



Zorginstituut Nederland

Zorginstituut magazine

Kwartaalblad van
Zorginstituut Nederland
zomer 2025

Michel van Schaik,
directeur Gezondheidszorg Rabobank:

**"Ons zorgsysteem
is ver over zijn
houdbaarheidsdatum
heen"**

| Meer aandacht
voor impact van
medicijnen op
arbeidsinzet en
klimaat

| iStandaarden:
de stille kracht
achter efficiënte
zorg

Inhoud

- 6

Nieuwe criteria pakketbeheer
Tekorten op de arbeidsmarkt en duurzaamheid zijn steeds belangrijkere thema's in de zorg. In het IZA is afgesproken dat deze thema's ook moeten worden meegewogen in de beslissing of een behandeling wordt vergoed in het basispakket. Maar hoe doe je dat?
- 12

Lokale voorbeelden passende zorg
Het Zorginstituut publiceerde vorig jaar het *Signalement passende langdurige zorg*. Kern hiervan is het anders organiseren van de formele en informele zorg. Volgens Jan Smelik gebeurt dat al heel veel, overal in het land.
- 14

Tien jaar iStandaarden
Tien jaar geleden werden de eerste informatiestandaarden gelanceerd voor digitale gegevensuitwisseling in de Wlz, Wmo en Jeugdwet. Inmiddels is het een onmisbaar systeem waar dagelijks honderdduizenden berichten doorheen gaan.
- 22

Handleiding digitale zorg
Inzet van digitale zorg houdt de zorg ook in de toekomst toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit. Daarom zet het Zorginstituut samen met Digizo.nu vaart achter digitale en hybride zorg. Ook publiceerden we recent een handleiding hierover.
- 28

Passende zorg bij ALK
Er ligt een plan van aanpak voor meer passende zorg voor mensen met aanhoudende lichamelijke klachten (ALK). Maar juist omdat ALK zo'n breed begrip is, is uitvoering van dat plan van aanpak nog niet zo makkelijk.



Rubrieken

- | | |
|---|---|
| 09 Column
Matthijs Versteegh | 26 Aan het bureau aan het bed
Het Passende zorg-verbeter-traject leeftijdsgebonden maculadegeneratie. |
| 10 Tien vragen aan:
Arlette Vrusch | 31 De zorg van morgen
... volgens internist/oncoloog Hans Westgeest. |
| 16 Feiten & Cijfers | 32 Over zorg gesproken |
| 18 De stelling van...
Michel van Schaik, directeur Gezondheidszorg Rabobank | |

Aan de slag!

Mark Janssen, voorzitter Zorginstituut Nederland



“Met domein-overstijgende samenwerking behalen we het meeste effect om te komen tot toekomst-bestendige zorg”

Begin juni lag na maandenlang overleg een onderhandelaarsakkoord op het Aanvullend Zorgakkoord (AZWA) en het Hoofdpijnenakkoord Ouderen (HLO) binnen handbereik. Toch werd dit, met de haven in zicht, door de val van het kabinet op de lange baan geschoven. Dit nieuws viel slecht, zowel bij mijzelf als bij alle partijen waarmee we al zo lang in gesprek zijn. Maar al snel sloeg dat gezamenlijke chagrijn om in vastberadenheid om samen – binnen de financiële en politieke mogelijkheden die we nu hebben – verder te werken aan deze akkoorden. Want we kunnen met deze afspraken, bedoeld als aanvulling op het eerdere Integraal Zorgakkoord, veel winst behalen. Dat licht ik hier graag toe.

In de eerste plaats stimuleren de akkoorden de samenwerking tussen de verschillende sectoren – binnen en buiten de zorg, dus ook in het sociale domein. Dat is winst, want inmiddels stelden we met elkaar vast dat veel maatschappelijke problemen niet zijn op te lossen door de zorg. Alleen in samenwerking met andere domeinen kunnen we deze problemen aanpakken.

In het bestuurlijk overleg over de aanvullende akkoorden kwamen we tot het besluit dat de uitvoering van alle toekomstige afspraken te herleiden moet zijn tot twee voor iedereen heldere doelstellingen, namelijk één: er moet sprake zijn van verbetering van de toegankelijkheid van zorg (dus vermindering van de wachtlijsten) en twee: de uitvoering moet effect hebben op het oplossen van het vacatureprobleem. Want de personeelstekorten

zijn fors: volgens de nieuwste cijfers hebben we in 2034 – bij ongewijzigd beleid - 260.000 vacatures in de zorg.

Het liefst gaan we met deze twee duidelijke doelstellingen meteen aan de slag, zodat we de noodzakelijke veranderingen in gang kunnen zetten. Om alles te kunnen doen wat nodig is, moet er een akkoord zijn. Maar we kunnen wel al de onderwerpen aanpakken waarvoor geen ministersbesluit of extra financiering nodig is. Zo blijven we ons – ondanks de huidige demissionaire situatie - inspannen om de zorg in de toekomst betaalbaar, toegankelijk en van goede kwaliteit te houden.

Gelukkig gebeurt er al veel, getuige ook de onderwerpen in deze editie. Lees bijvoorbeeld het artikel over ons pakketadvies om de benodigde arbeid als criterium mee te nemen in onze beoordelingssystematiek (zie pagina 6). En het artikel over het *Signalement Langdurige passende zorg* (pagina 12) geeft mooie voorbeelden van integrale gemeenschapszorg. Dit soort *community care* is illustrerend voor de wijze waarop we de noodzakelijke veranderingen moeten aanpakken, namelijk in nauwe samenwerking met andere domeinen. Op die lijn moeten we voort, meen ik. Want alleen met domeinoverstijgende samenwerking behalen we het meeste effect om te komen tot toekomstbestendige zorg.

Korte berichten

Zorginstituut neemt regie over bij kwaliteitskader fysio- en oefentherapie

Het Zorginstituut zette begin juni zijn wettelijke doorzettingsmacht in om te komen tot een kwaliteitskader fysio- en oefentherapie. De betrokken partijen zijn het namelijk niet eens geworden over een kwaliteitskader. Mede daarom adviseert het Zorginstituut om op dit moment niets te veranderen aan de vergoeding van eerstelijns fysio- en oefentherapie.

Op verzoek van de minister van VWS onderzochten we samen met veldpartijen of een ruimere vergoeding van eerstelijns fysio- en oefentherapie mogelijk is. Het doel is meer passende zorg. Om de minister goed te kunnen adviseren, moeten veldpartijen eerst drie randvoorwaarden invullen, waaronder het opstellen van een 'kwaliteitskader fysio- en oefentherapie'. Daarin moet staan hoe zorgverleners, patiëntenorganisaties

en zorgverzekeraars kwaliteitseisen voor goede zorg beschrijven. Partijen zijn het echter niet eens geworden over een kwaliteitskader fysio- en oefentherapie. Zo'n kwaliteitskader is van belang voor het leren en verbeteren van zorg. Daarom zette het Zorginstituut deze belangrijke onderwerpen op de Meerjarenagenda, waarna partijen een kwaliteitsdocument voor een bepaalde datum moeten aanleveren. Voor dit kwaliteitskader was dat 28 maart 2024, maar het kader is toen voor de tweede keer afgewezen door de leden van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). Daarop zette het Zorginstituut zijn doorzettingsmacht in. We verwachten dat het nieuwe kwaliteitskader eind 2025 af is.

Horizonscan Geneesmiddelen: meer signalen van 'evergreening'

Met de Horizonscan Geneesmiddelen geeft het Zorginstituut een overzicht van de geneesmiddelen die we de komende twee jaar op de markt kunnen verwachten. Uit de nieuwste scan blijkt dat het aantal behandelingen met combinaties van geneesmiddelen met 60 procent stijgt vergeleken met twee jaar geleden. Deze combinatiebehandelingen – bedoeld om een zo groot mogelijke effectiviteit voor de patiënt te bereiken – vormen nu 24 procent van alle nieuwe geneesmiddelen. In 2023 was dat nog 15 procent. Omdat het om combinaties van meerdere geneesmiddelen gaat, zijn de kosten ook hoger.

Ook blijkt uit de Horizonscan dat er in 2025 al meer signalen van 'evergreening' zijn gemeld bij de Autoriteit Consument & Markt (ACM) dan voorgaande jaren. Hierbij doen fabrikanten kleine aanpassingen aan bestaande geneesmiddelen, om deze langer onder patent te houden en zo concurrentie op de markt buiten te houden. Dat leidt tot onnodig hoge zorgkosten.

De Horizonscan laat verder zien dat er opnieuw veel geneesmiddelen en indicatie-uitbreidingen voor de behandeling van kanker op komst zijn. Het gaat specifiek om 137 nieuwe geneesmiddelen en 139 indicatie-uitbreidingen. Een indicatie-uitbreiding betekent dat een geneesmiddel al eerder voor een bepaalde aandoening is goedgekeurd en nu voor een andere aandoening wordt aangeboden.

Advies: borstkankermedicijn Enhertu® kan breder ingezet worden

Het medicijn Enhertu® mag vergoed worden voor een grotere groep mensen met borstkanker. Dat adviseerden we begin deze maand aan de toenmalige minister van VWS. Daarvoor moet de vraagprijs van de fabrikant fors omlaag. Op basis van verbeterd weefselonderzoek kan de behandeling ook ingezet worden voor mensen met niet te opereren en uitgezaaide HER2-low borstkanker. Deze mensen hebben een slechte levensverwachting. Bij hen is de kanker zo vergevorderd dat zij niet meer kunnen genezen. Behandeling met Enhertu® kan de laatste levensfase van deze patiënten met een half jaar verlengen, vergeleken met de huidige standaardbehandeling chemotherapie. Ondanks dat de behandeling ernstige bijwerkingen kan geven, wegen de voordelen volgens het Zorginstituut op tegen de nadelen.

Als de vergoeding van het medicijn wordt uitgebreid naar een grotere groep borstkankerpatiënten, kunnen naar verwachting jaarlijks bijna vijfhonderd mensen extra worden behandeld. Voor de samenleving betekent dat een stijging in de totale zorgkosten van ongeveer 40 miljoen euro.

Zorginstituut: geen meerwaarde abemaciclib bij vroege borstkanker

Behandeling met het medicijn abemaciclib (Verzenios®) van patiënten met vroege, niet-uitgezaaide borstkanker biedt geen meerwaarde. Het Zorginstituut komt bij de herbeoordeling van dit geneesmiddel tot dezelfde conclusie als bij de eerste beoordeling in december 2023. Behandeling met abemaciclib leidt niet tot een hogere overlevingskans, maar geeft wel bijwerkingen, zoals ernstige infecties en ernstige diarree. Op basis daarvan adviseerden we de toenmalige minister van VWS dit voorjaar om het medicijn niet op te nemen in het basispakket van de zorgverzekering.

Ook artsen zien geen meerwaarde in de behandeling. De Commissie ter Beoordeling van Oncologische Middelen (cieBOM) van de Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie (NVMO) adviseerde negatief over abemaciclib.



Nationaal Borstkankeroverleg Nederland (NABON) is het eens met dit advies. Zij hebben abemaciclib niet opgenomen in de Nederlandse behandelrichtlijnen. Dat betekent dat borstkankerartsen hun patiënten niet zullen behandelen met abemaciclib.

Herbeoordeling leidt voor het eerst tot gedeeltelijke uitstroom groep kankermedicijnen uit basispakket

Het Zorginstituut concludeert dat een aantal dure medicijnen tegen kanker (PARP-remmers) niet langer vergoed kunnen worden uit het basispakket van de zorgverzekering. Nieuwe onderzoeksresultaten tonen aan dat PARP-remmers niet voor alle patiëntengroepen leiden tot een langere overleving. Uitzondering zijn patiënten met een bepaalde genmutatie bij sommige kankervormen. Het is de eerste keer dat een groep kankermedicijnen voor een deel het basispakket uitstroomt na herbeoordeling door het Zorginstituut.

In 2023 hebben 944 patiënten een behandeling gehad met een PARP-remmer. Deze medicijnen kunnen voorkomen dat beschadigde tumorcellen zichzelf repareren. Daardoor gaan die tumorcellen dood. Maar nieuwe onderzoeksresultaten tonen aan dat behandeling met de medicijnen niet voor alle patiënten leidt tot een langere overleving. Nu het Zorginstituut in een herbeoordeling stelt dat PARP-remmers alleen vergoed kunnen blijven als er meerwaarde is voor de patiënt, verwachten we dat het aantal patiënten dat deze PARP-remmers kan blijven gebruiken ongeveer halveert.

Kijk voor een overzicht van de betreffende medicijnen en patiëntengroepen, plus informatie over de overgangsregeling, op de nieuwspagina van het Zorginstituut.



Nieuwe criteria bij pakketbeheer:

Meer aandacht voor impact medicijnen op arbeidsinzet en klimaat

Tekorten op de arbeidsmarkt en duurzaamheid zijn thema's die steeds belangrijker worden in de zorg. In het Integraal Zorgakkoord is afgesproken dat deze thema's ook moeten worden meegewogen in de beslissing of een behandeling wordt vergoed in het basispakket. Maar hoe doe je dat? Een commissie onder voorzitterschap van emeritus-hoogleraar Johan Mackenbach schreef hierover een advies. Dat is op 21 mei naar voormalig minister Agema gestuurd. De commissie vraagt een proefperiode van drie jaar om de criteria te toetsen en verder aan te scherpen.

Tekst Jos Leijen

Beeld Zorginstituut

De voormalige minister van VWS had het Zorginstituut als pakketbeheerder gevraagd om twee nieuwe criteria vorm te geven binnen het bestaande programma 'Verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket', kortweg VVTB. "Het gaat hierbij om het meewegen van milieu-impact en de inzet van zorgmedewerkers", zegt Jacqueline Zwaap, lid van het VVTB-team en secretaris van de commissie Arbeidsinzet en duurzaamheid. "Niet alleen toe te passen door het Zorginstituut, maar ook door zorgpartijen zelf."

Het Zorginstituut adviseert niet voor álle zorg over toelating tot het basispakket. Veel beslissingen over de inzet van zorg worden op andere plekken genomen, bijvoorbeeld door zorgverzekeraars, wetenschappelijke verenigingen die richtlijnen opstellen, en zorgorganisaties die bezig zijn met

kwaliteitsbeleid. Zwaap: "De bedoeling is dat milieu en arbeid straks bij al die keuzen worden meegewogen."

Pionieren

De commissie Arbeidsinzet en duurzaamheid bij pakketbeslissingen ging onder leiding van Johan Mackenbach aan de slag om de nieuwe criteria uit te werken. "Het was pionieren", kijkt de voorzitter terug. "We begonnen met een internationale oriëntatie, maar er bleek nog heel weinig nagedacht te zijn over deze materie. We moesten het grotendeels zelf bedenken. Mede daardoor duurde het traject iets langer dan we hadden gepland."

De commissie besloot de nieuwe criteria min of meer langs dezelfde lijnen te definiëren als de kosteneffectiviteit: wat is bij een nieuwe interventie het verschil per patiënt met de huidige interventie, en wat betekent het als alle patiënten die ervoor in aanmerking komen de nieuwe behandeling krijgen (analoog aan de budgetimpact).

"Bij de inzet van arbeid kijken we dan naar het aantal fte dat nodig is bij de nieuwe en bij de huidige interventie", vertelt Mackenbach. "Daarbij maken we onderscheid naar functie-groep; de schaarste aan verpleegkundigen kan anders zijn dan de schaarste aan chirurgen. Als het verschil tussen twee interventies groot is, dan moet je dat meewegen in de beoordeling."

Bij de milieubelasting stelt de commissie voor om de CO₂-uitstoot als uitgangspunt te nemen. Ook hier geldt dat de CO₂-uitstoot van een nieuwe interventie vergeleken wordt met die van de huidige interventie. De klimaatimpact wordt gemeten, zowel voor één patiënt als voor de totale patiëntengroep die in aanmerking zou komen voor de nieuwe interventie.

Dilemma

Een dilemma kan ontstaan wanneer de milieubelasting of arbeidsinzet van interventie A lager is dan die van interventie B, terwijl interventie B effectiever is. "Dan moet je milieu-impact en effectiviteit tegen elkaar afwegen", zegt Mackenbach. "Het kan dan behulpzaam zijn om bijvoorbeeld de arbeidsinzet per patiënt niet alleen in fte uit te drukken, maar ook als het verschil in arbeidsinzet dat nodig is om één QALY (een extra levensjaar in goede gezondheid - red.) gezondheidswinst te bereiken."

Overigens is het op dit moment niet mogelijk om een minder effectieve behandeling in het pakket op te nemen wanneer die duurzamer is of minder arbeidsinzet vergt. De commissie adviseert daarom om effectiviteit



Mackenbach: “Nu wordt ook al de arbeidsinzet gemeten om de kosteneffectiviteit te beoordelen. Alleen gebeurt dat nu in euro’s en moet dat straks in ‘fte per beroepsgroep’”

een minder centrale plaats in de afwegingen in te laten nemen dan nu het geval is.

In december is het conceptadvies voorgelegd aan betrokken partijen. Daar kwamen veel opmerkingen uit voort, maar die leidden uiteindelijk niet tot grote aanpassingen, vertelt Mackenbach. "Vooral het verzamelen van alle benodigde informatie gaf aanleiding tot vragen. Maar nu wordt ook al bijvoorbeeld de inzet van arbeid gemeten om de kosteneffectiviteit te beoordelen. Alleen gebeurt dat nu in euro's en moet dat straks in

'fte per beroepsgroep'. Er waren ook vragen over dubbeltellingen. Maar we verwachten dat die slechts beperkt voorkomen."

Breed draagvlak

Over het algemeen ervaart de commissie een breed draagvlak voor het invoeren van de twee nieuwe criteria. Zorgorganisaties ervaren nu al aan den lijve de schaarste aan personeel. Dat de inzet van arbeid wordt meegewogen in het pakketbeheer en het toepassen van interventies is daarom logisch. ➤

VIER CRITERIA

Op dit moment zijn er vier criteria voor het pakketbeheer:

1. Effectiviteit: wat heeft de patiënt aan de nieuwe behandeling?
2. Kosteneffectiviteit: biedt de nieuwe behandeling waar voor haar 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 behandeling in het basispakket op te nemen?

Het Zorginstituut actualiseerde recent de beoordelingskaders van de eerste drie criteria. Op dit moment werkt het aan de actualisatie van het criterium uitvoerbaarheid. Daarbij zal het Zorginstituut ook ingaan op de relatie met de nieuwe criteria arbeidsinzet en milieu-impact.

Zwaap: “Arbeidsinzet en milieu-impact krijgen bij de ontwikkeling van nieuwe interventies meer gewicht. Dat versterkt de beweging naar passende zorg”

En hoewel de urgentie van de klimaat-verandering misschien nog niet overal zo hard wordt gevoeld, is men zich er in de zorg wel van bewust dat de milieubelasting hoog is en zo mogelijk omlaag moet.

Proefperiode

De commissie Arbeidsinzet en duurzaamheid vroeg om een proefperiode van drie jaar om de criteria in de praktijk te toetsen en verder aan te scherpen. “In die periode willen we dossiers ophalen en beoordelen met ondersteuning van experts en de bestaande adviescommissies van het Zorg-instituut”, zegt Zwaap. “Het Zorginstituut

zal dat coördineren. Daarbij verzamelen we gegevens over arbeidsinzet en milieu-impact. Dan moet blijken of de voorstellen van de commissie in de praktijk uitvoerbaar zijn en in welke mate de nieuwe criteria tot een andere afweging leiden dan de oude criteria.” In de proefperiode moet ook bekeken worden of er objectieve grenswaarden vastgesteld kunnen worden aan milieu-impact en arbeidsinzet. Bij kosteneffectiviteit bijvoorbeeld wordt een maximale referentiewaarde van 80.000 euro per QALY gehanteerd. Zo zou er ook een maximale hoeveelheid CO₂ per QALY kunnen worden gedefinieerd. Bij de inzet van arbeid

is dit afhankelijk van de relatieve schaarste van de betrokken professionals. Als er weinig schaarste is, zal het criterium minder zwaar wegen. “Het is ook belangrijk een indruk te krijgen bij welke drempelwaarde een criterium relevant wordt om mee te wegen”, zegt Zwaap. “Als maar een beperkte milieu-impact of arbeidsinzet wordt verwacht, is het immers niet proportioneel om veel tijd te steken in het genereren van informatie.”

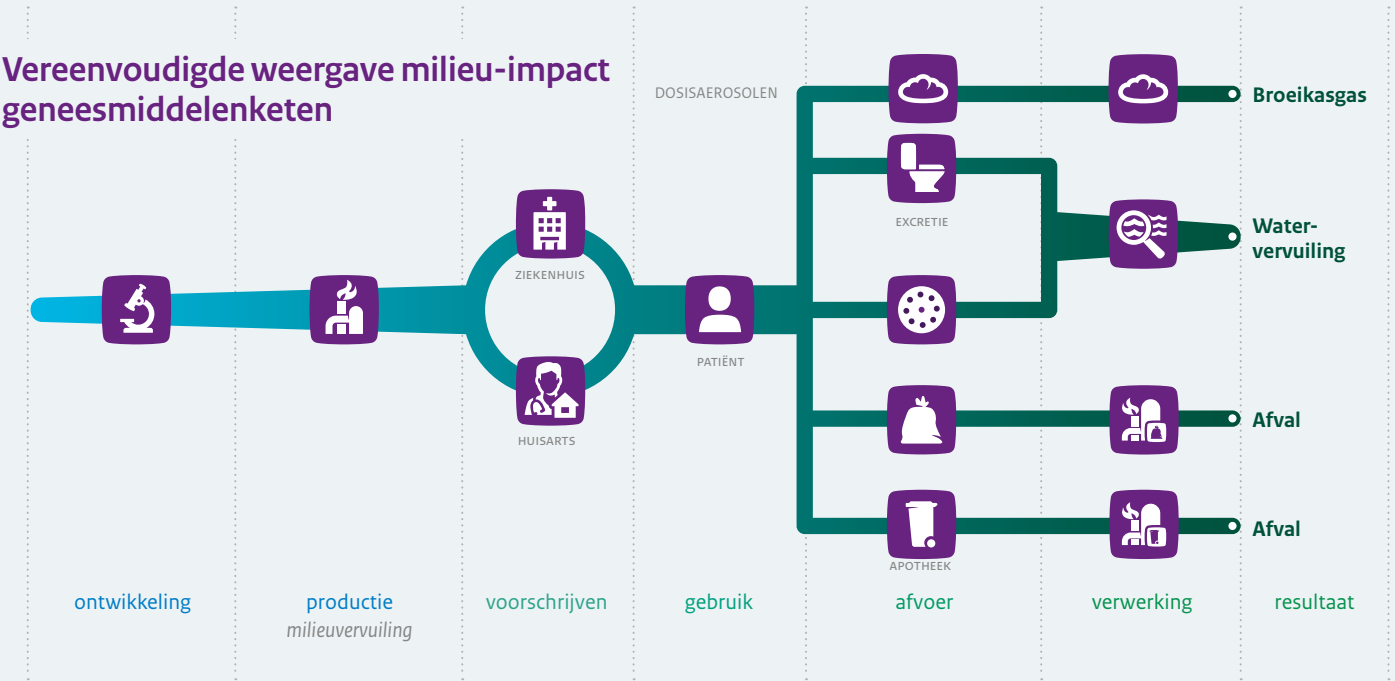
Vliegwieleffect

De verwachting is dat de nieuwe criteria een vliegwieleffect teweeg zullen brengen en zullen bijdragen aan een breder bewustzijn. “We hebben dat ook gezien na de invoering van kosteneffectiviteit”, zegt Mackenbach. “Dat heeft het nadenken over financiële grenzen enorm gestimuleerd.” Zwaap: “Het effect zal ook zijn dat arbeidsinzet en milieu-impact bij de ontwikkeling van nieuwe interventies meer gewicht krijgen. Dat versterkt de beweging naar passende zorg.”

Milieu-impact van geneesmiddelen

Er is steeds meer aandacht voor de belasting van de productie van geneesmiddelen op het milieu. Ook in dit magazine hebben we hier vaker aandacht aan besteed, onder meer met de onderstaande infographic. Omdat deze goed inzichtelijk maakt wat de milieu-impact is van de gehele geneesmiddelenketen, van ontwikkeling tot gebruik en afval, plaatsen we die ter illustratie hier nogmaals.

Vereenvoudigde weergave milieu-impact geneesmiddelenketen



(bron: LHV/NHG, 2021)

Rekensommen zonder antwoord

Matthijs Versteegh



"In mijn werk (kosten-effectiviteit van medische behandel-ingen) staat ook het vraagstuk van 'kiezen tussen kwaden' centraal"

Illustratief voor ‘kiezen tussen twee kwaden’ is het trolleyprobleem: een losgeslagen tram rijdt op vijf mensen af die aan het spoor zijn vastgebonden. Maar je kan de wissel omzetten en zo de tram omleiden naar een ander spoor waarop ‘slechts’ één persoon is vastgebonden. Moet je de wissel omzetten? In de oorspronkelijke tekst van Philipa Foot, die over abortus gaat, schrijft ze ‘5 mensen werken aan het ene spoor en 1 aan het andere’. ‘Vastgebonden op het spoor’ is er later bij bedacht. Kennelijk was het vraagstuk nog niet verontrustend genoeg.

Wat meer van deze tijd is het vraagstuk over de zelfrijdende auto met kapotte remmen. Wat moet de auto doen als het algoritme dat de auto bestuurt alleen kan kiezen tussen opties met letsel als gevolg? De ‘moral machine’-studie onderzocht in 233 landen welke keuzes de auto zou moeten maken. De belangrijkste bevindingen: de auto moet niet mensen maar dieren aanrijden, liever minder dan meer mensen en liever oude dan jonge mensen (en als je dan een dier moet aanrijden, dan liever een kat dan een hond - *mi-aw!*).

Op basis van dat onderzoek is het trolley-probleem ‘opgelost’: ‘men’ wil liever minder dan meer mensen doden. Maar doet het ertoe wat ‘de meeste mensen vinden’? Immers, een meerderheidsmening kan een diep onrecht aanrichten. En wat we ‘rechtvaardig’ vinden kan over tijd veranderen; denk aan kinderarbeid, vrouwenstemrecht of het ongelijk behandelen van minderheden. Of,

anders gezegd, hoe iets ‘is’, is geen maatstaf voor hoe iets ‘zou moeten zijn’.

Ook in mijn werk – kosteneffectiviteit van medische behandelingen – staat het vraagstuk van ‘kiezen tussen kwaden’ centraal. Bij beperkte middelen moeten we de vraag stellen of een nieuwe interventie het geld waard is. Daartoe ‘bouwen’ we ingewikkelde rekenmodellen, die uitrekenen hoeveel gezondheid de nieuwe interventie toevoegt en hoeveel geld dat kost. De uitkomst van die modellen lijkt op het trolleyprobleem: als de nieuwe interventie vergoed wordt, kunnen we een bepaalde hoeveelheid gezondheid leveren, maar met dat geld konden we ook elders (mogelijk meer) gezondheid opleveren.

Maar wat we vaak vergeten, is dat we er dan nog niet zijn. Net als bij het trolleyprobleem toont het model alleen voor welke keuze we staan. Het geeft geen antwoord op de vraag wat moreel handelen is. Er zijn goede redenen om aan te nemen dat de ene gezondheidswinst de andere niet is. Misschien is een behandeling die enkele mensen van doodziek naar heel gezond brengt, wel veel meer waard dan een behandeling die een hoop mensen slechts een klein beetje beter maakt.

Mijn berekeningen hebben geen antwoord op de vraag wat de morele keuze is. Maar zonder die berekeningen is die vraag helemaal niet te beantwoorden.

Dr. Matthijs Versteegh
is HTA-specialist

10

vragen aan

Arlette Vrusch

Tekst Edith Bijl

Beeld De Beeldredactie | Pascal Moors

1 Wat is uw eerste ervaring met de gezondheidszorg?

“Dat was toen ik mijn vaccinaties kreeg bij de GGD. We gingen met de hele klas, inclusief onze ouders. Die eerste indruk was zeker positief. Later had ik een bijbaantje in de keuken van de dementieafdeling van een verpleeghuis. Ik maakte daar vaak de eitjes klaar. Er was een patiënt met al vergevorderde dementie. Zij kende geen namen meer, maar als ze mij zag riep ze steevast: ‘Ah eitjes!’ . Dat raakte mij wel.”

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

“Dan had ik sociale geneeskunde gestudeerd en was ik huisarts geworden. Ik heb groot respect voor huisartsen; vooral voor hen die precies weten wat er speelt in de wijk en daardoor net dat extra stapje kunnen zetten. Zo’n huisarts was ik dan graag geworden.”

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

“Heel veel! Maar als ik moet kiezen zou ik beginnen met het op peil houden van de voorzieningen. Als ik minister was zou ik allereerst ervoor zorgen dat de streekziekenhuizen in het hele land hun SEH, IC en geboortezorg behouden. Acute zorg dichtbij is hartstikke belangrijk. Juist ook hier in Heerlen, dat helaas de ongezondste

PERSONALIA

Arlette Vrusch is sinds eind 2023 voor de SP wethouder Jeugd en Armoedebestrijding, Welzijn en Zorg in Heerlen. Ze studeerde bouwtechnische bedrijfskunde aan de Zuyd Hogeschool in Heerlen en was daarna onder meer project-leider bij woningcorporatie WonenZuid en casemanager integrale ruimtelijke ordening bij gemeente Valkenburg aan de Geul. Arlette woont met haar verloofde in Heerlen.



“Als ik minister was zou ik ervoor zorgen dat streekziekenhuizen in het hele land hun SEH, IC en geboortezorg behouden. Acute zorg dichtbij is hartstikke belangrijk. Juist ook hier in Heerlen, dat helaas de ongezondste regio van het land is en waar mensen het al moeilijk hebben”

regio van het land is en waar mensen het al moeilijk hebben. Ik denk dat als de zorgverzekeraars het voor het zeggen krijgen – en dus niet meer de gemeenschap en de democratie – deze concentratie van acute zorg nog sterker wordt. Wat ik ook zou willen doen is volop investeren, in de waardering van zorgmedewerkers, in ‘Kansrijke start’ en in andere preventieprogramma’s. Ook met investeringen in armoedeproblematiek en gezonde woningen draag je bij aan een goede gezondheid.”

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

“Omdat de zorg de laatste jaren steeds meer is uitgehold, zou ik eerder kiezen voor méér zorg in het basispakket. Ik zou er nu dus niets uit halen.”

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

“Als eerste: mondzorg door tandartsen, en dan vooral de periodieke controles. Veel mensen in armoede slaan nu de tandarts over. En als zij niet gaan, brengen ze hun kinderen vaak ook niet meer, ondanks dat mondzorg voor hen gratis is. Zo leren de kinderen dus ook niet hoe belangrijk mondzorg is. Ten tweede wil ik dat de ‘geboortezorg flex’ terugkeert. Dit is een vergoeding van de eigen bijdrage in de kraamzorg. Die is voor jonge ouders vaak onbetaalbaar. In Heerlen liep hiervan een pilot, maar die kreeg ondanks positieve resultaten geen navolging omdat de zorgverzekeraar dit niet verder oppakt. Jammer, want het is hier echt nodig. Bedenk dat 28 procent van de moeders in Heerlen onder de 25 jaar is. En dat 15 procent van de Heerlense kinderen in een bijstandsgezin opgroeit. Als je van leefgeld moet rondkomen is kraamzorg echt te duur. Gelukkig kunnen we deze mensen een beetje tegemoetkomen met onze ‘Sjpruutshop’. In deze shop kunnen moeders gedoneerde kraamspullen uitzoeken. En in het Sjpruutcafé kunnen zij elkaar ontmoeten. Zo geven wij als gemeente het goede voorbeeld en pakken we de handschoen op.”

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

“Even aankijken. Tenzij het klachten zijn waardoor er een alarmbel afgaat.”

7 Wat is uw favoriete zorgwoord?

“De paarse krokodil! De bureaucratie en administratiedruk is in de zorg te groot. Ook als bestuurder kun je daar wat tegen doen: bedenk eerst of wel alles echt geadmistreerd moet worden. Vertrouw erop dat zorgprofessionals in de jeugd- en thuiszorg hun werk goed doen. En geef ze hiervoor een lumpsumbedrag, zodat je niet elk uurtje-factuurkje hoeft te controleren.”

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

“Naast iemand als Paul Hustinx. Hij is oud-traumachirurg met veel verstand van zorg, maar ook iemand naar wie ik heel graag luister terwijl ik dan toch stil moet liggen. Hij heeft als traumachirurg zoveel meegemaakt dat hij me die paar dagen vast blijft boeien.”

9 Wat vindt u de belangrijkste voorwaarde voor goede zorg?

“De menselijke maat.

Zorgprofessionals doen hun werk met hart en passie. Hun aandacht gaat naar patiënten toe en niet naar de administratie. Ook vind ik dat het eigen risico moet worden afgeschaft zodat de zorg voor iedereen toegankelijk blijft. Nu mijden heel veel mensen de zorg uit angst voor de kosten. Anderzijds moeten we volop investeren in de mensen die in de zorg werken. Daarvoor moet ook de administratielast omlaag, zodat ze meer tijd hebben om hun werk te kunnen doen.”

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

“Landelijk gezien moet er wat veranderen in de zorg, anders blijven we concentreren en afbreken in de regio’s. Als Den Haag écht een andere koers gaat varen, kan je denken aan investeringen in preventie, in technologie en in het opleiden van zorgmedewerkers. En aan het behoud van streekziekenhuizen en een terugkeer van een nationaal zorgfonds. Maar dan moet Den Haag de zorg wel meer naar zich toetrekken. Dus als ik mag dromen, dan wordt de rol van de zorgverzekeraar in de zorg minder en groeit de rol van de overheid en daarmee ook van de zorgmedewerkers. Maar om die droom werkelijkheid te maken moet de overheid wél meer lef gaan tonen.” |

Signalement passende langdurige zorg krijgt vervolg:

Steeds meer lokale voorbeelden passende zorg

In juli 2024 publiceerde het Zorginstituut het *Signalement passende langdurige zorg*. Kern van dit signalement is het anders organiseren en positioneren van de formele en informele zorg. Overal in het land gebeurt dat al heel veel, zegt Jan Smelik, algemeen coördinator van Nederland Zorgt voor Elkaar (NLZVE) en lid van de Kwaliteitsraad.

Tekst Frank van Wijck

Beeld Austerlitz zorgt

Als een *grassroots*-beweging ontstonden begin deze eeuw bewonersinitiatieven die welzijnsdiensten organiseerden. “Zelf ben ik in 2012 begonnen met het lokale initiatief ‘Austerlitz zorgt’”, vertelt Smelik. “Contact met andere soortgelijke initiatieven leidde tot een netwerkje, bijvoorbeeld met de Amsterdamse stadsdorpen.” Toenmalig staatssecretaris van VWS Martin van Rijn had behoefte aan een landelijk aanspreekpunt voor deze beweging, die ‘zorgzame gemeenschappen’ ging heten. Dat werd NLZVE. “Veel regio’s sloten zich daarbij aan. Vaak met regionale netwerken die al vóór NLZVE bestonden.”

Veranderende visie

In het *Signalement passende langdurige zorg* zegt Smelik veel terug te zien van het gedachtegoed van NLZVE. “De afgelopen jaren zagen we de visie veranderen op de langdurige zorg, eigenlijk op de hele zorg. Er kwam een transformatie naar meer zorg

organiseren vanuit lokale gemeenschappen. Met als doel gebruik te maken van de kracht die daar aanwezig is om mensen uit de zorg te houden, of om de zorgvraag te verminderen. Niet de zorg moet vooropstaan, maar het gewone leven. De kernvraag is hoe de zorg kan bijdragen zodat mensen hun eigen leven kunnen leiden. Vanuit de behoefte van mensen om autonomie te hebben over hun leven en daarin een zinvolle bijdrage te leveren aan anderen.”

Dit betekent dus dat iemand tegelijkertijd zorgvrager en mantelzorger kan zijn. Klant van het zorgsysteem en ook iemand die bijdraagt aan de ondersteuning van mensen in de buurt in een kwetsbare positie. “Dat klopt”, bevestigt Smelik. “Het signalement gaat uit van een nieuw paradigma. Zorg is niet iets wat je organiseert in een systeem, maar is van ons allemaal. Dit uitgangspunt is hard nodig om op termijn passende zorg te kunnen blijven leveren.” Smelik verwijst in dit verband ook naar het *Generiek kompas - Samen werken aan kwaliteit van bestaan*, dat is opgenomen in het Register van het Zorginstituut. “De overeenkomst is duidelijk. Ook het kompas gaat uit van zorg in de context van het leven van mensen. Het waardevolle ervan is dat ervoor is gekozen om in de gesprekken hierover niet alleen patiëntenorganisaties aan tafel te zetten. Ook de cliënten in de langdurige zorg, de ouderenbonden en mantelzorgers zijn hierbij betrokken. Dat gaf een heel andere dynamiek.”

Goede praktijkvoorbeelden

Het is mooi hoe zorgaanbieders nu vanuit het gedachtegoed van het signalement beginnen te werken, vindt Smelik. “De Wulverhorst bijvoorbeeld is een VVT-aanbieder

DE ROL VAN HET ZORGINSTITUUT

Inmiddels is een voortgangsrapportage beschikbaar over het *Signalement passende langdurige zorg*. Karin Timm, lid van de raad van bestuur van het Zorginstituut: “Het huidige systeem van de ouderenzorg lijkt op een doolhof; er zijn te veel loketten. Dat kan het Zorginstituut niet oplossen. Maar we kunnen wel adviseren en onze stem en positie als systeempartij actief gebruiken om zaken in beweging te brengen. Bijvoorbeeld te wijzen op het belang van samenredzaamheid, ofwel het activeren van de gemeenschap. Voorzorgcirkels zijn hiervan een sprekend voorbeeld. Samenredzaamheid is een belangrijke rode draad uit ons signalement. Een tweede is ‘Welzijn op recept’.

Landelijke opschaling van zulke projecten kan slagen als aan twee voorwaarden is voldaan. De eerste is meer geld naar het sociaal domein. Dit helpt de brug te slaan tussen formele en informele zorg. En dit is in onze sterk vergrijzende samenleving hard nodig. De tweede voorwaarde is aanpassing van de Wet langdurige zorg. De Wlz vormt een barrière om zorgvormen uit de Wmo, Zvw en Wlz goed te combineren. Ook belemmert de wet het zoeken naar gezamenlijke goede oplossingen op weg naar ouderenzorg op maat. Het moet mogelijk worden oplossingen te combineren of te kiezen voor passende oplossingen buiten de zorg.”



Ommetje Austerlitz is een van de diensten van 'Austerlitz zorgt': wekelijks maken ouderen samen met een dorpsondersteuner een wandeling door het bos of het dorp.

Smelik:
“Integrale gemeenschapszorg is precies de heilige graal waarnaar we op zoek zijn”



(Verpleging, Verzorging, Thuiszorg) die zich nu ontwikkelt tot een aanjager van *community care*. Het zette de deuren van de locaties open zodat vrijwilligers niet meer alleen in de verpleeghuizen actief zijn, maar ook bij mensen thuis. En het werkt echt samen met bewoners en gemeenten.” Een ander voorbeeld is Dongen, waar een *community care*-project is opgezet. “Medewerkers zonder zorgprofiel begeleiden mensen in hun eigen leefomgeving vanaf het eerste teken van een ziekte of een sociaal probleem. Weer een ander voorbeeld is Habion in Hilversum. Deze woningbouwvereniging heeft daar een gemengde woonvorm opgezet, voor mensen met en zonder zorgvraag. Daarmee is veel meer onderlinge zorg en ondersteuning te regelen.”

Houvast bieden

Er zijn dus veel nieuwe initiatieven die vanuit burgers, zorginstellingen, woningbouwverenigingen en gemeenten ontstaan. “Allemaal voorbeelden van integrale gemeenschapszorg”, zegt Smelik. “Precies de heilige graal waarnaar we op zoek zijn.”

NLZVE ontwikkelt nu samen met het Zorginstituut op basis van al die voorbeelden een model. “Partijen die ook op deze grondslag iets willen opzetten kunnen hier houvast aan hebben. Het doel is de randvoorwaarden te beschrijven om dit tot een succes te kunnen maken. Het belang van elkaar eerst leren kennen bijvoorbeeld. Het besef bij burgers dat ze een bijdrage kunnen leveren. Maar ook dat ze het zich niet meer kunnen veroorloven om achterover te leunen en te wachten tot de overheid het voor ze oplost.”

Het is mooi om te zien dat nu ook bij het Zorginstituut echt wat begint te schuiven, vindt hij. “Wel is de financiering van de *community care*-aanpak nog een uitdaging. Het geld voor de zorg is gestold in domeinen. Daarom besteden we nu ook tijd aan het uitdragen van het gedachtegoed over *community care* bij de overheid. En we zijn ook in gesprek.” |

Het onzichtbare succes van tien jaar iStandaarden:

De stille kracht achter efficiënte zorg

Je ziet ze niet, maar zonder iStandaarden zou de Nederlandse zorgadministratie zomaar goeddeels kunnen stilstaan. Precies tien jaar geleden werden de eerste informatiestandaarden gelanceerd voor digitale gegevensuitwisseling in de Wlz, Wmo en Jeugdwet. Wat begon als een technische oplossing voor bureaucratische rompslomp, is uitgegroeid tot een onmisbaar systeem waar dagelijks honderdduizenden berichten doorheen gaan.

Tekst Thijs Weustink

Beeld iStandaarden

“Het mooie is: niemand heeft het door totdat het er niet meer is”, zegt Tessa van Hoof, manager van team GidZ (Gegevensuitwisseling in de Zorg) bij het Zorginstituut. Dankzij iStandaarden werden administratieve processen efficiënter en kunnen cliënten sneller over de juiste zorg beschikken. De implementatie heeft onder andere geleid tot minder handmatige fouten, verbeterde transparantie en een aanzienlijke tijdswinst voor zorginstellingen. “Een cliënt merkt het misschien niet direct”, zegt Van Hoof, “maar iStandaarden zorgen ervoor dat zorgprofessionals meer tijd hebben voor zorg, omdat ze minder tijd kwijt zijn aan administratie.”

Winst in zicht op wachtlijsten

Een van de oorspronkelijke drijfveren achter iStandaarden was het verbeteren van het inzicht in wachtlijsten, met name in de verpleeghuiszorg, legt Van Hoof uit. “Voorheen was het onmogelijk om goed overzicht te krijgen over hoeveel mensen waar op een wachtlijst stonden in de langdurige zorg. Met de standaarden ontwikkelden we een systematiek die inzicht biedt in wachttijden en wachtstatussen, wat helpt om beter te sturen op capaciteit.” De wachtlijstinformatie is nu eenvoudig toegankelijk via platforms zoals de Zorgcijfersdatabank.

Van papier naar digitaal

Wie tien jaar geleden met zorgadministratie te maken had, weet hoe omslachtig het kon zijn. Formulieren, faxen en losse Excel-bestanden bepaalden het dagelijkse werk. Totdat iStandaarden zorgorganisaties, gemeenten en zorgkantoren een uniforme digitale taal gaf. De afgelopen jaren werd het elektronische berichtenverkeer in de

langdurige zorg hierdoor efficiënter en veiliger. Van Hoof: “De standaardisatie legde een fundament onder de manier waarop we nu in de langdurige zorg en ondersteuning werken. Dit fundament zorgt ervoor dat processen soepeler verlopen en we altijd kunnen vertrouwen op een uniforme manier van werken.”

Minder foutgevoeligheid, meer snelheid

Zorginstellingen, gemeenten en administraties zagen hun werk in het afgelopen decennium door iStandaarden veranderen. Karin Wolf, coördinator Cliënten-administratie bij zorgaanbieder Aveleijn: “In het begin moesten we AZR-

Wat zijn iStandaarden?

- Naam: vijf landelijke informatiestandaarden: iWlz, iWmo, iJw, iEb en iPgb
- Doel: efficiënte, veilige gegevensuitwisseling in Wlz, Wmo en Jeugdwet
- Processen: indiceren, bemiddelen, zorgtoewijzing, leveren, factureren, eigen bijdrage vaststellen
- Voordelen: minder fouten, lagere lasten, snellere zorg, herbruikbare data
- Dagelijks gebruik: honderdduizenden berichten tussen zorginstanties, gemeenten, zorgkantoren en CAK
- Beheer: Zorginstituut in nauwe samenwerking met het veld
- Impact: meer transparantie, beleidsdata zoals wachtlijsten, betere zorgkwaliteit



Van Hoof:

“Met iStandaarden spreken alle partijen dezelfde taal. Dit versterkt samenwerking en maakt de zorg toegankelijker voor cliënten”

bestanden (AWBZ-brede ZorgRegistratie) nog handmatig aanpassen om ze verwerkbaar te maken. Nu zijn de iStandaarden zo strak ingericht dat alles automatisch verloopt, van indicaties tot declaraties.”

Ook Walter Popken van het CAK zag de impact: “iStandaarden vormen de ruggengraat van de Wlz, Wmo en Jeugdwet. Het digitale proces heeft onze werkwijze efficiënter gemaakt en fouten sterk gereduceerd. Cliënten krijgen daardoor sneller duidelijkheid over hun eigen bijdrage.”

Mijlpalen in tien jaar iStandaarden

Het succes van iStandaarden kwam in fasen:

- 2000 | begin AWBZ-brede zorgregistratie (AZR; voorloper iWlz)
- 2015 | lancering iStandaarden: iWlz, iWmo en iJw
- 2019 | uitbreiding naar eigen-bijdrageregeling Wmo: iEb
- 2021 | start pilot netwerkmodel
- 2023 | eerste register (Indicatieregister) operationeel
- 2024 | start doorontwikkeling iPgb
- 2025 | voorbereiding domein-overstijgende uitwisseling

Het netwerkmodel vormt de volgende stap. Van Hoof: “We gaan toe naar een situatie waarin gegevens niet meer worden rondgestuurd, maar direct uit de bron van de gegevenshouder worden gehaald. Dat voorkomt dubbele administratie en fouten. Een cliënt met zowel Wmo- als Wlz-zorg hoeft straks niet meer dezelfde gegevens twee keer aan te leveren.”

Samenwerking als sleutel

Het succes van iStandaarden schuilt volgens de betrokkenen in de Nederlandse polderaanpak. “Geen top-downverplichting, maar een oplossing die we samen met het veld hebben bedacht”, benadrukt Van Hoof. Wat de polderaanpak uniek maakt, is volgens haar de voortdurende samenwerking met alle ketenpartijen. “Bij iedere wijziging in de standaarden wordt het veld intensief betrokken. Dat zorgt voor draagvlak en een systeem dat echt aansluit op de praktijk.” Popken: “Hoewel gesprekken soms lang kunnen duren, zorgen ze uiteindelijk voor een snelle en gestroomlijnde oplossing.”

Wolf: “Een sterk punt van iStandaarden is dat het product gezamenlijk met alle ketenpartijen is ontwikkeld. Iedereen spreekt dezelfde taal, en dat vertaalt zich direct naar administratieve lastenverlichting voor iedereen.”

De toekomst: aansluiten en doorontwikkelen

Wat brengt de toekomst? Eén ding is zeker: iStandaarden blijft in beweging. De integratie met het sociaal domein is een belangrijke ontwikkeling. “Cliënten die zowel Wmo- als Wlz-zorg ontvangen, hoeven straks niet meer dubbel informatie aan te leveren”, legt Van Hoof uit. “Dat maakt een groot verschil in de praktijk.” Volgens betrokkenen is samenwerking de succesfactor achter iStandaarden. Van Hoof: “Het is geen opgelegde verandering, maar iets wat we samen met het veld ontwikkelden. Die manier van samenwerking blijft essentieel voor de volgende stappen.”

Mevrouw De Vries brengt de stem van de cliënt tot leven en is te vinden in casuïstiek voor de iStandaarden. Met haar kritische vragen en heldere inzichten helpt ze zorgorganisaties verder te kijken dan hun eigen processen. Zo benadrukt ze keer op keer hoe cruciaal goede gegevensuitwisseling is om cliënten de zorg te bieden die zij nodig hebben.

Via deze QR-code vindt u meer informatie over de waarde van het netwerkperspectief:



Een introductie van iStandaarden vindt u via deze QR-code:



Feiten & Cijfers

€ 62.600.000.000

bedragen de kosten van de Zvw naar verwachting in 2025. Dat is een stijging van 5,9% ten opzichte van 2024. De kosten van de langdurige zorg stijgen in 2025 naar verwachting met 7,2% naar **€ 39,3 miljard** (€ 36,7 miljard in 2024).



BRON: ZORGINSTITUUT



Het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO) kan het tekort aan zorgprofessionals tot en met 2028 met **51.000 medewerkers** verminderen.

BRON: KPMG I.O.V. VWS

Ruim 12.000 mensen brachten in 2024 de laatste fase van hun leven door in een hospice. Dat is een stijging van 11% ten opzichte van 2023.

BRON: AHZN EN VPTZ NEDERLAND

Mensen met een lager inkomen of opleidingsniveau ervaren meer gezondheidsproblemen en maken **twee keer zo vaak** gebruik van zorg.

BRON: RIVM

8%

van de burgers zag in 2024 af van doktersbezoek vanwege de kosten. In 2023 was dat nog 11%.

BRON: NIVEL



9.400 ouderen

zijn in 2024 gedwongen opgenomen in een verpleeghuis of ggz-instelling. In 2020 waren dat er 8.000.

BRON: RAAD VAN DE RECHTSPRAAK

In 2034 is er - bij ongewijzigd beleid - een tekort van

385.900 zorgprofessionals.

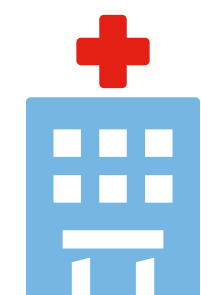
De tekorten leiden tot verschraving van de zorg, zoals:

- 15 miljoen minder bezoeken aan de huisarts;
- 7,1 miljoen minder fysiotherapiebehandelingen
- 5 miljoen minder polikliniekbezoeken
- 3,7 miljoen minder ggz-consulteren.
- een tekort aan 47.000 verpleeghuisplekken
- geen thuiszorg voor ruim 100.000 mensen.

BRON: ABF RESEARCH



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



5 Nederlandse ziekenhuizen staan in de **top 100** van beste ziekenhuizen ter wereld:

- Amsterdam UMC: 31
- Erasmus MC: 48
- UMC Utrecht: 51
- Radboudumc: 64
- LUMC: 74.

BRON: STATISTA, I.S.M. NEWSWEEK EN ICHOM

9.958 mensen

kregen in 2024 euthanasie. Dat is 10% meer dan in 2023. In ruim 86% van de gevallen ging het om mensen met lichamelijke aandoeningen. Bij 219 mensen ging het voornamelijk om psychisch leed.

BRON: REGIONALE TOETSINGSKOMMISSIE EUTHANASIE



De stelling van Michel van Schaik

“De zorg van de toekomst kan niet zonder maatschappelijk ondernemerschap”

Ons zorgsysteem is ver over de houdbaarheidsdatum, vindt Michel van Schaik, directeur Gezondheidszorg van Rabobank. Hij betwijfelt of de gevestigde zorgpartijen de oplopende kosten, het personeelstekort en de groeiende zorgvraag kunnen oplossen. Die oplossingen liggen volgens hem grotendeels buiten de systeemwereld van de zorgsector en het sociale domein. In het rapport *Sectorvisie Zorg* van de Rabobank schetst hij de vitale samenleving in 2040. Om daar te komen zijn doorbraakinitiatieven nodig, die met nieuwe technieken de gevestigde orde uitdagen en deze uiteindelijk vervangen door geheel nieuwe organisaties. “Creatieve destructie, noemde de Oostenrijkse econoom Joseph Schumpeter dat.”

Tekst Robert van der Broek

Beeld Rogier Chang

“Radicale veranderingen hoef je van de bestaande instituties en belangenbehartigers niet te verwachten. Hoogstens optimalisatie van het bestaande systeem. Systemen en organisaties hebben namelijk een sterke neiging zichzelf in stand te houden. Ik ben ervan overtuigd dat we moeten toewerken naar een geheel nieuw perspectief dat ik typeer als de vitale samenleving. In mijn streefbeeld voor 2040 staat de burger centraal. De focus ligt op samenredzaamheid in de wijk. Noem het de revival van het oude *noaberschap*. Mensen vinden het weer normaal om naar elkaar om te kijken, werken samen en nemen zelf verantwoordelijkheid. Pas als het écht niet anders kan, wordt een beroep gedaan op collectief gefinancierde professionele zorg of welzijn.”

“Het accent ligt dus op welzijn en het *voorkómen* van zorg in plaats van behandelen. In ziekenhuizen voor acute en hoogcomplexe zorg ondergaan mensen een hightech behandeling om vervolgens in hun eigen omgeving te revalideren. De regie over cruciale beschikbaarheidsfuncties ligt bij de centrale overheid en wordt niet meer overgelaten aan marktwerking. Doorgaan met het huidige ruimhartige en collectief gefinancierde zorg- en welzijnssysteem is simpelweg niet vol te houden. We hebben het personeel er niet voor, het kost de samenleving veel geld, de *footprint* is te hoog en het is niet de oplossing voor de grote vitaliteitsuitdagingen die op ons afkomen. Het aantal chronisch zieken zal de komende jaren nog enorm stijgen en overgewicht in alle leeftijdsgroepen is een toenemend probleem. Bovendien zijn veel zorgkosten uiteindelijk het gevolg van gedrag en leefstijl in een ongezonde leefomgeving. Ondanks de torenhoge zorguitgaven neemt de gezondheidskloof tussen rijk en arm eerder toe dan af. Inmiddels is bekend dat het zorgsysteem ➤

“De wissel die het huidige zorgsysteem trekt op de samenleving is zó groot en effectieve oplossingen liggen grotendeels zó duidelijk niet bij de gevestigde orde dat verandering van buitenaf moet komen”



slechts 10 procent (!) bijdraagt aan gezondheid en welzijn van mensen. De overige 90 procent heeft te maken met andere factoren: hebben mensen een betekenisvolle dagbesteding, hebben ze een geschikte woning, zijn er voldoende sociale contacten, zijn ze financieel gezond, zijn ze niet verslaafd aan alcohol of drugs, bewegen ze genoeg? Ook genetische factoren en milieu-aspecten zijn van invloed.”

Noaberschap

“De betekenis van noaberschap is in onze samenleving overschaduwd geraakt. Door de ruimhartige collectieve arrangementen hadden we elkaar minder nodig. Zorg en welzijn is in de loop der jaren een afdwingbaar recht geworden waar mensen aanspraak op maken. Maar ik denk dat we meer naar elkaar gaan omkijken. Niet omdat we dat per se willen, maar omdat het niet anders kan en omdat we daar ook belang bij hebben. De dreiging van oorlog, geopolitieke ontwikkelingen en klimaatcrises

veroorzaken veel onzekerheid. Dat maakt dat mensen elkaar in de eigen omgeving gaan opzoeken. Dat merk ik in mijn eigen buurt. De oproep van de overheid om overlevingspakketten aan te schaffen bracht een buurtbewoner op het idee om als burensamenwerkingsverband in het geval de stroomvoorziening uitvalt. De eerste stap was om elkaar te ontmoeten. De opkomst was overweldigend en er zijn concrete afspraken gemaakt. Ook in mijn werk zie ik steeds meer burgerinitiatieven en buurtprojecten ontstaan. Die beweging is een goede onderstroom voor de transitie naar vitale samenlevingen en maatschappelijke participatie. Ik ben er trots op dat wij als Rabobank met Buurtsupport en via onze leden actief bijdragen aan die beweging.”

Hindermacht van het systeem

“Concrete oplossingen komen niet uit politiek Den Haag, maar ontstaan in het maatschappelijk middenveld. Door mensen – veelal ondernemers – die zien dat

“Doorgaan met het huidige ruimhartige en collectief gefinancierde zorg- en welzijnssysteem is simpelweg niet vol te houden”

Michel van Schaik (1960), directeur Gezondheidszorg van Rabobank, is al meer dan twintig jaar sectorbankier in de gezondheidszorg. Daarvoor was hij inkoopmanager bij Nuts/OHRA en was hij werkzaam voor de brancheorganisatie Zorgverzekeraars Nederland. Hij schreef boeken over de zorgsector (*Diagnose 2025*, *Diagnose Zorginnovatie*, *Goed Gevoed*) en is gastdocent. Van Schaik is voorzitter van de Commissie Gezondheidszorg van VNO-NCW en de werkgroep Gezondheidszorg van de Nederlandse Vereniging van Banken (NVB). Hij leerde voor tandarts aan de Universiteit van Amsterdam en voltooide een Master of Science-opleiding aan de UCLA School of Public Health.



“Het accent ligt dus op welzijn en het voorkómen van zorg in plaats van behandelen”

het anders kan en moet en daar ook hun schouders onder zetten. De wissel die het huidige ziekenzorg- en welzijnssysteem trekt op de samenleving is zó groot en effectieve oplossingen liggen grotendeels zó duidelijk niet bij de gevestigde orde, dat verandering van buitenaf moet komen. Je zou het doorbraakcoalities kunnen noemen. Deze doorbraakcoalities kunnen bijdragen aan het streefbeeld van de vitale samenleving zonder dat zij belemmerd worden door de *legacy* van bestaande zorg- en welzijnsorganisaties. Er is ‘creatieve destructie’ nodig, zoals de Oostenrijkse econoom Joseph Schumpeter dat noemde, waarbij het oude onherroepelijk wordt vervangen door het nieuwe. Het wet- en regelgevend kader zou doorbraakinitiatieven veel meer kunnen opzoeken, omarmen en ruimte geven. Het stelsel moet adaptiever worden voor innovatie. Juist óók voor initiatieven die van buiten de gevestigde orde komen en nu vaak moeten opboksen tegen hindermacht van het systeem. In diezelfde beweging is het essentieel om financiële prikkels te verleggen van ‘betalen en repareren’ naar bevorderen van gezondheid en preventie. Dan kom je vanzelf buiten het huidige zorgsysteem uit. Rabobank experimenteert met een doorbraakcoalitie in Noord-Limburg om valpreventie te bevorderen. Daar is in het huidige zorgsysteem geen betaaltitel voor, maar het voegt in onze ogen wel veel maatschappelijke waarde toe. We hebben het instrument van Health Impact Bond ingezet. We zijn ook met de landbouw- en zorgsector in gesprek om het gebruik van gewasbeschermingsmiddelen te verminderen. En met het sponsoren van top- en breedtesport, zoals hockey en wielrennen, willen wij mensen inspireren en activeren om meer te bewegen. Gezondheid en vitaliteit zijn steeds meer een maatschappelijk vraagstuk.”

Zonder wrijving geen glans

“Transities komen niet tot stand zonder frictie. In onze toekomstvisie formuleerden wij vijf transitiepaden. Die

zijn niet los van elkaar te zien, maar hangen met elkaar samen en ook met ontwikkelingen buiten de zorg- en welzijnssector. Zo denken we dat bij het streefbeeld van de vitale gemeenschap een totaal andere arbeidsmarkt gaat ontstaan. Door meer samenredzaamheid zal het beroep op professioneel zorgaanbod minder groot zijn en hebben we meer behoefte aan generalisten dan superspecialisten. Ook zal er behoefte zijn aan nieuwe woonvormen waar bewoners elkaar kennen, ondersteunen en voorzieningen delen. Het Kloosterkwartier in Veghel is daar een goed voorbeeld van. Vanuit dat nieuwe besef zijn er al wijken en gebiedsdelen in ontwikkeling. Zo wordt in Utrecht de Cartesius-wijk gebouwd op basis van het gedachtegoed Positieve Gezondheid. Er is aandacht voor het stimuleren van een gezonde leefstijl op scholen en de beschikbaarheid van een gezonder voedselaanbod. Wij noemen dit toekomstbestendig wonen. Preventie is daarbij een belangrijk thema. Vanzelfsprekend worden alle investeringen zo duurzaam mogelijk gerealiseerd om bij te dragen aan de klimaatdoelstellingen. Lokale overheden, kennisinstituten, zorgaanbieders en bedrijfsleven slaan de handen ineen. Immers, niemand is in staat om de transities alléén te realiseren. Alle betrokken partijen zien het belang in van *healthy urban living*.”

De bank als verbindende schakel

“Als bank zijn we met miljarden euro’s aan langlopende leningen serieus gecommitteerd aan de gezondheidszorg. We zien ook al langere tijd dat het steeds moeilijker wordt om zorginstellingen te blijven financieren als zij vooral worden beloond om te behandelen. Nu de sector voor een ingrijpende transitie staat is samenwerking tussen de zorgsector en banken belangrijker dan ooit. Naast geld kunnen wij met ons enorme netwerk ook toegang geven tot kennis die cruciaal is voor een vitale samenleving. Ik vind de sector nog te veel naar binnen gekeerd en te weinig openstaan voor nieuwe perspectieven. Ik zie dat ook als het gaat om nieuwe toetreders, start-ups of andere doorbraakinitiatieven die van buiten komen.”

“Ondernemers in de zorg worden vaak negatief beoordeeld. Ze zouden de krenten uit de pap halen en alleen maar oog hebben voor winstmaximalisatie. Negatieve voorbeelden worden breed uitgemeten in de media en bevestigen dat beeld. Ook wij zijn kritisch en terughoudend bij zorgondernemers die vooral winstmaximalisatie nastreven. De realiteit is wel, dat we vindingrijke plannen en schaalbare verdienmodellen van maatschappelijke ondernemers nodig hebben die niet de *legacy* hebben van de bestaande instituties. Nieuwe toetreders hoeven overigens geen commerciële rechtsvorm te hebben. Ze kunnen ook een coöperatie of een stichting zijn. Het Prinses Máxima Kinderoncologisch Centrum is daarvan een mooi voorbeeld. Het gaat niet primair om de rechtsvorm, maar of een organisatie waarde toevoegt.”

Zorginstituut en Digizo.nu zetten vaart achter inzet digitale en hybride zorg

“Digitale zorg is belangrijk voor houdbaarheid zorg”

Een van de manieren om de zorg ook in de toekomst toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit te houden, is de inzet van digitale zorg. Daarom stimuleert en ondersteunt het Zorginstituut – in lijn met de IZA-afspraken – de transformatie naar digitale en hybride zorg. Zo publiceerden we recent de handleiding *Beoordeling van digitale en hybride zorg*. Ook ondersteunen we initiatieven uit het veld die de inzet van digitale en hybride zorg in de praktijk versnellen. Een prachtig voorbeeld hiervan is Digizo.nu, een platform opgericht door de gezamenlijke IZA-partijen.

Tekst Frank van Wijck

Beeld Freepik

Robin Toorneman, senior adviseur zorginnovaties bij het Zorginstituut, benadrukt het belang van digitale zorg om de ambities rond passende zorg te kunnen waarmaken: “We willen dat digitale en hybride zorg een vaste plek krijgt in het zorgtraject van mensen die zorg nodig hebben. Digitale en hybride zorg is voor ons dan ook een integraal onderdeel van passende zorg. Het is belangrijk dat we de juiste digitale toepassingen op de juiste

manier gaan inbedden; daar levert Digizo.nu een belangrijke bijdrage aan.” Het platform richt zich op het opschalen van digitale en hybride zorgprocessen die bewezen waarde toevoegen, vervolgt Toorneman. “Dit ligt bij de IZA-partijen, maar wij denken vanuit onze rol van pakketbehaarder actief mee. Bovendien maakt het platform gebruik van onze nieuwe handleiding *Beoordeling van digitale en hybride zorg* (zie ook het kader rechts). Wij juichen het toe dat de IZA-partijen het onderwerp gezamenlijk oppakken. Dat maakt dat digitale en hybride zorg van iedereen is.”

Geert Frederix is lector digitale transformatie in de revalidatiezorg bij de Hogeschool Arnhem en Nijmegen en expert zorg-technologie bij Digizo.nu. Hij ziet een duidelijke verandering in de doelmatigheids-discussie over de zorg: “Ging het eerst over het effectief inzetten van financiële middelen, nu gaat het steeds meer om de effectieve inzet van personeel. We willen passende zorg kunnen blijven leveren zoals we dat gewend zijn. Digitale en hybride zorg is geen doel op zich, maar een belangrijk middel om de houdbaarheid van de zorg te kunnen garanderen.”

Passende zorg

Het laatste wat de zorg in deze ontwikkeling kan gebruiken, is digitale en hybride zorg die niet doet wat het belooft. “De discussie over passende zorg heeft ook betrekking op digitale en hybride zorg”, zegt Toorneman. “Als die juist wordt ingezet, heeft dat een positief effect op kwaliteit, arbeidsinzet en betaalbaarheid van de zorg. ‘Juiste inzet’ houdt in dit geval in dat je met digitale en

hybride zorg dezelfde kwaliteit zorg blijft leveren, met oog voor het werkplezier van de zorgprofessionals en mensen de mogelijkheid te bieden langer thuis te blijven wonen dankzij zelfzorg en ondersteuning.”

Het Zorginstituut en Digizo.nu streven hierin duidelijk hetzelfde doel na. Digizo.nu zet zich met alle IZA-partijen in om organisaties in zorg en ondersteuning te faciliteren bij het transformeren van hun processen. Dennis Japink, coördinator samenwerkingsverbanden waardebeoordeling en opschaling bij Digizo.nu: “Onze taak is die partijen het vertrouwen te geven om de digitale en hybride zorg concreet toe te passen. Daarvoor geeft het Zorginstituut in zijn handleiding *Beoordeling van digitale en hybride zorg* de handvatten.” Het is belangrijk om hierin gezamenlijk op te trekken, reageert Toorneman. “Als pakketbeheerder maken wij beleid om te bepalen of en wanneer digitale of hybride zorg in het basispakket van de zorgverzekering thuishoort. Maar we kunnen als Zorginstituut niet alles beoordelen. Het waardevolle van Digizo.nu is dat daarin alle IZA-partijen gezamenlijk de waardebeoordeling doen van een digitaal of hybride proces. Zij kunnen bepalen dat een toepassing veilig is en meerwaarde heeft. Wij zitten dan ook regelmatig bij Digizo.nu aan tafel. Hiermee kunnen wij kennis en expertise inbrengen en vanuit onze rol als pakketbeheerder risico’s signaleren. Dat het Zorginstituut meedenkt, is een krachtig signaal dat we Digizo.nu ondersteunen en belangrijk vinden.”

Open voor discussie

De vraag of zorg voldoet aan ‘de stand van de wetenschap en praktijk’ (dus dat de zorg

DE HANDLEIDING

In de handleiding *Beoordeling van digitale en hybride zorg* beschrijft het Zorginstituut hoe zorg-aanbieders, zorgverzekeraars en ontwikkelaars van digitale zorg kunnen beoordelen of deze thuishoort in het basispakket van de zorgverzekering. Hierbij geldt net als bij alle andere zorg het criterium ‘de stand van de wetenschap en praktijk’. Ontwikkelaars van digitale en hybride zorg en zorgprofessionals vroegen het Zorginstituut om te verduidelijken welke voorwaarden gelden voor deze zorg, zodat die in aanmerking kan komen voor vergoeding uit het basispakket. De handleiding helpt hen hierbij, met uitleg en voorbeelden. Zij geeft inzicht in wat het Zorginstituut verstaat onder digitale en hybride zorg en hoe het criterium ‘stand van de wetenschap en praktijk’ hierop van toepassing is. De handleiding beschrijft ook de rol van Digizo.nu bij het toetsen en de waardebeoordeling van digitale en hybride zorg. De handleiding is te downloaden via onderstaande QR-code:



ook écht effectief is) speelt een belangrijke rol in de bepaling of die tot het verzekerd pakket mag worden toegelaten. “We weten dat niet alle zorg in het basispakket passende zorg is, bijvoorbeeld omdat er twijfels zijn over de effectiviteit”, zegt Toorneman. “We willen dus zeker geen zorg toevoegen waarvan we twijfelen of die effectief is. Tegelijkertijd willen we wel vaart maken met digitale en hybride zorg. Bij de beoordeling van zorg is passend onderzoek dan ook het uitgangspunt. Soms is digitale zorg een ‘technische variant’ van bestaande zorg. De inhoud van de zorg blijft dan ongewijzigd, waardoor we op basis van bestaand bewijs kunnen zeggen: dit is verzekerde zorg. Maar als het om een echte innovatieve zorgvorm gaat, moeten we als zorgsysteem vaak meer tijd investeren om aan te tonen dat deze zorg veilig en effectief is voor patiënten.” Japink: “Voor mij is dat de crux van onze samenwerking. We willen allebei versnelde toegang van passende digitale en hybride zorg. Bij Digizo.nu werken we daaraan. Daarbij houden we altijd in ons achterhoofd de uitgangspunten van het Zorginstituut, met

het doel de toegankelijkheid van de zorg te waarborgen.”

Houvast

De handleiding *Beoordeling van digitale en hybride zorg* helpt Digizo.nu om richting en houvast te geven aan haar activiteiten, stelt Frederix. “We willen de handleiding en vooral de beschreven bewijslast zo licht als het kan toepassen, om de gewenste versnelling te faciliteren. Daarnaast spelen we graag een rol in het up-to-date houden van de handleiding. Daarvoor delen we onze inzichten en knelpunten in de digitale en hybride zorg actief met het Zorginstituut” Ook hierin is de samenwerking tussen Digizo.nu en het Zorginstituut belangrijk, stelt Toorneman: “Verder is essentieel dat digitale en hybride zorg simpel en inclusief is. Op beleidsniveau bestaat nu veel aandacht voor het verkleinen van gezondheidsverschillen. In het kader daarvan brengen we dit onderwerp daarom in gesprekken in. Ook daarin helpt de samenwerking met Digizo.nu ons weer.” |

Het belang van toegankelijke cruciale ggz

Mensen met complexe psychische problemen hebben regelmatig te maken met lange wachtlijsten. Het zorgaanbod is niet altijd afgestemd op hun ingewikkelde situatie en de wachttijden zijn lang. Het Zorginstituut werkt samen met betrokken partijen aan een betere toegang tot de cruciale ggz.

Tekst Daan Bardie

Het gaat hier om mensen die vaak meerdere psychische aandoeningen hebben. Zoals depressies, angststoornissen, verslavings- of persoonlijkheidsstoornissen. Deze hebben vaak grote gevolgen voor hun sociale omgeving, werk, wonen, relaties of andere levensgebieden. Samen met andere partijen wil het Zorginstituut de toegankelijkheid tot cruciale ggz verbeteren. Zo is er een actieaanpak om knelpunten op te lossen. Ook zitten wij een landelijke tafel voor om regio's te ondersteunen bij het vinden van de juiste balans tussen zorgvraag en -aanbod. Hoe belangrijk een toegankelijke cruciale ggz is, tonen we met onderstaande voorbeelden.

Casus: Samira (35 jaar) – ernstige psychotische stoornis met verslaving
Samira is een alleenstaande vrouw die op haar twintigste de diagnose schizoaffectieve stoornis krijgt, met zowel psychotische als stemmingsklachten. Daarnaast worstelt ze sinds haar tienerjaren met alcohol- en cocaïnegebruik. Het duurde lang voordat Samira behandeld werd. Instellingen gespecialiseerd in psychotische en stemmingsklachten wilden haar pas behandelen als ze vrij was van middelengebruik. In de verslavingszorg was

Samira niet welkom, omdat zij te erg in de war was en niet wilde stoppen met gebruik. Na lang wachten kon ze terecht bij een instelling die haar met al haar problemen kan en wil helpen. Samira woont inmiddels begeleid binnen een beschermdwonen-project, maar is de afgelopen maanden steeds meer zorgmijndend. Ze haalt haar medicatie niet op, trekt zich terug, slaapt nauwelijks, eet weinig en gebruikt weer cocaïne. Haar psychotische klachten nemen toe: ze hoort stemmen die haar bevelen zichzelf iets aan te doen. Zonder goed gecoördineerde, snel toegankelijke en op te schalen zorg, vormt Samira een gevaar voor zichzelf en haar omgeving.

Casus: Mitchel (32 jaar) – bipolaire stoornis
Tijdens zijn studie voelde Mitchel zich vaak somber, maar er waren ook periodes van dagenlang feesten en alcoholgebruik. Zelfs zijn studiegenoten vonden zijn gedrag nogal extreem. Na zijn studie ging Mitchel op zichzelf wonen, werken en kreeg hij een relatie. Het leek allemaal goed met hem te gaan, tot hij steeds somberder werd. Hij voelde zich ongelukkig in zijn werk, relatie en

leven. Hij was constant moe en had nergens zin in. Op aandringen van zijn partner zocht Mitchel hulp. Een therapeut vermoedde een bipolaire stoornis, waarbij sombere periodes zich afwisselen met energieke periodes waarin hij veel dingen doet zonder na te denken. Een tijdje ging het wat beter, totdat hij vader werd. De constante druk van de baby en het verantwoordelijkheidsgevoel vroegen te veel. Na een zelfmoordpoging kwam hij terecht bij de crisisdienst. Zij regelden dat Mitchel thuis bezocht wordt door een FACT-team. Dat helpt hem door deze periode heen, vindt een herstelgroep voor mentale steun en zorgt dat hij weer regelmatig gesprekken voert bij een psychiater.

Bij dit type patiënten wordt snel duidelijk waarom cruciale ggz snel en flexibel beschikbaar moet zijn - en dat deze zorg niet door wachtlijsten onderbroken mag worden. |



Meer weten over wat het Zorginstituut doet om de (cruciale) ggz toegankelijk te houden? Scan de QR-code hiernaast.



Leidraad klimaatbewust voorschrijven van inhalatiemedicatie bij astma

Bewust kiezen voor groene 'puffer'

Huisartsen, longartsen, kinderartsen, apothekers en patiënten onderzochten samen hoe inhalatiemedicatie groener kan, met minder uitstoot van broeikasgassen. Op initiatief van het Zorginstituut schreven zij een leidraad voor het klimaatbewust voorschrijven van inhalatiemedicatie aan mensen met astma en COPD. Deze leidraad geeft voorschrijvers en patiënten houvast bij het kiezen van inhalatiemedicatie die beter voor het milieu is.

Tekst Edith Bijl

Beeld Grigorev Vladimir

Klimaatverandering heeft grote gevolgen voor de gezondheid, vooral voor mensen met astma en COPD. Maar behandeling met sommige inhalatiemedicatie draagt ironisch genoeg juist bij aan klimaatverandering. Het loont dus om bij de keuze van het soort inhalator ook de milieu-impact van die medicatie mee te laten wegen.

Beter voor milieu: inhalatoren zonder drijfgas

Er bestaan verschillende soorten inhalatoren: dosisaerosol-inhalatoren, droogpoederinhalatoren en soft-mist-inhalatoren. Als mensen met astma of COPD die op de juiste manier gebruiken, werken ze allemaal even goed. Maar ze zijn niet allemaal even goed (of slecht) voor het milieu. Zo hebben de huidige dosisaerosol-inhalatoren een relatief grote CO₂-voetafdruk. Dat komt doordat de gebruikte drijfgassen een groter broeikaseffect hebben dan CO₂. Drijfgas zorgt ervoor dat de vloeistof als fijne deeltjes uit het mondstuk komt. Juist de dosisaerosol-inhalatoren worden in Nederland door meer dan de helft van de patiënten gebruikt. 70 procent van hen zou veilig kunnen starten - met of overstappen naar - een klimaatvriendelijkere inhalator die net zo goed werkt. Zo bevatten poederinhalatoren

en soft-mist-inhalatoren geen drijfgassen en ze stoten minder CO₂ uit. Daardoor zijn ze beter voor het milieu.

Hulp bij het kiezen van de juiste inhalator

Het Zorginstituut vindt het belangrijk dat zorg een zo laag mogelijke milieu-impact heeft. Daarom vroegen we aan zorgverleners en patiënten om samen een praktische leidraad op te stellen die voorschrijvers helpt om samen met de patiënt een inhalator te kiezen die net zo goed werkt, maar die minder negatieve gevolgen heeft voor het klimaat. Zo is passende zorg voor de patiënt ook passend voor het milieu. |

De leidraad is in lijn met de Green Deal Duurzame Zorg 3.0, bedoeld om de zorgsector te verduurzamen. Download de leidraad via deze QR-code:



Verbetersignalement Astma

De leidraad 'Klimaatbewust voorschrijven van inhalatiemedicatie' komt voort uit het Passende zorg-verbetertraject voor mensen met astma. In het *Verbetersignalement Astma*, dat wij in 2021 publiceerden, formuleerden we een aantal punten waarop de zorg voor mensen met astma verbeterd kon worden. Een van die punten was te komen tot minder uitstoot van broeikasgassen via inhalatoren. Daarop is afgesproken om de keuze voor een inhalator met de minste uitstoot te stimuleren. De leidraad draagt hieraan bij.



“In nauwe
samenhang
moeten we met
alle partijen de
houdbaarheid
van de oogzorg
vooropstellen”

*U kunt deze gids
downloaden via
de QR-code.



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: **het Passende zorg-verbetertraject leeftijdgebonden maculadegeneratie (LMD).**

Tekst Edith Bijl

Beeld De Beeldredactie | Marco Okhuizen

aan het **Bureau**

Anne-Margot Pot is projectleider Sector Zorg bij het Zorginstituut.

“In september 2021 benoemde het Zorginstituut in een ‘verbetersignalement’ verbeterpunten om het zorgtraject voor mensen met LMD te optimaliseren. De implementatie van deze punten lag daarna bij de betrokken partijen. Wij begeleidde dit traject. Gaandeweg kwamen alle partijen daarbij tot het inzicht dat we de verbeteracties écht gezamenlijk moeten oppakken om de oogzorg te verbeteren. Vanwege de toenemende zorgvraag (door vergrijzing) en personeelstekorten wordt samenwerking nog belangrijker. Preventie en tijdige behandeling van LMD kan de zorgvraag remmen, maar om deze zorg houdbaar (dus toegankelijk, betaalbaar én kwalitatief goed) te houden, is taakherschikking en aandacht voor uitkomst informatie in de gehele oogzorg broodnodig. Andere zorgverleners kunnen bijvoorbeeld een overvraagde oogarts ontlasten door standaardbehandelingen, diagnostiek, voorlichting en preventie over te nemen. Deze taakherschikking is binnen het huidige systeem lastig te realiseren, vooral vanwege de financieringsstromen tussen en binnen de eerste en tweede lijn. Daarom moeten de diverse beroepsgroepen nauw samenwerken - met elkaar, én met VWS en NZa, als het de organisatie en financiering van de zorg betreft.

Op basis van onze ervaringen – en die van betrokken partijen - in de implementatiefase, publiceerde het Zorginstituut vorige maand een gids.* Daarin benoemen we de effecten van de verbeteractiviteiten en de inzichten tot nu toe. Ook geven we partijen handvatten mee voor het vervolg van het traject. We hopen zo ook andere belanghebbenden te activeren, zoals patiënten en hun naasten, revalidatieartsen, huisartsen, verzekeraars en dus de overheid.

De samenwerking tussen partijen werd tijdens dit traject steeds hechter. Dat hebben wij ook erg gestimuleerd. We hopen dat dit netwerk zich blijft inzetten om samen de oogzorg te optimaliseren. Want vanuit die samenhang moeten we met elkaar de houdbaarheid van de oogzorg vooropstellen, naast natuurlijk de patiënt.”

aan het **Bed**

Gabriëlle Janssen is optometrist.

“Voordat het Zorginstituut startte met het LMD-verbetertraject, zetten wij als optometristen ons al in om optometrie in de basisverzekering in de eerste lijn te krijgen. Beide parallel lopende trajecten haakten erg in elkaar, zeker op het gebied van taakherschikking. Daarin zagen wij als beroepsgroep, maar ook oogartsen, patiënten en andere betrokken partijen, bevestigd dat we de optimalisering van de zorgtrajecten samen moeten doen. Onze wens is dat mensen met niet-acute klachten (zoals langzaam slechter zien, droge ogen) bij voorkeur door optometristen worden gezien.

Ik ben positief over het verbetertraject van het Zorginstituut. Hierdoor verbeterde de samenwerking tussen partijen en kijken we nu met een multidisciplinaire blik naar de LMD-zorg. Er zijn heldere verwijscriteria opgesteld waardoor we de patiënt met macula-afwijkingen gericht kunnen verwijzen naar een oogarts en een eventuele behandeling sneller kan starten. Ook pleiten wij ervoor dat iedere optometrist voedings- en leefstijladvies aanbiedt, met educatie over zelfmonitoring bij milde veranderingen in de macula. Hierdoor kan de achteruitgang vertragen en weet de patiënt bij welke klachten hij aan de bel moet trekken, zodat hij tijdig en gericht verwezen wordt naar de oogarts. Ook leverde het traject voor mij als optometrist een duidelijk geformuleerd standpunt op over voedingssupplementen. Op basis daarvan geef ik nu in de spreekkamer een goed advies. Dat deze supplementen niet vergoed worden, zet de toegankelijkheid helaas wel onder druk. Ik merk dan ook dat mensen vanwege de kosten soms moeite hebben mijn adviezen op te volgen.

Overall hoop ik dat dit traject ertoe bijdraagt dat optometrie in de eerste lijn via een zelfstandige betaaltitel kan worden aangeboden, zodat wij nog meer laagcomplexiteit oogzorg kunnen overnemen van de oogarts. Als we met alle partijen samen het zorgaanbod op deze manier beter inrichten, kunnen we iedereen met oogklachten blijven zien en helpen.”



“Een multi-
disciplinaire
benadering is
essentieel om de
(oog)zorg in de
toekomst houdbaar
te houden”

Aanhoudende lichamelijke klachten

Niet met een pilletje op te lossen

Er ligt een plan van aanpak voor meer passende zorg voor mensen met aanhoudende lichamelijke klachten (ALK). Maar juist omdat ALK zo'n breed begrip is, is uitvoering van dat plan van aanpak nog niet zo makkelijk.

Tekst Jasper Enklaar

Beeld Zorginstituut

De aanduiding 'aanhoudende lichamelijke klachten' is een paraplueterm. Er vallen veel verschillende aandoeningen onder, die met elkaar gemeen hebben dat de klachten lang duren en veel invloed hebben op het dagelijkse leven van patiënten. "Het zijn klachten die langer dan drie maanden duren", zegt Carine den Boer, huisarts en bestuurslid van het Netwerk Aanhoudende Lichamelijke Klachten (NALK). "En je moet er echt veel last van hebben, waardoor je niet alles kan doen wat je normaal gesproken doet." Het kan bijvoorbeeld gaan om darmklachten, hoofdpijn, duizeligheid of vermoeidheid. Er zijn grote persoonlijke verschillen en er is niet altijd een verklaring op biomedisch of psychosociaal gebied voor. Er is dan ook niet één behandeling. Dat maakt dat patiënten met aanhoudende lichamelijke klachten soms tussen wal en schip vallen.

Opmerkelijke reacties

"Ik worstelde heel wat jaren met lichamelijke klachten waarvoor geen medische verklaring werd gevonden", vertelt Sem Foreman. "Van de ene op de andere dag had ik last

van intense hoofdpijn, hartkloppingen, duizeligheid en gewrichtspijn. Die gingen ook na maanden rust niet weg. Zo begon een lange zoektocht naar verlichting." Daarbij kwam hij soms opmerkelijke reacties van zorgverleners tegen. "Sommige huisartsen zeiden: 'doe maar even een paar weken rustig aan, dan gaat het weer weg.' Een huisarts zei dat ik meer drop moest eten om mijn bloeddruk omhoog te brengen, zodat ik misschien minder duizelig zou zijn. De reacties van artsen liepen nogal uiteen, of ze zeiden 'wij weten het ook niet'. Na een paar jaar word je daar moedeloos van." Foreman, werkend als consultant maar opgeleid als neurowetenschapper, verdiepte zich in ALK. Hij raakte meer en meer betrokken bij het onderwerp. Uiteindelijk werkte hij als patiëntvertegenwoordiger via NALK mee aan het plan van aanpak voor meer passende zorg voor mensen met aanhoudende lichamelijke klachten.

Meer integrale zorg

Een van de afspraken van het Integraal Zorgakkoord is om passende zorg voor mensen met ALK te bevorderen. Het Zorginstituut onderzocht daarom samen met zorgverleners, patiënten en zorgverzekeraars wat daarvoor moest gebeuren (zie kader rechts). "Dit gaat om klachten die niet heel makkelijk met een pilletje of een operatie te verhelpen zijn", zegt Den Boer. "Klachten zijn niet zo eenduidig op te lossen. Daarvoor moeten we dus een bredere benadering zoeken: meer integrale zorg." Dat levert in de praktijk een probleem op, denkt ze, want er zijn niet veel instellingen die multidisciplinaire zorg verlenen, waarbij lichamelijke en psychische zorgverlening worden gecombineerd.

"Als huisarts behandelen wij lichamelijke, psychische én sociale klachten. Geriaters doen dat ook, maar andere specialismen kijken slechts naar een stukje van de mens. Door die gefragmenteerde zorg kunnen mensen met ernstige ALK-klachten soms wel tien verschillende behandelaars zien. Die keken allemaal naar hun kleine stukje. Niemand keek naar het geheel."

Geen vergoeding

Het NALK pleit daarom voor meer (regionale) multidisciplinaire samenwerking. Dat is nog niet zo makkelijk te realiseren, verwacht Den Boer, want er is geen vergoeding voor samenwerking tussen verschillende zorgverleners. En er zijn volgens haar meer knelpunten: "Het hangt van de motivatie van zorgverleners af of veranderingen worden doorgevoerd. Helaas vinden niet alle zorgverleners deze patiëntengroep interessant. Het zijn voor hen lastige patiënten, omdat ze niet in één plaatje te vangen zijn." Vooroordelen, misvattingen en een gebrek aan kennis, ook bij zorgverleners, is een knelpunt dat in de gesprekken werd gesignaleerd. Daarom is het volgens Foreman belangrijk om al in de geneeskundeopleiding meer aandacht aan ALK te besteden. "Veel vrienden van mij zijn arts. Die hebben hier echt geen idee van. Ze hebben snel het oordeel dat het wel tussen je oren zal zitten. De klassieke vooroordelen die veel patiënten ook te horen krijgen."

Bureaucratisch en stroperig

Bij alle gesprekken over meer passende zorg voor mensen met ALK raakte Sem Foreman wel onder de indruk van de hoeveelheid kennis bij betrokken zorgverleners over

Den Boer: "Mensen met ernstige ALK-klachten zien soms wel tien verschillende behandelaars. Die keken allemaal naar hun kleine stukje. Niemand keek naar het geheel"



deze complexe klachten. "Tegelijk ben ik teleurgesteld in de manier waarop belangenorganisaties samenwerken om deze zorg verder te brengen. Belangenorganisaties mogen zelf bepalen of ze de richtlijn wel of niet overnemen en er zitten veel partijen met verschillende belangen aan tafel. Dat maakt het verbeteren van de zorg onnodig bureaucratisch en stroperig."

Silo's

Daniel Keszthelyi, MDL-arts en hoogleraar in Maastricht, ziet veel patiënten met het prikkelbaredarmsyndroom (PDS). Dat valt onder ALK. Maar Keszthelyi heeft wat moeite met dat begrip: "ALK is een lastig, zeer breed begrip. Mijn ervaring is dat mensen zich in een hoekje geduwd voelen bij de term ALK. Over de terminologie is een brede discussie in de geneeskunde, en binnen de MDL wordt gesproken over de hersen-darmas." Hij erkent wel dat vaak een meer integrale benadering nodig is: "Als vakspecialisten hebben we weinig te bieden aan mensen met ALK, omdat de geneeskunde in silo's is ingedeeld. Er is weinig communicatie

tussen die silo's, zeker als het gaat om dit type klachten. Dit is iets waar de gemiddelde specialist niet zo warm voor loopt." Daarom houdt Keszthelyi in Maastricht - voor een integrale benadering van zijn patiënten - zijn spreekuur samen met onder anderen een ziekenhuispsychiater.

Eigenaarschap

De breedte van het begrip ALK staat volgens Keszthelyi de uitvoering van het plan van aanpak in de weg. "Want wie is vakinhoudelijk de eigenaar, de regiehouder? Elk specialisme heeft wel een aandoening die past in deze categorie. Dat betekent dat niemand hierin echt het voortouw neemt. Alle initiatieven die je nu gaat opzetten om deze zorg te verbeteren, lopen tegen de muur van het eigenaarschap. Die barrière zullen we eerst moeten wegnemen, voordat we verder kunnen. Vanuit MDL hebben we juist een slag proberen te slaan door in ons zorgpad te focussen op een integrale benadering en een verklaringsmodel van de hersen-darmas. Dit zou mogelijk ook een voorbeeld kunnen zijn voor andere vakgebieden." |

KNELPUNTEN EN PLAN VAN AANPAK

Vanaf september 2023 onderzocht het Zorginstituut samen met zorgverleners, patiënten en zorgverzekeraars hoe de zorg voor mensen met ALK zo passend mogelijk kan worden ingezet. Het project zit nu in de afrondende fase. Zorgverleners, patiënten en zorgverzekeraars kregen de vraag voorgelegd welke problemen er spelen. Daaruit zijn enkele knelpunten naar voren gekomen:

- Zorgverleners blijken onvoldoende kennis te hebben over ALK, behandelingen en vergoedingen.
- De zorgcoördinatie van de ALK-patiënt is niet helder belegd.
- Er is geen goede vergoeding voor multidisciplinair overleg tussen verschillende domeinen (medische zorg, geestelijke gezondheidszorg en het sociaal domein).

Er zijn verschillende aanbevelingen geformuleerd. Zo moet er gekeken worden naar goede voorbeelden van netwerkworg. Kennis over ALK moet groter en breder verspreid worden. De afspraken en actiepunten zijn vastgelegd in een plan van aanpak, waarmee het veld aan de slag kan gaan.

Het jaar 2024 in cijfers

Afgelopen voorjaar publiceerden wij ons Jaarverslag 2024. Hier geven wij een overzicht van de highlights. Download het hele jaarverslag via de QR-code onderaan de pagina.



1 verzamelplaats voor signalen met mogelijk **maatschappelijke impact**

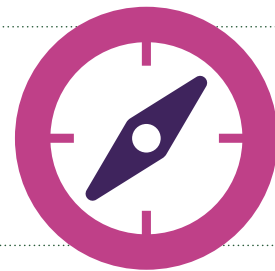
1 nieuwe **bestuursvoorzitter** verwelkomden we



129 geschillen in de **Zvw** gaven we advies over

2 nieuwe criteria bij **pakketbeslissingen** hebben we onderzocht: arbeidsinzet en duurzaamheid

2 **signalementen** over passende zorg publiceerden we



5 doelgroepen prioriteerden we in de **strategische koers**

165 posts plaatsten we op **LinkedIn**

29 adviezen brachten we uit over **dure sluisgeneesmiddelen**



1 advies om **obesitas-medicijn** Wegovy® nog niet te vergoeden

€ 170.000

per patiënt kost een behandeling met levensverlengend **kankermedicijn Jemperli®**

75 jaar **Zorginstituut** en **pakketbeheer**



59 miljard euro waren de uitgaven aan het **basispakket**

482,4 **ZIN** fte was onze gemiddelde bezetting



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:

Hans Westgeest
Internist/oncoloog in Amphia

“De zorg voor alle patiënten toegankelijk houden, begint met goed *kijken* en *zien*. Want wat je niet ziet, merk je niet op. Deze Cruijffiaanse opmerking laat zich in vier voorbeelden uitleggen:

1: Kijk: op mijn bureau staat geen pinautomaat. Ik lever de benodigde zorg zonder het over geld te hoeven hebben. Die onwaarschijnlijke luxe zie je bijna nergens anders ter wereld. Overal betaal je bij voor zorg, ook met verzekering. Daar mogen zowel patiënten als artsen zich veel meer bewust van zijn.

2: Kijk niet alleen naar oncologische successen; zie ook de gevallen die *niet* lukken. Neem bijvoorbeeld de eerste immunotherapie bij melanoom: we waren heel blij dat deze 15 procent meer overlevingskans biedt, maar vergeten vaak dat van alle behandelde mensen 45 procent ernstige bijwerkingen heeft en dus bij 85 procent niet werkt. Ook dat moet je *zien*.

3. Zie dat je geld voor de zorg maar één keer kan uitgeven. Als ik dubbel zoveel geld uitgeef aan mijn patiënten, zijn zij heel blij. Dat dit wel ten koste gaat van de zorg aan – anonieme – anderen, dat zien we dan even niet.

4. Zie het belang van preventie. Een kankerpatiënt wiens zorg niet wordt vergoed, staat direct met foto in de krant, waarna de politiek toegeeft. Preventie is niet mediageniek en zien we dus niet. Laten we daar eens goed naar kijken.”

Tekst Edith Bijl

Beeld De Beeldredactie | Joyce van Belkom

“De zorg voor iedereen toegankelijk houden, begint met kijken en zien”



Over zorg gesproken...

“Soms zijn we nog ver weg van de acceptatie dat obesitas een ziekte is. Dat geldt niet alleen voor patiënten, maar ook voor ons zorgprofessionals.”

Columniste en universitair docent Sofie Fransen op artsenauto.nl (1 juni 2025).

“Robots doen straks driekwart van het werk in de zorg.”

Hoogleraar medische beeldanalyse Bram van Ginneken op zorgvisie.nl (26 mei 2025).

“Het riool levert ‘big brown data’ over de volksgezondheid. Wees dus lief voor het riool. Gooi er niets in dat niet uit je eigen lijf komt. Vroeg of laat krijg je het allemaal terug.”

Verslaggever Wilma de Rek op volkskrant.nl (13 mei 2025).

“Mensen met dementie worstelen niet alleen met de ziekte, maar ook met de reacties van mensen in hun omgeving. Ze zijn dement, maar ze zijn méér. Ze zijn allereerst mens.”

Antropoloog Anne-Mei The op nrc.nl (9 mei 2025).

“Ik heb gezopen als een mammoettanker, gesnoven als een tierelier, dus ik ben wel benieuwd wat er nog van mijn lever over is.”

Piet van Os vertelt waarom hij kosteloos zijn lever laat testen in de RAI, op parool.nl (7 mei 2025).

“Achter ieder paar billen zit een mens met een verhaal. Het is geen autobumper die een goede wasbeurt nodig heeft. En menig bil is schoner dan het winkelkarretje van de supermarkt!”

Reactie van thuiszorgmedewerker Willeke Bischoff op mensen die haar werk afdoen als billen wassen, in Dagblad van het Noorden (1 mei 2025)

“Kinderen mondzorg onthouden schurkt tegen mishandeling aan.”

Hoogleraar mondzorg Dagmar Else Slot in Het Parool (17 april 2025).

“Het heeft meer zin om te voorkomen dat mensen ziek worden dan te screenen of iemand al ziek is.”

RVS-Voorzitter Jet Bussemaker over ‘diagnose-expansie’ op ad.nl (15 april 2025).

“Voor onze gezondheid en economie is een nationale overgewichtstrategie nodig.”

Anthony Stigter en Iris de Vries op esb.nu (22 april 2025).

“Het is er ons van jongs af aan ingestampt: het spuitje is *evil* en als je valt, krijg je een snoepje.”

Hoogleraar psychologie en neurowetenschappen Anne Roefs op delimburger.nl (23 maart 2025).

“Het beleid is gericht op zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Maar de praktijk laat zien dat het niet altijd de beste optie is, voor ouderen noch voor hun naasten.”

Socioloog en hoogleraar Thomas Kampen op socielevraagstukken.nl (16 april 2025).