd zijn.

28 Impact met !IMPACT
Studenten van de Technische Universiteit Eindhoven (TU/e) werken aan !IMPACT, een innovatieve celtherapie om een auto-immuunziekte te behandelen. Het team klopte met vragen over de vergoeding bij het Zorginstituut aan.



Rubrieken

9 Column Martin van der Graaff

10 Tien vragen aan: Floortje Scheepers

16 Feiten & Cijfers

18 De stelling van...
Eric Steegers, gynaecoloog en hoogleraar.

23 Literair recept van de Culturele Apothekers

26 Aan het bureau / aan het bed
Handreiking hulpmiddelen Wlz.

31 De zorg van morgen
... volgens IC-verpleegkundige Samora Calor.

32 Over zorg gesproken



Voorwoord

Het juiste spoor, en de juiste wagon

O vervolte perrons en uitpuilende treinen, waarin de vitaalste en brutaalste reizigers als eerste een (zit)plek kunnen bemachtigen... Zijn de problemen van de NS een afschrikwekkende metafoor voor de toekomst van de zorg? Wel als we nu niets doen. Dan moeten wij straks – net als de NS – onze dienstverlening aanpassen. En hoe staat het dan met de solidariteit? Wie blijft er achter op het perron? Een onwenselijke situatie.

Kunnen we die voorkomen? Ja, maar dan moet er snel gehandeld worden; als gevolg van personeelstekorten lopen - net als de perrons - ook de wachtkamers vol. Het Integraal Zorgakkoord (IZA) stelt een eerste deadline: in 2024 gaan we bij de *midterm reviews* het net ophalen van wat er in april 2023 is afgesproken. Over een paar maanden moeten dus al de eerste concrete afspraken liggen over de uitvoering van het IZA. Welke afspraken kunnen we in zo'n korte tijd realiseren? De kortste klap is dat we de gesprekken over de contractering van zorginkoop en -aanbod anders gaan voeren. Die gaan tot nu toe vooral over financiering en volumina (P*Q; prijs * aantal), maar moeten vooral over passende zorg gaan: wat hebben zorgaanbieders en verzekeraars van elkaar nodig om passende zorg aan te bieden en in te kopen? Dát is het andere gesprek. En dat vraagt een gemeenschappelijkheid die beide partijen in de contractering tot nu toe nog zelden zo ervaren hebben.

De komende maanden moeten we gebruiken om dat andere gesprek te gaan voeren, zodat in april 2023 de contractering op basis van passende-zorgcriteria plaatsvindt. Dat is de eerste krachtmeting die we vanuit het IZA moeten aangaan. Een uitdaging die niet alleen de inkopers en aanbieders aangaat, maar alle IZA-partijen. Het Kader Passende zorg geeft daarbij aanwijzingen voor zowel de richting, de inrichting als de verrichting. Als we met z'n allen in april 2023 dat andere gesprek over de contractering kunnen voeren, levert ons dat concrete beelden op van wat passende zorg in de praktijk inhoudt. Zowel voor de zorg, de overheid, als voor de samenleving.

Die richting is ook meteen het enige spoor dat we kunnen volgen. Doorgaan op de oude voet heeft geen enkel bestaansrecht meer. We mogen het simpelweg niet laten gebeuren dat mensen die 'een passende reis' nodig hebben, op het perron moeten achterblijven. Of dat de treinen zo vol worden dat de reis gevaarlijk wordt. Volgen we het spoor van passende zorg, dan blijft passende zorg toegankelijk. En krijgen niet de vitaalste en brutaalste mensen als eerste toegang, maar degenen die de zorg het hardst nodig hebben.

Sjaak Wijma
Voorzitter Zorginstituut Nederland

Korte berichten



Advies Zorginstituut: schrijf obesitasmedicijn pas voor na één jaar GLI

Het Zorginstituut adviseerde in februari 2022 om het obesitasmedicijn liraglutide (Saxenda®) in het basispakket op te nemen voor een specifiek omschreven patiëntengroep. Het obesitasmedicijn vermindert het hongergevoel en wordt vergoed voor personen met een BMI van 35 of hoger. Voor mensen met een BMI tussen 35 en 40 geldt dat zij een van de drie volgende ziekten moeten hebben: een hart- of vaatziekte, slaapapneu of artrose. Bij gebruik van Saxenda in combinatie met een erkend GLI-programma (gecombineerde leefstijlinterventie), bleek dat méér mensen minstens 10 procent afvallen dan als ze alleen een GLI-programma volgden. Eind vorige maand heeft het Zorginstituut de voorwaarden voor het gebruik van Saxenda uitgebreid: het middel mag pas worden voorgeschreven als patiënten met volle inzet al een jaar een erkend GLI-programma hebben gevolgd en desondanks onvoldoende gewicht hebben

verloren. Reden voor deze aanvullende voorwaarde is dat er veel meer vraag naar Saxenda is dan vooraf werd aangenomen. Bij het vaststellen van dit advies gingen wij samen met de beroepsgroep ervan uit dat Saxenda voornamelijk in de tweede lijn zou worden voorgeschreven. Dus dat niet de huisartsen, maar de medisch specialisten het middel zouden voorschrijven. Toen dit voorjaar bleek dat meer patiënten dan verwacht zich meldden, heeft koepelorganisatie Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) een extra informatiedocument opgesteld. Daarin wordt met verwijzing naar de richtlijn de hiervoor genoemde aanvullende voorwaarde benadrukt. Deze gepast-gebruik-afpraak wordt nu ook opgenomen in de vergoedingsvoorwaarden (bijlage 2) voor Saxenda. De brief hierover is in november 2022 naar minister Kuipers van VWS gestuurd.

Hans Nijman kwartiermaker 'Passende zorg voor mensen met kanker'

Het Zorginstituut heeft prof. dr. Hans Nijman aangesteld als kwartiermaker voor het maken van een plan van aanpak voor de verdere ontwikkeling van netwerk- en expertzorg voor mensen met kanker. Dit plan zal in april 2023 klaar zijn en wordt opgesteld in nauwe samenwerking met zorgprofessionals, patiëntenverenigingen, zorgverzekeraars en kennisinstellingen. Vertrekpunt bij het opstellen van het plan zijn de afspraken van het Integraal Zorgakkoord en de twaalf knelpunten en oplossingsrichtingen uit het *Signalement Passende zorg voor mensen met kanker; netwerk- en expertzorg* van het Zorginstituut, dat in september 2022 is gepubliceerd.

Nijman heeft een grote staat van dienst in de Nederlandse kankerzorg. Hij is gynaecoloog-oncoloog en hoogleraar gynaecologische oncologie en immunotherapie bij het UMCG. Daarnaast is hij onder meer landelijk projectleider van het programma 'Naar regionale oncologie-netwerken' van het Citrienfonds, voor de juiste zorg op de juiste plek.

Manuela Joore voorzitter Wetenschappelijke Adviesraad Zorginstituut

Prof. dr. Manuela Joore wordt vanaf 1 januari 2023 de nieuwe voorzitter van de Wetenschappelijke Adviesraad (WAR). Daartoe heeft de Raad van Bestuur van het Zorginstituut recent besloten. Joore volgt hiermee prof. dr. Patrick Bossuyt op, die tien jaar WAR-voorzitter is geweest. Hij blijft wel lid van de WAR.

Manuela Joore is opgeleid als gezondheidswetenschapper en epidemioloog en is gepromoveerd in de gezondheids-economie. Ze is hoogleraar 'HTA and decision making', hoofd van de afdeling Klinische Epidemiologie en Medical Technology Assessment (KEMTA) van het Maas-tricht Universitair Medisch Centrum en MT-lid van het expertisecentrum Kwaliteit, Innovatie en Onderzoek (KIO). Joore heeft ruime ervaring met HTA-beoordelingen en vergoedingsvraagstukken. Ze was eerder al acht jaar lid van de WAR-commissie Geneesmiddelen van het Zorginstituut (2013-2021) en werkt al ruim dertien jaar voor het Engelse NICE (National Institute for Health and Care Excellence).



Als WAR-voorzitter waarborgt Joore de continuïteit en kwaliteit van de advisering vanuit de WAR. Daarnaast zal zij een bijdrage leveren aan de strategische vraagstukken binnen het Zorginstituut, zoals de agendering en methode van pakketbeheer, en samenwerking tussen de verschillende commissies.

Sjaak Wijma opnieuw benoemd tot voorzitter

Minister Kuipers van VWS heeft Sjaak Wijma per november 2022 opnieuw benoemd tot voorzitter van de Raad van Bestuur van het Zorginstituut voor een periode van vier jaar. Zijn tweede termijn als voorzitter staat, aldus Wijma, "volledig in het teken van passende zorg. In het Integraal Zorgakkoord wordt het Zorginstituut vaak genoemd. Daarmee hebben we een flinke agenda. Ik voel de urgentie en de energie om deze de komende vier jaar uit te voeren." Benieuwd naar de plannen en opgaven van het Zorginstituut? Op pagina 21 laten we in vogelvlucht zien waar we ons volgens ons Jaarplan 2023 vooral op gaan richten.

Kankermedicijn Carvykti niet vergoed door onvoldoende prijsonderbouwing fabrikant

Eind oktober adviseerde het Zorginstituut de minister van VWS om het medicijn cilta-cel (Carvykti®) niet te vergoeden uit het basispakket van de zorgverzekering. Het medicijn kan het leven verlengen van mensen met de kwaadaardige beenmergziekte multipel myeloom, ook wel de ziekte van Kahler genoemd. Maar de aangeleverde financiële analyse van de fabrikant is van onvoldoende kwaliteit. Hierdoor kunnen wij niet beoordelen wat een redelijke prijs voor het medicijn zou zijn. Wij schatten in dat in Nederland 140 mensen per jaar voor behandeling met Carvykti in aanmerking komen. De fabrikant vraagt een prijs van 420.000 euro per patiënt. Bij vergoeding van het middel uit het basispakket van de zorgverzekering zouden de totale kosten oplopen tot meer dan 37 miljoen euro per jaar. We betreuren dat we een negatief advies moeten uitbrengen en roepen de fabrikant van Carvykti op om alsnog betrouwbare gegevens aan te leveren.

Meer informatie?

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

Dubbelinterview Peter Paul van Benthem en Sjaak Wijma

FMS en Zorginstituut in gesprek over de toekomst van de zorg

Eind dit jaar stopt Peter Paul van Benthem als voorzitter van de Federatie Medisch Specialisten (FMS). Hij gaat zich volledig richten op zijn werk als hoofd van de afdeling KNO bij het LUMC in Leiden. Zorginstituut-voorzitter Sjaak Wijma heeft de afgelopen jaren veel contact gehad met Van Benthem. In een tweegesprek kijken ze terug en blikken ze vooruit, onder meer naar de uitvoering van het Integraal Zorgakkoord (IZA).

Tekst Jos Leijen

Beeld Paul Tollenaar en Bettine Traas

Van Benthem en Wijma troffen elkaar voor het eerst toen Wijma nog praktiserend gynaecoloog was en actief in de NVOG, de wetenschappelijke vereniging van gynaecologen. Van Benthem was in die tijd betrokken bij de KNO-vereniging en werkte met patiëntenverenigingen aan een wetenschapsagenda om zorg te evalueren. Wijma was vanuit de NVOG met hetzelfde onderwerp bezig. Wijma: “We vonden dat evaluatie van zorg structureel nodig was om de zorg te verbeteren. En dat deze breder zou moeten worden toegepast. Dat leidde in 2016 tot het programma ‘Leading the Change’ van de FMS, Zorgverzekeraars Nederland en de Patiëntenfederatie. Dit programma kun je zien als de voorloper van het programma ‘Zorgevaluatie & Gepast Gebruik’. We hadden destijds niet verwacht dat het zo’n vlucht zou nemen.”

Duidelijkheid over rollen

Van Benthem: “De zorgevaluatie heeft ook zijn weg gevonden in het Hoofdlijnenakkoord. En uiteindelijk in het Integraal Zorgakkoord (IZA). Het was wel een beetje eng om het uit handen te geven. De afgelopen jaren heeft dat tot veel discussie geleid over wie welke rol nu precies heeft. Bij de totstandkoming van het IZA is daarover ook gesproken. Tegelijk is er meer duidelijkheid gekomen over ieders rol. Dat sluit niet uit dat we af en toe nog in gesprek moeten over wiens terrein het is.”

Wijma: “Bij Zorgevaluatie & Gepast Gebruik was er soms domeinstrijd. Ik verwacht dat dat dankzij de afspraken in het IZA minder het geval zal zijn. Voorheen keek elke partij vooral vanuit haar eigen belang, nu staan

we voor een gedeeld belang. Vanuit dat gedeelde belang kijkt ieder terug: wat is dan mijn rol daarin? De rol van het Zorginstituut is die van pakketbeheerder.”

Van Benthem: “Voor de wetenschappelijke verenigingen ligt er een duidelijke rol op de inhoud. Afwegingen over het beheer horen niet bij ons. Als het Zorginstituut een kritisch advies uitbrengt over een nieuw duur geneesmiddel, dan heb ik daar respect voor. Vervolgens is het aan de politiek om een besluit te nemen over al dan niet vergoeden.” Wijma: “Dat kan soms spanning geven. De rol van het Zorginstituut is om vanuit het collectief belang te kijken of we een geneesmiddel zouden moeten toepassen. We kijken daarbij ook naar het draagvlak onder professionals. Een dokter in de spreekkamer voelt de opdracht om te doen wat het beste is voor de patiënt, zoals beschreven in de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst. De arts heeft op zo’n moment alleen met die ene patiënt te maken. Als Zorginstituut moeten we voortdurend meewegen dat er nog duizenden andere patiënten zijn die ook zorg nodig hebben. Een verdelingsvraagstuk.” Van Benthem: “Daar komen we elkaar tegen. Jan Kremer heeft het mooi verwoord: eerst ging de professional over de zorg, toen kwam samen beslissen; en nu kijkt de maatschappij ook mee. De Federatie wordt gedreven door de ambitie van de medisch specialist om de beste zorg te kunnen leveren voor zijn of haar patiënt. Het gaat ons om het individueel belang van de patiënt. Het is moeilijk voor artsen om dit af te wegen tegen maatschappelijke belangen.”

Van Benthem: “De medisch specialist wil de beste zorg leveren voor zijn of haar patiënt. Het gaat ons om het individueel belang van de patiënt. Het is moeilijk voor artsen om dit af te wegen tegen maatschappelijke belangen”

Stem van de samenleving

Wijma: “Ons stelsel is gebaseerd op de belofte van toegang tot goede zorg. Dat hebben we overgelaten aan de driehoek zorgverzekeraar, arts en patiënt. De samenleving was lange tijd niet vertegenwoordigd, maar die moet er wel een stem in krijgen. Het Zorginstituut laat die stem klinken. Dat is nieuw, en het is best spannend.” Van Benthem: “Zorg is een overheidsfunctie; de overheid geeft de kaders, waaronder het budget. Vervolgens is de vraag hoe we binnen die kaders blijven. De FMS vraagt om vertrouwen in de expertise van de dokter. Daarbij past het niet om alle zorg te schrappen die niet bewezen effectief is, maar wel effectief zou kunnen zijn.” Wijma: “Het gaat er niet om dat we alle zorg op effectiviteit toetsen, maar wel zorg waar we vragen bij hebben. Er moet een reden zijn om zorg tegen het licht te houden. Bijvoorbeeld als die zorg veel menskracht of middelen vraagt, of als er vragen zijn over duurzaamheid.”

Van Benthem: “Als je ziekenhuizen vraagt naar bedreigingen, dan noemen ze de gasprijzen, de looneisen en de dure geneesmiddelen. Het lijkt alsof de politiek die dure geneesmiddelen niet durft aan te pakken vanwege verwachte tegenstand onder burgers. Burgers die vaak onvoldoende op de hoogte zijn. Er is schaarste aan zorg. In de covid-periode hebben we ervaring opgedaan over hoe we hiermee moeten omgaan. Er leven ideeën bij de FMS om hierover een document op te stellen. Wanneer is er sprake van schaarste? Hoe prioriteren we zorg dan?”



Wijma: “Er is al schaarste. Dat gaat over geld en over personeel. We moeten de samenleving voorbereiden op moeilijke keuzes. Als jullie dat document gaan maken, willen we daar graag aan meedoen. In 2008 heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg geadviseerd dat maximaal 80.000 euro per QALY (gewonnen levensjaar - red.) de norm is. Het blijkt voor de samenleving erg ingewikkeld om zich daaraan te houden; we zeggen niet snel nee tegen een duur geneesmiddel. We zitten daardoor op een groeipad dat zo niet door kan gaan. Dat geldt niet alleen voor de Zorgverzekeringswet, maar ook voor de Wet langdurige zorg. Je kan geld en menskracht maar één keer inzetten, kiezen voor de zorg voor die ene zichtbare patiënt is daardoor kiezen tegen de zorg voor een andere, onzichtbare patiënt.”

De zorg als een keten

Van Benthem: “Een belangrijke vraag is ook of zorg in het ziekenhuis geleverd moet worden, of dat het ook ergens anders kan. We moeten de zorg in de keten bezien waarbij alle schakels betrokken zijn. Die les leerden we in de covid-tijd. De grote uitdaging is wel of de huisartsen voldoende toegerust zijn om de voordeur voor ons dicht te houden. En of de informele zorg en thuiszorg patiënten kunnen opvangen die ons via de achterdeur verlaten, zodat de verkeerdebeddenproblematiek wordt opgelost. Dat zijn grote zorgen. Maar daar gaan we wel mee aan de slag.” Wijma: “Er zijn mooie voorbeelden van partijen die met elkaar aan tafel gaan zitten en met budgetten durven schuiven door aan te sluiten bij wat ze als keten nodig hebben.” Van Benthem: “Ja, we hebben onder het Hoofdlijnenakkoord veel initiatieven ►



Wijma: “De samenleving had lange tijd geen stem in het gesprek over toegang tot goede zorg. Het Zorginstituut laat die stem klinken. Dat is nieuw, en het is best spannend”

ontwikkeld om te schuiven tussen domeinen, ook al waren er onvoldoende financiële mogelijkheden voor domeinoverstijgende bekostiging. Na een paar jaar zijn die soms door de incidentele financiering toch weer verdwenen. Dat ligt misschien meer bij de NZa dan bij het Zorginstituut, maar het zou gemakkelijker worden als goede initiatieven over de domeinen heen beter worden gefaciliteerd.” Wijma: “Eens. Zorgverzekeraars zouden niet meer weg mogen komen met een PxQ-contract (prijs x aantal - red.). Die productieprijs moet uit het systeem. Als je als verzekeraar gepaste zorg moet contracteren, vraagt dat van de inkooporganisatie een geweldige verandering. Die transitie moeten we de tijd geven; dat kan niet morgen. Dat geldt overigens ook voor de zorgaanbieder.” Van Benthem: “Dat kan zeker niet morgen. Wij zien passende zorg dan ook als een beweging. Waar ik wel bang voor ben is dat

die gepaard gaat met nieuwe beleidsdrukte, een hele berg regelgeving, bureaucratie en verantwoordingscycli. Dat staat haaks op het vertrouwen en de ruimte die professionals nodig hebben om de omslag te maken. Er moet een administratieve lastenmonitor komen om dat te bewaken. Ook moet het een vast agendapunt worden bij het IZA-overleg zodat partijen die dat veroorzaken er direct op kunnen worden aangesproken.”

Ondersteuning door ICT en data

Wijma: “Het is belangrijk dat er goede ICT-ondersteuning en data-uitwisseling komt. Dan kunnen we data delen, leren vanuit data en het goede gesprek voeren.” Van Benthem: “ICT is inderdaad een voorwaarde om de stap te maken, zodat we adequate spiegels krijgen om te vergelijken. Daarbij moeten we wel oppassen dat de richtlijnen geen instrument worden om per-

formance te meten. Voor ons is een richtlijn een basis en een wetenschappelijke onderbouwing voor het gesprek met de patiënt. Geen verantwoordingsinstrument, dan zijn we verkeerd bezig.”

Wijma: “Daar is weinig verschil van mening over. Misschien wel over hoe richtlijnen worden opgesteld. Als er geen bewijs is voor een behandelkeuze, dan moet dat duidelijk zijn benoemd in de richtlijn. En als je dergelijke zorg als professional in een specifieke casus toch toepast, dan is dat het recht van de professional, maar dan vind ik dat die daar wel op bevraagd mag worden. Als de richtlijn haaks staat op de evidentie van de toelating tot het pakket, dan moeten we in gesprek. Daarom wil ik samen met het kennisinstituut van de FMS kijken hoe we hun richtlijnen in overeenstemming kunnen brengen met de evidentie die heeft geleid tot de toelating van zorg tot het verzekerde pakket.” ●

“Wie dat zorgjargon in de vingers heeft kan moeiteloos bewijzen dat het massaal sluiten van SEH’s juist goed is voor de kwaliteit van zorg. En dat het dus heel flauw is om te vragen hoe zo’n besluit zich verhoudt tot het concept van zorg dichtbij”



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

Column

Reden tot zorg

Ontregel de zorg’ is een lovenswaardige beweging: stop die ongecontroleerde woekering van formuliertjes.

Het is echter een *uphill struggle* (zie ook: sisyfusarbeid). De vergelijking met de oncologie dringt zich op: chemo- of immunotherapie werkt tegen celwoekering, maar de angst voor recidief is nooit ver weg. Ik waag de stelling dat die *uphill struggle* te maken heeft met de schier eindeloze optocht van managers in de zorg. Kwartiermakers, ambassadeurs, voortrekkers, cluster-, sector- en implementatiemanagers. Aan mooie functiebenamingen geen gebrek. Maar die mensen moeten ook iets te doen hebben. Dus gaan ze rapporten en signalementen schrijven, verkenningen en heidagen organiseren, partijen bij elkaar brengen en synergie kweken. Het nettoresultaat van al deze bewijsdrift is meestal dat grote aantallen zorgprofessionals die vooral met patiënten bezig willen zijn, met zachte drang het managementcircus binnengetrokken worden. Daar moeten zij co-creatiekunstjes vertonen waar ze weinig zin in hebben, maar “dat is nou eenmaal cruciaal voor het draagvlak bij de veldpartijen”. Natuurlijk levert dat alles ook wat op. Er komen moderne jargonwoorden bij. Daaruit blijkt dan dat de oude problemen nog steeds onoplosbaar zijn, maar nu op een nieuwe manier. Voorbeelden: Stuurgroep Wachtijden, SectorplanPlus, Passende zorg, innoverende scantools, Beter Thuis, zorgportalen, Zorg Dichtbij, Integraal Zorgakkoord, PGO-uitrol.

Wie dat jargon in de vingers heeft kan moeiteloos bewijzen dat het massaal sluiten van SEH’s juist goed is voor de kwaliteit van zorg. En dat het dus heel flauw is om te vragen hoe zo’n besluit zich verhoudt tot het concept van zorg dichtbij. Of zo’n verbaal hoogstandje tot begripvolle reacties leidt is overigens de vraag. Ik herinner mij uit mijn eigen verleden dat het Zorginstituut weleens een interventie afwees voor het pakket en dat boze dokters of patiënten dan kwamen buurten. Vroeg of laat liet ik dan het woord ‘beoordelingskader’ vallen en dat was nooit een succes.

Het is ook niet meer te doen, de patiënt centraal. Op zijn best hoor je nog wel eens iemand plechtig zeggen hoe fijn het is dat we de zorg “om de patiënt heen organiseren”. Maar in de praktijk is het toch beter dat de patiënt berust in minder artscontact, grotere reisafstanden en langere wachttijsten. Ik heb een tip voor wie wil weten wat er qua bedilzucht op de zorg af komt: lees de persberichten waarmee zorgorganisaties de benoeming van nieuwe managers aankondigen. Als daar zo’n manager geciteerd wordt met ronkende managementzinnen waarin slechts een bijrolletje is weggelegd voor de woorden ‘patiënt’ en ‘zorg’, zoek dan dekking. Er dreigt een nieuwe overlegtafel, vermoedelijk in synergie met een veldverkenning. Aanrader voor zorgprofessionals: als je gebeld wordt om mee te doen, verzin een uitvlucht. Zeg desnoods dat je liever een patiënt ziet.

10

vragen aan Floortje Scheepers

Tekst Edith Bijl

Beeld De Beeldredactie | Herbert Wiggerman

1 Wat is uw eerste ervaring met de gezondheidszorg?

“Dat was toen ik een jaar of zes was en met mijn ouders huizen ging bekijken. In een woning van een oud vrouwtje heb ik de pilltjes opgegeten die op haar nachtkastje lagen; ik dacht dat het snoep was. Toen ik mijn ouders vertelde dat ik ze vies vond, brachten ze me met spoed naar het ziekenhuis. Mijn maag werd leeggepompt en ik moest een nacht ter observatie blijven. Ik vond dat ontzettend stoer. Het had verkeerd kunnen uitpakken, maar ik ervoer die eerste ervaring als heel positief!”

2 Als u iets anders dan geneeskunde had gestudeerd, wat was u dan geworden?

“Ik was waarschijnlijk de kunstacademie gaan doen; dat wilde ik destijds heel graag. Achteraf denk ik dat wiskunde ook bij mij had gepast. Ik ben dol op cijfers, puzzels en logica. Ik vond wiskunde altijd al leuk, maar dat ik dat kon studeren kwam niet in mij op.”

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

“Ik denk niet dat er een systeem bestaat dat helemaal gaat kloppen, maar ik zou toch inzetten op een integrale, holistische benadering. Hoe bouw je een samenleving op waarin sociale cohesie ontstaat, waarin mensen omkijken naar elkaar en gezondheid

PERSONALIA

Floortje Scheepers studeerde geneeskunde in Utrecht en volgde daar ook de opleiding tot psychiater met de aantekening kinder- en jeugdpsychiatrie. In 2010 werd zij medisch afdelingshoofd kinder- en jeugdpsychiatrie aan het UMC Utrecht. Sinds 2012 is zij afdelingshoofd van de gehele afdeling psychiatrie. Floortje Scheepers is daarnaast hoogleraar Innovatie in de ggz en wetenschappelijk directeur van kenniscentrum Phrenos. In april 2019 werd zij lid van de Kwaliteitsraad van het Zorginstituut. Sinds november 2021 is zij voorzitter van deze raad. Floortje Scheepers woont in Wijchen met haar man en de jongste van drie dochters.



“Met wie zou ik op een tweepersoonskamer in het ziekenhuis willen liggen...? Liever lig ik op een kamer vol andere, liefst wat invloedrijke types: bestuursvoorzitters van ZN, IGJ, NZa en Zorginstituut en zoveel mogelijk bestuurders in de zorg. Iedereen met één been omhoog in een stellage, zodat we ook niet weg kunnen. En dan samen het ideaal schetsen!”

integraal wordt benaderd. Waarin zorg iets van de samenleving wordt en niet verdwijnt achter de schotten van zorgwetten als de Zvw, Wlz en Wmo. Dat lineaire denken, daar moeten we vanaf. Zorg is complex.”

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

“Zorg waarvoor een alternatieve behandeling is in het gewone leven. Iemand die stress heeft vanwege een echtscheiding kan je behandelen met bloeddrukremmers. Maar is dit wel de juiste zorg? Luister je dan wel naar de onderliggende vraag? Zorg die dan toch in het basispakket zit, hoeft je ook niet *per definitie* in te zetten. Soms zijn alternatieve behandelingen beter.”

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

“Zorg die snel voor grote groepen mensen waarde toevoegt, waar geen alternatieven voor zijn in het gewone leven en die niet de toegankelijkheid van andere zorg belemmert. Je moet zorg altijd in samenhang zien met andere zorg. Als een bepaalde behandeling andere zorg verdringt, hoort het dan wel ongelimiteerd in het pakket thuis? Dat vergt misschien ook een ander wegingskader bij pakketbeheer: wat zijn de ethische en morele afwegingen? En wat zijn alternatieve scenario's? Een levensverlengende behandeling is niet altijd de beste optie. Kijk je naar de kwaliteit van leven die iemand in die extra paar maanden heeft, dan maak je wellicht een andere afweging.”

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

“Even aankijken en actief opzoeken wat er aan de hand kan zijn, bijvoorbeeld via betrouwbare sites als Thuisarts.nl. Pas als ik alle huis-tuin-en-keukendingen heb geprobeerd, ga ik naar de huisarts.”

7 Wat is uw favoriete zorgwoord?

“Ik heb er twee: *waardegedreven* en *herstel*. *Waardegedreven* omdat het gaat om de vraag: wat voegt de zorg toe aan het leven? Dus ook: draagt zij bij aan een gezonde planeet, een gezonde omgeving? We kijken vaak naar puur medische KPI's (kritieke prestatie-indicatoren), maar je moet een bredere afweging maken: wat kost dit aan geld, milieuschade, inzet van personeel?

En wat levert het aan waarde op voor dit specifieke individu? Als je die balans opmaakt, kom je misschien tot andere conclusies. En *herstel*: in de zorg ligt de nadruk te veel op genezen en te weinig op herstel. Herstel is heel belangrijk; na een gebroken been, maar ook nadat iemand 'genezen' is van kanker. Dan moet men de balans herstellen, het verloren evenwicht herpakken. Daarom vind ik *herstel* een mooi woord.”

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

“Iemand die niet al te veel praat. Ik ben namelijk niet zo in voor *small talk*... Maar als ik toch een naam moet noemen, kies ik voor de minister van VWS. We kunnen dan – beiden als patiënt – kijken wat wel en niet goed gaat en samen een plaatje maken van een duurzame, toekomstbestendige zorg. Interessant of je in die situatie tot andere ideeën komt. Maar eigenlijk moet je dat plaatje met z'n allen maken. Dus lig ik liever op een kamer vol andere, liefst wat invloedrijke types: bestuursvoorzitters van ZN, IGJ, NZa en Zorginstituut en zoveel mogelijk bestuurders in de zorg. Iedereen met één been omhoog in een stellage, zodat we ook niet weg kunnen. En dan samen het ideaal schetsen!”

9 Wat vindt u de belangrijkste voorwaarde voor goede zorg?

“Ruimte en tijd voor zorgprofessionals om het goede te doen. Er werken zó veel mensen in de administratieve overhead van zorginstellingen en overheidsorganisaties in de zorg. Het zou mooi zijn als al die mensen verplicht één dag per maand aan het bed staan om alle klusjes te doen die verpleegkundigen er normaal allemaal bij doen. Dan heb je denk ik dagelijks wel drie mensen op je afdeling die koffie schenken, boekjes voorlezen, wandelingetjes maken et cetera. Zodat verpleegkundigen meer ruimte hebben om hun werk te kunnen doen.”

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

“Ik hoop dat de zorg dan midden in de samenleving staat, en we zorg zien als een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Nu staat de zorg te veel buiten het leven: men gaat erin om genezen te worden en komt daarna weer terug. Daar moeten we vanaf: zorg moet een additief zijn van het leven.” ●

Coronavirusmedicijn onder voorwaarden vergoed

Achteraf gezien viel de najaarsgolf erg mee, maar enkele maanden geleden vreesden we nog een flinke opleving van het coronavirus. Om de kans op een ernstige najaarsgolf te verkleinen, moest onder meer het nieuwe coronamedicijn Paxlovid snel beschikbaar komen. Het Zorginstituut heeft daarom dit middel, dat beschermt tegen de ernstige gevolgen van een corona-infectie, versneld beoordeeld. Ons advies om Paxlovid voor risicogroepen te vergoeden is half november door de minister van VWS overgenomen. Enkele vragen en antwoorden over het coronavirusmedicijn én de beoordelingsprocedure.

Tekst Edith Bijl

Beeld Fabian Sommer (ANP), Marcel van den Bergh (ANP)

Hoe werkt Paxlovid?

Het medicijn Paxlovid bestaat uit de stoffen nirmatrelvir en ritonavir. Het middel remt de vermenigvuldiging van het coronavirus, waardoor patiënten minder ernstig ziek worden. Mensen moeten dan wel zo snel mogelijk met de pillenkuur starten; in elk geval binnen vijf dagen na het begin van de symptomen. Een kuur van tweemaal daags drie pillen, vijf dagen achtereenvolgend, verlaagt de kans op ziekenhuisopname of ernstige ziekte bij een kwetsbare groep coronapatiënten. Uit onderzoek is gebleken dat bij mensen zonder antistoffen die een coronavirusinfectie hebben, een behandeling met Paxlovid in 1,4 procent van de gevallen leidt tot een ziekenhuisopname. Van de personen die een placebo ontvingen, belandde 11,4 procent van de gevallen in het ziekenhuis.

Voor welke groepen wordt Paxlovid vergoed?

Het Zorginstituut adviseerde om Paxlovid alleen vanuit het basispakket van de zorgverzekering te vergoeden voor de volgende medische risicogroepen:

- Mensen zonder antistoffen tegen corona, die tegelijkertijd een verhoogd risico hebben door hun gezondheid. Denk aan kwetsbare ouderen of patiënten met een ernstige hart- of longaandoening.
- Mensen met een ernstig verminderde afweer die onder behandeling zijn bij een medisch specialist. Denk hierbij bijvoorbeeld aan mensen die kort geleden een orgaantransplantatie hebben ondergaan. Of aan kankerpatiënten die minder dan drie maanden vóór hun vaccinatie chemotherapie hebben gehad.



Kuipers: “Patiënten die dit medicijn nodig hebben, kunnen het nu ook snel krijgen”

Waarom niet voor iedereen?

Gebleken is dat het medicijn niet zinvol is voor patiënten die niet tot bovenstaande risicogroepen behoren. Dit is ook wat het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) in een eerste beoordeling heeft geconcludeerd. Een van de redenen hiervoor is dat het grootste deel van de Nederlandse samenleving inmiddels een vorm van immuniteit heeft tegen het coronavirus, bijvoorbeeld omdat mensen gevaccineerd zijn of een besmetting hebben doorgemaakt.

Waarom kon Paxlovid sneller worden beoordeeld?

Om het medicijn sneller beschikbaar te stellen voor mensen uit de medische risicogroepen, verleende het Zorginstituut een ‘voorlopige vrijstelling’ voor de analyse van de kosteneffectiviteit. Dat houdt in dat het Zorginstituut op een later moment beoordeelt in hoeverre de effecten van het medicijn de hoogte van de prijs rechtvaardigen. Overigens heeft het wel enige tijd geduurd voordat het Zorginstituut überhaupt kon starten met de beoordeling van Paxlovid. Wij moesten daarvoor namelijk eerst de in-

formatie van fabrikant Pfizer afwachten. Dit betrof een onderzoek waaruit bleek dat het middel van toegevoegde waarde is. We ontvingen deze informatie afgelopen september van Pfizer. In het licht van de dreigende najaarsgolf hebben wij het advies vervolgens met spoed tot stand gebracht.

Wat zijn de kosten van Paxlovid?

De kosten voor de vergoeding van Paxlovid uit het basispakket worden op dit moment ingeschat op een bedrag tussen de 33 en 74 miljoen euro in het komende jaar. De fabrikant vraagt 1.242 euro voor een behandeling. In ons advies aan de minister benadrukken wij dat die prijs veel hoger is dan de in de media genoemde prijzen in andere landen. De Amerikaanse overheid zou bijvoorbeeld 500 dollar per behandeling betalen.

Hoe gaat het nu verder?

Minister Kuipers van VWS heeft ons positieve advies overgenomen, waardoor Paxlovid sinds 15 november 2022 wordt vergoed uit het basispakket van de zorgverzekering. Kuipers lichtte dat besluit als volgt toe: “Corona heeft nog steeds een grote maatschappelijke impact en zeker op mensen met een kwetsbare gezondheid. Daarom neem ik het advies van het Zorginstituut over om Paxlovid te vergoeden vanuit de basisverzekering. Patiënten die dit medicijn nodig hebben, kunnen het nu ook snel krijgen.” Het Zorginstituut evalueert over een jaar of een herbeoordeling van Paxlovid nodig is. ●

OP RECEPT

Paxlovid is alleen te verkrijgen via een recept van de behandelende arts. Omdat de kuur binnen vijf dagen na een infectie moet worden gestart, is het op recept beschikbaar via de openbare apotheek. De behandelkuur duurt vijf dagen en omvat in totaal dertig tabletten.

Open Universiteit-hoogleraar Catherine Bolman:

“E-health bij kwetsbare groepen verdient extra aandacht”

E-health kan gezondheidsverschillen tussen lager- en hogeropgeleiden verkleinen. Maar door vaak onbegrijpelijke gezondheidsinformatie en gebrek aan digitale vaardigheden stukt het gebruik van e-health bij laagopgeleide burgers. En daarmee komt de zorgvraag van kwetsbare groepen in de knel, waarschuwt prof. Catherine Bolman, sinds 2019 hoogleraar e-healthtoepassingen aan de Open Universiteit (OU).

Tekst Loek Kusiak

Beeld De Beeldredactie | Marcel van Hoorn

“Nederlanders zijn op veel gebieden digitaal actiever dan ooit. Maar slechts een beperkte groep patiënten, meestal goed opgeleid, profiteert van digitale toepassingen in de zorg”, constateert professor Bolman. Zij doet onderzoek naar het bereik en het gebruik van e-healthtoepassingen bij kwetsbare doelgroepen. Denk daarbij aan lageropgeleiden, verstandelijk gehandicapten, arbeidsmigranten en ouderen met een of meerdere chronische ziekten bij tegelijk afnemende mantelzorg. “Allemaal groepen die het qua gezondheid en digitale vaardigheden slecht doen”, meent Bolman. “Daarnaast zijn vergrijzing en toenemende armoede verzwarende factoren. De grote uitdaging is hoe we deze mensen in de digitale zorgtransitie meenemen en zelfredzamer maken als straks het face-to-facecontact met zorgverleners zal afnemen.”

Volgens het CBS (2019) maakt slechts 30 procent van de laagopgeleide mensen gebruik van e-healthplatforms, tegenover 78 procent van de hogeropgeleiden. Onder 65-plussers is het gebruik van digitale tools het minst populair. Ongeveer 2,5 miljoen Nederlanders zijn laaggeletterd. Zij kunnen medicijnbijsluiters of gezondheidsbrochures vaak niet goed

lezen en hebben moeite met het gebruik van smartphone, tablet of computer. “We moeten ervoor zorgen dat de gezondheidskloof tussen hoger- en lageropgeleiden door de inzet van digitale tools niet groter wordt”, is de boodschap van Bolman aan bestuurders, beleidsmakers en zorgverzekeraars. “Lageropgeleiden dreigen buiten de boot te vallen als ze niet met online tools kunnen omgaan. Terwijl juist zij van online hulp zouden kunnen profiteren.”

Weinig tekst

Bolman noemt enkele voorwaarden om e-healthinterventies kansrijk te laten landen bij kwetsbare groepen en lageropgeleiden: “Allereerst ontwikkel je apps en andere digitale tools altijd in co-creatie met de eindgebruikers. Je bouwt een eerste prototype en kijkt steeds weer met patiënten wat er moet veranderen. Sowieso moet de informatie die de app of website verstrekt makkelijk te begrijpen zijn. Met weinig tekst dus. De informatie moet bovendien betrouwbaar zijn en de privacy van de gebruiker waarborgen. En dat kan van veel online tools helaas nog niet gezegd worden.”

Geestdrift

Of kwetsbare groepen zoals laagopgeleiden zich tot e-health laten verleiden, wordt

volgens Bolman mede bepaald door de geestdrift en de motivatie van zorgprofessionals om e-health in hun dagelijkse praktijk in te zetten. “Als zorgverleners er zelf niet in geloven, of niet de tijd nemen om patiënten te overtuigen van de voordelen, blijven nuttige digitale toepassingen liggen. Neem patiënten met hartfalen, voor wie online monitoring al beschikbaar is. Ze hoeven minder vaak de deur uit voor ziekenhuisbezoek. Wie wil dat gemak niet? Dat is passende zorg, en tegen lagere kosten.”

Bolmans onderzoeksgroep deed voor de platforms Minddistrict en Therapieland ook onderzoek naar de inzet van e-mentalhealth door de praktijkondersteuner (POH) die bij de huisarts verantwoordelijk is voor de geestelijke gezondheidszorg. Bolman: “We zien dat de stap naar een digitaal aanbod sterk afhangt van het enthousiasme van de POH. Hoe bezielder de POH, des te eerder is iemand voor online therapie te motiveren.”

Betaalmuur

Paradoxaal genoeg wordt acceptatie en grootschalige implementatie belemmerd door de wildgroei aan online tools en platforms, meent Bolman: “Dat versnipperde aanbod komt door de marktwerking in de zorg. Er zijn veel e-healthplatforms en ziekenhuizen die vergelijkbare toepassingen en online diensten aanbieden. Maar mensen met lage vaardigheden kunnen hierdoor niet of moeilijk beoordelen wat nu bij hen past.” Bolman signaleert nog een hindernis om met e-health aan de slag te gaan: “Dat is de betaalmuur waar commerciële partijen hun digitale zorgtools achter zetten. Openbronsoftware ('open source') kan een deel van de oplossing zijn. Onderzoekers kunnen namelijk moeilijk voldoende financiering bij de overheid vinden om een online tool samen

VOORBEELDEN ONLINE TOOLS

Een voorbeeld van een veel geraadpleegde interventie die Bolmans onderzoeksgroep ontwikkelde is de KankerNazorgWijzer. Dit online programma ondersteunt mensen in de herstelfase van kanker, bijvoorbeeld bij somberheid en vermoeidheid. OU-onderzoekers ontwikkelden ook een beweeginterventie voor mensen met prostaat- en darmkanker en verrichtten studies naar online stoppen met roken. Tijdens corona was Bolman lid van de Taskforce Digitale Ondersteuning die het ministerie adviseerde over de ontwikkeling van de coronamelder-app. Met Luscii, het zorgplatform van zorg-ICT-pionier Daan Dohmen, onderzoekt een promovendus van Bolman of en hoe apps voor zelfmanagement bij COPD-patiënten gebruiksvriendelijker gemaakt kunnen worden. “Dat moet ook wel, net zoals ook beeldbellen meer nodig is”, onderstreept Bolman. “Door de toename van het aantal COPD-patiënten kunnen artsen live controlebezoeken van twee keer per jaar niet meer aan. Door het personeelstekort moet de zorg meer op afstand en kosteneffectiever worden ingericht.”



“Lageropgeleiden dreigen buiten de boot te vallen als ze niet met online tools kunnen omgaan. Terwijl juist zij van online hulp zouden kunnen profiteren”

met een commerciële partij te ontwikkelen. Is de tool eenmaal *evidence based* effectief dan is het logisch - gezien de ontwikkelbijdrage van de overheid - om zo'n tool ook breed beschikbaar te maken. En niet alleen voor de abonnees of klanten van die ene partij.”

Laagdrempeliger

Ook medisch-ethische toetsingscommissies werpen onnodig drempels op, constateert Bolman: “Dan gaat het om zogeheten inclusiviteit van onderzoek, oftewel participatie van lageropgeleiden aan onderzoek naar de bruikbaarheid van online tools. Deelnemers moeten door zo'n commissie zeer uitgebreid geïnformeerd worden, maar dat gebeurt vaak in onbegrijpelijke informatiebrieven. Deelnemers haken dan al op voorhand af. De overheid kan stimuleren dat dit allemaal veel laagdrempeliger wordt. De innovatie van digitale tools gaat immers snel. Steeds komt er iets nieuws bij. Ook dat maakt het zeer urgent om laagopgeleide patiënten hier tijdig in te betrekken.” ●

Feiten & Cijfers



Dat rapportcijfer geven Nederlanders aan het vertrouwen in hun medicijnen. In 2018 gaven mensen hiervoor nog een 7,9. Nederlanders geven coronavaccins een 6,8. Vaccins in het algemeen krijgen een 7,8.

BRON: NIVEL, IN OPDRACHT VAN HET CBG

544 miljoen euro

hebben Nederlandse ziekenhuizen in 2021 uitgegeven aan personeel niet in loondienst. In de ouderenzorg is dat zelfs 1,6 miljard euro.

BRON: BDO



14 procent van de Nederlanders overweegt om de aanvullende verzekeringen op te zeggen om zo kosten te besparen. 41 procent van deze groep verwacht ook zorg te gaan mijden.

BRON: INDEPENDER



De bouw van 450.000 levensloopbestendige woningen kan **105.000 zorgbanen** en de inzet van **130.000 mantelzorgers** besparen.

BRON: SYNTRUS ACHMEA, ZILVEREN KRUIS EN ONDERZOEKSBUREAU ABF

78 procent van de Nederlanders is bereid om te betalen voor zorgbehandelingen waar ze zelf (nog) geen gebruik van maken. Die bereidheid is licht toegenomen; in 2013 was dit 73 procent.

BRON: BAROMETER SOLIDARITEIT VAN NIVEL

21.000

mensen wachten in Nederland op een plek in een verpleeghuis.

BRON: ACTIZ



Coronaprikken hebben bijna **88.000 ziekenhuis-opnames** in ruim een jaar tijd voorkomen. Dit blijkt uit een 'voorzichtige schatting' van het RIVM.

BRON: RIVM

Jaarlijks verdampt minstens **100 miljoen euro** aan weggegooid ongebruikte medicijnen. Daarom experimenteert Radboudumc met heruitgifte van medicijnen. Dit leidde tot een besparing van **600.000 euro** aan medicijnkosten.

BRON: RADBOUDUMC



24 procent van de jonge dokters heeft last van burn-outklachten. In 2020 was dit nog 14 procent.

BRON: DE JONGE SPECIALIST (DJS)

Door verlaging van de administratieve druk bij zorg vanuit de Zvw komen **1.600 tot 2.800 banen** in de zorg vrij en kan **57 tot 119 miljoen euro** worden bespaard. Vooral bij de farmacie, medisch-specialistische zorg en wijkverpleging valt veel te besparen.

BRON: PWC



Grote verschillen in wachttijden voor operaties tussen umc, ziekenhuis en zbc:



Wachttijd umc:

Knievervanging	28,8 weken
Heupvervanging	24,6 weken

Wachttijd ziekenhuis:

Knievervanging	13 weken
Heupvervanging	12 weken

Wachttijd zbc:

Knievervanging	4 weken
Heupvervanging	4 weken

BRON: NZA

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

De stelling van Eric Steegers

“Je postcode is belangrijker voor je gezondheid dan je DNA”

Wie opgroeit in armoede en sociale instabiliteit kan zich daar moeilijk aan ontworstelen. Kinderen uit achterstandswijken beginnen het leven al met een achterstand. Dat mag geen wetmatigheid zijn, vindt professor Eric Steegers, gynaecoloog en hoogleraar aan het Erasmus MC. Iedere moeder verdient een gelijke kans op een gezond en kansrijk kind. Hij pleit daarom voor passende zorg in de vorm van maatschappelijke betrokkenheid, praktische hulp en het stimuleren van zelfregie. De baby mag niet het kind van de rekening zijn.

Tekst Robert van der Broek

Beeld Rogier Chang

“Mensen zoals wij leven in een bubbel. We denken al gauw dat het leven dat wij leiden een maatstaf is. Ook ik leefde in een bubbel toen ik vanuit Nijmegen naar Rotterdam verhuisde. Vanuit mijn nieuwe werkkamer keek ik uit op de wijk Charlois in Rotterdam-Zuid. De zwangere moeders die daarvandaan kwamen, zag ik op het spreekuur. En dat was ontvullend. In Nijmegen had ik ook moeders met vroeggeboortes en baby's met een te laag geboortegewicht gezien, maar dat was niets vergeleken met de problemen waarmee de moeders hier kampten. Het was een cumulatieve van armoede, verslavingen, slechte voeding, schulden en huiselijk geweld. Niet één of twee problemen, nee, een *berg* problemen. Rotterdam eindigt in de meeste peilingen bovenaan als het gaat om armoedeproblematiek. De oorzaak: achterstand en armoede. Ik zag het met eigen ogen en dacht: daar moet wat aan gebeuren.”

Zelfregie teruggeven

“Ik ben met een plattegrond van de stad naar de wethouder gestapt. Op die plattegrond stonden de niveaus van babysterfte met een kleurtje in de wijken aangegeven. Charlois

kleurde vuurrood. Uit het overleg met de gemeente Rotterdam kwam toen het programma ‘Klaar voor een Kind’ voort, uitgevoerd door GGD-Rijnmond en het Erasmus MC. De kern van dit project was het combineren van medische en sociaal-maatschappelijke hulpverlening in de zorg voor zwangere vrouwen. Het is ook landelijk uitgerold. Ook zijn we ‘Moeders van Rotterdam’ gestart. Dit is een gezamenlijk project van het gemeentelijk Bureau Frontlijn, de stichting De Verre Bergen en mijn eigen Erasmus MC. Hiervoor zoeken we met maatschappelijk werkers zwangere vrouwen in achterstandswijken op. Er gaat dan iemand langs, belt aan en begint een gesprek. Luistert welke problemen er zijn en maakt een stappenplan om die problemen een voor een aan te pakken. Zoals samen naar de verloskundige gaan. Samen een gesprek voeren met de schuldsanering. Ontzorgen dus. Alles wat op dat moment nodig is om de zelfregie terug te geven. Veel vrouwen staan er alleen voor. Ze zijn in de steek gelaten door hun man, zijn ongewenst zwanger, werkloos of verslaafd. Uit schaamte sluiten ze zich af van de wereld. Of ze weten niet waar ze moeten zijn voor hulp. Als wij ze niet de weg wijzen, blijven de problemen zich opstapelen. Wij kunnen zorgen dat ze niet te laat in de zwangerschap op controle komen.

Hoewel we niet precies weten hoe groot de kans is dat een moeder na onze begeleiding terugvalt in haar oude patroon en bijvoorbeeld opnieuw ongewenst zwanger wordt, hebben we veel vrouwen kunnen helpen om een gezonde baby op de wereld te zetten. De gemeente Rotterdam heeft deze dienstverlening inmiddels opgenomen in de reguliere zorg door wijkteams.”

Sociale omstandigheden

“‘Moeders van Rotterdam’ is een mooi voorbeeld van ‘sociale verloskunde’: het terugdringen van kansengelijkheid vanaf het moment van ‘kinderen willen krijgen’ en de zwangerschap. Aan perinatale sterfte en ziekte liggen namelijk niet alleen medische oorzaken ten grondslag. We moeten mensen veel meer zien in hun sociale context: waar komen ze vandaan, hoe leven ze, welke problemen hebben ze? Iemand is een product van zijn afkomst. Je postcode is misschien wel van grotere invloed op je gezondheid dan je DNA. Roken is bijvoorbeeld de grootste risicofactor voor onvoldoende groei van het ongeboren kind. Dat is medisch bewezen. Maar roken is óók een gevolg van stress en dus van sociale omstandigheden. Stress speelt een grote rol bij psychische problemen en bij ontbrekende anticonceptie. ►

“Wij nemen de moeders letterlijk bij de hand. Sommige dokters zeggen: daar zijn wij niet voor. Ik vind dat je daar wél voor moet zijn. Dat is passende zorg: het aanpakken van gezondheid, maatschappelijke problemen en zelfredzaamheid”

Prof. dr. Eric Steegers is hoogleraar Verloskunde en Gynaecologie en hoofd van die afdeling van het Erasmus MC. Hij werd opgeleid tot gynaecoloog in het Academisch Ziekenhuis Nijmegen, het Queen's Medical Centre in Nottingham, Engeland en het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven.

Als we willen voorkomen dat kinderen uit huis worden geplaatst, moeten we scherp zijn op anticonceptie. Dat moet je in het kader van ‘samen beslissen’ bespreekbaar durven maken. Wij nemen de moeders letterlijk bij de hand. Sommige dokters zeggen: daar zijn wij niet voor. Ik vind dat je daar wél voor moet zijn. Dat is passende zorg: het aanpakken van gezondheid, maatschappelijke problemen en zelfredzaamheid. Voor ‘Moeders van Rotterdam’ maken de professionele hulpverleners ook gebruik van hogeschoolstudenten. Ik probeer nu ook studenten geneeskunde te mobiliseren. Ze zien dan wat échte armoede is. Als je dat niet weet, vind ik dat je geen goede zorg levert.”

“Als je niet weet wat échte armoede is, kun je ook geen goede zorg leveren”

Bekommerzorg

“Van collega’s hoor ik wel eens: ‘Dat is nou typisch Rotterdams, die bemoeizorg’. Je gaat vrouwen toch niet vragen naar hun privéleven? Of ze schulden hebben? Of dat hun man losse handjes heeft? Nee, zeg ik dan,

dat is geen bemoeizorg maar bekommerzorg! Je moet toch naar elkaar omkijken? Het is mijn ervaring dat moeders het juist fijn vinden als iemand vraagt hoe het met ze gaat. Ik weet wel waarom sommige van mijn collega’s dat gesprek niet aangaan. Vraag je naar iemands probleem, dan wordt het jòuw probleem. En dan moet je daar iets mee. Toch is die angst ongegrond. Je hoeft namelijk echt niet zelf sociale problemen op te lossen. Daar is je spreekuur te kort voor. Maar je kunt die hulp wel *organiseren*, samen met de sociaal-maatschappelijke dienst van de gemeente. Kwestie van kijken, vragen en faciliteren. Zo hebben wij op de afdeling verloskunde een spreekuur ‘Gezond zwanger worden’. Daar krijgen alle aanstaande moeders en zwangere vrouwen advies over gezonde leefstijl en voeding. De dokters hoeven dat zelf niet te doen. We hebben ook speciale spreekuren voor preconceptiezorg. Vrouwen met chronische ziekten of een eerdere gecompliceerde zwangerschap krijgen dan advies wat te doen met de medicatie. Er wordt ook een plan van aanpak voor een komende zwangerschap gemaakt. Dat is ook belangrijk tussen twee zwangerschappen in. Na verwijzing door een jeugdarts kunnen een consultatiebureau of een huisarts of verloskundige veel alerter zijn op gezondheidsrisico’s voor een volgende zwangerschap.”

Ontschotten

“Armoede heeft grote impact op de gezondheid. Een pasgeboren kind begint dus al met een grote achterstand. En heeft ook minder kansen later in het leven. Slechte sociale omstandigheden leiden tot een hoge zorgvraag, maar het werkelijke probleem wordt niet aangepakt. Dit blijkt uit onderzoek van het Zorginstituut ook de meeste reacties op te roepen¹. Behalve die individuele aanpak is een betere organisatie van het zorgstelsel nodig. Er zitten nog te veel schotten tussen verloskundigen, gynaecologen en kraamverzorgsters, en tussen kraamzorg en jeugdgezondheidszorg. Wij zorgverleners zijn er niet alleen om ziekten te behandelen, maar om uit onze hokjes te komen en barrières te slechten. We staan nog te ver af van de levens van onze patiënten. Wat mij is bijgebleven is de totale ontredde-ning én de kracht van mensen die in armoede leven en ondanks alles nog waardigheid tonen. Ze zijn kwetsbaar en tegelijkertijd trots. Ik heb zelf twee kinderen en vier kleinkinderen. Ik heb daarom echt bewondering voor moeders die in moeilijke omstandigheden nog dankbaar kunnen zijn voor het kleine beetje hulp dat ik ze kan geven.” ●



¹ Resultaten bewustwordingscampagne #DeZorgVanMorgen, Zorginstituut Nederland, mei-juni, 2022

Focus en ambitie Zorginstituut Nederland 2023

Kort geleden heeft het Zorginstituut het Jaarplan 2023 samengesteld. Hieronder tonen wij u in vogelvlucht de belangrijkste punten uit dit plan.



Bijdrage Zorginstituut Samenstellen Pakket van goede verzekerde zorg



Zorginstituut neemt kwaliteitskader op in Register

Hoogwaardige forensische zorg in kwaliteitskader vastgelegd

Per 1 oktober is het Kwaliteitskader Forensische Zorg opgenomen in het openbaar Register van het Zorginstituut. Het kader helpt professionals om goede, veilige en gepaste forensische zorg te leveren.

Tekst Edith Bijl

Beeld Kim van Dam (ANP)

Het Kwaliteitskader Forensische zorg is ontwikkeld door professionals uit het veld, beroepsverenigingen, brancheorganisaties, organisaties van patiënten/cliënten en de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI). Zij beschrijven in het kader hun gedeelde visie over goede forensische zorg en hoe die zorg zich kwalitatief kan blijven ontwikkelen. Het kader is een aanvulling op de programma's, eisen en richtlijnen die partijen in de forensische zorg eerder ontwikkelden om de kwaliteit in de sector te verbeteren.

Duidelijkheid

Het kader helpt professionals om goede, veilige en gepaste forensische zorg te leveren. Het is een hulpmiddel bij het maken van keuzes in de praktijk en ondersteunt hen om samen te leren, te ontwikkelen, te reflecteren en vervolgens te verbeteren. Het geeft duidelijkheid aan patiënten en hun naasten, aan de politiek en aan de samenleving over wat kwalitatief goede forensische zorg is en hoe die zorg zich kwalitatief kan blijven ontwikkelen.

In september stelde het Zorginstituut vast dat het kwaliteitskader voldoet aan het Toetsingskader. De betrokken partijen zijn blij met de inschrijving in het Register. Het is



een belangrijke stap in de doorontwikkeling van de kwaliteit binnen de forensische zorg. Zij kunnen nu door met de implementatie van het kader binnen de eigen organisatie.

Bijzondere situatie

Om dit kwaliteitskader op te kunnen nemen in het Register moest eerst de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) worden aangepast. Volgens deze wet konden kwaliteitsstandaarden alleen worden opgenomen als deze 'tripartiet' worden aangeboden. Dat betekent dat ze door drie partijen - cliënt-organisaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars - moeten worden aangeboden. Maar in de forensische zorg is de zorgverzekeraar geen partij. Dankzij de wetswijziging kan nu de minister voor Rechtsbescherming als aanbieder partij optreden. Daardoor kon nu voor het eerst een kwaliteitskader voor forensische zorg worden opgenomen in het Register. ●

WAT IS FORENSISCHE ZORG?

Forensische zorg wordt meestal door de rechter opgelegd als onderdeel van een (voorwaardelijke) straf en/of maatregel aan iemand met een psychisch/psychiatrische stoornis of verstandelijke beperking die een strafbaar feit heeft gepleegd. Voor de veiligheid van de samenleving is het van belang dat zij, naast de noodzakelijke beveiliging, een passende behandeling ontvangen. Dat kan zowel geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg als verstandelijk gehandicaptenzorg zijn. Forensische zorg beweegt zich op het snijvlak van twee werelden: die van het strafrecht en die van de zorg.

De Culturele Apothekers schrijven voor bij...

Klimaatescapisme

De wereld staat in brand en alles wat ooit leek te werken, loopt vast. Van arbeidsmarkt tot asielopvang, van stikstofbeleid tot woningmarkt, alles lijkt piepend en krakend tot stilstand te komen. Behalve de opwarming van de aarde dan. Die heeft er lekker stevig de pas in. Nou is dat zo'n sluipend en alomvattend proces, dat het moeilijk is om het beest in de bek te kijken. Het gros van de mensheid is geneigd om de blik af te wenden. Om lastige keuzes voor zich uit te schuiven. Om nieuws over de zoveelste smeltende gletsjer over te slaan. Om een column over klimaatproblemen vooral niet te lezen.

Ziektebeeld

Bemerkt u ook tegenzin om aan dit stukje te beginnen toen u 'klimaatescapisme' zag staan? Dacht u ook: pff, niet wéér iets over de ondergang van de aarde? Heeft u in deze donkerste tijd van het jaar vooral behoefte aan troostverhalen over warmte en liefde? Hunkert u naar bacchanalen met de cv op 21 graden en tafels overladen met voedsel? Of lonkt de winterslaapgedachte? Wilt u de dekens over uw hoofd trekken en zo ontsnappen aan de harde werkelijkheid die op de poort staat te kloppen? Het gaat niet werken. Ooit moet de tafel weer afgeruimd of dat hoofd weer boven de dekens uit. En wij Culturele Apothekers geloven in het motto van schrijver Julian Barnes: "Als je een geweldig boek leest, ontsnap je niet aan het leven, maar duik je er juist in." Daarom schrijven we u graag een geweldig boek voor dat u het leven ten diepste laat voelen. Dat misschien een beetje zeer doet, maar waarbij dat niet geeft.

Literaire medicatie

Wij raden u *Het lied van de tijd* van de Engelse schrijfster Julia Blackburn aan. Dit boek laat je letterlijk duiken; de Noordzee in, naar het verzonken land dat daar op de bodem ligt, tussen het huidige Engeland en Nederland in. Doggerland heet het. Ooit, wel honderdduizenden jaren terug, leefden hier mensen en dieren, zo blijkt uit de pijlpuntjes die Blackburn bij haar strandwandelingen vindt. Uit de oeroude sedimentlagen met sporen van mammoeten die worden blootgelegd door afkalvende kliffen. Uit de tere voetafdrukken van vele duizenden jaren terug die door een getijdenverandering opeens naar het aardoppervlak werden teruggeduwd. Blackburn doolt, graaft en speurt langs de kustlijn van Engeland en Nederland. Je vraagt je een tijdje af waarom, tot je snapt dat het haar troost. Dat je bang kunt zijn voor de toekomst, voor een vloedgolf nu het poolijs smelt, een nieuwe ijstijd wellicht. Maar dat je ook kunt omzien en bedenken: het water gaat al zo oneindig lang op en neer. Waar ooit land was is nu iets anders. Waar nu zee is komt ooit wel weer land. Wat is wordt altijd wat was. En dan ontstaat er ook weer iets nieuws. Die gedachte helpt, een beetje, om te kunnen bevatten wat er gaande is met de aarde.

Mogelijke bijwerkingen

Het kan natuurlijk dat u na het lezen van *Het lied van de tijd* onrustig blijft over klimaatverandering. Dan helpt het om alsnog dingen te gaan dóén. Volg bijvoorbeeld het advies van dichter Rian Visser en word een Klimaat-ridder: *Nu douch ik koud / tot ik tintel en prikkel. / Ik ben een ridder / voor het klimaat. / Ik ben een bikkel.* (Uit: Dichter No. XXV, Plint 2022)



Voortgang Zinnige Zorg-programma:

Verbeterpunten in de praktijk

Het Zinnige Zorg-programma van het Zorginstituut heeft tot nu toe zeventien verbeterpunten opgeleverd. Hoe zijn de daarin geformuleerde verbeterpunten in de praktijk geïmplementeerd*? Op vele manieren: van richtlijnontwikkeling tot scholingsprogramma's en keuzehulpen. Dat blijkt uit de voortgangsrapportage die onlangs naar de minister van VWS is gestuurd. Onderstaande illustratie toont de diverse uitkomsten, inclusief enkele concrete voorbeelden. De komende jaren blijven we partijen ondersteunen bij de implementatie van de verbeterpunten. Deze dragen immers bij aan meer passende zorg.



* Niet alle voorbeelden op deze pagina zijn direct het gevolg van het Zinnige Zorg-programma. Vanuit het programma hebben wij wel bijgedragen aan het in gang zetten van de implementatie, maar we zijn niet altijd de initiator geweest.



“In de handreiking hebben we de wet uitgelegd. Met succes; we krijgen nu veel minder vragen dan voorheen”

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 de handreiking ‘Hulpmiddelen voor cliënten met een Wlz-indicatie’.

Tekst Edith Bijl

Beeld Ron Zwagemaker en De Beeldredactie | Lex van Lieshout

aan het bureau

Mascha den Haan is juridisch adviseur bij het Zorginstituut.

“De hulpmiddelenzorg voor cliënten met een Wlz-indicatie is complex geregeld. Of de cliënt het hulpmiddel vanuit de Wlz ontvangt, is afhankelijk van het soort hulpmiddel en van de wijze waarop de cliënt de zorg geleverd krijgt. Vaak moet de Wlz-client voor vergoeding van hulpmiddelen ook een beroep doen op zijn zorgverzekeraar of de gemeente. Dat maakt het lastig om duidelijk te krijgen in welke situatie welke hulpmiddelen vergoed worden. Vanuit de praktijk werden schema’s gehanteerd, maar die klopten vaak niet of spraken elkaar tegen. Wij kregen hier dan ook veel vragen over binnen, zowel van cliënten als van zorgkantoren en zorgaanbieders. Na een overleg met VWS hebben mijn collega Sandra Reus en ik toen een handreiking geschreven. Deze is eind 2020 gepubliceerd.

Eigenlijk zijn er drie belangrijke aanspraken in de Wlz: ‘roerende voorzieningen’, ‘hulpmiddelen in verband met de in de instelling gegeven zorg’ en ‘individueel gebruik van mobiliteitshulpmiddelen’. Wat het moeilijk maakt, is dat de aanspraken qua omschrijving wat overlap hebben en niet altijd makkelijk van elkaar te onderscheiden zijn. Bovendien vallen onder de derde aanspraak alleen de mobiliteitshulpmiddelen die expliciet in de wet zijn opgenomen. Zo wordt bijvoorbeeld wel de rolstoel vergoed, maar niet de trippelstoel. Hiervoor moet men dan weer een beroep doen op de zorgverzekeraar. Ook maakt het uit hoe je de zorg geleverd krijgt: verblijf met behandeling of zonder behandeling of met een Wlz-indicatie thuis. Er zijn vele variabelen die bepalend zijn of zorg wel of niet vanuit de Wlz wordt vergoed. In de handreiking hebben we de wet uitgelegd en geprobeerd duidelijkheid te scheppen. Met succes; we krijgen veel minder vragen dan voorheen. Toch zullen die vragen blijven komen zolang de betreffende wetgeving niet eenvoudiger wordt gemaakt. Ik denk dat daarin nog veel te winnen is.”



“Waarom vallen loophulpmiddelen niet ook onder de mobiliteitshulpmiddelen? Dan krijgen onze cliënten ze gewoon vanuit de Wlz”

aan het bed

Tom Verelzen is fysiotherapeut bij ’s Heeren Loo, locatie Monster.

“’s Heeren Loo is een landelijke aanbieder van zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Veruit de meeste mensen hebben hier een Wlz-indicatie voor verblijf met behandeling. Toch hebben wij regelmatig vragen over de wetgeving rond de vergoeding van hulpmiddelen. De handreiking is voor mij duidelijk, maar ik denk dat de wetgeving hiaten vertoont. Neem de vergoeding van mobiliteitshulpmiddelen. Daar vallen vijf soorten hulpmiddelen onder, waarvan er drie voor onze cliënten relevant zijn: de rolstoel, de scootmobiel en de aangepaste fiets. Wat *niet* onder de Wlz valt, zijn de loophulpmiddelen, variërend van een eenvoudige rollator tot een aangepaste loopfiets of loopwagen. Deze regelgeving werkt misschien goed in een verpleeghuis, waar ouderen slechts één keer een rollator hoeven aan te schaffen. Maar dat is een heel andere situatie dan die van een verstandelijk beperkte (jong)volwassene die zijn leven lang bij ons verblijft. Hier worden loophulpmiddelen intensiever gebruikt. En er is meer ‘ander’ gedrag, waardoor er eerder hulpmiddelen kapot gaan. Sommige cliënten verbruiken drie à vier rollators per jaar. Bovendien hebben veel cliënten een aangepaste en dus duurdere loophulp nodig. Moeten we hen die duurdere loophulp (ook) zelf laten betalen? Dat vinden wij oneerlijk. Maar wij mogen het volgens de wet ook niet voor hen betalen, want dan besteden we gelden op een oneigenlijke manier. Hoe dan wel? De handreiking van het Zorginstituut geeft aan dat een complexere loophulp vanuit de Zvw moet worden vergoed. Maar verzekeraars weigeren dat veelal en verwijzen naar de Wlz vanwege de Wlz-indicatie. En ondertussen krijgt de cliënt niet de benodigde zorg. Waarom al dat gedoe? Ik snap niet waarom mijn cliënt wel een rolstoel kan krijgen, maar geen rollator. Hoeveel makkelijker is het als de loophulpmiddelen ook onder de mobiliteitshulpmiddelen vallen. Dan krijgen onze cliënten ze gewoon vanuit de Wlz.”

Impact met !MPACT en Zorginstituut

Een team van negen studenten van de Technische Universiteit Eindhoven (TU/e) werkt aan !MPACT, een innovatieve celtherapie om een auto-immuunziekte te behandelen. Vorige maand kwam hun idee in de finale van de International Genetic Engineered Machine (iGEM) in Parijs als beste uit de bus. Het team denkt alvast na over de vergoeding van de celtherapie. Welke stappen moet je zetten om naar vergoeding toe te werken? En hoe past dat in het businessplan? Daarbij kwam het Zorginstituut in beeld.

Tekst Thijs Weustink

Beeld iGEM TU/e

“Met ons idee willen we innovatie van de gezondheidszorg stimuleren en de grenzen van synthetische biologie verleggen”, vertelt Jakob Scheele, tweedejaars masterstudent Biomedical Engineering. Scheele maakt

samen met Elisa Passet – ook tweedejaars – deel uit van het iGEM TU Eindhoven-team. Uiteindelijk moet !MPACT opgepakt worden door de markt. Daarom denken de studenten alvast na over de nieuwe technologie waar ze mee bezig zijn. Is het wel veilig? Hoe breng je het op de markt? Hoe kom je voor vergoeding in aanmerking?

Uitnodigend en open

Passet: “Het zijn basale vragen, waar je nú alvast over na moet denken. Het idee is nog volop in ontwikkeling. Als wetenschapper moet je altijd in je achterhoofd houden wat de impact is. Vandaar dat vergoeding bij ons al in beeld is, ook al duurt het nog wel even voor het zover is. Je moet er in een vroeg stadium over nadenken. We benaderden farmaceuten, advocaten, het RIVM, het Europees Geneesmiddelenbureau en ook het Zorginstituut. Eerlijk gezegd hadden we nog nooit van het Zorginstituut gehoord. Vanaf het eerste contact was het heel uitnodigend en open. We kregen het gevoel dat er naar ons geluisterd werd.”

!MPACT staat voor *Modular & Personalized Autoimmune Cell Therapy*. Vooral die M is interessant: die geeft aan dat de innovatie uiteindelijk voor meerdere ziekten toepasbaar kan zijn. Dat maakt het sterk voor het businessplan, legt Scheele uit. 4 procent van de wereldbevolking heeft een auto-immuunziekte; dat komt neer op vierhonderd miljoen mensen. Scheele: “Het idee richt zich nu op

In contact blijven met academici

Marijke de Vries, plaatsvervangend secretaris van de Wetenschappelijke Adviesraad Commissie Geneesmiddelen (WAR-CG) laat namens het Zorginstituut weten: “!MPACT is een mooi voorbeeld hoe we als Zorginstituut in contact komen met academici. Iets waar we graag actiever mee bezig willen zijn. Als zorg in Nederland voor vergoeding in aanmerking wil komen, dan moet de zorg voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Dat houdt in dat de relatieve effectiviteit wordt

beoordeeld. Voor wie onderzoek gaat doen en gaat meten hoe effectief een geneesmiddel is, is het goed te weten wat het Zorginstituut belangrijk vindt. Wij vinden het belangrijker dat de interventie iets oplevert ten opzichte van de standaard of gebruikelijke behandeling, dan de werkzaamheid ten opzichte van een placebo. Jaarlijks krijgen we enkele vragen uit de academische hoek, zoals van de TU/e. Dat mogen er best meer worden. We willen graag laten zien dat we benaderbaar zijn en geen *black box*.

Dat is ook noodzakelijk, want wie zich gaat verdiepen in het land van vergoedingen, komt in een groot web terecht waar overzicht soms ontbreekt. Een voorbeeld van een ontwikkeling om daar meer duidelijkheid in te scheppen, was het Meetup-event van de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO), het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) en het Zorginstituut. Daar zijn onderzoekers geïnformeerd over de verschillende stappen die nodig zijn voor het opzetten van studies,

registratie en vergoeding van een geneesmiddel.”

Onderzoek en wetenschap staan op de werkagenda van het Zorginstituut. Lees meer hierover via deze QR-code:



Het team (in de witte bloezen), van boven naar beneden en van links naar rechts: Jakob Scheele, Wouter Langers, Rian Driedijk, Femi Heslen, Floor van Bortel, Elisa Passet, Jolien Marcelis, Kim Wintraecken en Famke Klop.

Passet: “Als wetenschapper moet je altijd in je achterhoofd houden wat de impact van een nieuwe technologie is. Vandaar dat vergoeding bij ons al vroeg in beeld is”

ANCA-geassocieerde vasculitis (AAV). Bij deze zeldzame auto-immuunziekte raken de kleine bloedvaten in verschillende organen ontstoken. AAV ontstaat doordat het afweersysteem antilichamen aanmaakt en zo de eigen organen aanvalt. De ziekte komt voor bij een op de achtduizend mensen. Nederland telt ongeveer tweeduizend patiënten.”

Op de juiste plek

Passet: “AAV-patiënten verliezen kwaliteit van leven. De ziekte wordt momenteel behandeld met geneesmiddelen die de werking van het afweersysteem remmen. Deze immuunsuppressiva onderdrukken het gehele immuunsysteem in plaats van specifieke cellen. Hierdoor hebben ze vervelende bijwerkingen en verlagen ze de weerstand.” !MPACT gaat uit van celtherapie. Dat is op zich niet nieuw. Het wordt al toegepast

bij verschillende soorten kanker. Scheele: “Nieuw is de toepassing op auto-immuunziekten. Cellen ‘voelen’ het als er meer ANCA-antilichamen aanwezig zijn. De cel gaat dan zelf op het juiste moment en op de juiste plek interleukine-10 (IL-10) produceren.”

Met het Zorginstituut hebben de studenten tot dusver één verkennend gesprek gevoerd. Passet: “We hebben er een positieve indruk aan overgehouden. Er was direct bereidheid om ons te helpen. We kregen een presentatie over hoe vergoeding in z’n werk gaat. Dat was heel educatief. We vonden het fijn om beter te begrijpen wat het Zorginstituut doet. Als we verder in ons traject zijn, is het waardevol om opnieuw om de tafel te gaan.” ●

PRIJSWINNAARS

Aan iGEM doen wereldwijd ruim 350 teams mee uit meer dan veertig landen. In de finale presenteren alle teams zich aan de jury en worden prijzen uitgereikt op diverse niveaus en in verschillende categorieën. Het evenement telt vierduizend bezoekers. De studenten nemen op eigen initiatief deel, naast hun studie en met de ambitie om hun kennis te verbreden. Het TU/e-team geeft elk jaar het stokje door aan de volgende lichting, die met hetzelfde onderwerp verdergaat óf aan een nieuw onderwerp begint. Scheele: “We zijn trots en blij dat de jury !MPACT als beste heeft aangemerkt. Er deden 180 studententeams mee. De TU/e is hiermee voor het eerst kampioen bij iGEM.” Lees meer over !MPACT via onderstaande QR-code.

Via het tabblad *Human Practices* vindt u de tijdlijn met daarop het gespreksverslag met Noraly Stam van het Zorginstituut (Engels).





Kom werken bij het Zorginstituut!

In de zorg staan we voor een grote maatschappelijke opgave. Als we willen dat de zorg ook in de toekomst voor iedereen toegankelijk blijft, moet er nu iets veranderen. Kom bij ons werken en lever een bijdrage aan deze uitdaging!

Ga de uitdaging aan

Wij zoeken regelmatig bevlogen mensen die een bijdrage aan onze doelen willen leveren. Bijvoorbeeld door het beoordelen van geneesmiddelen op vergoeding uit het basispakket. Of door te onderzoeken wat zorgpartijen, patiëntengroepen en verzekeraars onder kwalitatief goede zorg verstaan. Maar ook door uit te zoeken hoe we de informatie-uitwisseling tussen zorgpartijen kunnen verbeteren. Hiervoor zoeken we collega's die oplossingsgericht en verbindend zijn en goed kunnen netwerken. Ben je nieuwsgierig en kijk je met een open blik naar je werk? Dan pas je goed bij ons!

Daarom werk je bij het Zorginstituut

Werken bij het Zorginstituut betekent op beleidsniveau bijdragen aan het goed en toegankelijk houden van de zorg. We werken in een politiek bestuurlijke omgeving aan complexe vraagstukken waar veel stakeholders bij betrokken zijn. Als beheerder van het basispakket hebben wij een unieke positie in de zorg. Dat maakt werken bij ons uitdagend en interessant. Er werken ongeveer 450 professionals. Dat kan vanuit ons kantoor in Diemen, vanuit huis of een andere plek; je uren zijn flexibel in te zetten. Wij zijn een organisatie waar je veel eigen verant-

woordelijkheid krijgt. Met ontwikkeltrajecten, opleidingen, cursussen en toegang tot een loopbaanadviseur kun jij je carrière bij ons op jouw manier vormgeven.

Nieuwsgierig geworden?

We zoeken regelmatig leuke collega's, denk aan projectleiders, geneesmiddelenbeoordelaars en adviseurs. **Kijk voor onze actuele vacatures op:**



“Een baan waar ik inhoudelijk uitgedaagd word én maatschappelijk iets kan bijdragen. Dat vind ik een waardevolle combinatie”



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:

Samora Calor

SEH-verpleegkundige in opleiding/
IC-verpleegkundige bij UMC Utrecht

“Als we de zorg toekomstbestendig willen houden, moeten we goed zorgen voor de patiënt, maar óók voor de zorgmedewerkers. Anders raken we hen kwijt. Tegelijk komen er wel meer patiënten, waardoor de werkdruk stijgt en de wachtlijsten langer worden. Die neerwaartse spiraal moeten we doorbreken. Maar hoe zorg je goed voor je zorgpersoneel? Bijvoorbeeld door hun meer inspraak te geven in werktijden en vakantieroosters, zodat die beter aansluiten bij hun individuele wensen. Daar moeten zorginstellingen een stuk flexibeler in worden en meer maatwerk bieden. Want als je dat niet doet, dan lopen mensen weg, of ze laten zich detacheren als zzp'er. Doe je dat wel, dan blijven medewerkers langer vitaal, ze voelen zich prettiger in hun werk en blijven langer voor je werken. In het UMC Utrecht zijn we al begonnen met zelf roosteren. Mensen hebben daardoor direct zelf invloed op hun rooster. Ook belangrijk: zorg ervoor dat mensen het werk in het ziekenhuis interessant blijven vinden. Maak het mogelijk om makkelijker ook op andere afdelingen te werken. Dat maakt het werk gevarieerder en vermindert de dagelijkse sleur. Zo wordt het werk ook voor de oudere en langer gediplomeerde verpleegkundigen een stuk boeiender. En de kruisbestuiving van kennis die dit tot gevolg heeft, maakt de zorg alleen maar beter. Investeer je op deze manier in je personeel, dan gaan je medewerkers met meer plezier naar hun werk en vertellen er enthousiaster over aan anderen. En dat is de beste pr voor je organisatie.”

Over zorg gesproken...

“Klachten van vrouwen lachen we al dertig jaar weg. Dat wordt nog steeds vaak afgedaan als gezeur.”

Angela Maas, cardioloog en auteur van ‘Hart voor vrouwen’, in Trouw (23 november 2022).

“Men lijkt te denken dat de inzet van technologie de toekomst is. Misschien kunnen we van de patiënt een robot maken die kan wachten op onze zorg.”

Zorgondernemer, logopedist en docent
Dienie Koolen-Goossens in een blog voor
Arts en Auto (27 oktober 2022).

“Het niet-koppelen van data is een verdienmodel waar ICT-leveranciers dik dik biefstuk van kunnen eten.”

Voorzitter Dirk Jan van den Berg van ZN pleit voor nationale architectuur voor data-uitwisseling in de zorg, op zorgvisie.nl (3 november 2022).

“Het perspectief van het IZA zou volksgezondheid moeten zijn en niet sleutelen aan het systeem ergens driehoog achter.”

Erik van Rossum, lector aan de Zuyd Hogeschool, op zorgvisie.nl (19 oktober 2022).

“Vroegtijdige screening op een licht verstandelijke beperking kan veel verloren levens voorkomen.”

Jeanet Nieuwenhuis, beleidspsychiater en onderzoeker bij GGNet, op zorgvisie.nl (30 september 2022).

“De arts heeft ‘mensen genezen’ als kerntaak, en heeft geleerd de dood als laatste medische misser te zien. Hiermee staat de deur naar ‘overpromise, underdeliver’ wagenwijd open.”

Mariska Koster, voormalig longarts, in een blog voor Arts en Auto (21 oktober 2022).

“Er gaat 100 miljard naar curatieve zorg en 3 miljoen naar preventieve. Terwijl iedere euro die je besteedt aan preventieve zorg 5 euro aan gezondheidswinst oplevert.”

Kinderarts Nico van der Lely, in de Volkskrant (29 oktober 2022).

“Foute en kwalijke ideeën zijn virussen van de geest. Net als ons lichaam heeft onze geest een immuunsysteem die ons behoedt voor schadelijke indringers. Ik beschouw het trumpisme als een soort immuunstoornis.”

Amerikaanse filosoof Andy Norman in De Morgen (14 oktober 2022).

“Innoveer nou niet zoveel, maar jat meer.”

CZ-topman Joep de Groot pleit voor meer samenwerking bij innovatie in de zorg, tijdens het congres Mobile Healthcare (3 oktober 2022).