



Zorginstituut Nederland

Zorginstituut magazine

Kwartaalblad van
Zorginstituut Nederland
juni 2024

| Perspectieven
voor passende
langdurige zorg

| Hoe komen
we tot meer
waardegedreven
kankerzorg?

Schelto Kruijff, hoogleraar Chirurgische oncologie

“Wij kunnen alleen
gezond leven als onze
leefomgeving gezond is”

Inhoud

6 Passende langdurige zorg

Binnen het Zorginstituut lopen op het gebied van de langdurige zorg meerdere projecten. Daarbij wordt steeds duidelijker dat toekomstbestendige passende langdurige zorg een andere balans vereist tussen formele en informele zorg.

12 Meer waardegedreven kankerzorg

Het *Signalement waardegedreven zorg voor mensen met kanker* schetst hoe te komen tot meer waardegedreven kankerzorg. “We moeten accepteren dat maatschappelijk niet alles kan. Tegelijk willen we patiënten wel optimale zorg blijven bieden.”

14 Mentale gezondheidsnetwerken

In ‘mentale gezondheidsnetwerken’ werken huisartsen, ggz en het sociaal domein domeinoverstijgend samen. Dit moet leiden tot passender zorg voor mensen met psychische en sociale problemen. Maar hoe dan?

22 Naar beter en breder pakketbeheer

Pakketbeheer is een van de instrumenten om de zorg ook in de toekomst goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. Pakketbeheerder Zorginstituut en VWS werken nu samen aan het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket.

28 Sectoraal maatschappelijke kaders

De Kwaliteitsraad biedt met ‘sectoraal maatschappelijke kaders’ een kapstok om passende zorg in de breedte te kunnen toepassen. De kaders fungeren als basis om in de cyclus van continu leren en verbeteren de uitdagingen in de zorg aan te gaan.



Rubrieken

- 9 Column Martin van der Graaff
- 10 Tien vragen aan: Ton van Houten
- 16 Feiten & Cijfers
- 18 De stelling van...
Schelto Kruijff, hoogleraar
Chirurgische oncologie.
- 26 Aan het bureau / aan het bed
De verbetering van de zorg voor
mensen met psychose.
- 30 Literair recept van de Culturele
Apothekers
- 31 De zorg van morgen
... volgens Anke Vervoord,
directeur-bestuurder NFK.
- 32 Over zorg gesproken

Voorwoord

Passende zorg is... nabijheid

Toen we ruim drie jaar geleden met de NZa het begrip ‘passende zorg’ introduceerden, richtten we ons vooral op de partijen in de zorg. We moesten eerst hen – van ministerie tot patiëntenverenigingen – overtuigen van nut en noodzaak van passende zorg. We kunnen stellen dat we daarin geslaagd zijn. Met het IZA als voorlopig hoogtepunt in dit proces.

Maar als we écht een succes willen maken van passende zorg, moeten we ons nu ook buiten de zorg begeven. Hoe maken we het verhaal van passende zorg concreet en toegankelijk, zodat ook de ‘mensen in de straat’ het begrijpen en omarmen? Vaak wordt passende zorg nu nog gekoppeld aan ‘waardegedreven zorg’, maar mensen associëren dat met ‘minder zorg’. Bovendien: als je niet oplet gaat het dan al snel alleen over interventies, dus over operaties en geneesmiddelen. En dat terwijl een interventie niet meer is dan een uitkomst van een veel groter proces aan de voorkant. Een proces dat ons moet leren begrijpen: wat is de vraag van iemand, en wat is de context waarin die vraag is gesteld? Wat is het antwoord? En ben ik degene die dat antwoord heeft? Als we meer tijd nemen voor die vragen, dus aan de voorkant, kunnen we aan de achterkant veel effectiever en zuiniger te werk gaan. Met andere woorden: als we de zorgvraag beter in de context van de patiënt zien en begrijpen, kunnen we de interventie passender inzetten. Passende zorg creëer je dus niet alleen met het versterken van de lijnen of het verbeteren van de interventies. Dat is óók belangrijk, maar het gaat veel meer om die verrijking aan de voorkant.

Die gedachtegang bracht mij tot het inzicht: passende zorg is nabijheid. Kijk naar het netwerk rondom de persoon met de zorgvraag. Maak daar gebruik van. Zorg dat je te gast bent in dat netwerk, in het leven van die mensen. Ik vind het ronduit indrukwekkend om te zien wat je dan in dat informele netwerk van iemand kan regelen, mits je dat netwerk maar aanspreekt.

Als we dat voor elkaar krijgen, wordt het ook makkelijker om het verhaal van passende zorg te vertellen en uit te dragen. Want als we alleen roepen dat we zuinig moeten zijn met pillen, krijgen we de mensen niet mee. Het verhaal moet zijn: passende zorg is persoonsgerichte zorg. Zorg die past in het netwerk dat we om de mensen heen bouwen. In 90 procent van de zorg gaat het om één-op-één-contact, voor elkaar zorgen, in nabijheid, met wijkverpleegkundigen, verzorgenden et cetera. Als we die 90 procent van de zorg nu passend maken, zijn we al een heel eind op de goede weg.

Sjaak Wijma
Voorzitter Zorginstituut Nederland

Korte berichten

Meer informatie?

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



Casemanagement dementie al verzekerde zorg vanaf 'niet pluis'-fase

Op verzoek van Alzheimer Nederland en zorgverleners in de eerste lijn verschaftte het Zorginstituut dit voorjaar duidelijkheid over de inzet en vergoeding van casemanagement dementie uit het basispakket. Ons oordeel: casemanagement dementie mag al worden ingezet en vergoed vanaf de 'niet pluis'-fase. In die fase is nog geen medische diagnose gesteld, maar bestaat bij zorgverleners en naasten wel het vermoeden dat iemand dementie heeft. Naast regie, organisatie en coördinatie van zorg omvat de vergoeding bij casemanagement dementie ook begeleiding en ondersteuning, monitoring en proactieve

planning van zorg en ondersteuning. Tot nu toe bestond er veel onduidelijkheid vanaf welk moment casemanagement dementie vergoed wordt. Daardoor werd deze zorg vaak niet tijdig ingezet. Door vroegtijdiger inzet van deze zorg krijgen mensen eerder de juiste ondersteuning waardoor ze langer in een stabiele situatie thuis kunnen blijven wonen. Dat is niet alleen goed voor de mens met dementie, maar ook voor alle betrokkenen om deze persoon heen. Daarmee is casemanagement dementie een goed voorbeeld van passende zorg.

Advies Zorginstituut: voorwaardelijke toelating borstkankermedicijn pembrolizumab

Ongeveer 15 procent van alle borstkankerpatiënten heeft triple-negatieve borstkanker en een hoog risico op terugkeer van de ziekte. Dit zijn vaak relatief jonge vrouwen. Mogelijk hebben zij een hogere overlevingskans als zij vóór hun operatie behandeld worden met de immunotherapie pembrolizumab (Keytruda®). Het doel van deze neo-adjuvante behandeling is het afweersysteem te stimuleren om kankercellen aan te vallen, voordat deze bij een operatie worden weggehaald. Hoewel wetenschappelijk bewijs hiervoor nog ontbreekt en het Zorginstituut dan ook geen aantoonbare meerwaarde ervan ziet, vinden borstkankerexperts het medicijn veelbelovend. Om die reden adviseert het Zorginstituut minister Dijkstra voor Medische Zorg om pembrolizumab voor deze specifieke groep patiënten voorwaardelijk toe te laten tot het basispakket. Dat geeft ruimte om de behandeling verder te onderzoeken. Wanneer uit nader onderzoek na enige tijd meer informatie komt, kan een definitieve uitspraak volgen over de effectiviteit en toelating van deze behandeling.

Beperkte vergoeding codeïne maakt ruimte voor passende zorg

Vorige maand adviseerde het Zorginstituut de minister voor Medische Zorg om het medicijn codeïne te blijven vergoeden voor mensen met langdurige en ernstige diarree. Het gaat hier om mensen die meer dan veertien aaneengesloten dagen last hebben van ernstige diarree of mensen bij wie de diarree vaak terugkeert. Als het medicijn loperamide hen onvoldoende heeft geholpen, kan codeïne verdere verergering van hun darmproblemen voorkomen. Door langdurig gebruik en een hoge dosering kunnen de zorgkosten voor deze mensen flink oplopen. Daarom oordeelt het Zorginstituut dat codeïne voor hen noodzakelijk te



verzekeren en passende zorg is en dus in het basispakket moet blijven.

Codeïne ter verlichting van hoest, pijn of kortdurende diarree wordt op grond van ons

advies juist uit het basispakket gehaald. Wij concluderen namelijk dat codeïne voor deze milde klachten geen noodzakelijk te verzekeren en passende zorg is. De ziektelast is zeer beperkt en de kosten van een kortdurende behandeling zijn zo laag dat ze voor eigen rekening kunnen komen.

In 2022 kregen bijna 591.000 mensen codeïne vergoed. Dat kostte de samenleving ongeveer 20 miljoen euro. Als de minister ons advies overneemt, komt jaarlijks naar verwachting ongeveer 11 miljoen euro vrij voor andere zorg die passend is voor patiënten met andere klachten of aandoeningen.

Twee veelbelovende behandelingen stromen via voorwaardelijke toelating in basispakket

Sommige behandelingen lijken veelbelovend voor patiënten, maar zijn nog niet bewezen effectief. Via het zogenoemde traject van voorwaardelijke toelating kunnen deze behandelingen tijdelijk en onder voorwaarden worden vergoed, terwijl nader wordt onderzocht of deze zorg voldoende bewezen effectief is voor de patiënt en dus vergoed kan worden. Zo komt steeds meer passende zorg in het basispakket. Recent is dit traject van voorwaardelijke toelating voor twee veelbelovende behandelingen afgerond:

Langdurige, gepersonaliseerde oefen-therapie bij axiale spondyloartritis (axSpA)
Mensen met deze chronische reumatische aandoening hebben veel moeite bij basale

dagelijkse activiteiten. Op basis van onderzoek van het LUMC acht het Zorginstituut nu bewezen dat langdurige, persoonsgerichte oefentherapie - naast medicatie - het fysiek functioneren verbetert en de kwaliteit van leven verhoogt. Als de minister van VWS ons advies tot vergoeding overneemt, gaat deze waarschijnlijk op 1 januari 2026 in.

Monitoring op afstand bij een ernstige vorm van chronisch hartfalen

Bij deze 'PA-telemonitoring' kunnen de cardioloog en hartfalenverpleegkundige het hartfalen op afstand monitoren via een kleine sensor in een tak van de longslagader. Uit onderzoek blijkt dat deze monitoring bij een kleine groep van drie- à vierhonderd mensen

met ernstig en chronisch hartfalen beter werkt dan alleen de standaardbehandeling (medicijnen en leefstijladviezen). Op ons advies wordt de monitoring sinds 14 mei jl. voor deze groep vergoed.

Het Zorginstituut monitort en evalueert voor beide behandelingen het gepast gebruik en bespreekt de resultaten met artsen, patiënten en zorgverzekeraars.

Aanvulling standpunt AFT na een totale borstverwijdering

In maart dit jaar kwam het Zorginstituut met een aanvulling op het standpunt uit 2023 over autologe vet-transplantatie (AFT) na een totale borstverwijdering. AFT is een operatietechniek voor reconstructie van de borst. Reconstructie betekent dat de

borst of een deel ervan opnieuw wordt gemaakt.

Op basis van eerdere standpunten was de vergoeding voor reconstructie met AFT van de borst al deels toegekend. Zo stelden we in ons standpunt uit 2018 dat de reconstructie van

minder dan een kwart van de borst vergoed moest worden. En op basis van ons standpunt uit 2023 werd de vergoeding vorig jaar uitgebreid tot de reconstructie van de gehele borst. Met de recente aanvulling op het standpunt uit 2023 wordt nu ook de reconstructie

met AFT van meer dan een kwart van de borst vergoed uit het basispakket. Deze vergoeding geldt alleen voor patiënten na verwijdering van hun borst, ter preventie van borstkanker of na de behandeling van borstkanker.

Perspectieven voor passende langdurige zorg

Binnen het Zorginstituut lopen op het gebied van de langdurige zorg meerdere projecten. In mei publiceerden we het advies *Verduidelijken toegang tot integrale verpleeghuiszorg voor mensen met een VV-indicatie*. En binnenkort verschijnt het *Signalement passende langdurige zorg*. Uit beide rapporten blijkt dat toekomstbestendige passende langdurige zorg een andere balans vereist tussen formele en informele zorg.

Tekst Frank van Wijck

Beeld Michel Henry

Met het *Signalement passende langdurige zorg* laat het Zorginstituut zien zich verantwoordelijk te voelen voor de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg, stelt teammanager Langdurige Zorg Ineke van der Voort. “Passende zorg gaat over meer dan alleen maar verzekerd zijn voor zorg. Met dit signalement geven we aan dat als we de zorg anders inrichten, passende zorg bijdraagt om de zorg toegankelijk te houden voor die mensen die deze het hardst nodig hebben. Omdat wij centraal en onafhankelijk in het veld staan, kunnen wij daar een goede visie op presenteren.”

Het is ook simpelweg een wettelijke taak van het Zorginstituut, vult adviseur Langdurige Zorg Sascha Heijnen aan: “De grote vraag naar zorg kan het moeilijk maken om die taak uit te voeren. Daarom is het ook goed om in de discussie over passende zorg te beseffen dat het niet mogelijk en niet nodig is om elke hulpvraag met zorg te beantwoorden. Het is belangrijk dat we hierover het gesprek voeren. En ter sprake brengen dat we anders moeten kijken naar zorg en de plek die zorg inneemt.”

Grote omslag in denken over zorg

De urgentie om dit gesprek te voeren is groot, benadrukt Van der Voort. “Het concept passende zorg helpt om anders te gaan kijken en om te laten zien dat het anders kan. Voorheen vonden we dat elke zorgvraag een oplossing door een professional verdient. Niemand zou afhankelijk hoeven te zijn van zijn informele netwerk voor ondersteuning. Naasten mochten zelfs niets doen zodra een cliënt in de instelling ging wonen. Nu vinden we het feit dat een vertrouwde naaste ondersteuning kan bieden juist van waarde en

verwachten we dat mensen iets voor elkaar doen. Daarmee wordt de professionele capaciteit aanvullend op wat mensen samen kunnen oplossen. Dit is een grote omslag in het denken.”

Het signalement biedt handelingsperspectief, stelt ze, in de vorm van randvoorwaarden voor en richtingen om tot een nieuwe verhouding te komen tussen formele en informele zorg. De neiging bestaat bij mensen om dit te vertalen naar: ‘de mantelzorger moet meer gaan doen, die krijgt het zwaarder.’ Maar veel mensen hebben een breder sociaal netwerk dan alleen maar de mantelzorgers. Ook dat informele netwerk kan een rol spelen. Denk bijvoorbeeld aan de bridgeclub waar iemand lid van was. “Tege-lijktijd realiseren we ons dat niet iedereen dit bredere netwerk heeft”, zegt Heijnen. “Daarom hebben we bij het schrijven van het signalement ook onze collega’s van de ggz betrokken. Die stelden: de zorg kan helpen om dat bredere netwerk weer op te bouwen, in plaats van alles met zorg op te lossen.”

Daarvoor bestaan ook laagdrempelige voorzieningen als buurthuizen en wijkteams. “Ook langs die lijn zijn er mensen die naar elkaar kunnen omkijken, elkaar in het oog kunnen houden”, zegt Van der Voort. “We merken dat het beeld kantelt. Van recht op zorg waaruit de verzekerde kan kiezen, naar het besef dat niet alle verzekerden gelijk zijn en dus ook niet in alle situaties het recht hoeven te hebben op hetzelfde zorgantwoord bij dezelfde hulpvraag.” Heijnen vult aan: “We signaleren dat het niet meer haalbaar is om als verzekerde aanspraak te maken waarop je recht hebt.”

Van der Voort: “Voorheen vonden we dat elke zorgvraag een oplossing door een professional verdient. Nu wordt de professionele capaciteit aanvullend op wat mensen samen kunnen oplossen. Dit is een grote omslag in het denken”

Brede samenwerking

Voor de totstandkoming van het signalement zijn veel partijen geraadpleegd, ook in het sociaal domein. En er zijn gesprekken gevoerd met mantelzorgers en vertegenwoordigers van mantelzorgorganisaties, zoals MantelzorgNL. Zo ontstond een afgewogen beeld van de mogelijkheden die informele zorg kan bieden om de druk op de formele zorg te verlichten. Heijnen: “Daarnaast hebben we cliënten- en consumenten-vertegenwoordigers, beroepsorganisaties en brancheorganisaties van zorgaanbieders en financiers betrokken.”

Wat gaat dit dan in de praktijk concreet betekenen voor iemand met een handicap die afhankelijk is van de Wlz? “Dat er mogelijk andere gesprekken met je gevoerd gaan

worden”, zegt Van der Voort. “Hoe ziet je leven eruit, hoe richt je dat in? En op welke onderdelen is daarin ondersteuning vanuit de zorg nodig, naast wat al via de informele zorg voor je geregeld kan worden?” Het kan wel zo zijn dat daarvoor bepaalde prikkels uit het systeem moeten worden gehaald, stelt Heijnen. “Neem een jonge vrouw die aangewezen is op zorg uit de Wlz. Zij doet vrijwilligerswerk in het museum. Ze heeft vervoer nodig om daar te komen, maar vrijwilligerswerk is geen dagbesteding in de zin van de wet. En dus mag dat vervoer niet betaald worden uit de zorg. Lossen we dat niet op, dan trekken we deze vrouw misschien verder de zorg in. Regelen we het, dan kan die vrouw blijven participeren. ➤



PROJECTEN LANGDURIGE ZORG

Naast de twee projecten die in dit artikel worden belicht, is het Zorginstituut met nog drie projecten op het gebied van de langdurige zorg bezig:

- **Toekomstbestendig pakketbeheer Wlz.**

Van der Voort: “Als pakketbeheerder willen we passende zorg in de langdurige zorg bevorderen. Dit doen we door keuzes en dilemma’s inzichtelijk te maken, data over gebruik en kosten transparant te maken en duidelijkheid te geven over de prikkels in het systeem.”

- **Gezamenlijke werkagenda met Rijksoverheidsdiensten CIZ, NZa en CAK.**

Van der Voort: “Samenwerking met stelselpartijen is nodig om het onderwerp passende zorg zoveel mogelijk in samenhang te kunnen behandelen.”

- **Kennisinfrastructuur langdurige zorg – governance in samenwerking met Vilans, Trimbos Instituut en ZonMw.**

Van der Voort: “Dit is een advies over hoe kennis over de langdurige zorg beter kan landen in de praktijk. We brengen dit in ons eigen werk in praktijk en gaan monitoren hoe de kennisinfrastructuur zich ontwikkelt.”

Deze drie projecten worden in de volgende edities van dit magazine nader belicht.



Dat regelen vraagt om een andere insteek, namelijk een gelijkwaardige relatie tussen cliënt en naasten of vrijwilligers en de zorg, over het verdelen van de taken. Je zou wensen dat degene die zorg nodig heeft en de naaste daarin meer een sturende rol spelen en er ook in ondersteund worden. Dan ontstaat een heel ander gesprek waarin de drie partijen samen tot een plan komen. Iets wat overigens van de zorgprofessionals wel loslaten vereist.”

Heijnen: “De context – de sociale structuur, de woonomgeving – is bepalend voor de vraag of iemand thuis kan blijven wonen. Of juist de beschermende omgeving van het verpleeghuis nodig heeft”

Toegang tot verpleeghuis

Naast het signalement publiceerde het Zorginstituut het advies over het verduidelijken van de toegang tot integrale verpleeghuiszorg voor mensen met een VV-indicatie. Dit advies moet antwoord geven op de vraag of duidelijker te bepalen is welke mensen in aanmerking komen voor een plek in een verpleeghuis. “We schreven dit op verzoek

van het ministerie van VWS”, vertelt Heijnen. “De vraag was of het mogelijk is om op basis van objectieve criteria tot een cesuur (een omslagpunt) te komen tussen mensen met een VV-indicatie voor wie een verpleeghuisopname wel en voor wie dat niet noodzakelijk is. De context bij deze vraag is de krapte aan personeel en verpleeghuisplaatsen en de verwachte toename van zorgbehoefte ouderen. De wens is de schaarste zo goed mogelijk te verdelen.”

Het blijkt moeilijk om tot een eenduidig antwoord te komen. Dat heeft te maken met de nu bestaande regels die gelden om in aanmerking te komen voor een verpleeghuisplek. “Er zijn echt verschillen in zorgzwaarte tussen de ene en de andere persoon die recht heeft op zo’n plek”, zegt Heijnen. “Dit maakt, nog meer dan voorheen, duidelijk dat de context – de sociale structuur, de woonomgeving – bepalend is voor de vraag of iemand thuis kan blijven wonen of juist de beschermende omgeving van het verpleeghuis nodig heeft. Net als bij het signalement geldt ook hier weer de vaststelling dat ongelijke gevallen niet gelijk moeten worden behandeld en dat de hulpvragen niet allemaal vanuit de zorg moeten worden beantwoord. En net als bij het eerdere voorbeeld van die vrouw die vervoer nodig had, geldt ook hier weer dat de huidige wetgeving geen antwoord geeft op de vraag hoe hiermee om te gaan.” |



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

Column

Datagedreven besluitvorming

Laatst las ik ergens dat er een zorghoogleraar ‘Datagedreven besluitvorming’ was benoemd. Waarom is zo iemand nodig? Zou er een achterlijke zorgjungle bestaan waarin zorgmedewerkers zich bezondigen aan therapieën die weinig met data uitstaande hebben: rituele uitdrijving van boze geesten, het prevelen van toverspreuken en het aanprijzen van exotische behandelingen die zo onzinnig zijn dat iedereen ermee wegloupt (*credo quia absurdum*)? En dat dan de verlossende professor op het toneel verschijnt, en ons gaat leren dat je data nodig hebt om goede zorg te kunnen leveren? Het Eureka!- en Nogal Wiedes!-moment liggen kennelijk minder ver uit elkaar dan gehoopt. De veronderstelde eerbied voor de *scientific method* kreeg overigens recent wel een knauw toen bleek dat veel klinische studies onderweg hun primaire eindpunt aanpassen. Hier merken wij een belangrijke overeenkomst op tussen politiek en wetenschap: aanpak en standpunten zijn fluïde onder invloed van wat er op je afkomt. Wie de datagedreven zorg pas echt goed door hebben zijn de commerciële jeugdzorgaanbieders. Terwijl gemeenten kreunen onder de financiële lasten die het decentraliseren (lees: afschuiven) van de zorg heeft veroorzaakt, maken deze organisaties gemiddeld een dikke 7 procent winst. Een rendement waar menig belegger zijn vingers bij zou aflikken.

Maar serieus: er is een rol weggelegd voor datagedreven zorg. De door mij geschetste jungle is niet geheel verzonnen. In de coronatijd moest ik mij nogal wat honende verwijten laten welgevalen, namelijk vanwege gebrek aan eerbied voor ‘de feiten’. Zo bevolen bepaalde influencers (Trump!) het middel hydroxychloroquine gretig aan tegen corona. Tegen mijn omgeving liet ik merken dat ik de bewijskracht voor deze claim dun vond. De gevolgen bleven niet uit. Ik kreeg ongevraagd bakken ‘bewijs’ opgestuurd. Veel daarvan kwam van sociale media, aangelengd met larmoyante uitsneden van parlementaire hoorzittingen over de coronazorg. Inmiddels is vast komen te staan dat hydroxychloroquine in alleen al een stuk of zes onderzochte landen juist tussen de tien- en twintigduizend doden heeft veroorzaakt. Maar wat denk je? Geen enkel welgemeend excuus ontvangen. Dat viel ook niet te verwachten. Eerstens zijn dit soort data ook maar een mening, en bovendien worden in bepaalde bubbels correcties op onzin ongaarne gedeeld. En ik kijk wel uit om zelf met die cijfers te gaan leuren. Ik weet nu al de riposte: “Ze hebben niet uitgerekend hoeveel levens die hydroxychloroquine wel *gered* heeft, dat moet een veelvoud zijn!” Ik heb veel begrip voor deze aanpak, want ik heb hem zelf ook gebruikt toen ik mij ook moest verantwoorden over de ‘slecht onderzochte en levensgevaarlijke’ coronavaccins.

Datagedreven zorg, tja. **Ik zou graag willen weten of die nieuwe hoogleraar ook de zorggebruikers een tikje meer datagedreven kan krijgen.** Ik hoop het, maar ik vrees dat hij versterking nodig heeft van enige collega’s.

10

vragen aan

Ton van Houten

Tekst Edith Bijl

Beeld De Beeldredactie | Joost Hoving

1 Wat is uw eerste ervaring met de gezondheidszorg?

“Dat was mijn geboorte in het vroegere Elisabeth Ziekenhuis, nu het Alrijne Ziekenhuis in Leiderdorp. Maar mijn eerste bewuste ervaring was op mijn veertiende, toen mijn amandelen geknipt werden. Het slikken deed veel pijn, maar ik kreeg wel ijsjes. Dat was fijn.”

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

“Huisarts. Ik hou van samenwerking, verbinding, het goede gesprek. Ook heb je als huisarts vaste patiënten, voor wie je veel kunt betekenen. Dat past wel bij mij.”

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

“Eigenlijk vier dingen. Ten eerste moet er veel meer geld (een miljard euro!) naar het sociaal domein. Want veel problemen kunnen dáár worden opgelost. Denk aan schuldhulp en eenzaamheid. Ten tweede vind ik dat zorgprofessionals veel meer in het zorgsysteem moeten participeren. Laat bijvoorbeeld vrijgevestigde psychologen en psychiaters vaker meedraaien in de nacht- of acute zorg. Nu pakken zij vooral de lichtere gevallen op. Als zij ook de zwaardere klachten behandelen, helpt dat de wachtlijsten in de specialistische

PERSONALIA

Ton van Houten voltooide de lerarenopleiding VL-VU in de vakken economie 1 en 2 (bedrijfs-economie en algemene economie) en liep meerdere langdurige stages in het vervolgonderwijs. Na zijn militaire diensttijd besloot hij een andere weg in te slaan en begon hij in 1983 als inkoper bij ZLO, een rechtsvoorganger van zorg-verzekeraar Zorg en Zekerheid. Vanuit die functie werd bij afdelingshoofd Inkoop en vrij snel daarna – op zijn 31^e – directeur. Daarmee was Van Houten destijds een van de jongste directeuren van Nederland. Sinds 2004 is hij bestuursvoorzitter van Zorg en Zekerheid. Ton van Houten woont met zijn vrouw en hond in Leiden, niet ver van zijn dochter en twee kleinkinderen.



“Ik vind dat zorg-professionals veel meer moeten participeren in het zorgsysteem. Laat vrijgevestigde psychologen en psychiaters bijvoorbeeld vaker meedraaien in de acute zorg of in de nachtzorg. Nu pakken zij vooral de lichtere gevallen op. Als zij ook de zwaardere klachten behandelen, helpt dat de wachtlijsten in de specialistische ggz te verkorten.”

ggz te verkorten.

Ten derde moeten we meer werken aan langetermijnplanning. We hebben mooie akkoorden, zoals IZA, WOZO en GALA, maar die zijn voor drie à vier jaar. Dat is te kort om de voorgenomen veranderingen ook echt door te kunnen voeren in de primaire processen van organisaties. Vanuit Zorg en Zekerheid maken wij meerjarenafspraken met onze zorgaanbieders. Dat geeft financiële rust en vertrouwen.

Ten vierde wil ik iets aan de arbeidsmarkt doen. In de zorg werken veel te veel zzp'ers. Een nieuwe wet moet dat beteugelen, maar er is meer nodig. Bovendien gaat de kwaliteit van zorg omhoog als we meer met vaste mensen werken. Als zorgverzekeraar kunnen wij daaraan bijdragen, bijvoorbeeld door met zzp'ers contractueel vast te leggen dat zij óók acute diensten en nachtdiensten moeten draaien.”

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

“Deze vraag beantwoord ik liever breed, over de drie domeinen heen: ik vind dat we in de Wmo te veel geld uitgeven aan huishoudelijke zorg. Dat is vier jaar geleden een verkeerd besluit geweest. Waarom krijgt iedereen, ook wie het zelf kan betalen, die zorg vergoed? Dat kost de gemeenten bakken met geld. Ik pleit voor een andere vorm van vergoeding, waardoor er financiële ruimte komt voor bijvoorbeeld de jeugdzorg.”

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

“Als ik ook hierbij over de drie domeinen heen kijk, vind ik het echt een slechte keuze dat in 2015 de jeugdpsychiatrie in de Wmo is geplaatst. Ook hier is schaarste op de arbeidsmarkt. Mensen staan maanden op de wachtlijst voor specialistische ggz. Het is geen verwijt aan de gemeenten, maar ik vind dat de jeugdpsychiatrie geen voorziening moet zijn. Het is een recht. Van mij mag de jeugdpsychiatrie terug naar de Zvw of de Wlz.”

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

“Even aankijken. Al heb ik inmiddels geleerd dat het verstandig is om niet te lang te wachten. Bovendien krijg ik dan op mijn donder van mijn vrouw.”

7 Wat is uw favoriete zorgwoord?

“Samen. Dat is ook hoe ik in elkaar zit. Als je dingen samen doet, krijg je synergie en meerwaarde. Ga met elkaar in debat over de vraag waar we naartoe willen. De vraagstukken zijn tegenwoordig zo complex dat je die alleen samen kunt oplossen. Wat dat betreft staat ‘samen’ op mijn voorhoofd geschreven.”

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

“Naast premier Rutte. Gewoon, omdat dat in Nederland kan. Omdat in onze ziekenhuizen geen onderscheid wordt gemaakt en iedereen een recht heeft op dezelfde behandeling. In theorie heb je dus de kans dat je naast de premier komt te liggen. Dat is de meerwaarde van ons systeem. Een voorrecht dat veel andere landen niet hebben. Maar goed, het lijkt mij ook wel gezellig en interessant om zijn verhalen te horen.”

9 Wat vindt u de belangrijkste voorwaarde voor goede zorg?

“Dat goede zorg voor iedereen beschikbaar blijft, ook over tien jaar. Daar moeten we echt nog hard aan trekken. Om de beschikbaarheid te kunnen blijven garanderen, moeten we kiezen voor een regionale aanpak. IZA, GALA en WOZO kunnen de regio – vanuit de drie domeinen – in zijn kracht zetten. Zorg en Zekerheid maakt al regionale afspraken over nachtzorg en verpleeghuiszorg. Daarbij bieden we de zorgleveranciers een goede kostprijs zodat die goed kunnen functioneren. Maar de kracht zit 'm in de samenwerking. Door dit soort regionale afspraken te maken, kunnen we de zorg toekomstbestendig maken.”

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

“Ik ben optimistisch van aard. Hoewel de schaarste op de arbeidsmarkt blijft, geloof ik dat we met de juiste maatregelen de zorg beschikbaar kunnen houden. Daarvoor zijn prikkels vanuit de overheid nodig om de zorg aan de aanbod- en vraagkant te verbeteren. Ook preventie is belangrijk. En niet elke zorgvraag hoeft met zorg te worden opgelost. Daarnaast moeten we samen de zorg efficiënter en passender maken. Als we dat doen, denk ik dat we de zorg in Nederland toekomstbestendig kunnen houden.” |

Signalement waardegedreven zorg voor mensen met kanker

Wegen naar meer waardegedreven kankerzorg

Kankerpatiënten krijgen niet altijd de zorg die het beste past bij hun situatie. In het *Signalement waardegedreven zorg voor mensen met kanker* schetst het Zorginstituut wegen om te komen tot meer waardegedreven kankerzorg. Projectleider Jacqueline Kalsbeek en medisch adviseur Tineke Smilde lichten het signalement toe. Smilde: “We moeten accepteren dat maatschappelijk niet alles kan. Tegelijk willen we patiënten wel optimale zorg blijven bieden.”

Tekst Jos Leijen

Beeld Ron Zwagemaker

Waardegedreven zorg is zorg die een relevante bijdrage levert aan de gezondheid van mensen, tegen een proportionele inzet van geld, personeel en grondstoffen, vertelt Tineke Smilde. Zij is medisch adviseur van het Zorginstituut en praktiserend oncoloog in het Jeroen Bosch ziekenhuis in Den Bosch. Hoewel er de afgelopen jaren aanzienlijke vooruitgang is geboekt in de behandeling van kanker, bestaat er een spanningsveld tussen verwachtingen van patiënten en de realiteit, meent zij: “Het is belangrijk dat artsen de tijd krijgen voor proactieve zorg in elk stadium van de ziekte. In de spreekkamer bespreken behandelaars en patiënten samen behandelmogelijkheden, risico’s, verwachtingen en levensdoelen. De persoonlijke context staat voorop. Je wilt samen een goede afweging maken en dat kost tijd.”

Daarbij moet zowel patiënt als zorgverlener weten binnen welke maatschappelijke kaders zij deze afwegingen kunnen maken. “Er lijkt steeds meer mogelijk om het leven van kankerpatiënten te verlengen en er komen steeds nieuwe geneesmiddelen op de markt die veel beloven. Die middelen zijn vaak duur en slokken een flink deel van de beschikbare middelen op. Daarnaast leveren ze lang niet altijd gezondheidswinst op en hebben ze dikwijls bijwerkingen.”

Effecten monitoren

Of geneesmiddelen hun belofte in de praktijk waarmaken, blijkt pas bij gebruik in de echte wereld. “Als een therapie onder de verzekerde zorg valt, willen we monitoren wat de effecten zijn en bij welke patiënten”, zegt Kalsbeek. “Daar hebben we *real world data* voor nodig, gegevens uit de praktijk. Het Zorginstituut wil daarom meer doelmatig-

heidsonderzoek en periodieke herbeoordelingen van dure geneesmiddelen op basis van onderzoeks- en praktijkdata. Betere regulering is nodig om grip te krijgen op de instroom van dure medische technologieën in de basisverzekering. Zo blijft er ruimte voor innovaties die wél hun belofte waarmaken en kunnen we patiënten optimaal behandelen.”

Binnen de oncologie worden met grote snelheid nieuwe, dure medische technologieën en geneesmiddelen ontwikkeld en ingezet. Dat heeft grote invloed op de maatschappij, de individuele patiënt en burger. Het signalement schetst daarom vijf manieren om te komen tot waardegedreven zorg:

1. De beheerste opname van nieuwe medische technologieën in het basispakket van de zorgverzekering.
2. De beheerste opname van dure oncologische geneesmiddelen in het basispakket. Nu stromen de meeste behandelingen zonder wettelijke drempels in, terwijl er lang niet altijd bewijs is voor de mate van gezondheidswinst. Ook bij nieuwe, dure geneesmiddelen is vaak onzeker of die in de praktijk voldoende effectief zijn.
3. Evalueren en her-evalueren van oncologische geneesmiddelen die al in het basispakket zitten. Op dit moment worden geneesmiddelen die eenmaal tot het verzekerde pakket zijn toegelaten nauwelijks meer herbeoordeeld. Er is meer inzicht nodig in de werkzaamheid en het gebruik van oncologische geneesmiddelen die in het verzekerde pakket zitten.
4. Het gepast gebruik van dure oncologische geneesmiddelen in de praktijk. Door gepast gebruik kunnen behande-



Tineke Smilde (l.) en Jacqueline Kalsbeek

- lingen minder intensief of minder langdurig zijn en minder bijwerkingen geven, zonder dat dit ten koste gaat van de werkzaamheid. Ook vermindert gepast gebruik van dure geneesmiddelen de kosten.
5. Het toepassen van samen beslissen en proactieve zorg in de spreekkamer. Proactieve zorg is het continu vooruitdenken, plannen en organiseren van zorg op basis van gezamenlijke besluitvorming van arts en patiënt.

Vier sporen

Het signalement adviseert een viersporen-aanpak, waarvan een aantal al in gang is gezet. Om te beginnen moet de overheid in nauw overleg met zorgprofessionals zorgen

voor kaders. Deze kaders moeten beschrijven hoeveel geld we als samenleving willen uitgeven aan kankerzorg en onder welke voorwaarden. Het tweede spoor haakt aan bij vijf werkgroepen die voortkomen uit IZA-afspraken. Deze werkgroepen werken aan oplossingen voor belemmeringen bij onder meer pakketbeheer en evaluatie van zorg, inkoop van zorg, aanvaardbare prijzen van dure geneesmiddelen en gepast gebruik. Het Zorginstituut is hierbij actief betrokken.

Het derde spoor betreft de extra activiteiten van het Zorginstituut, bijvoorbeeld om te komen tot beter pakketbeheer (zie het artikel over het traject *Verbetering en verbreding van de toets op het basispakket* op pagina 22 – red.).

De eerste drie sporen liggen op maatschappelijk niveau. Het vierde spoor ligt op individueel niveau en is essentieel om tot waardegedreven zorg te komen: het gaat over proactieve zorg en samen beslissen door behandelaar en patiënt, zodat passende zorg geboden kan worden.

Vervolgstappen

Het signalement signaleert een aantal zaken en geeft aan wat er gedaan kan worden om tot meer passende oncologische zorg te komen. Kalsbeek: “We hebben voor het signalement veel input gekregen van betrokken partijen. Zij kunnen de oplossingsrichtingen gebruiken om vervolgstappen te zetten. De overheid kan de kaders definiëren, verzekeraars kunnen consistente afspraken maken, beroepsgroepen kunnen hun richtlijnen aanpassen en het Zorginstituut voert acties uit van zijn werkagenda op het gebied van medische technologieën en oncologische geneesmiddelen. We zorgen ervoor dat die in lijn zijn met de vele lopende initiatieven.”

En de patiënt? “De burger moet meegenomen worden in beslissingen en begrijpen waarom bepaalde dingen niet kunnen en wat er dan wel kan”, zegt Smilde. “Wat we uitgeven aan dure behandelingen in de laatste levensfase kunnen we niet uitgeven aan thuiszorg, onderwijs of innovaties. Tegelijkertijd is het essentieel dat er voldoende aandacht blijft voor patiënten en duidelijkheid over de keuzes en mogelijkheden die er wél zijn.” “Het signalement gaat niet over ‘de kraan dichtdraaien’, maar over zorgvuldig afwegingen maken”, benadrukt Kalsbeek, “zodat innovaties en de beste zorg voor zoveel mogelijk mensen beschikbaar blijven.” |

Domeinoverstijgende samenwerking in mentale gezondheidsnetwerken

Psychische en sociale problemen: de juiste zorg op de juiste plek

Domeinoverstijgende samenwerking tussen huisartsen, ggz en het sociaal domein moet ertoe leiden dat mensen met psychische en sociale problemen passende zorg krijgen. Daartoe richten alle regio's in Nederland 'mentale gezondheidsnetwerken' (MGN) in. Wat houdt dit precies in? En hoe wordt de zorg hier beter van?

Tekst Edith Tulp

Beeld Annabel Hofman

Mensen met psychische klachten hebben vaak ook problemen op andere gebieden. Denk aan schulden, huisvestingsproblemen of eenzaamheid. Ze staan op lange wachtlijsten van de ggz, maar daar horen ze niet altijd thuis. Tegelijkertijd ziet het sociale domein een toename van mensen met complexe psychische klachten, deels ook op de ggz-wachtlijsten, die niet of niet op tijd in behandeling kunnen komen. In het IZA is afgesproken dat hulp en ondersteuning voor deze mensen in 2025 anders en beter georganiseerd wordt. Dat betekent ook dat de wachttijden worden teruggedrongen.

Ondersteunende rol

In het landelijke programma MGN werken elf partijen uit de ggz, de huisartsenzorg en het sociaal domein samen aan de kaders en richtlijnen die regio's helpen om de netwerk-samenwerking op hun eigen wijze in te vullen. Zo wordt er onder meer een handleiding voor afspraken met gemeenten en zorgverzekeraars aangeboden, zijn er afspraken over bekostiging en een tool voor het opstellen van een businesscase. Het Zorginstituut speelt hierin een ondersteunende rol.

In verschillende regio's functioneren er al (delen van deze) netwerken. Zoals wordt er in Zuid-Limburg al vijf jaar domeinoverstijgend

samengewerkt. Roger Bastiaens, manager mentale zorg bij de regionale huisartsenorganisatie Meditta, is er sinds het begin bij betrokken: "Ons startpunt was de regionale taskforce wachttijden. Daarin probeerden we met verschillende ggz-aanbieders iets aan de wachtlijsten te doen. Maar er veranderde niet echt iets. Daarop ontwikkelden we een 'uniform instroommodel mentale gezondheid'. We vertelden de programmapartijen MGN over ons model en dat wordt nu in de landelijke kaders meegenomen."

Sneller doorverwijzen

De pijlers van de MGN zijn het verkennend gesprek, het transfermechanisme, informatievoorziening en het domeinoverstijgend casusoverleg (zie kader rechts). Bastiaens: "Met deze manier van werken kunnen we patiënten beter en sneller doorverwijzen. Nu verwijst een huisarts iemand vaak naar de ggz. Die patiënt komt na een lange wachttijd weer terug bij de huisarts omdat de diagnose niet klopt. Maar als aan de voorkant al wordt gekeken wat de zorgvraag is en wat een patiënt - vanuit verschillende invalshoeken - nodig heeft, dan kun je ervan uitgaan dat hij bij de juiste ggz-aanbieder terecht komt, of op een andere plek waar hij de juiste zorg en ondersteuning krijgt."

Bastiaens juicht toe dat het MGN-programma landelijk worden gefaciliteerd en gestimuleerd. "Ons streven is het instroom-

Pijlers van mentale gezondheidsnetwerken:

- Het verkennende gesprek. Daarin gaat de zorgvrager op aanvraag van de huisarts in gesprek met professionals uit de ggz en het sociaal domein. Hierdoor krijgt de hulpvrager inzicht in eigen kracht en kwetsbaarheid, handvatten om weer in mentaal evenwicht te komen en, zo nodig, verdere zorg en ondersteuning te krijgen.
- Het transfermechanisme. Zorgaanbieders stemmen de gezamenlijke capaciteit zo goed mogelijk op elkaar af om zorgvragers zo snel mogelijk te helpen. De ggz is hier al langer mee bezig.
- Informatievoorziening voor aanbieders en verwijzers. Deze moet inzicht verschaffen in de voorzieningen in zorg- en sociaal domein in de regio en de wachttijden.
- Het domeinoverstijgend casusoverleg. In dit overleg bespreken huisartsen, ggz en het sociaal domein individuele zorgvragers anoniem. Onderlinge afstemming zorgt voor de juiste verwijzing naar de juiste plek.

Bastiaens: "Via het domeinoverstijgende overleg bouwen we vanzelf een netwerk op. Dankzij die korte lijntjes weet je ook sneller welke voorzieningen er waar te vinden zijn"

model zodanig op te schalen dat het geen project meer is, maar een beweging waar iedereen aan meedoet. Nu organiseren we de samenwerking vanuit een huisartsenpraktijk. Maar als je het grootschaliger aanpakt kun je dat niet zo blijven doen. De investering van andere partijen wordt dan heel groot. We hebben binnen onze regio 121 huisartsenpraktijken. Stel dat je bij elke praktijk een overleg van één keer per maand doet. Dan zijn mensen van het sociaal domein daar 121 keer een uur aan kwijt."

Eerste mijlpalen behaald

"Als promotor van passende zorg vinden we het domeinoverstijgend samenwerken heel belangrijk", zegt Sarah Prins, adviseur van het Zorginstituut en actief in het programmateam MGN. "Daar dragen we zoveel mogelijk aan bij. De eerste mijlpalen zijn al behaald. De inzet van de huisarts en ggz-professionals in het verkennende

gesprek wordt vergoed vanuit het basispakket. De NZa heeft inmiddels ook een prestatie voor het verkennende gesprek vastgesteld en er geldt geen eigen risico."

De inbreng van het sociaal domein laat zich moeilijker landelijk regelen. Anders dan de zorg die vanuit de Zorgverzekeringswet wordt gefinancierd, maken gemeenten binnen hun budgettaire middelen zelf keuzes over de inzet binnen het sociaal domein. "Hoe dat gaat uitpakken weten we nog niet", zegt Prins. "In de komende periode brengen we in beeld welke hulp na een verkennend gesprek in het sociaal domein of de ggz wordt ingezet. Daarvoor zijn veel mogelijkheden, van wandelclub tot schuldhulpverlening. Ook werken we, zoals afgesproken in het IZA, aan een landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten waar mensen hun plek kunnen vinden en die er deels al zijn."

Korte lijntjes

In het Limburgse instroommodel is de functie van informatievoorziening weggelaten. "Via het domeinoverstijgende overleg bouwen we vanzelf een netwerk op", vertelt Bastiaens. "De lijntjes zijn kort, je leert elkaar kennen, je ziet vaste gezichten. Voordeel daarvan is dat je ook sneller weet welke voorzieningen er waar te vinden zijn. Er was bijvoorbeeld een patiënt die voor een depressie herhaaldelijk naar de ggz werd gestuurd. Maar hij kwam steeds weer bij de huisarts terug omdat therapie niet hielp. Uiteindelijk bleek dat deze patiënt eenzaam was. De huisarts weet inmiddels vanuit het domeinoverstijgende overleg dat er een goed buurthuis in de buurt van de patiënt is. Daar is hij helemaal opgebloeid."

Over wat deze aanpak voor de wachttijden in de ggz gaat betekenen is afwachten, zegt Prins: "Het verminderen daarvan is een belangrijke doelstelling. We gaan dit in het landelijke programma natuurlijk volgen." Bastiaens is optimistisch: "Wij zien minder verwijzingen naar de specialistische ggz. Er zijn aanknopingspunten dat het gaat werken, maar daarvoor moet je het op grotere schaal monitoren. Goed dat dit gaat gebeuren."



Feiten & Cijfers

€ 58.700.000.000

aan kosten in de Zvw verwachten zorgverzekeraars voor 2024. Dit is een stijging van 7,4% ten opzichte van 2023.

BRON: ZORGINSTITUUT



Circa **900.000 volwassenen** hebben in 2022 een consult met een ggz-zorgverlener gehad. Het absolute gebruik van ggz lijkt niet toe te nemen. Wel is sinds 2018 het gebruik gestegen onder jongeren jonger dan 25 jaar.

BRON: ZORGINSTITUUT

Met zo'n **1.100 tot 1.450 luiers** per cliënt produceert 's Heeren Loo een jaarlijkse afvalberg van **944.275 kilo**. In totaal gooit de zorg elk jaar **85 miljoen kilo** incontinentiemateriaal weg.

BRON: 'S HEEREN LOO

1 op de 7 medicijngebruikers (dat zijn **1.600.000 medicijngebruikers**) wordt geraakt door het medicijntekort. Zij lopen het risico dat hun medicijn niet beschikbaar is. Dat zijn vooral jicht-, astma-, psychiatrie- en hartpatiënten.

BRON: NRC EN NFK



Ongeveer **35%** van de volwassen Nederlanders heeft onvoldoende of beperkte gezondheidsvaardigheden. In 2012 was dat nog 'slechts' **29%**.

BRON: NIVEL



€ 8.100.000.000*

gaven we in 2023 in Nederland in totaal uit aan alle medicijnen. Dat is 14,8% van het basispakket van de zorgverzekering.

**De werkelijke uitgaven liggen hoger, maar er is geen inzicht in de medicatiekosten die onderdeel zijn van een DBC. Ook zijn hierin de medicatiekosten in de langdurige zorg niet meegenomen.*

BRON: ZORGINSTITUUT



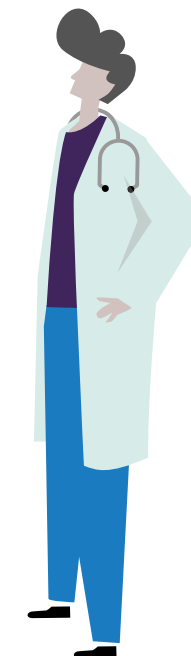
Eind 2023 stonden **97.450** mensen op de wachtlijst voor de ggz. Eind 2022 waren dat er **87.114**.

BRON: NZA

28%

van de zorgprofessionals die zijn baan heeft opgezegd, heeft daar later spijt van.

BRON: ADVIESBUREAU PORRES



In 2023 zijn de totale kosten van zowel de Zorgverzekeringswet (Zvw) als de Wet langdurige zorg (Wlz) gestegen:

- De kosten van de Wlz bedroegen in totaal **€ 33,4 miljard**; dat is **een stijging van 9,2%** vergeleken met 2022.
- De kosten van de Zvw bedroegen in totaal **€ 54,8 miljard**; dat is **een stijging van 6,5%**.

BRON: ZORGINSTITUUT



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

De stelling van Schelto Kruijff

"Wij kunnen alleen gezond leven als onze leefomgeving gezond is"

De zorg lijdt aan de 'vooruitgangs-paradox': medisch-technologisch tot veel in staat, maar ook een van de grootste vervuilers. Ziekenhuizen in Nederland produceren jaarlijks een afvalberg van 328 miljoen kilo en stoten meer CO₂ uit dan de luchtvaart. Net als het bedrijfsleven moet ook de gezondheidszorg zijn verantwoordelijkheid nemen, vindt Schelto Kruijff, hoogleraar Chirurgische oncologie. Duurzame innovaties kunnen ervoor waken dat de zorg meer gezondheidsschade veroorzaakt dan gezondheidswinst oplevert.

Tekst Robert van der Broek

Beeld Rogier Chang

"Medische wegwerpartikelen (*disposables*) komen in vrachtladingen binnen. Na gebruik komen ze op de afvalberg of worden ze verbrand, met zakken vol tegelijk. We gebruiken in de zorg meer spullen dan we nodig hebben. Zo makkelijk als ze binnenkomen, zo lastig is het om ervan af te komen. Hoewel we in de praktijk zien dat veel van die spullen niet wezenlijk bijdragen aan steriliteit of infectiepreventie, moeten we dat met onderzoek aantonen, anders durven we er kennelijk niet mee te stoppen. De gedachte is vaak: baat het niet, dan schaadt het ook niet. Maar het schaadt dus wél. Onze gezondheidszorg is verantwoordelijk voor 8 procent van de totale CO₂-uitstoot in Nederland. Dat is 2 procent meer dan de vliegindustrie. Wij verbruiken 13 procent van alle grondstoffen, terwijl die grondstoffen steeds duurder worden. Het wordt nog een grote opgave om te voldoen aan de Green Deal. Daarin namen we ons voor om het grondstoffengebruik in 2030 met de helft terug te dringen. Maar als we niet zelf ingrijpen blijven we inefficiënt bezig. We hangen een soort religie aan waarin méér beter is. Lees: veiliger. Dat is natuurlijk niet zo. In het UMC Groningen gingen er jaarlijks 350.000 celstof absorptiematjes doorheen. Die gebruikten we voor alles behalve waarvoor het dient. We hebben subsidie gekregen om daar afscheid van te nemen. Dat gaf ons goede moed om ook plastic borsteltjes weg te doen, die standaard in een *disposable set* zaten.

Inmiddels zijn we een grotere uitdaging aangegaan om duurzame innovaties te versnellen. Met een groep topklinische ziekenhuizen hebben we in Maastricht het CAREFREE-project opgezet. Dit is een consortium van professionals die samen zoeken naar mogelijkheden om de operatiekamer te vergroenen. De OK is in het ziekenhuis de grootste veroorzaker van broeikasgassen. Het consortium is interdisciplinair: ➤

"Als we de aarde beschouwen als onze patiënt, zien we een noodzaak tot acuut medisch handelen. Wij kunnen alleen in gezondheid leven als onze leefomgeving gezond is. Dat is de essentie van *planetary health*"

“Proportionaliteit is niets anders dan passende zorg. Bestaat er wel passende zorg als we de gezondheid van onze planeet beschadigen?”

er zitten specialisten in, wetenschappers, brancheorganisaties, milieudeskundigen, ingenieurs, medische bedrijven en zelfs het Waterschap Limburg. Heel divers dus en ieder met zijn eigen expertise. Het gezamenlijke doel is het verminderen van anesthesiegassen, energiegebruik van de luchtverversingssystemen en medicatie in het afvalwater. Groene meters maken. Knopen doorhakken.”

Proportionaliteit

“De gezondheidszorg is tot nu toe ontkomen aan de duurzaamheidstrend die andere sectoren wél tot actie aanzette. Men denkt gauw: in de gezondheidszorg worden mensenlevens gered, dus dan is die vervuiling wel gerechtvaardigd. Dat is een onterecht beeld. De maatschappelijke impact van de zorg is bescheidener dan we denken. Onderzoek toont aan dat winst van de levensverwachting niet zozeer te danken is aan de medische zorg, maar aan schoon drinkwater, betere hygiëne, antibiotica en vaccinaties, riolering, voedsel en scholing. We vragen ons niet af of de zorgkosten van 10 miljard euro in verhouding staan tot de luttele 11 procent die wij bijdragen aan de algemene gezondheid. De behandelprikkel is blijkaar te groot. Dat is gek, want wij leren proportionaliteit op de geneeskunde-opleiding. Proportionaliteit is niets anders dan passende zorg. Bestaat er wel passende zorg als we de gezondheid van onze planeet beschadigen? Helaas zien we de patiënt vaak niet als onderdeel van zijn leefomgeving. Ik vind dat we een andere bril moeten opzetten. Onze leefomgeving is namelijk óók onze patiënt.

Critici vinden dat ik mij te ver buiten het ziekenhuis begeef. Dokters moeten zich bij hun leest houden, vinden ze. Levens redden. Ook de samenleving heeft ons die macht toegekend. Typerend is dat industrie en bedrijven wél aangesproken worden op hun verplichtingen. Maar de zorg staat midden in de samenleving en heeft dus ook de verantwoordelijkheid om bij te dragen aan een

groene, gezonde wereld. Waarom moet ik er zelf over beginnen, terwijl toch duidelijk is dat onze sector een van de meest vervuilende is? Wij kunnen hier niet meer van weglopen. Vergroenen is óók onze taak. Alles heeft met leiderschap te maken. Of in dit geval, het ontbreken daarvan.”

Ladder van circulariteit

“Als we de aarde beschouwen als onze patiënt, zien we een noodzaak tot acuut medisch handelen. Wij kunnen alleen in gezondheid leven als onze leefomgeving gezond is. Dat is de essentie van *planetary health*. Klimmen wij dokters wat vaker in de hoogste boom, dan kunnen we daarin een rol van betekenis spelen. Dan moeten we wel onderkennen dat het vijf voor twaalf is. Het komt nu echt aan op daadkracht. Een praktische leidraad hiervoor is de R-ladder van circulariteit. Hoe hoger je scoort op de ladder, hoe meer grondstoffen je bespaart. Zo kun je de klim maken van een lineaire economie naar een circulaire economie, oftewel van het nuttig toepassen van materialen en grondstoffen (*Recover* en *Recycling*) tot het slimmer gebruiken of weigeren van producten (*Reduce* en *Refuse*). De hoogste sport op de ladder is de grootste uitdaging. De groenste operatie is immers de operatie die nooit uitgevoerd wordt. In Groningen werken we ook volgens de R-ladder. Een voorbeeld is dat we kleine schildkliertumoren alleen nog observeren. Als je jaarlijks een echo maakt en de tumor groeit niet, kan de patiënt uiteindelijk aan ouderdom overlijden zonder hieraan ooit geopereerd te zijn. Zo zijn er meer verrichtingen die we kunnen heroverwegen. Er is weinig bekend over het gezondheidseffect van een galblaasverwijdering. PET-scans vragen te veel capaciteit en dragen nauwelijks iets bij. De *Leidraad Duurzaamheid* laat zien dat de operatie-robot zeer vervuilend is. Luchtafvoersystemen verbruiken vreselijk veel energie, terwijl niet is bewezen dat die bijdragen aan het verminderen van wondinfecties.”



Prof. dr. Schelto Kruijff (46) is oncologisch chirurg aan het UMC Groningen. In januari 2024 werd hij benoemd tot hoogleraar met de leeropdracht chirurgische oncologie, in het bijzonder duurzame chirurgie. Kruijff promoveerde in 2011 op de behandeling van het melanoom en was *fellow* endocriene chirurgie in Sydney, Australië en bij de leverchirurgie (HPB-afdeling) van het UMCG. In 2019 werkte hij een tijd in een ziekenhuis in Malawi, Afrika en afgelopen jaar als senior onderzoeker aan het Karolinska instituut in Stockholm, Zweden.

Breinkracht

“Iets wel doen is altijd makkelijker dan iets niet doen. En toch moeten we vaker iets niet doen. Of anders doen. Waarom gebruiken we geen *reusables* in plaats van *disposables*? Kunnen we de indicatiestelling voor operaties aanscherpen? Kan de luchtbehandeling in een lagere stand als er geen operatie is? Moeten we oudere apparatuur wel wegdoen als het nog te repareren is? Al die vragen kun je jezelf stellen als je de R-ladder van circulariteit gebruikt. Ik heb een dagtaak aan mijn inspanningen voor een groene gezondheidszorg. Dat komt bovenop mijn toch al volle agenda, maar ik heb het er graag voor over, omdat ik vind dat wij onze winkel op orde moeten hebben. Natuurlijk, de zorg is een vraag-gestuurde sector, maar dat betekent niet dat we die vraag altijd op dezelfde manier moeten beantwoorden. Gaan we door met verspillen of gebruiken we onze autoriteit om middelen efficiënter in te zetten? Waarom kijken we niet vaker naar buiten? Waarom maken we geen gebruik van de creativiteit van andere specialisten, zoals ingenieurs en milieuprofessionals, zoals wij hebben gedaan in het CAREFREE-project? Roep hun expertise in, bundel krachten, werk samen aan oplossingen. De breinkracht van zo’n onderzoeksgroep is enorm. Daarmee kun je vooroplopen. Samen een groene missie aangaan maakt ons allen sterker. Ik zie overeenkomsten met de snelle

“De zorg staat midden in de samenleving en heeft dus ook de verantwoordelijkheid om bij te dragen aan een groene, gezonde wereld”

opmars van kankertherapieën in de jaren zestig. Door multidisciplinaire samenwerking wisten we de ziekte steeds beter te bestrijden met goede pathologie en beeldvorming. De nood was hoog, er stonden levens op het spel, dus leverden we de uiterste inspanning. Wij beseffen wel dat ook nu de nood hoog is, maar het ontbreekt ons nog aan die uiterste inspanning. Het is essentieel dat we nu plannen gaan uitvoeren en implementeren. Wij moeten met antwoorden kunnen komen. Mijn angst is dat als we niet doorpakken, cynisme op de loer ligt. En cynisme is de grootste bedreiging van optimisme.” |



Passende zorg vraagt om beter en breder pakketbeheer

Op diverse fronten werken partijen in de zorg samen om de Nederlandse gezondheidszorg ook in de toekomst goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. Een van de instrumenten daarvoor is pakketbeheer. Als pakketbeheerder bepaalt het Zorginstituut welke zorg wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Samen met het ministerie van VWS werken we nu aan het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket.

Tekst Jos Leijen

Beeld Zorginstituut

Het programma 'Verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket', kortweg VVTB, ging eind 2022 van start. De minister van VWS verzocht het Zorginstituut om de gang van zaken rond het pakketbeheer kritisch tegen het licht te houden en met suggesties te komen om de toets te verbreden en te verbeteren. Daarbij gaat het bij 'verbreden' om het uitbreiden van de toets naar zorg vanuit andere sectoren en domeinen, waaronder de Wet langdurige zorg (Wlz). Bij 'verbeteren' gaat het er onder meer om hoe zorgverzekeraars, -aanbieders en professionals ondersteund kunnen worden in hun rol om te toetsen of interventies al dan niet tot het verzekerde

pakket behoren. Daarnaast gaat het over het meewegen van de milieu-impact en de inzet van zorgmedewerkers en mantelzorgers.

Passende zorg voor iedereen

Willem de Haan is programmamanager VVTB bij het ministerie van VWS. "Het traject vloeit voort uit het coalitieakkoord van kabinet Rutte IV, het IZA en WOZO. Daarin is de houdbaarheid van de zorg een belangrijk aandachtspunt. Pakketbeheer is daar een onderdeel van. We willen interventies zo efficiënt mogelijk inzetten, zodat iedereen passende zorg krijgt. Er wordt vaak gezegd 'baat het niet, dan schaadt het niet', maar in de zorg geldt juist vaak: baat het niet, dan schaadt het wél. Dat wil je voorkomen."

Saskia Knies is coördinator VVTB bij het Zorginstituut. Bij pakketbeoordelingen gebruiken we momenteel vier pakketcriteria, legt ze uit:

1. effectiviteit - wat heeft de patiënt aan de nieuwe behandeling?
2. kosteneffectiviteit - biedt de nieuwe behandeling waar voor zijn geld ten opzichte van de standaardbehandeling?
3. noodzakelijkheid - wat is de ernst van de ziekte en is er noodzaak om de behandeling vanuit het basispakket te vergoeden?
4. uitvoerbaarheid - is het haalbaar en houdbaar om de behandeling in het basispakket op te nemen?

Nieuwe pakketcriteria

De afgelopen jaren ontstond de behoefte om ook andere factoren mee te wegen, zoals de benodigde inzet van arbeid. Zorgpersoneel is in deze tijd schaarser dan geld. Dus als zorg naar verhouding veel arbeid vraagt en

De Haan:
"Vaak wordt gedacht dat pakketbeheer iets is van de overheid, maar het is juist iets waar alle partijen aan moeten bijdragen"

Mackenbach:
"Als je arbeidsmarktkrapte en milieu-impact meeweegt in de beoordeling, geef je een belangrijk signaal af"

daarmee een beroep doet op de beschikbare capaciteit, moet je die zorg dan wel leveren? Kun je niet meer gezondheidswinst halen door medewerkers op een andere manier in te zetten? Een andere factor is de milieu-impact. Bij behandelingen worden vaak enorme hoeveelheden afval geproduceerd. Daarnaast is er het energieverbruik bij productie van hulpmiddelen en geneesmiddelen en bij de verwarming van zorginstellingen. Gezien de klimaatakkoorden en de opwarming van

de aarde lijkt het op zijn plaats dat duurzaamheid in de zorg meer aandacht krijgt. Pakketbeheer kan hier mogelijk een rol in spelen. Om de gedachtevorming rond het opnemen van ecologische duurzaamheid en arbeidsinzet als criteria voor pakketbeheer te stimuleren, is er een tijdelijke commissie onder voorzitterschap van Johan Mackenbach ingesteld. Deze commissie buigt zich over de haken en ogen van deze twee nieuwe criteria (zie onderstaand kader). >

Een ingewikkelde puzzel

Prof. dr. Johan Mackenbach is voorzitter van de tijdelijke commissie die de minister van VWS gaat adviseren over de mogelijke plek van duurzaamheid en arbeidsinzet in het beoordelingskader voor verzekerde zorg in het basispakket. Mackenbach werkte 36 jaar bij het Erasmus MC met als specialisme maatschappelijke gezondheidszorg. In 2020 nam hij afscheid als hoogleraar. Hij was in het verleden ook betrokken bij de advisering rond de huidige pakketcriteria. De commissie is in december geïnstalleerd en het advies wordt in oktober verwacht. Een kant-en-klaar plan voor hoe duurzaamheid en arbeidsinzet

meegewogen kunnen worden, zal het niet worden, tempert Mackenbach de verwachtingen: "Het is een ingewikkelde puzzel. Hoe meet je bijvoorbeeld personeelsschaarste? En welke criteria leg je aan om duurzaamheid te beoordelen?" En als je antwoord hebt op deze vragen, moet je bedenken hoe je de nieuwe criteria meeweegt in de beoordeling. Ook dat wordt ingewikkeld, voorspelt Mackenbach: "Neem het criterium kosteneffectiviteit. Daar zitten ook factoren in als de kosten van personeelsinzet en het energieverbruik van het ziekenhuis. Moet je die er dan uit filteren?"

Dilemma's

Een ander vraagstuk is hoe de verschillende pakketcriteria zich tot elkaar verhouden. Als je een goede manier hebt gevonden om de inzet van personeel en duurzaamheid te meten, hoe weeg je dat dan af tegen de andere criteria: effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid? "Hoeveel extra levensjaren geef je op om personeel te besparen en het milieu te ontzien? Dat zijn lastige dilemma's." De commissie overweegt om een burgerraadpleging te organiseren om het draagvlak te onderzoeken. "De schaarste aan zorgpersoneel voelen we

nu al en dat zal alleen maar toenemen. Het besef dat duurzaamheid mee moet wegen is zeker nog niet algemeen in de zorg, laat staan daarbuiten. De vraag is ook hoe een nieuw kabinet hier tegenaan zal kijken."

Pakketbeheer lost de problemen rond arbeidsmarkt en milieu niet op, beseft Mackenbach. "Maar als je deze factoren meeweegt in de beoordeling, geef je wel een belangrijk signaal af. Het zegt iets als de minister besluit: 'Dit moet een plek krijgen.' Het draagt bij aan een bredere benadering en een bredere bewustwording. En die zijn hard nodig."



Naast de nieuwe pakketcriteria wordt ook onderzocht hoe pakketbeheer kan worden uitgebreid naar voorzieningen die onder de Wet langdurige zorg (Wlz) vallen, zoals verpleeghuizen en instellingen voor gehandicaptenzorg. Dat brengt de nodige vraagstukken met zich mee, aldus De Haan: “De Wlz is heel anders georganiseerd dan de curatieve zorg. Zorgzwaartepakketten zijn veel minder inzichtelijk dan interventies uit de Zorgverzekeringswet. Zaken als welzijn en bejegening moet je op een andere manier toetsen.”

Ieder zijn rol in pakketbeheer

Een interventie wordt vergoed als die bewezen effectief is volgens de stand van de wetenschap en de praktijk. Het Zorginstituut beoordeelt maar een klein deel van alle interventies. Daarom is het belangrijk dat het veld een bijdrage levert. Elke partij heeft een rol om met pakketbeheer bij te dragen aan passende zorg.

“Vaak wordt gedacht dat pakketbeheer iets is van de overheid”, zegt De Haan. “maar het is juist iets waar alle partijen aan moeten bijdragen. Zo moeten verzekeraars zich vaker uitspreken of zorg wel of niet verzekerd is. Wetenschappelijke verenigingen en beroepsverenigingen moeten onderbouwen wat passende zorg is. Van patiënten en patiëntenorganisaties willen we dat ze zich uitspreken over wanneer zorg echt van meerwaarde is.”

“Partijen geven wisselend invulling aan hun verantwoordelijkheid”, zegt Knies. “Daarom

bieden we duidelijke handvatten. Zo ontwikkelde het Zorginstituut een informatie-document met een beoordelingskader stand van de wetenschap en praktijk (SWP).” Het Bestuurlijk Overleg IZA heeft een werkgroep van IZA-partijen geïnitieerd die knelpunten rondom rollen en verantwoordelijkheden bij pakketbeheer in kaart brengt en de rollen van de verschillende partijen concreetiseert.

Cyclisch toetsen

Zorg die al is toegelaten tot de verzekerde zorg, zal vaker worden getoetst; dat is het zogeheten cyclisch pakketbeheer. Ook wordt gekeken of verzekerde zorg op de juiste manier wordt ingezet. “Daarbij gaat het ook om gepast gebruik”, zegt De Haan. “Dat een interventie in beginsel voor vergoeding in aanmerking komt, wil niet zeggen dat die ook per se ingezet moet worden. We kijken hoe we de voorwaarden kunnen aanscherpen, bijvoorbeeld door te eisen dat eerst andere interventies worden ingezet. We onderzoeken of we hiervoor de regelgeving moeten aanpassen.”

Het Zorginstituut krijgt een belangrijke rol om professionals handvatten te bieden om zorg te toetsen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Knies: “De veldpartijen krijgen een grotere rol. Wij geven uitleg over hoe je zorg toetst, zoals we ook in het beoordelingskader hebben gedaan. Daarmee helpen we veldpartijen om hun rol te pakken.”

Knies:
“De veldpartijen krijgen een grotere rol. Wij geven uitleg over hoe je zorg toetst. Daarmee helpen we veldpartijen om hun rol te pakken”

Standpunt: NRP bij levertransplantatie na hartstilstand is effectieve zorg

Meer donorlevers beschikbaar door nieuwe techniek

Bij een levertransplantatie is er grote kans op schade aan de donorlever. Een nieuwe techniek, normotherme regionale perfusie (NRP), kan mogelijke schade aan de donorlever beperken. In een recent standpunt stelde het Zorginstituut dat deze techniek effectieve zorg is bij levertransplantatie na een hartstilstand en dus uit het basispakket wordt vergoed.

Tekst Edith Bijl

Beeld Frank Muller | ANP

Wat is NRP?

Bij NRP wordt een orgaandonor die aan een hartstilstand overlijdt na vijf minuten aangesloten op een machine. Zo doorstromen de buikorganen (lever, alvleesklier, nieren) in de donor met bloed. Dat kan de mogelijke schade aan de donorlever beperken. Ook kan NRP testen of de donorlever geschikt is voor transplantatie. Dankzij NRP komen er meer donorlevers beschikbaar en dat verkleint het tekort aan levers voor transplantatie. Daarnaast leidt NRP tot betere uitkomsten na de transplantatie: er komen meer donorlevers direct na de transplantatie op gang en er zijn minder galwegcomplicaties. Ontvangers van een donorlever hebben zo een grotere kans dat de transplantatie slaagt.

Aanleiding standpunt

In 2018 verleende het ministerie van VWS een projectsubsidie om NRP toe te passen



en te evalueren bij donatie na hartstilstand. Tot 2022 was *static cold storage* (SCS) de standaardtechniek. Daarbij worden de organen op ijs bewaard. Op verzoek van het ministerie van VWS onderzocht het Zorginstituut of de effectiviteit van NRP bij orgaantransplantatie voldoende is aangetoond. Op basis daarvan brachten wij eerder dit jaar een standpunt uit, dat specifiek gaat over levertransplantatie na een hartstilstand. Wij concludeerden dat NRP bij levertransplantaties na hartstilstand een effectieve techniek is in vergelijking met SCS. Deze zorg voldoet aan ‘de stand van de

wetenschap en praktijk’. En daarmee behoort NRP dus tot het basispakket.

Aanvullend onderzoek

Naast NRP bestaat de ‘ex situ machine-perfusie’. Bij deze techniek kan de lever ook buiten de donor op een machine met een vloeistof doorstroomd worden. Om inzicht te verkrijgen in de best passende zorg bij levertransplantatie na een hartstilstand, adviseert het Zorginstituut om aanvullend onderzoek te doen. Het doel van dit onderzoek is om de effectiviteit van NRP te vergelijken met ex situ machineperfusie. |





“Toepassing van cognitieve gedrags-therapie leidt tot minder opnames van patiënten met psychose. Dat pakken we nu aan”

Hoe pakken de adviezen, richtlijnen, hand-reikingen 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 **verbetering van de zorg voor mensen met psychose**.

Tekst Jasper Enklaar

Beeld Ron Zwagemaker; De Beeldredactie | Herbert Wiggerman

aan het **Bureau**

Koen Böcker is data scientist en adviseur bij het Zorginstituut.

“In 2020 publiceerden we het *Verbetersignalement Zorg voor mensen met psychose*. In het voorjaar van 2021 is het veld begonnen met de implementatie van de verbeterafspraken die we met elkaar hebben gemaakt. Dat waren er twee: het meer inzetten van cognitieve gedragstherapie (CGT) voor psychose en een jaarlijkse somatische screening. CGT kan patiënten helpen om minder ontregeld te raken tijdens een actieve psychotische episode. Onderzoek uit Engeland liet zien dat je door de toepassing van CGT het aantal opnames van deze patiënten kunt verminderen. Daarom hebben we met de betrokken zorgprofessionals en patiëntenorganisaties afgesproken dat we daaraan gaan werken.

Er zijn behandelteams gezocht die hier daadwerkelijk iets mee wilden doen. Niet alleen teams moesten zich daaraan committeren, maar ook de raden van bestuur van de instellingen. Op die manier is het bestuurlijk geborgd. Voor het meer inzetten van CGT zijn nu zo'n vijftien instellingen aangehaakt. Zij voeren een verbeterprogramma uit om meer CGT in te zetten.

Of de doelen bereikt zijn? De indruk is positief. Het verbeterplan dat de vijftien organisaties uitvoeren is veelal gericht op scholing. Er is veel materiaal ontwikkeld dat ook in de toekomst gebruikt kan worden. Denk daarbij aan vragenlijsten, scholingsplannen en een interactief overzicht van praktijkvoorbeelden voor somatische screening. Volgend jaar voeren we een evaluatie van het verbetertraject uit. Met betrokken organisaties kijken we dan wat we van dit traject kunnen leren.”

aan het **Bed**

Tonnie Staring is psycholoog bij ggz-instelling Psycholoog Nederland en bij Altrecht.

“In het verbetertraject zit een aantal acties, sommige op instellingen gericht, andere op opleidingen. Op allerlei niveaus zijn er ideeën geweest om dit aan te pakken. Interventies zijn vooral trainingen voor bestaand personeel. Maar de hoeveelheid scholing is niet sterk toegenomen, zeker niet zoveel als nodig is. Instellingen hebben nauwelijks de wil of het budget voor het werven en scholen van personeel op dit gebied. Ze hebben andere prioriteiten dan het goed implementeren van de richtlijnen voor psychose-zorg. Zoals financieel het hoofd boven water houden. Ook de opleiders van de BIG-opleidingen hebben andere prioriteiten dan dat psychologen meer moeten weten over CGT bij psychose.

Uit het oorspronkelijke rapport bleek dat in 2019-2020 slechts een vijfde tot een kwart van de patiënten toegang had tot CGT en dat gebeurde ook nogal eens door mensen die daar niet in geschoold waren. De doelstelling was om dat minstens te verdubbelen. Mijn vermoeden is dat we dat zeker niet hebben gehaald. Dat was ook wel te verwachten. Het rapport noemde indertijd een investering van een aantal miljoen om die verbetering te bereiken. Maar die investering is er nooit gekomen. En de instellingen zelf, de ggz-sector, krijgt het niet voor elkaar. Je zou een vast, geïmplementeerd budget moeten hebben voor nieuwe afdelingen die alleen CGT bij psychose aanbieden. Dat zou de route moeten zijn.” Ik ben wel heel blij dat het Zorginstituut dit onderwerp heeft gekozen. Andere patiëntengroepen, zoals mensen met angststoornissen of mensen met depressies, krijgen veel vaker een psychologische behandelvorm uit de richtlijn dan patiënten met psychose. Patiënten met psychose zijn echt een ondergeschoven kindje.”



“Je zou een geïmplementeerd budget moeten hebben voor nieuwe afdelingen die alleen CGT bij psychose aanbieden”

Basis voor kwalitatief goede, passende zorg:

Sectoraal maatschappelijke kaders

Met het opstellen van ‘sectoraal maatschappelijke kaders’ biedt de Kwaliteitsraad van het Zorginstituut een kapstok om passende zorg in de breedte te kunnen toepassen. De kaders gaan voor de sectoren fungeren als basis om in een cyclus van continu leren en verbeteren de uitdagingen in de zorg het hoofd te bieden.

Tekst Frank van Wijck

Beeld UMC Utrecht

De Kwaliteitsraad van het Zorginstituut zette onlangs een voorstel op voor sectoraal maatschappelijke kaders. Daar waren heel goede redenen voor, zegt Floortje Scheepers, voorzitter van de Kwaliteitsraad: “Het *Kader Passende zorg* is ontwikkeld voor de hele zorgsector en beschrijft - naast de al bestaande principes van toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg - ook nieuwe zaken die samenhangen met passende zorg. Denk bijvoorbeeld aan personele belasting, budget, gezondheidsverschillen en duurzaamheid. Naast het *Kader Passende zorg* is er het Kwaliteitsregister; daarin staat met modules en standaarden op gedetailleerd niveau beschreven wat goede zorg is. Tussen die twee zit een te groot hiaat. De zorg is in beweging, er komen enorme uitdagingen op ons af en alle stakeholders zijn aan zet om die het hoofd te bieden. Hoe we dat moeten doen voor verschillende grote doelgroepen kan beschreven worden in een sectoraal maatschappelijk kader.”

Beschrijving per sector

“De sectoraal maatschappelijke kaders beschrijven per sector wat we onder passende zorg verstaan”, zegt Scheepers. “De richtlijnen en kwaliteitsstandaarden moeten zich daartoe vervolgens gaan verhouden. De sectorale maatschappelijke kaders moeten de *backbone* worden voor leren en bijsturen om de uitdagingen in de zorg het hoofd te kunnen bieden. Ze geven antwoord op relevante vragen over gezondheidsverschillen, duurzaamheid, de ecologische footprint van geleverde zorg, of hoe om te gaan met de belastbaarheid van personeel of mantelzorgers. Een sector is in dit geval een deel van de zorg dat multidisciplinair samenhangt rond een bepaalde doelgroep. Denk bijvoorbeeld aan geboortezorg, ouderenzorg of de ggz. Het kompas dat nu voorligt over ouderenzorg is in feite een goede voorloper van zo’n sectoraal maatschappelijk kader.”

Tripartiet plus

De beschrijving van een sectoraal maatschappelijk kader gebeurt in de kern tripartiet; het is een taak voor de zorgverzekeraars, de patiëntenorganisaties en de zorgprofessionals. “Maar het gaat om meer dan alleen verzekerde zorg”, zegt Scheepers, “want het heeft gevolgen als het zorgaanbod niet aansluit op de leefwereld van mensen, of als het aanbod in het sociaal domein niet aansluit op het zorgaanbod. Daarom stellen we dat de opzet van de sectoraal maatschappelijke kaders breder moet worden ingestoken. Het vraagt ook om betrokkenheid van burgers, van de lokale overheid, en van de informele hulpverleners. Mantelzorgers en vrijwilligers gaan immers een steeds grotere rol spelen.”

Door samen zo’n sectoraal maatschappelijk kader vorm te geven, gaan partijen ook samen het leren en verbeteren vormgeven, stelt Scheepers. “Het geeft ze een andere rol, een meer gedeelde verantwoordelijkheid. Dat is wezenlijk anders dan dat ieder vanuit het eigen perspectief met elkaar spreekt. Je spreekt met elkaar de route af en spreekt elkaar erop aan als je daarvan afwijkt.”

Uitgedaagd

Scheepers zegt te hopen dat de sectoren zich uitgedaagd voelen om het schetsen van de sectoraal maatschappelijke kaders volgens de verbrede tripartiete aanpak op te pakken. “Als Kwaliteitsraad willen we ons hierbij niet beperken tot een toetsende rol. We willen het proces graag faciliteren, door het te begeleiden of te zorgen dat partijen aanhaken die niet direct beschikbaar lijken te zijn. We willen liever voorkomen dat het op doorzettingsmacht aankomt, want dan wordt er *top down* besloten. En dat is nu juist niet de bedoeling. Als je er samen als sectorpartijen uitkomt is het veel krachtiger, je moet in het vervolg immers ook samen verder.”



“De kaders zijn niet in beton gegoten, maar vormen de basis om te komen tot een flexibel en adaptief zorgsysteem voor kwaliteitsbewaking en passende zorg”

Vrijblijvend is de oproep aan de sectoren om de sectoraal maatschappelijke kaders te schetsen niet. “Maar het zou goed zijn als er niet een gevoel ontstaat van ‘dit moeten we doen’ maar van ‘dit willen we doen’”, zegt Scheepers. “Je beschrijft met elkaar de zorg zoals je die voor ogen hebt. Het Zorginstituut en het ministerie van VWS kunnen vooraf bepaalde normen voor het kwaliteitskader meegeven. En de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd en de zorgverzekeraars kunnen in hun toezicht en beleid aan zo’n kader refereren.”

Pilot

In 2022 is het *Signalement Passende zorg voor mensen met kanker* verschenen. Dit signalement maakte inzichtelijk welke knelpunten opgelost moeten worden om de zorg voor mensen met kanker toekomstbestendig te maken. “We kunnen de oncologie als pilot gebruiken voor het beschrijven van een sectoraal maatschappelijk kader volgens het format dat we nu ontwikkeld hebben”, meent Scheepers.

De Kwaliteitsraad heeft het voorstel voor sectoraal maatschappelijke kaders al getoetst bij de Inspectie, de Federatie Medisch Specialisten en de Nederlandse Zorgautoriteit. De Kwaliteitsraad heeft de twee andere commissies van het Zorginstituut - de Wetenschappelijke Adviesraad en de Adviescommissie Pakket - bij de uitwerking betrokken. Scheepers: “We hebben dus al input opgehaald. Dat betekent dat we nog dit jaar aan de slag kunnen. Wat ontwikkeld wordt zal niet in beton gegoten zijn, maar de basis vormen om te komen tot een flexibel en adaptief zorgsysteem voor kwaliteitsbewaking en passende zorg. De juiste *tone of voice* om de beweging de goede kant op te brengen. De enorme uitdagingen waar we met de zorg voor staan, maken duidelijk hoezeer we dat nodig hebben.” |

De Culturele Apothekers schrijven voor bij...

Werktwijfels

De plek die werk inneemt in een doorsnee mensenleven is – voor mensen tussen de 18 en 67 jaar – immens. U als lezer van het *Zorginstituut Magazine* brengt een groot deel van uw dagen hoogstwaarschijnlijk door op een kantoor, achter een computer of aan vergadertafels. Als u mazzel hebt, vindt u in uw werkbestaan uw roeping en geeft uw werk u een prettig gevoel, zelfvertrouwen, een *sense of purpose* en een klare identiteit. Maar voor hetzelfde geld knaagt er regelmatig iets. Uit onderzoek blijkt dat meer dan de helft van de westerlingen niet tevreden is met hun baan.

Ziektebeeld

Slaat ook bij u de werkwalging wel eens toe? Denkt u vaak dat al uw collega's totaal gefocust zijn en helemaal op hun plek zitten, terwijl alleen u uit verveling nog maar eens koffie haalt? Lonkt ondertussen het visioen van werk dat u alle dagen tot in de tenen beroert? Snaakt u naar het gevoel dat uw werk iets bijzonders toevoegt aan wie u bent? Geen twijfel mogelijk: u bent in de greep van het *Werk=Zelfverwerkelijking-Syndroom*.

Literaire medicatie

Het is hoog tijd om eerst de alledaagse werkelijkheid onder ogen te zien. Ja, u brengt veel tijd door op uw werk, dus het is fijn als het daar aangenaam vertoeven is. Maar net als het leven zelf biedt ook het arbeidsbestaan een voortdurende aaneenschakeling van plezier én plichten, ups én downs, van kicks om wat lukt én gevoelens van zinloosheid. Om u met deze realiteit te verzoenen, raden wij u aan *De onvolmaakt* van Tom Rachmann te lezen. Deze roman speelt zich af op de redactie van een internationale krant die vanuit Rome

opereert. Klinkt als een spannende werk-omgeving, maar het is er een zootje. Geld- en personeelsgebrek spelen de redactie parten en alle medewerkers dealen daarmee, elk op eigen wijze. Ze trekken en sleuren, jagen hun eigen hobby's na, stellen zich dienstbaar op tot hun kruik barst of zitten hun tijd uit tot hun pensioen. En ondertussen trekt ook het leven buiten het werk aan ze: ze kampen met slechte huwelijken, verlies, opslorpnde verliefdheden en andere alledaagse perikelen. Dit boek relativeert de gedachte dat werk altijd hemelbestormend fantastisch is. Dat is het niet, punt. Het relativeert ook het idee dat collega's wel altijd 100 procent in de wedstrijd zitten, en alleen u zichzelf zo'n dweil voelt. Iederéén neemt zichzelf mee de werkvloer op, inclusief meer of minder verborgen onhebbelikheden, privésors en twijfelarijen.

Aanvullende probiotica

Natuurlijk willen we u niet afbrengen van het verlangen om uw ei kwijt te kunnen in het werk dat u doet. Maar welk ei precies, dat is aan u. Een mens kan ervoor kiezen om te leven om te werken, maar werken om te kunnen leven is ook legitiem. Of de wereld veranderen, wellicht met een ienimienie stapje: ook altijd een interessante keus. Ter inspiratie deze dichtregels van Alexis de Roode, uit 'Contract' in de bundel *Een steen openvouwen*:

*Ik ben vandaag in dienst getreden van het goede,
met inzet van al mijn beperkte middelen,
om de wereld tot een betere planeet te maken.*



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:

Anke Vervoord
Directeur-bestuurder Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties

“In de zorg gaat het altijd over tekorten, schaarste, krapte. Maar het gaat weinig over de grootste onderbenutte waarde: de patiënt. Patiënten hebben een mening, hebben een stem en hebben iets te vertellen. Benut die waarde om de zorg te verbeteren. Het inbrengen van feiten en ervaringen vanuit het patiëntenperspectief kan nieuwe inzichten opleveren en helpen om de zorg anders in te richten. Maar daar wordt niet heel nadrukkelijk naar gekeken. Uit onderzoek van de Patiëntenfederatie weten we dat 40 procent van de mensen het gevoel heeft dat ze onnodige behandelingen hebben ondergaan. Daarover moet je het gesprek met elkaar voeren. Dan kom je tot andere keuzes. Als de patiënt samen met de arts een passender keuze kan maken, heeft dat invloed op de toegankelijkheid van de zorg en op de kosten van de zorg. Er is gelukkig een beweging om de patiënt aan meer tafels mee te laten praten, maar er is nog veel te verbeteren. Die stem horen is één ding, ernaar handelen is iets anders. Het gebeurt te vaak dat het laten meepraten van patiënten slechts een vinkje oplevert, bijvoorbeeld in richtlijnontwikkeling. Maar de inbreng van de patiënt moet serieus genomen worden en van invloed zijn op de keuzes die worden gemaakt. Dat is de volgende stap in de emancipatie van de patiënt.”

Beeld De Beeldredactie | Herbert Wiggerman

Over zorg gesproken...

“Onbegrepen gedrag is een maatschappelijk probleem van ons allemaal. Als we dat als samenleving niet goed oppakken, wordt het een veiligheidsvraagstuk.”

Ruth Peetoom, voorzitter Nederlandse ggz, op skipr.nl (29 mei 2024).

“De zorgvraag is in principe oneindig. Zonder uitgavenplafond wordt de gezondheidszorg een speeltuin voor populistten.”

Bogi Eliassen, directeur gezondheid van het Copenhagen Institute for Futures Studies, op zorgvisie.nl (15 mei 2024).

“De weinig benijdenswaardige positie van de patiënt: terwijl hij het onderwerp zou moeten zijn, is hij al te vaak het lijdend voorwerp.”

Columnist Mariska Koster op artsenauto.nl (23 mei 2024).

Het zorgstelsel is goed ziek. De ziekte heet prestatiebekostiging en is uitgezaaid tot in alle haarvaten. Slechts een rigide aanpak kan soelaas bieden.”

Strategisch adviseur Pien Naber op zorgvisie.nl (13 mei 2024).

“Hulpverleners is een nobel beroep, gekozen vanuit ons hart, maar waarom zou je daar in hemelsnaam niet ook gewoon zelf beter van mogen worden?”

Marieke Bourgonje, herstellondersteuner in de ggz, op socialevraagstukken.nl (9 mei 2024).

“Niet de rokers, maar de tabaksproducenten en hun marketeers zouden eigenlijk een hogere zorgpremie moeten betalen.”

Columnist Frank van Wijck op artsenauto.nl (31 mei 2024).

“Tijdens een dienst van zes uur kan een verzorgende maximaal achttien cliënten verzorgen, als ze hard fietst. In diezelfde tijd kunnen wij in beeldzorg 36 cliënten zien.”

Wouter Hazeu, manager digitaal zorgteam van vvt-organisatie Marente, op zorgvisie.nl (30 april 2024).

“Na de bestraling sta je weer op straat en moet je het zelf uitzoeken. Maar je leven ligt in puin. Wij helpen mensen de draad weer op te pakken, weer aan het werk te gaan. Dat levert in het gunstigste geval dertig miljoen per jaar op.”

Sonja Robben, directeur brancheorganisatie Ipsa, in Trouw (23 mei 2024).

“Misschien moet het budget voor zorg en welzijn veel meer in voorzorg en volksgezondheid geïnvesteerd worden, zodat de zorg ruimte krijgt voor de mensen die écht zorg nodig hebben.”

NVZD-voorzitter Rutger Jan van der Gaag en NVTZ-voorzitter Aad Koster op zorgvisie.nl (10 april 2024).

“Voor echt passende zorg is de visie en mening van de patiënt onmisbaar. Zorgverleners weten vaak alles over hun specifieke deel van de zorg, maar patiënten weten vaak het beste wat er bij hen past voor een goede kwaliteit van leven.”

Arthur Schellekens, directeur-bestuurder van Patiëntenfederatie Nederland, op zorgvisie.nl (25 april 2024).