



Zorginstituut Nederland

Zorginstituut Magazine

Kwartaalblad van
Zorginstituut Nederland
Najaar 2025

Gea Sijpkens, bestuurder
Woonzorgcentrum Humanitas Deventer:

"Als we de zorg
willen vermensenlijken,
moeten we eens
normaál gaan doen"

| Herbeoordeling
dure genees-
middelen voor
passende zorg

| Naar betere
toegang tot de
cruciale ggz

Inhoud

- 6 Herbeoordeling dure medicijnen**
Dure geneesmiddelen vormen een groot deel van de zorgkosten. Vaak is bij de toelating tot het verzekerde pakket nog onduidelijk of een geneesmiddel zijn belofte zal waarmaken. Het Zorginstituut wil daarom vaker dure geneesmiddelen na een aantal jaren opnieuw beoordelen.
- 12 Betere toegang tot cruciale ggz**
In oktober gaat de 'landelijke tafel cruciale ggz' voor de tweede keer op regiotour. Het doel: de regio's ondersteunen bij het oplossen van knelpunten en het verbinden van zorgvraag en zorgaanbod.
- 14 Kaderprogramma Passende Zorg**
Voor het nieuwe *kaderprogramma Passende Zorg* is tot en met 2028 in totaal 290 miljoen euro aan subsidiegeld beschikbaar. ZonMw en het Zorginstituut werken nauw samen in de uitvoering van het programma.
- 24 Helpdesk Digitale Zorg**
In ons land kunnen 4,5 miljoen burgers niet omgaan met de techniek van digitale zorg. Door gebrek aan online vaardigheden mijden mensen zelfs zorg. Helpdesk Digitale Zorg loodst zorginstellingen en hun cliënten door het woud van digitale zorgtechniek.
- 28 Passende ouderenzorg**
Naar aanleiding van een voortgangsrapportage van het Zorginstituut kunnen veldpartijen nu stappen zetten om de belemmerende wet- en regelgeving zo aan te passen dat passende ouderenzorg wordt geboden en de druk op de zorg wordt verlicht.



Rubrieken

- 09 Column**
Matthijs Versteegh
- 10 Tien vragen aan:**
Bianca Buurman
- 16 Feiten & Cijfers**
- 18 De stelling van...**
Gea Sijpkens, bestuurder
Woonzorgcentrum
Humanitas Deventer
- 26 Aan het bureau / aan het bed**
Het advies 'Verdelen van schaarste in de wijkverpleging'.
- 31 De zorg van morgen**
... volgens Patrick Deckers van Caring Doctors.
- 32 Over zorg gesproken**

Verkiezingskoorts

Mark Janssen, voorzitter Zorginstituut Nederland



Voorwoord

We tellen af naar de verkiezingen; over zo'n vier weken is de uitslag bekend en begint de formatie. Een belangrijke tijd voor iedereen die bij de zorg is betrokken. Want met de komst van elk nieuw kabinet, van welke politieke kleur dan ook, kan de koers van het zorgbeleid wijzigen. En dat heeft dan ook direct invloed op de door ons gestelde ambities om goede zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Toch hoop ik van harte dat we onder het komende kabinet kunnen doorgaan op de ingeslagen weg. En dat brengt mij tot de volgende oproep aan alle politieke partijen: maak de zorg niet te veel politiek, maar ondersteun de komende jaren de verandering die belegd is in de zorgakkoorden (IZA, AZWA en HLO).

Waarom vind ik dit zo belangrijk? Omdat de uitvoering van de zorgakkoorden en het doorvoeren van veranderingen in de zorg een proces is van vele jaren. Een kwestie van een heel lange adem, die verder reikt dan 2028, het jaar waarin de zorgakkoorden aflopen. En zich ook ver voorbij de volgende regeringstermijn strekt, zelfs als het komende kabinet de volledige vier jaar uitzit.

Met andere woorden: om de noodzakelijke transitie in de zorg te kunnen realiseren, is het van belang dat het zorgbeleid de komende jaren consistent blijft, en dus niet bij elk nieuw kabinet van koers verandert. Zo kunnen we als 'Team Overheid' samen met een zo breed mogelijke coalitie uit het veld verder bouwen aan een nieuw perspectief in de zorg. Een perspectief dat niet gericht is op ziekte, maar

op gezondheid. En op het voorkómen van zorg. Dat is nodig, want de toegang tot de zorg staat steeds verder onder druk, zeker voor de mensen die die zorg het hardst nodig hebben. Dat vergt meer investeringen in welzijn en een gerichtere aanpak van de problematiek van kwetsbare groepen, zoals ouderen, kinderen in hun eerste duizend dagen en mensen met (risico op) kanker, hart- en vaatziekten, obesitas en mentale problemen.

“Maak de zorg niet te veel politiek, maar ondersteun de komende jaren de verandering die belegd is in de zorgakkoorden”

Zeker, de maatschappelijke opgave waarvoor we staan is groot. Daarin hebben we – zorg- en welzijnspartijen, overheden, verzekeraars én de politiek – elkaar hard nodig. Het goede nieuws is: er gebeurt al heel veel om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Kijk alleen al in dit *Zorginstituut Magazine*. Dat staat vol mooie voorbeelden, zoals de herbeoordeling van dure geneesmiddelen, de vernieuwende visie van Humanitas op de langdurige zorg (interview met Gea Sijpkens) en de toegankelijkheid van de cruciale ggz. Deze en andere artikelen in dit nummer laten zien hoe we onze ambitie vormgeven om te komen tot passende zorg. Zo biedt dit nummer voor alle politieke partijen voldoende inspiratie!

Korte berichten



Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) ondertekend

Begin september zetten zorg- en welzijnsorganisaties en het ministerie van VWS hun handtekening onder het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA). Het Zorginstituut werkte mee aan de totstandkoming ervan en is actief betrokken bij veel onderwerpen in het AZWA-akkoord.

Volgens Mark Janssen, bestuursvoorzitter van het Zorginstituut, is er met deze afspraken veel winst te behalen en helpen ze de zorg in de toekomst betaalbaar, toegankelijk en van goede kwaliteit te houden. Ook is hij blij dat het AZWA de samenwerking tussen zorg en het sociale domein stimuleert: "Dat is winst, want inmiddels weten we dat de zorg veel maatschappelijke problemen niet kan oplossen. Alleen in samenwerking met andere domeinen kunnen we deze problemen aanpakken."

De zorg en ondersteuning in Nederland bevindt zich op een kritisch punt. Door de vergrijzing verdubbelt de komende jaren de groep mensen die zorg en ondersteuning nodig heeft. Tegelijkertijd groeit het aantal zorgverleners onvoldoende. Om straks voldoende hulp te kunnen bieden aan mensen die het nodig hebben, moeten we die hulp slimmer organiseren. Het AZWA doet daarvoor een eerste belangrijke aanzet. Het biedt handvatten om het personeelstekort in de zorg te verminderen en de wachtlijsten te verkorten.

Advies: vergoed levensverlengend medicijn tegen blaaskanker

Mensen met niet te opereren of uitgezaaide blaaskanker leven gemiddeld vijftien maanden langer als zij worden behandeld met enfortumab vedotin (Padcev®). Dit medicijn wordt ingezet in combinatie met het medicijn pembrolizumab (Keytruda®). Vanwege de aangetoonde gezondheidswinst adviseert het Zorginstituut de minister van VWS om enfortumab vedotin voor deze patiënten te vergoeden uit het basispakket. Naar verwachting komen jaarlijks bijna zeventienhonderd patiënten in aanmerking voor de combinatiebehandeling. Wel stellen wij een voorwaarde bij vergoeding: de minister moet eerst met de fabrikant onderhandelen over de prijs, zodat de kosten in een goede verhouding staan met de gezondheidswinst. Die kosten zijn bijna 170.000 euro per patiënt per jaar. Wanneer alle patiënten worden behandeld, komt dit neer op 111 miljoen euro.

Het Zorginstituut kan niet adviseren hoe hoog de prijskorting precies moet zijn. Dat komt doordat de korting onder meer afhankelijk is van de al eerder onderhandelde prijs van het vergoede medicijn pembrolizumab. Omdat onderhandelde prijzen vertrouwelijk zijn in Nederland, weten wij niet wat de prijs is geworden van dit medicijn.

Ook stellen we in ons advies dat er – als het middel wordt vergoed uit het basispakket - meer onderzoek nodig is naar de optimale behandelduur. Dat vinden we erg belangrijk. Het is namelijk nog onduidelijk hoe lang patiënten behandeld moeten worden om de grootste overlevingswinst te halen. Als de behandeling korter kan duren met dezelfde effecten, ervaren patiënten minder bijwerkingen, zijn de kosten voor de samenleving lager en heeft zorgpersoneel meer tijd over voor andere patiënten.

Meer informatie?

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

Advies over kortdurende zorg in het tijdelijke verblijf en thuis

Kortdurende zorg is tijdelijke zorg voor wie meer zorg nodig heeft dan de huisarts, wijkverpleging en fysiotherapeut in de eerste lijn standaard bieden. Aanleiding voor dit advies was dat de kortdurende zorg aan het veranderen is: zo wordt er toegewerkt naar één tijdelijk verblijf voor kortdurende zorg vanuit de Zvw. Ook komen er meer mogelijkheden voor kortdurende zorg thuis. Dit leidde bij VWS tot de vraag of voor deze ontwikkelingen de wet- en regelgeving aangepast moet worden. Daarop deed het ministerie een verzoek aan het Zorginstituut om daarover een advies uit te brengen. Wij concludeerden in dit advies dat de wet- en regelgeving ruimte biedt voor de ontwikkelingen in en passende inzet van de kortdurende zorg. Ook omschrijven we de belemmeringen in de praktijk en hoe we die kunnen opheffen. Hiermee ondersteunen we de ontwikkelingen naar meer passende kortdurende zorg in het tijdelijke verblijf en thuis.

Wij volgen deze ontwikkelingen op de voet en brengen jaarlijks de inzet van kortdurende zorg in kaart. Deze informatie delen en bespreken we met alle betrokken partijen.



Advies: vergoed medicijnen exa-cel en omaveloxolon alleen voor redelijke prijs

Dit advies gaat over medicijnen voor twee zeldzame aandoeningen: exagamglogene autotemcel (exa-cel; Casgevy®), voor de behandeling van de erfelijke bloedarmoede TDT, en omaveloxolon (Skyclarys®), voor de behandeling van ataxie van Friedreich. Het Zorginstituut concludeert dat beide medicijnen meerwaarde hebben voor de patiënten, maar dat de vraagprijs van de fabrikanten te hoog is. Prijsdaling is nodig, zodat de gezondheidswinst voor patiënten in goede verhouding staat met de kosten voor de samenleving. Pas als de fabrikanten met de minister van VWS een maatschappelijk aanvaardbare prijs overeenkomen, kunnen de medicijnen vanuit het basispakket vergoed worden, zo adviseerden wij.

Om tot een maatschappelijk aanvaardbare prijs te komen, is voor exa-cel een prijsdaling van 43 procent nodig. Met de huidige vraagprijs zijn de kosten van exa-cel 1,9 miljoen euro per patiënt. Het is de verwachting dat zes tot twaalf patiënten per jaar behandeld kunnen worden met het medicijn. Voor omaveloxolon is zelfs een prijsdaling van 84 procent nodig om tot een redelijke prijs te komen. Met de huidige vraagprijs zijn de kosten van een behandeling 246.000 euro per patiënt per jaar. Ongeveer 107 patiënten komen in aanmerking voor behandeling.

Herbeoordeling dure geneesmiddelen voor passende zorg

Dure geneesmiddelen vormen een steeds groter deel van de zorgkosten. En vaak is bij de toelating tot het verzekerde pakket nog onduidelijk of een geneesmiddel zijn belofte waar zal maken. Daarom beoordeelde het Zorginstituut opnieuw een groep kankergeneesmiddelen, de zogeheten PARP-remmers. Deze herbeoordeling leidde tot een aanscherping van de indicatie. Het Zorginstituut wil vaker dure geneesmiddelen na een aantal jaren opnieuw bekijken, samen met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Federatie van Medisch Specialisten (FMS).

Tekst Jos Leijen

Beeld Zorginstituut

“Als we adviseren over opname in het pakket, doen we dat vaak op basis van surrogaat-uitkomsten”, vertelt Lonneke Timmers, strategisch adviseur bij het Zorginstituut. “Dat gebeurt als het onderzoek nog niet is afgerond en de uiteindelijke resultaten zoals de overleving nog niet bekend zijn. Als het gaat om een belangrijk geneesmiddel, willen we patiënten niet laten wachten tot die resultaten wél bekend zijn. Anders belet je mensen de toegang tot medicijnen die mogelijk hun leven kunnen verlengen. We accepteren dan aannames over het verwachte effect.”

In de praktijk is het zo dat als geneesmiddelen eenmaal vergoed worden, ze ook vergoed blijven. In het Integraal Zorgakkoord is afgesproken er strenger op toe te zien of dure geneesmiddelen ook doen wat ze beloven. Als ze dat *niet* doen, moeten ze ook weer uit het pakket gehaald worden. Om de zorguitgaven te beteugelen, maar ook om patiënten niet onnodig bloot te stellen aan de bijwerkingen die de geneesmiddelen vaak hebben.

Twijfel over effectiviteit PARP-remmers

Het Zorginstituut deed mede op verzoek van Zorgverzekeraars Nederland onderzoek naar zogeheten PARP-remmers. Dit zijn medicijnen tegen kanker die kunnen voorkomen dat beschadigde kankercellen zichzelf repareren. In 2023 werd ruim 30 miljoen euro uitgegeven aan vergoeding van deze medicijnen bij 944 patiënten. Het Zorginstituut kreeg diverse signalen van zorgverzekeraars dat zij twijfelden aan de werkzaamheid bij een deel van de patiënten. “Nieuw wetenschappelijk onderzoek liet zien dat er bij bepaalde patiëntgroepen inderdaad geen effect was”, zegt Timmers. “Bij sommige vormen van kanker is die meerwaarde er wel, maar bij andere groepen niet. Daar zien we geen significant langere overleving. Er zijn ook geen gegevens over een betere kwaliteit van leven. Dan heeft zo’n behandeling dus geen nut en levert die alleen maar bijwerkingen op. Daarom besloten we de indicatie aan te scherpen en de vergoeding voor sommige groepen te laten vervallen.”

Overgangsregeling

Atse Huisman is adviserend apotheker bij ZN en voorzitter van de CieBAG (commissie Beoordeling Add-on Geneesmiddelen).

De CieBAG houdt zich bezig met dure intramurale geneesmiddelen. Huisman is tevreden met de herbeoordeling: “Alleen zorg die bewezen effectief is, komt voor vergoeding in aanmerking. Herbeoordelingen na toelating van geneesmiddelen zijn cruciaal om alleen effectieve zorg te blijven vergoeden. Voor toegang tot het basispakket is het belangrijk dat relevante effecten blijken uit wetenschappelijk onderzoek, ook al is dat in de praktijk soms lastig.”

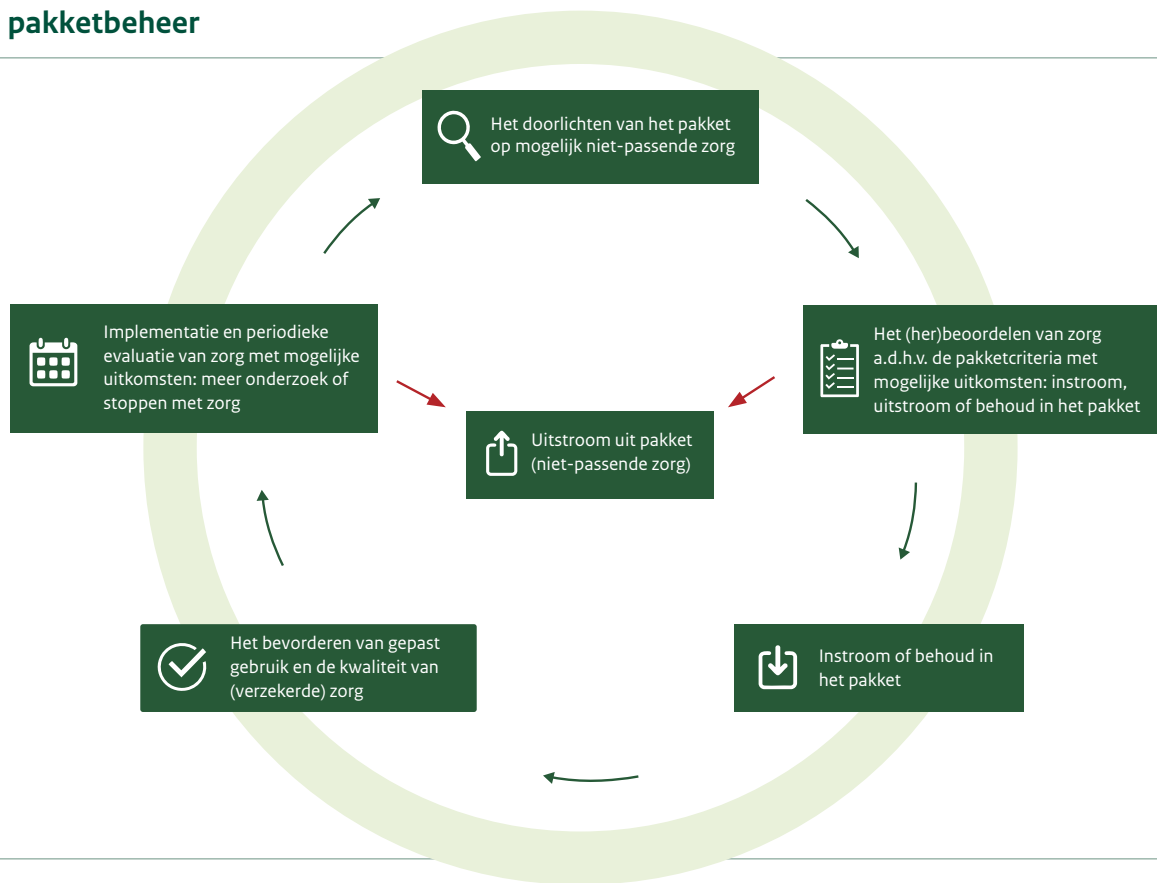
Huisman: “Herbeoordelingen na toelating van geneesmiddelen zijn cruciaal om alleen effectieve zorg te blijven vergoeden”

Het onderzoek van het Zorginstituut baseert zich op gepubliceerd onderzoek, terwijl bij individuele patiënten het effect kan variëren. “In overleg met het Zorginstituut is daarom een overgangsregeling opgesteld. De vergoeding blijft gelden voor patiënten die al begonnen zijn met een behandeling met PARP-remmers die nu buiten de nieuwe indicatie vallen. Patiënt en behandelaar mogen samen beslissen of het zin heeft om de behandeling voort te zetten.”

Actieve rol voor het veld

Het Zorginstituut deed deze herbeoordeling van de PARP-remmers, maar bij komende herbeoordelingen krijgt ‘het veld’ ook een actieve rol, vooral ZN en de FMS. Jelle Ruurda is oncologisch chirurg en hoogleraar robotchirurgie in Utrecht. Als bestuurslid van

Cyclisch pakketbeheer



de FMS heeft hij wetenschap en innovatie als aandachtsgebied. Ruurda onderschrijft het belang van de herbeoordelingen: “Wij willen goede zorg leveren. Dat betekent onder meer dat een behandeling bewezen effectief moet zijn en meerwaarde moet bieden voor de patiënt.”

“We hebben na goedkeuring van een geneesmiddel altijd vijf jaar nodig om de overleving te kunnen beoordelen”, vervolgt Ruurda. “Wat doet een geneesmiddel in de *real world*? Bij welke patiënten werkt het goed, bij welke minder? Hoelang moet je een behandeling laten duren? Wat is de optimale dosering? Kan de behandeling korter en de dosering omlaag?” *Randomized trials* bieden daarbij veel voordelen, want ze geven een duidelijk beeld van het effect, stelt hij. “In de praktijk

zetten we een middel echter breder in dan bij groepen uit de trials. Bijvoorbeeld bij mensen die ouder zijn of meerdere aandoeningen hebben. Dan is de effectiviteit wellicht anders. Die *real world data* zouden we in herbeoordelingen ook mee moeten nemen. Daarmee verklein je de kans dat je bepaalde groepen patiënten over het hoofd ziet.”

Samen optrekken

De FMS-bestuurder omarmt de suggestie van het Zorginstituut om de beroepsgroep en de zorgverzekeraars te betrekken bij het doen van herbeoordelingen. De Commissie ter Beoordeling van Oncologische Middelen (cieBOM) van de Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie (NVMO) beoordeelt de klinische waarde van nieuwe oncologische geneesmiddelen al.

Ruurda: “Het ligt voor de hand om voor de herbeoordelingen samen op te trekken.” Zorgverzekeraars Nederland en de FMS werken samen aan een plan om de herbeoordelingen samen op te pakken, vertelt Huisman. “We willen daar een proces van maken met een rol voor de veldpartijen. Het idee is om werkafspraken te maken met de medisch specialisten en het Zorginstituut. Het zou mooi zijn als we bij de toelating van een geneesmiddel al een traject uitzetten om het na een aantal jaren opnieuw te bekijken. Zodat je niet afhankelijk bent van min of meer toevallige studieresultaten.”

Ruurda sluit zich daarbij aan. “De cieBOM speelt nu nog vooral een rol bij de toelating. Je zou daar eigenlijk een PDCA-cyclus bij willen (*plan-do-check-act* - red.). Werkt het in de praktijk? Kan de dosering omlaag? Ik verwacht dat er vaker herbeoordelingen komen. Dat is goed voor de kwaliteit van de zorg en voorkomt verspilling. De uitdaging is daarbij om de indicatie zodanig fijn te slijpen dat er geen groepen onterecht buiten de boot vallen.” |

Ruurda: “Ik verwacht dat er vaker herbeoordelingen komen. Dat is goed voor de kwaliteit van de zorg en voorkomt verspilling”

Inzichten Passende zorg verbetertrajecten verwoord in praktische gidsen:

Gids naar meer passende zorg

In het kader van het programma 'Passende zorg verbetertrajecten' (voorheen Zinnige Zorg) zijn inmiddels de verbetertrajecten van vijf aandoeningen geëvalueerd. De hieruit opgetekende verbeteractiviteiten en inzichten brachten we onlangs uit in vijf handzame gidsen, gericht op verdere verbetering in de praktijk.

Tekst Iris Groeneveld

Binnen de passende zorg verbetertrajecten bouwden we de afgelopen jaren een schat aan kennis en ervaring op over mogelijkheden voor meer passende zorg. We lichtten voor 28 aandoeningen het hele zorgtraject door, samen met beroepsgroepen, zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen. Zij maakten gezamenlijk verbeterafspraken waarbij de patiënt centraal staat. Voorbeelden daarvan zijn:

- Het volgen en herzien van richtlijnen om onder- en overdiagnostiek en onder- en overbehandeling te voorkomen.
- Samenwerking en taakherschikking, om toegankelijkheid van zorg te optimaliseren.
- Het ontwikkelen van patiënteninformatie en keuzehulp, om patiënten te ondersteunen, te versterken en zo goed mogelijk voor te bereiden op het zorgtraject dat ze doorlopen.

Daarna werkten de partijen aan de uitvoering en implementatie van de verbeterafspraken.

Handzame gidsen ter inspiratie

Dit en volgend jaar evalueren we de meeste verbetertrajecten. De evaluatie van vijf passende zorg verbetertrajecten (voor

maagklachten, onderste luchtweginfecties, leeftijdsgebonden maculadegeneratie, veneuze trombose en longembolie en bekkenbodemplakten) zijn nu samen met de betrokken partijen afgerond. Hierover schreven we niet de gebruikelijke dikke rapporten, maar brachten we handzame gidsen uit, gericht op verdere verbetering in de praktijk. Daarin staan de ondernomen verbeteractiviteiten, positieve effecten, inzichten en verbeterkansen voor de toekomst. Alle betrokkenen – van zorgprofessional, zorgaanbieder, zorgverzekeraar tot patiënt – kunnen deze gidsen gebruiken om inspiratie op te doen.

Mooie voorbeelden van passende zorg

We zien al mooie ontwikkelingen. Zo ontstond bij bekkenbodemplakten samenwerking over muren heen, zoals de Beterketen-samenwerking in regio Rotterdam-Rijnmond. Harteraad en de Trombosetstichting plaatsten duidelijkere informatie over antistolling op hun websites. De richtlijn voor onderste luchtweginfecties is herzien en beveelt minder longfoto's en gepast gebruik van antibiotica aan. Bij maculadegeneratie worden uitkomst-indicatoren ontwikkeld en geïmplementeerd voor doelmatigere inzet van kostbare medicijnen.



Aan de slag in de praktijk

Het komt er nu op aan dat de afspraken ook in de praktijk worden gebracht. Daarvoor moeten de richtlijnen worden geïmplementeerd en goede initiatieven in de zorg worden gedeeld en verspreid over het land. Uitkomstinformatie moet worden verzameld, en patiënten moeten de juiste informatie weten te vinden. Alleen dan dragen deze passende zorg verbetertrajecten bij aan de toegankelijkheid, houdbaarheid en mensgerichtheid van zorg.

Hoe gaan we verder?

Momenteel evalueren we de passende zorg verbetertrajecten voor mensen met een (licht)verstandelijke beperking, pijn op de borst, astma, urineweginfecties, eczeem en psoriasis, klachten vanuit de lage rug, en middenoorontsteking. Psychose en PTSS volgen binnenkort. Zodra de implementatie van de verbetertrajecten voor reumatoïde artritis, ICD en hoorzorg is afgerond, gaan we ook deze trajecten evalueren. |



Scan voor meer informatie over de passende zorg verbetertrajecten de QR-code:

Gezondheid elders

Matthijs Versteegh



Op onze koelkast hangt al een paar jaar een ingezonden brief van een vriend aan *Het Parool*. Hij schreef over stroopwafels in Amsterdam van 13 euro; een TikTok-fenomeen. Hij pleitte ervoor dat die stroopwafels nog één euro duurder werden. Die extra euro werd dan gedoneerd aan projecten voor Amsterdammers in nood. Elke keer als ik iets uit de koelkast pak zie ik de brief. Maar pas toen ik deze ochtend de melk pakte, vroeg ik me ineens af: stel nou dat we zoiets doen in de zorg?

Een gedachte-experiment: wat als je na elk zorgbezoek bij de uitgang een euro betaalt, zoals het plan van de stroopwafels, om iemand in nood in het buitenland ook van zorg te kunnen voorzien? Laten we beginnen met hoeveel geld we dan ophalen. In Nederland zijn er jaarlijks 80 miljoen huisartsbezoeken en 20 miljoen medisch-specialistische zorgtrajecten (geopende DBC's). De extra euro bij de uitgang levert dus 100 miljoen euro op. Als we dat geld in de Nederlandse zorg zouden stoppen, krijgen we er ongeveer 1.300 gezonde levensjaren voor terug door de extra zorg die we kunnen leveren.

Maar stel nou dat we dat geld uitgeven aan Cambodjanen, Congolezen, Malinezen of Rwandezen? Dan krijg je aanzienlijk meer gezondheid, omdat in die landen met relatief eenvoudige ingrepen enorm veel te winnen valt. Hoeveel je terugkrijgt is onderzocht door voor veel landen uit te rekenen welke veranderingen er in sterfte optraden als

er veranderingen waren in zorguitgaven, bijvoorbeeld wanneer ontwikkelingshulp werd uitgebreid of juist gekort. Voor 100 miljoen euro - door een extra euro te betalen bij de uitgang in Nederland - krijg je in Cambodja ongeveer 307.000 gezonde levensjaren, in Congo 62.000, in Mali 1.200.000 en in Rwanda 350.000.

"Elke extra euro naar de Nederlandse zorg is maar heel beperkt effectief"

Zelf vind ik die getallen ongemakkelijk, ondanks dat ik heus weet hoe groot de mondiale ongelijkheden zijn. Het schetst voor mij een breder afwegingskader bij het denken over keuzes in de zorg: elke extra euro naar de Nederlandse zorg is, relatief gezien, maar heel beperkt effectief in het verbeteren van de mondiale gezondheid.

De extra euro op de stroopwafels in Amsterdam is er vooralsnog niet gekomen. Extra euro's voor de zorg zullen er vast komen, want het verleden leert dat de zorguitgaven stijgen en niet dalen. Dat extra geld gaat naar Nederlandse zorg, en daar zijn de premies ook voor bedoeld. Maar als je een euro over hebt, weet je nu wat je ervoor kunt kopen aan gezondheid elders.

10

vragen aan

Bianca Buurman

Tekst Edith Bijl

Beeld De Beeldredactie | Joost Hoving

1 Wat is uw eerste ervaring met de gezondheidszorg?

“Op mijn zesde werden mijn neus- en keelamandelen geknipt. Dat was in het oude Havenziekenhuis in Rotterdam. Ik herinner me vooral nog de ijsjes die ik kreeg. En ergens had deze ervaring ook mijn interesse voor het ziekenhuis aangewakkerd. Vanaf mijn twaalfde wist ik zeker dat ik graag in een ziekenhuis wilde werken.”

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

“Dan was ik oncoloog geworden. Ik vind het mooi hoe je in dit vak mensen in zo’n heftige situatie kunt ondersteunen. Ik maakte het zelf mee met mijn opa en mijn moeder, die beiden aan kanker zijn overleden. De keuze voor oncologie kwam dus ook voort uit persoonlijke interesse. Helaas werd ik uitgeloot voor geneeskunde, maar na mijn studie verpleegkunde heb ik wel als oncologisch verpleegkundige gewerkt. Daar vond ik juist die begeleiding zo mooi.”

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

“Dan zou ik me allereerst blijven inzetten voor de zaken waarop we ons nu als V&VN richten. Dat zijn de aanpak van de schaarste aan personeel, het investeren in de opleidingen van verpleegkundigen en

PERSONALIA

Bianca Buurman is voorzitter van de V&VN (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland) en hoogleraar Acute Ouderenzorg aan het Amsterdam UMC.

Na de studie verpleegkunde aan de HvA (Hogeschool van Amsterdam) werd zij verpleegkundige op de afdeling Infectieziekten van het AMC. Daarna werkte zij als oncologieverpleegkundige op de afdeling Oncologie/Hematologie. In 2011 promoveerde Bianca aan de UvA (Universiteit van Amsterdam) en in 2015 werd ze lector aan de HvA. Sinds 2017 is zij hoogleraar Acute Ouderenzorg aan het huidige Amsterdam UMC-UvA.

Bianca woont in Haarlem met haar man en twee dochters.



“Ik geloof erin dat de uitkomsten van zorg beter zijn in een gezondheidsinstelling waarin zorgprofessionals en bestuurders gelijkwaardig samenwerken. Daarom stimuleer ik verpleegkundigen en verzorgenden om zich meer uit te spreken, zodat ze meer controle krijgen op hun werk”

verzorgenden en het bieden van een beter loopbaanperspectief om mensen voor dit vak te behouden. Daarnaast zetten we ons in voor een gelijkwaardiger positie van verpleegkundigen in de organisatie.

Wat voor de patiënt de grootste impact heeft, is dat we de zorg in de buurt veel beter regelen. Met meer aandacht voor de eerste lijn, zorg thuis en preventie. Ook wil ik de voorzieningen en preventie in de wijk verbeteren, zodat mensen bij voorbaat minder vaak de gang naar de zorg hoeven te maken.”

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

“Dat vind ik moeilijk, omdat ik niet in detail weet wat er in het basispakket zit. Ik kan wel een algemenere reflectie geven. Zo zie ik dat er de laatste tijd veel wordt nagedacht over het verhogen van de toegang tot de zorg. Het goede daarvan is dat de zorg voor de meest kwetsbare mensen behouden blijft. Maar het leidt er ook toe dat alleen nog de mensen zorg krijgen die heel zware zorgproblemen hebben. Dat maakt het werken in de zorg fysiek en mentaal zwaarder en minder afwisselend. Met deze consequenties moet je wel rekening houden als je zorg uit het pakket wilt halen.”

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

“Fysiotherapie, met name voor ouderen. Want daarmee kunnen zij langer zelfstandig thuis blijven wonen en in beweging blijven.”

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

“Ik kijk het aan, modder wat door... Wel zoek ik dingen vaak op Thuisarts.nl op, zeker toen de kinderen nog klein waren.”

7 Wat is uw favoriete zorgwoord?

“Zeggenschap en invloed. Die woorden gebruik ik heel vaak, want ik vind dat we daarvan veel meer nodig hebben. Ik geloof erin dat de uitkomsten van zorg beter zijn in een gezondheidsinstelling waarin zorgprofessionals en bestuurders gelijkwaardig samenwerken. Daarom stimuleer ik verpleegkundigen en verzorgenden om zich meer uit te spreken, zodat ze meer controle krijgen op hun werk. Ook moedig ik ze aan om vanuit hun eigen expertise mee te denken over het schaarsteprobleem. Ik

merk dat verpleegkundigen daarin vaak erg terughoudend zijn. Dan zeg ik: je staat zo dicht bij een patiënt en weet zo goed wat werkt. Jouw input is belangrijk, want dan krijg je oplossingen die in de praktijk werken, die goed zijn voor de patiënt en waar je als verpleegkundige achter kunt staan.”

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

“Michelle Obama. Ik vind haar een erg inspirerende vrouw. Ze deed het heel goed als *first lady*, maar ook in het moederschap. Zij draagt het vrouwelijk leiderschap goed uit. Ik wil dan graag met haar praten over de democratie in de VS, hoe zij dat ziet.”

9 Wat vindt u de belangrijkste voorwaarde voor goede zorg?

“We staan als samenleving voor de keuze welke zorg we – in het kader van de schaarste – nog in stand willen houden. Die keuze moet je niet alleen neerleggen bij de zorgprofessionals, maar óók bij de inwoners. Een collectieve keuze dus, want de zorg is van ons allemaal. Dat vind ik een belangrijke voorwaarde voor goede zorg. En nog een belangrijke, zeker met het oog op de toekomst: dat we blijven investeren in goede opleidingen voor professionals. Zeker nu het vak steeds meer onder druk komt te staan.”

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

“Ik ben heel benieuwd hoe de zorg zich ontwikkelt. Er is nu een schaarste aan zorgprofessionals, maar we zien tegelijk dat steeds minder verpleeghuisbedden bezet zijn, dat er leegstand is. Is dit een teken van de veerkracht van onze samenleving, die al inspeelt op de vergrijzing? Zo ja, dan worden we over vijf jaar misschien wel verrast doordat mensen in buurten en wijken de zorg met elkaar weten te organiseren en zich minder afhankelijk maken van zorg. Misschien zet die trend zich voort.

Daarnaast zal er meer digitale zorg komen, zorg op afstand. Daardoor verandert ook het werk van verpleegkundigen, maar dat kan juist positief zijn. Ik ben geen doemdenker. In de afgelopen honderd jaar moesten we ons vaker aanpassen aan nieuwe omstandigheden. Dat gaat ons nu ook lukken.” |

Landelijke tafel cruciale ggz brengt knelpunten in kaart

Naar betere toegang tot cruciale ggz

In oktober gaat de ‘landelijke tafel cruciale ggz’ voor de tweede keer op regiotour. Het doel: de regio’s ondersteunen bij het oplossen van knelpunten en het verbinden van zorgvraag en zorgaanbod.

Tekst Jasper Enklaar

Beeld De Beeldredactie | Marco Okhuizen

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 kreeg van het ministerie van VWS de opdracht de toegankelijkheid tot de cruciale ggz voor de toekomst te waarborgen. “Dat is best een grote doelstelling”, erkent Lex de Grunt. Het Zorginstituut vroeg De Grunt om de onafhankelijke voorzitter te worden van de landelijke tafel cruciale ggz. Daarmee wil het Zorginstituut, samen met andere partijen, de toegankelijkheid tot de cruciale ggz verbeteren.

Voor de landelijke tafel is drie jaar uitgetrokken. Het Zorginstituut ondersteunt dit met een projectleider, adviseurs en kennis. Het eerste jaar ziet De Grunt als ontwikkeljaar. Als eerste stap ging hij de afgelopen periode in gesprek met de 38 IZA-regio’s. “Dat was heel waardevol, vooral om de verbinding te maken. We waren positief verrast dat de meeste regio’s al georganiseerd zijn rondom het gesprek met elkaar over cruciale ggz. We kregen als landelijke tafel veel input over de bestaande knelpunten. Tegelijkertijd constateren we dat een goede onderbouwing

nog ontbreekt met feiten, cijfers en inzicht in vraag en aanbod voor die cruciale ggz. Daarom zijn we nog niet in staat adviezen over de knelpunten terug te geven en beschouwen we de aangedragen punten als signalen.”

Arbeidsmarkt

Op basis van de input uit de regio’s stelde de landelijke tafel een ‘signalenbeeld’ op: een samenvatting van de ruim tachtig verschillende punten die zijn binnengekomen. De arbeidsmarktproblematiek is daarbij het meest genoemd. “Dat is niet iets wat een regio zelf kan oplossen”, zegt De Grunt. “Ook wij als landelijke tafel niet. Maar er lopen al verschillende landelijke trajecten voor de arbeidsmarkt in de zorg. Dat hoeven wij als landelijke tafel niet zelf op te pakken. Wij kunnen wel de stand van zaken van een aantal van die landelijke initiatieven uitleggen aan de regio’s. Want we hebben gemerkt dat de regio’s vaak het overzicht missen van wat er allemaal landelijk gebeurt.”

Vraag en aanbod inzichtelijk maken

“Het uitgangspunt zou moeten zijn: de zorgvraag van de patiënt”, zegt De Grunt. Maar die is nog heel lastig in kaart te brengen. Er is gebrek aan inzicht en overzicht. Inzicht in aanbod is daarbij de eerste stap. De Grunt ziet een duidelijke rol voor de landelijke tafel om inzichtelijk te maken welk aanbod er aan cruciale ggz is. “Als je bijvoorbeeld een heel complexe patiënt met een eetstoornis hebt en er is geen passend zorgaanbod in de regio, waar moet je dan zijn? Dat is niet altijd bekend.” De landelijke tafel kan hierin een spilfunctie vervullen, denkt De Grunt, om te zorgen dat de regio’s goed geïnformeerd worden over het huidige aanbod in de cruciale ggz en waar dat te vinden is.



Door- en uitstroom

Door- en uitstroom van patiënten uit de cruciale ggz is een ander knelpunt dat uit de input naar voren kwam. “Dat gaat bijvoorbeeld om mensen die bij de crisisdienst zijn opgenomen en gestabiliseerd zijn, maar geen plek hebben om naartoe te gaan.” Als voorbeeld noemt hij patiënten met psychiatrische problematiek in combinatie met een verstandelijke beperking. “Voor deze mensen hebben we heel weinig plekken in Nederland. Dat is een punt waaraan serieus wat moet gebeuren.” De landelijke tafel kan dat zelf niet oplossen, zegt De Grunt, maar kan wel de aansluiting zoeken bij trajecten als het Waardenetwerk Wonen, dat passende huisvesting wil creëren voor mensen met psychische problematiek.

Goede voorbeelden delen

Na de terugkoppeling van de eerste ronde van gesprekken naar de regio’s volgt er in



“Eén pasklare oplossing voor een betere toegang tot de cruciale ggz is er niet. Het is een combinatie van mogelijke oplossingsrichtingen. Die brengen we nu als landelijke tafel in kaart”

oktober opnieuw een regiotour. “Dan willen we met de regio’s verder praten over waar ze behoefte aan hebben en hoe we ze verder kunnen ondersteunen.”

Ook het delen van goede voorbeelden staat dan op de agenda. Want samenwerking in de regio’s is belangrijk bij het oplossen van knelpunten, bijvoorbeeld bij de overdracht van complexe patiënten naar andere ggz-aanbieders of terug naar de huisarts. Dat soort afspraken begint er nu te komen, maar daar ligt nog wel een opgave, vindt De Grunt. “Als je in een regio met elkaar werkt aan zorg voor de ggz-patiënt, dan moet je elkaar kennen. Daar begint het mee. In de meeste regio’s zie je dat de ggz-kerninstelling in zo’n regio, samen met de grootste verzekeraar, het op zich neemt om dat gesprek te organiseren en partijen erbij te betrekken. Ook andere zorgpartijen en patiëntvertegenwoordigingen zijn nodig voor dat gesprek. Dat is nog niet in alle regio’s gelukt.”

Niet één pasklare oplossing

Met het leveren van goede voorbeelden kan de landelijke tafel de regio’s op weg helpen, denkt De Grunt. “Zo zijn er regio’s waar ze het goed voor elkaar hebben; ze zijn goed met elkaar in gesprek en voortdurend bezig met innovaties voor verbetering.” Al deze verschillende stappen moeten gaan bijdragen aan verbeteringen, want één pasklare oplossing om betere toegang tot de cruciale ggz te garanderen is er niet, erkent De Grunt. “Het is een combinatie van mogelijke oplossingsrichtingen: zowel het verbeteren van de door- en uitstroom, meer inzicht in waar welk aanbod is, en misschien ook budgetverschuiving. Deze factoren om de toegankelijkheid te verbeteren brengen we nu als landelijke tafel in kaart.” |



Samenwerking ZonMw en Zorginstituut

Kaderprogramma Passende Zorg van start

De zorg staat voor grote uitdagingen. Om die het hoofd te bieden, moeten we een beweging maken naar passende zorg. Het kaderprogramma *Passende Zorg* draagt bij aan deze beweging. Tot en met 2028 is in totaal 290 miljoen euro aan subsidiegeld beschikbaar. ZonMw is verantwoordelijk voor de uitvoering van het programma en werkt hierbij nauw samen met het Zorginstituut.

Tekst Jos Leijen

Beeld ZonMw

Het kaderprogramma *Passende Zorg* is een breed onderzoeksprogramma en heeft twee programmalijnen: kennisontwikkeling en onderzoeksinfrastructuur. De eerste programmalijn omvat doelmatigheids-onderzoek naar waardegedreven zorg en de ontwikkeling van passende onderzoeksmethodologie. De tweede lijn heeft tot doel om de onderzoekscapaciteit van zorgsectoren te versterken en samenwerking tussen onderzoekers, onderwijs en praktijk te bevorderen.

Kennis voor pakketbeheer

Het kaderprogramma richt zich op bestaande zorg die vergoed wordt vanuit de Zorgverzekeringswet, met uitzondering van geneesmiddelen. Een belangrijk doel van het kaderprogramma is de ontwikkeling van kennis die bijdraagt aan het pakketbeheer. Dat kan zijn voor pakketadviezen door het Zorginstituut of voor de ontwikkeling van richtlijnen door partijen in de zorg.

Het zwaartepunt van kennisontwikkeling ligt bij de pakketcriteria effectiviteit en kosten-effectiviteit. Daarnaast is er aandacht

voor de nieuwe pakketcriteria ecologische duurzaamheid en arbeidsinzet. “Onderzoek moet helpen om duidelijk te krijgen hoe we inzet van personeel en duurzaamheid van interventies of zorgpaden kunnen meten en meewegen”, zegt Esmee van der Willik, coördinator van het kaderprogramma vanuit het Zorginstituut.

Brede kennisontwikkeling

De beweging naar passende zorg is een gezamenlijke opgave voor de zorgsector en de samenleving, meent Laurien Hoefnagel van ZonMw. Zij is senior programma-manager van het kaderprogramma. “Het kaderprogramma stelt partijen in staat om hun kennis te vergroten en deze kennis in te zetten voor betere zorg. De resultaten worden gebruikt voor het verbeteren van richtlijnen en pakketbeheer. De nadruk ligt op grotere, zorgsectoroverstijgende vraagstukken. Hiervoor is ook een versteviging van de onderzoeksinfrastructuur nodig. Daarvoor hebben we de tweede programmalijn.”

Het Zorginstituut en ZonMw werken veel samen in het kaderprogramma. Het

Van der Willik:
“De beweging naar passende zorg is niet alleen iets van ZonMw en het Zorginstituut, maar van alle partijen in de zorg. We moeten het samen doen”

Agenderen van kennisvragen

Het kaderprogramma *Passende Zorg* roept overheidspartijen en beroeps- of koepelorganisaties in alle Zvw-zorgsectoren op om kennisvragen gericht te agenderen. De uitgenodigde partijen kunnen aangeven welke kennis zij specifiek nodig hebben om de beweging naar passende zorg te kunnen maken. Op basis van hun aanvraag kan hierop gericht onderzoek uitgezet worden. Zo stimuleert het programma de kennisontwikkeling over waardegedreven zorg. Dat helpt bij het verbeteren van richtlijnen en pakketbeheer. Ook wordt de opgedane kennis ingezet om de organisatie van de zorg te optimaliseren.

Binnen het kaderprogramma kunnen kennisvragen worden geagendeerd over niet-farmacotherapeutische zorg (niet geneesmiddelen) die nu al breed wordt vergoed vanuit de Zvw en waarvoor wetenschappelijk onderzoek nodig is. Het kaderprogramma richt zich op kennisvragen die een vergelijking maken tussen twee of meer vormen van zorg ('interventies'). Het kan bijvoorbeeld gaan om een vergelijking van:

- diagnostische of therapeutische interventies;
- verschillende behandelstrategieën, bijvoorbeeld wat betreft doses, timing of volgorde van behandelingen;
- (organisatie van) zorgpaden.

Voor de gerichte rondes is binnen het kaderprogramma 5,6 miljoen euro beschikbaar in 2025.

Het kaderprogramma werkt volgens de methode van lerend evalueren. Nieuwe kennis en inzichten worden meegenomen naar volgende gerichte rondes.

Meer informatie over het agenderen van kennisvragen en de voorwaarden? Scan de QR-code hieronder.



Hoefnagel: “Het kaderprogramma stelt partijen in staat hun kennis in te zetten voor betere zorg. De resultaten worden gebruikt voor het verbeteren van richtlijnen en pakketbeheer”

Zorginstituut brengt zijn expertise over pakketbeheer in bij de beoordeling van subsidieaanvragen. “Vooral bij de ‘gerichte rondes’ is de samenwerking intensief”, zegt Van der Willik. “Het gaat hierbij om onderzoek naar specifieke kennisvragen die te maken hebben met pakketbeheer of richtlijnontwikkeling. Ook het Zorginstituut kan hiervoor concrete kennisvragen agenderen.”

Kick-off kaderprogramma

Op 4 juni is de kerncommissie geïnstalleerd, onder voorzitterschap van Sjaak Wijma, oud-bestuurder van het Zorginstituut. De kerncommissie adviseert over de strate-

gische koers, samenhang en positionering van het programma. Op 26 juni volgde in Ede de officiële kick-off van het programma, met zo'n 250 genodigden.

De eerste subsidierondes zijn inmiddels geopend. Zo is er een oproep naar methodologische vragen of methodologieontwikkeling op het gebied van ecologische duurzaamheid van bestaande zorg. En de 'Research initiated ronde 1: Bewegen naar Passende Zorg' stimuleert onderzoek naar de effectiviteit van bestaande, vergoede zorg.

Passende zorg doen we samen

Het kaderprogramma *Passende Zorg* loopt tot en met 2028. Tot die tijd komen er diverse nieuwe subsidierondes, vertelt Van der Willik: “Het Zorginstituut kan natuurlijk belangrijke kennisvragen agenderen, maar we roepen ook het veld op om kennisvragen in te dienen en te reageren op subsidierondes (zie kader – red.). De beweging naar passende zorg is niet alleen iets van ZonMw en het Zorginstituut, maar van alle partijen in de zorg. We moeten het samen doen.” |

Kijk voor meer informatie op:
www.zonmw.nl/programmmapassendezorg.



Feiten & Cijfers

300.000 mensen

krijgen in Nederland ADHD-medicatie. Dat is bijna 4 keer zoveel als in 2006. In de leeftijdsgroep van 25 tot 35 jaar groeide het aantal gebruikers van bijna 6.000 in 2006 naar bijna 62.000 in 2023: 10 keer zoveel. Onder 20- tot 25-jarigen steeg het aantal gebruikers van bijna 4.000 in 2006 naar bijna 38.000 in 2023.

BRON: CBS



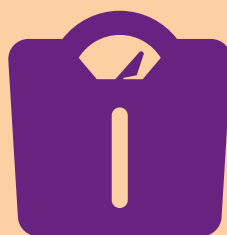
De bevolkingsonderzoeken voor borstkanker, darmkanker en baarmoederhalskanker voorkomen jaarlijks **duizenden sterfgevallen** en besparen de samenleving per jaar **netto € 60 miljoen** aan toekomstige zorgkosten.

BRON: ERASMUS MC

9,4%

van de kinderen wereldwijd heeft obesitas. Daarmee overtreft het aantal kinderen met obesitas dit jaar voor het eerst het aantal kinderen met ondergewicht (9,2%).

BRON: UNICEF



Ongeveer **4 op de 100 verzekerden** ontvingen in 2023 medicijnen voor een chronische stemmingsstoornis.

BRON: ZORGINSTITUUT

In 2023 ontving ongeveer **1 op de 100 verzekerden** specialistische geestelijke gezondheidszorg voor een angststoornis. Van hen was 71,5% vrouw.

BRON: ZORGINSTITUUT

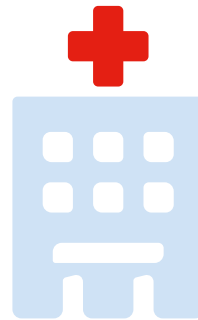
Bijna **9 op de 10 Nederlanders** vinden dat medicatie tegen obesitas vanuit het basispakket moet worden vergoed.

BRON: IPSOS I&O I.O.V. VWS



€ 300.000.000 kost het als mondzorg weer opgenomen wordt in het basispakket. Nu mijden zo'n **640.000 mensen** de tandarts vanwege de kosten.

BRON: VWS



13

veelvoorkomende zorghandelingen in het ziekenhuis verdwijnen uit de artsenrichtlijnen.

BRON: ZORGEVALUATIE EN GEPAST GEBRUIK

Tot bijna € 38.000.000.000

lopen dit jaar de kosten op van de langdurige zorg. Dat is een stijging van 7,2%. Binnen de langdurige zorg stijgen de verwachte kosten:

- van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) met 9,1%;
- van de gehandicaptenzorg met 8,9% en;
- van de ouderenzorg met 7,4% vergeleken met vorig jaar.



BRON: CBS

3.700.000 personen gebruikten in 2024 antimicrobiële middelen. Sinds 1 augustus jl. kwam de eigen bijdrage tijdelijk te vervallen voor ongeveer 400 antimicrobiële middelen, waaronder antibiotica zoals penicilline.

BRON: ZORGINSTITUUT

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

De stelling van Gea Sijpkens

“Als we de zorg willen **vermensenlijken**, moeten we eens **normáál** gaan doen”

Woonzorgcentrum Humanitas in Deventer is een voorbeeld van *humanized care* - een benadering waarbij niet het ziektebeeld maar de mens centraal staat. Wat begon als een verouderd verzorgingshuis, groeide onder leiding van bestuurder Gea Sijpkens uit tot een vitale gemeenschap waarin jong en oud naast elkaar wonen. Dit zorgmodel van intergenerationeel samenleven is gebaseerd op wederkerigheid en vertrouwen. Ook inwoners uit de wijk eromheen delen mee in ‘voorzorgcirkels’ van inclusiviteit en zingeving. “Bij ons zijn mensen onderdeel van een gemeenschap waarin iedereen naar elkaar omkijkt.”

Tekst Robert van der Broek

Beeld Rogier Chang

“Ouderdom komt met gebreken. Op een gegeven moment heb je zorg nodig. Dat kan iedereen overkomen. Maar het lijkt wel alsof we onze identiteit met de zorgbehoefte zijn gaan verwarren. We reduceren mensen tot hun zorgvraag. Ouderen krijgen te makkelijk het labeltje ‘kwetsbaar’. Dat zal wel te maken hebben met het systeemdenken dat we in onze zorg zo ver hebben doorgevoerd. Maar we willen allemaal toch in de eerste plaats mens zijn? Niemand wil van verpleeghuiszorg afhankelijk zijn. We willen *léven*! Daarom staat bij Humanitas niet de zorg, maar het leven op nummer één.”

“In het jaar dat ik hier begon, in 2012, werden veranderingen aangekondigd in de langdurige zorg. De AWBZ zou worden hervormd tot de Wet langdurige zorg (Wlz). Het zorgkantoor wilde afwachten wat dat zou betekenen voor Humanitas, omdat 70 procent van onze mensen een verzorgingshuisindicatie had. Bovendien was het vastgoed flink verouderd. Ik dacht: een stoer gebouw met 160 woningen, midden in een wijk waar geleefd wordt, dat heeft toch bestaansrecht? Dat moeten we toch overeind houden? Ik heb altijd gekeken naar de bedoeling van de zorg. Zoek naar mogelijkheden. Al tijdens mijn opleiding tot verpleegkundige liep ik tegen systeembependingen aan. Ik vond het lastig dat protocollen en procedures soms belangrijker leken dan de menselijke factor. Dus toen ik de kans kreeg om het anders te doen, ging ik die uitdaging aan. Met een ander perspectief op zorg: Humanitas is generalist in zorg en specialist in leven. Ons motto is: ‘verrassend normaal’. Mijn boodschap is dat we eerst en vooral bij het normale moeten beginnen en dat we niet alles in zorgtermen moeten vertalen.” >

“Niet institutionaliseren maar humaniseren: dat gaat ons helpen in de noodzakelijke transformatie om zorg op lange termijn toegankelijk te houden. Zorg draait om liefde, samenzijn en positiviteit. Niet toevallig zijn dat onze kernwaarden”



Hand op de schouder

“Bij Humanitas vinden onze bewoners een warm en veilig thuis met bekwame, fijne medewerkers. Onze boekhouding is solide en we hanteren een duidelijk, naar eigen inzicht ontworpen kwaliteitssysteem. En bovenal laten we onze medewerkers in vertrouwen hun werk doen. Die glimlach, die hand op de schouder en het praatje, dáár zit de echte kwaliteit tussen mensen. Zo is ook eind 2012 het idee ontstaan om studenten in huis te nemen. Vijf studentenkamers hebben we, één per etage. Studenten wonen hier kosteloos. In ruil daarvoor socialiseren ze minimaal dertig uur per maand met de bewoners. Ze helpen met boodschappen, doen spelletjes of verwisselen het batterijtje van de afstandsbediening. En natuurlijk maken ze even een praatje. Er ontstaan vriendschappen. De jongeren hebben geen verpleegkundige taken, daar hebben we professionele krachten voor. Ze zijn gewoon goede burens. De overheid noemt dat intergenerationeel wonen. Ik noem het samenleven.

Gea Sijpkens (Hoogeveen, 1960) is directeur-bestuurder van Humanitas Deventer. Ze begon als leerling-verpleegkundige in het Emma Kinderziekenhuis waarna ze gezondheidswetenschappen studeerde en een MBA behaalde. Zij deed managementervaring op in het A.H Gerhardhuis, de IJsselmeerziekenhuizen en 's Heeren Loo Zorggroep. In 2006 werd zij directeur bij zorgorganisatie Omring en in 2010 bij Amerpoort.

“We reduceren mensen tot hun zorgvraag. Ouderen krijgen te makkelijk het labeltje ‘kwetsbaar’”

De ouderen bieden een aandachtige woonomgeving voor de jongeren. De studenten brengen levendigheid, verhalen en humor. Alle thema's van de jongeren hebben een echo in het levensverhaal van onze ouderen. Zij zijn immers óók jong geweest!”

Een goede buur

“In gesprekken met studenten hoor ik hen de vertraagde wereld van het verpleeghuis als kwaliteit benoemen. Dat was voor mij aanleiding om deze ‘kracht van de vertraging’ ook in te zetten voor jonge mensen die het niet redden in onze complexe samenleving. Er zijn in onze organisatie allerlei taken en zinvolle activiteiten die jongeren met een beperking of met ggz-problematiek, of jongeren die zijn verwaarloosd in het gezin, kunnen oppakken. Het begon bij Erik, een jongen die geboren is met zuurstoftekort. Hij woonde in een instelling met een VG-6-indicatie. Hij was ongelukkig en wilde niets liever dan er normaal bij horen. Na overleg kreeg hij een flat naast Humanitas. Hij doet bij ons allerlei klusjes en dat geeft





“Ik geloof sterk in ‘voorzorgcirkels’. Een netwerk in de wijk waar mensen elkaar helpen, voordat het medische zorg wordt”

hem zelfvertrouwen en structuur. Het gaat zelfs zo goed met hem dat hij zijn zorgindicatie heeft teruggegeven. Hij bespaart de samenleving daarmee jaarlijks een ton. En belangrijker, hij is helemaal opgeleefd; waar hij zich eerst buitengesloten voelde vanwege zijn beperking, voelt hij zich nu echt onderdeel van de gemeenschap.”

“Er zijn inmiddels veel mooie verhalen te vertellen over jongeren die via Humanitas een plek hebben gevonden in de samenleving. Zo hebben we in een ander initiatief thuisloze jongeren een onderkomen gegeven. Samen met de woningbouwcorporatie creëerden we zes woonstudio’s in een oud gebouwtje van de stadsverwarming. We noemen dit een *powerhouse*. De jongeren doen bij ons verschillende klusjes, lopen stage, bouwen ritme en zelfvertrouwen op. Ze hebben weer reden om uit bed te komen. Wij houden wel een oogje in het zeil, omdat ze zich nog niet zo goed raad weten met zelfstandig wonen. We helpen bij het krijgen van een inkomen, maar ook met simpele dingen als opruimen en het vuilnis wegbrengen met een pasje. Waar woonstudenten de goede buur zijn voor oudere bewoners, is Humanitas de goede buur voor deze thuisloze jongeren. ‘Superbuuf’ noemen

ze ons, wist je dat? Op dit moment heeft Humanitas voor twintig jongeren een beschutte plek van waaruit ze zich positief kunnen ontwikkelen. Als je het mij vraagt, is dát echte zorgvernieuwing: de ouders inzetten als *healing environment* en jongeren zelfredzaam maken, zodat ze minder professionele zorginzet nodig hebben.”

Kwetsbaarheid is relatief

“De volgende beweging die we in gang hebben gezet is het creëren van voorzorgcirkels. Die draaien om de ontmoeting met wijkgenoten. Het uitgangspunt is dat we mensen nieuwsgierig maken naar elkaar. Immers, als we elkaar beter kennen, wordt het makkelijker om elkaar te helpen als dat nodig is. Daar maken we ook afspraken over. Zo ontstaan voorzorgcirkels, die het sociale netwerk vormen waarin mensen langer zelfstandig blijven en de gang naar medische zorg uitstellen. In alle voorbeelden zien we dat ‘kwetsbaarheid’ maar een relatief gegeven is. Als je iemand alleen laat in de maatschappij lukt het niet. Maar met een beetje hulp van burens zien we mooie resultaten. Mensen worden kwetsbaar als ze geen betekenis meer hebben. En als ze nergens meer bij horen. Geef ze een rol, een plek in de gemeenschap en je ziet ze opbloeien. Dat geldt net zo goed voor ouderen als voor jongeren. We moeten weer gaan denken in gemeenschappen, in nabijheid, in wederkerigheid. Mensen willen leven met eigenwaarde en betekenis. Dat bieden wij bij Humanitas: een rijke, warme leefomgeving. Er is nog zoveel meer mogelijk als we bereid zijn een andere afslag te nemen, minder denken in doelgroepen en van ‘normaal doen’ de norm maken.”

Ruggengraat

“Wat we doen werkt aanstekelijk. Als sociale ruggengraat in de wijk of buurt kan een instelling als Humanitas de noodzakelijke stevigheid bieden. Maar anderen kunnen die functie van ‘sociale hub’ ook vervullen. Denk aan een sportschool, een buurthuis of een kerk. Niet institutionaliseren maar humaniseren: dat gaat ons helpen in de transformatie die nodig is om zorg op de lange termijn toegankelijk te houden. Zorg draait om liefde, samenzijn en positiviteit. Niet toevallig zijn dat onze kernwaarden. ‘Liefde’ omdat zorg een intiem menselijk proces is, ‘Samen’ omdat dat de menselijke verbinding is en ‘Positief’ is voor mij: ja zeggen. Niet defensief zijn, maar open staan voor verandering.”

“Natuurlijk gaat er ook wel eens iets mis. Maar dan stuur je toch gewoon bij? Als je blijft kijken in de achteruitkijkspiegel en doet hoe je het altijd gedaan hebt, kom je nooit ergens anders. Het mooiste wat je kunt bereiken, is dat mensen zich onderdeel voelen van de samenleving. Dat ze het gevoel hebben dat ze ertoe doen. En dat ze gezien worden. Dan weet je dat kwetsbaarheid een relatief begrip is.” |

Evergreening van medicijnen: wat is dat?

Als het patent van een medicijn verloopt, daalt de prijs. Dat lijkt logisch, maar zo blijkt het niet altijd te gaan. Geneesmiddelenfabrikanten maken namelijk veelvuldig gebruik van ‘evergreening’. Maar wat is dat precies? En waarom wordt deze strategie ingezet? Zes vragen over evergreening.

Tekst Edith Bijl

Beeld Zorginstituut

Wat is evergreening?

Geneesmiddelenfabrikanten zetten evergreening in als strategie om met nieuwe patenten de concurrentie op een bepaald geneesmiddel te belemmeren. Dit werkt als volgt: als een fabrikant een nieuw medicijn ontwikkelt, krijgt het een patent. Zolang dat patent loopt, mag alleen dat bedrijf het medicijn maken en verkopen. Als het patent op een middel afloopt, mogen andere bedrijven hetzelfde geneesmiddel maken. Dat heet een ‘generiek geneesmiddel’ of - bij biologische geneesmiddelen - een biosimilar. Door die concurrentie kunnen de prijzen flink dalen; vaak wel 70 tot 90 procent. Met evergreening kan de fabrikant van het bestaande medicijn deze concurrentie uitsluiten door een nieuw patent aan te vragen voor een middel dat niet of nauwelijks verschilt van het oorspronkelijke medicijn. Vaak gaat het om kleine aanpassingen aan het originele geneesmiddel. Deze aanpassingen bieden geen gezondheidswinst. Wel kan het andere voordelen opleveren. Denk aan een lagere toedieningsfrequentie, een andere

(prettiger) toedieningsvorm voor de patiënt of een toedieningsvorm die minder belasting van de zorgverlener vraagt. Vanwege deze voordelen kunnen bijvoorbeeld ziekenhuizen of een groot deel van de patiënten overstappen op het nieuwe, geëvergreende middel.

Waarom zetten fabrikanten evergreening als strategie in?

Evergreening is bedoeld om hogere opbrengsten van een medicijn te krijgen. De ontwikkeling van een nieuw geneesmiddel is duur en risicovol. In de periode dat dit medicijn beschermd is door een patent en een monopoliepositie op de markt heeft, is er geen concurrentie van andere bedrijven. Zo kunnen fabrikanten een prijs vragen waarmee ze de eerder gemaakte kosten en risico's terugverdienen en geld overhouden voor nieuwe ontwikkelingen. Maar na deze periode moeten concurrenten op de markt kunnen komen zodat de prijs daalt.

Evergreening is bedoeld om hogere opbrengsten van een medicijn te krijgen

Met evergreening probeert de fabrikant de periode waarin er geen concurrentie mogelijk is, zo lang mogelijk te laten duren. Met een nieuw patent op een licht aangepast middel kan de fabrikant nog weer vele jaren de concurrentie uitschakelen. Als veel patiënten de nieuwe geëvergreende variant gaan gebruiken, blijft er een kleinere markt over waarop geconcurrereerd kan worden. Zo kan het bedrijf een hoge prijs blijven vragen of een groot marktaandeel behouden.

Wat is de financiële impact van evergreening?

Omdat de fabrikant met het nieuwe patent concurrentie voorkomt, vinden er ook geen prijsdalingen plaats. Het is moeilijk om die (potentiële) negatieve financiële impact van evergreening te meten omdat het gaat om het voorkómen van een prijsdaling, dus om iets dat niet gebeurt. Wel gaf een rapport van SIRM in 2023 met verschillende uitgewerkte voorbeelden een eerste, duidelijk beeld van de marktverstoring en de impact ervan op de gezondheidszorg. De financiële impact van evergreening is ook afhankelijk van de mate waarin ziekenhuizen het geëvergreende medicijn gaan gebruiken. Soms gaan veel patiënten over, maar ziekenhuizen kunnen ook besluiten niet mee te gaan in de evergreeningstrategie, zodat de biosimilar of generiek wel (deels) wordt gebruikt. Duidelijk is wel dat het om veel geld gaat. In Nederland geven we honderden miljoenen euro's per jaar uit aan medicijnen die nog in patent zitten. Door weer een nieuw patent aan te vragen betaalt de samenleving te lang te veel.

Heeft evergreening nog andere negatieve gevolgen?

Ja. Ten eerste kunnen succesvolle evergreeningstrategieën er op termijn toe leiden dat het minder aantrekkelijk wordt om biosimilars te ontwikkelen. Zo bleek uit een recent rapport van IQVIA over biosimilars dat voor maar liefst twee derde van alle biologische geneesmiddelen die binnenkort uit patent gaan, er geen biosimilar in ontwikkeling is. Ook kan evergreening leiden tot vertraging in het op de markt brengen van aangepaste geneesmiddelen die een gebruikersvoordeel hebben. Fabrikanten wachten - in het kader van evergreening - vaak met het op de markt

VOORBEELD VAN EVERGREENING

Een van de manieren van evergreening is door de toedieningsvorm van een bestaand middel aan te passen. Een voorbeeld daarvan is de ontwikkeling van een subcutane variant (toediening onder de huid, in het vetweefsel) van een bestaand intraveneus (toediening via de ader) geneesmiddel. Dit gebeurde bijvoorbeeld bij het middel trastuzumab, dat onder meer wordt gebruikt bij bepaalde vormen van borstkanker. Fabrikant Roche bracht hiervan in 2000 een intraveneus middel op de markt. Voordat dat patent afliep en de eerste biosimilars voor intraveneuze toediening op de markt kwamen, kwam Roche in 2013 met een subcutane variant, waar het bedrijf weer een langdurig patent op kreeg. Voor dit middel is onderzocht in hoeverre Nederlandse ziekenhuizen zijn overgestapt op de subcutane variant van het middel en in hoeverre de biosimilars werden gebruikt. Na de komst van de biosimilar is het marktaandeel van de subcutane variant gedaald van 50 naar 20 procent. Voor dit middel wordt het geëvergreende middel dus niet veel gebruikt. Niettemin kost het de Nederlandse samenleving nog steeds enkele miljoenen euro's per jaar.



brengen van een aangepast geneesmiddel met een gebruikersvoordeel tot het patent van het originele middel bijna is verlopen. Patiënten moeten dan dus lang wachten tot ze het geneesmiddel met een voordeel in gebruiksgemak kunnen gebruiken. Tot slot kan evergreening de ontwikkeling van nieuwe, innovatieve geneesmiddelen tegenwerken, bijvoorbeeld omdat fabrikanten een steeds groter deel van hun budget gebruiken voor evergreening. Daardoor is er minder beschikbaar voor investeringen in geheel nieuwe medicijnen voor ziektes waarvoor nog geen goede behandelopties zijn.

Wat doet het Zorginstituut met signalen van evergreening?

We signaleren evergreening vaak al bij de Horizonscan Geneesmiddelen. Deze informatie delen we met het veld. Zo kunnen bijvoorbeeld zorginkopers hier beter rekening mee houden. Zij kunnen kiezen voor de biosimilar of generiek in plaats van het geëvergreende geneesmiddel. Ook informeren we de ACM over signalen van

evergreening. Afgelopen jaar gaven we acht signalen van evergreening vanuit de Horizonscan Geneesmiddelen door aan de ACM.

Wat kunnen we doen tegen de negatieve effecten van evergreening?

Het is niet in het belang van de maatschappij om te lang veel te betalen aan medicijnen. Prijzen moeten dalen zodat er weer ruimte is voor nieuwe innovatie. We kunnen als maatschappij anticiperen op evergreeningstrategieën. Het Zorginstituut is hier alert op bij de geneesmiddelenbeoordelingen. Ook voorschrijvers, zorgverzekeraars en ziekenhuizen kunnen zorgen dat evergreening zo min mogelijk tot hogere uitgaven leidt. In het advies van het Programma maatschappelijk aanvaardbare uitgaven geneesmiddelen (MAUG) is er aandacht voor het aanpakken van (de financiële consequenties van) evergreening. |

Helpdesk Digitale Zorg bepleit landelijke uitrol

“Niet iedereen is vaardig met digitale zorg”

In ons land kunnen 4,5 miljoen burgers niet omgaan met de uitdagingen en de techniek van digitale zorg. Door gebrek aan online vaardigheden mijden mensen zelfs zorg. Dat vergroot de kloof in gezondheid met wél digitaal vaardige burgers. Oneerlijk en niet solidair, stelt de stichting Helpdesk Digitale Zorg, die zorginstellingen en hun cliënten door het woud van digitale zorgtechniek loodst.

Tekst Loek Kusiak

Beeld De Beeldredactie | Herbert Wiggerman

Hoewel de digitale vaardigheid van Nederlanders toeneemt, heeft 20 procent van de 55-plussers geen of weinig ervaring met een pc of smartphone. Onder laag opgeleide mensen kan 30 procent onvoldoende zelfstandig digitaal informatie opzoeken en verwerken. “Gebrek aan digitale vaardigheid treft 4,5 miljoen burgers; voor hen zijn online contacten met zorgverleners een serieuze hindernis”, zegt Merlijne Sonneveld, oprichter en bestuurder van de Stichting Helpdesk Digitale Zorg. De stichting biedt laagdrempelige en vlotte ondersteuning aan zorginstellingen en hun cliënten die verdwalen in het digitale zorgveld.

Gezondheidskloof

Zorgcontacten verlopen steeds meer via patiëntenportalen, apps of andere ICT-oplossingen. Sonneveld: “Digitalisering van zorg neemt door de personele tekorten en vergrijzing alleen maar toe. De minder

digitaal vaardige burger ervaart niet de voordelen van digitale zorg. Die kan geneigd zijn een doktersconsult uit te stellen, terwijl ook die persoon juist baat heeft bij een vroege diagnose. Hierdoor kan de zorgongelijkheid groeien met hen die wél digitaal handig zijn. Deze gezondheidskloof is oneerlijk en uit oogpunt van solidariteit onwenselijk. Zonder ondersteuning blijven er altijd burgers over die voor hun zorg aangewezen zijn op fysieke contacten.”

“De systemen online zijn soms zo complex gemaakt dat mensen vastlopen. Dit overkomt ook hoger opgeleiden, jongeren onder de dertig of zorgverleners zelf, die ons bellen”

Digitale afspraak

Toen Sonneveld samen met ziekenhuis Tergooi MC, huisartsenorganisatie RHOGO en Amaris Zorggroep in 2022 de Stichting Helpdesk Digitale Zorg oprichtte, verbaasde ze zich er als innovatiemanager in de zorg al over hoeveel mensen er niet in slagen met hun DigiD in te loggen, of digitaal een afspraak met een arts te maken. “In de coronajaren”, brengt Sonneveld in herinnering, “zagen we signalen dat digitale zelfredzaamheid voor velen lastig is. We wisten ook dat digitaal minder vaardige burgers ook de groep is die relatief meer zorg heeft. We hebben destijds binnen één week met twee medewerkers een website en helpdesk opgezet. Investeren in dit soort ondersteuning was ook een logisch antwoord op de

investerings door de zorgsector in e-health en digitale zorgpaden.”

“We denken al gauw dat iedereen er wel raad mee weet. Maar de systemen online zijn soms zo complex gemaakt dat mensen vastlopen. Dit overkomt trouwens ook hoger opgeleiden, jongeren onder de dertig of zorgverleners zelf, die ons bellen. Zoals we ook burgers spreken met een gebrek aan vertrouwen in online systemen van de zorg en de overheid, in de trant van: ‘Weg privacy, straks weten ze alles van me.’”

Warme ondersteuning

Bij de opstart kreeg de Helpdesk Digitale Zorg een financiële bijdrage van zorgverzekeraar Zilveren Kruis en de regio Gooi en Vechtstreek. Daarnaast kwam er een vergoeding van het ministerie van VWS voor het beantwoorden van telefoontjes van patiënten van instellingen die niet bij de helpdesk zijn aangesloten. De Helpdesk Digitale Zorg bedient inmiddels met twintig medewerkers circa veertig ziekenhuizen, zorgcentra, ggz-instellingen en achthonderd huisartsenpraktijken. Zij krijgen via een abonnement een eigen ‘landingspagina’ met uitleg over de digitale tools die ze voor cliënten in huis hebben en instructies over hun zorgapps. Ook zijn er voor cliënten handleidingen in twintig talen beschikbaar en is er een toolkit over communicatie met patiënten over aanbevelingen voor passende zorg.

40.000 hulpvragen

Vorig jaar kreeg de helpdesk 40.000 hulpvragen, een score die dit jaar volgens Sonneveld overschreden kan worden. “Digitale innovaties in de zorg gaan snel en roepen bij velen weer nieuwe vragen en onzekerheden op. De digitale reis die we met bellers aangaan is zeer divers. Onze medewerkers gidsen de beller met geduld en



actuele kennis van de techniek door de stress van het geschetste probleem.” En dan gaat het onder meer om obstakels bij het gebruik van een PGO (PersoonlijkeGezondheids-Omgeving), het downloaden van een onderzoeksuitslag, zelfmetingen met gezondheidsapps, koppeling van een sms-code met zorgsystemen, ingewikkeld vakjargon of een mantelzorgverder die niet voor een ander kan inloggen.

Sonneveld: “De helpdesk biedt net zo lang warme ondersteuning tot iemand zelfstandig verder kan. We begeleiden nu ook met een chatbox en assisteren cliënten bij het gebruik van hun Virtual Reality-bril voor een EMDR-therapie. Met AI kunnen we live vertaalmogelijkheden inzetten en mensen met intuïtieve chats ook ’s nachts helpen. Als we de patiënt zien als een actieve partner in het zorgproces, moeten ook de voordelen van AI toegankelijk zijn. Dus moet je investeren in de AI-geletterdheid van burgers. Zodat zij makkelijker medeverantwoordelijk worden voor preventie, voor communicatie over de behandeling en voor meer eigen regie over hun ziekte.”

Minder lange wachtrijen

Nu de Helpdesk Digitale Zorg zijn bestaansrecht dubbel en dik heeft bewezen, is het de vraag of het niet tijd is voor een landelijke uitrol waarbij alle zorgaanbieders en hun cliënten automatisch bij de helpdesk kunnen aankloppen. Sonneveld vindt van wel, wanneer we althans een halt willen toeroepen aan lange wachtrijen en patiëntenstromen in ziekenhuizen en wachtkamers van artsen niet verder willen laten vollopen.

“Technologie”, onderstreept Sonneveld, “kan de zorg persoonlijker, duurzamer en efficiënter maken en de druk op de traditionele zorg verlichten. Reden temeer dat ondersteuning met een helpdesk voor iedereen beschikbaar moet komen.” Zij wijst in dit verband ook op het onlangs afgesloten Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) dat onder meer gaat over doelmatiger inzet van zorgpersoneel, passende zorg en het verkleinen van gezondheidsverschillen. “Onze helpdesk draagt naadloos bij aan de kernambities van het akkoord, zoals toegankelijkheid en verbetering van gezondheidsvaardigheden zodat iedere burger volwaardig in de digitale zorgtransitie kan meedoen.”

Bewezen effectief

Het Zorginstituut publiceerde een handleiding over hoe zorgaanbieders, zorgverzekeraars en ontwikkelaars kunnen beoordelen of digitale en hybride zorg thuishoort in het basispakket van de zorgverzekering. Een belangrijk criterium: alle te verzekeren zorg moet bewezen effectief zijn. Sonneveld reageert daarop: “Ik begrijp dat je criteria voor te vergoeden zorg opstelt. Maar we moeten beslist ook vermijden dat iemand met een goed salaris wel de online zorg - die volgens verzekeraars niet essentieel is - kan betalen, terwijl lagere inkomens van dat type zorg zijn buitengesloten. Ook dat vergroot zorgongelijkheid. Bij het bepalen van deze vergoedingen moet scherp gekeken worden naar de impact van de aangeboden online zorg op de gezondheid.” |



“Alle betrokken partijen zetten zich volop in om de wijkverpleging toegankelijk te houden, nu en in de toekomst”

Hoe pakken de adviezen, richtlijnen, handreikingen of standpunten van het Zorginstituut in de praktijk uit? In hoeverre sluit dat wat ‘aan het bureau’ is bedacht aan op de dagelijkse praktijk ‘aan het bed’? Deze keer: **het advies ‘Verdelen van schaarste in de wijkverpleging’**.

Tekst Edith Bijl

Beeld De Beeldredactie | Marco Okhuizen en Marcel van Hoorn

aan het **Bureau**

Lianne Dennesen is projectleider van de werkgroep Wijkverpleging bij het Zorginstituut.

“Aanleiding voor dit advies uit 2023 waren signalen uit het veld van een groeiend tekort aan wijkverpleegkundigen. Dit was zo alarmerend dat Actiz ons oproep de aanspraak op wijkverpleging – dus het aantal uren wijkverpleging – te beperken. Dit vonden wij een stap te ver; we besloten eerst samen met partijen te kijken hoe we die schaarste konden aanpakken. In het advies formuleerden wij vervolgacties die alle betrokken partijen nu inzetten om de wijkverpleging toegankelijk te houden voor iedereen die die zorg nodig heeft. Ook in de toekomst.

Een belangrijke voorwaarde daarvoor is een goede indicatiestelling. In ons advies stelden we dat het ‘Normenkader Verpleegkundige indicatiestelling’ van de V&VN een goede tool is, maar nog te weinig wordt ingezet. Inmiddels is het normenkader herijkt en wordt deze meer onder de aandacht van wijkverpleegkundigen gebracht.

Met ons advies willen we ook digitale zorg en de inzet van hulpmiddelen bevorderen en de samenwerking stimuleren tussen professionele zorgverleners, het sociaal domein en het sociale netwerk van de cliënt. Een ander belangrijk doel is te voorkomen dat zorg überhaupt bij de wijkverpleging terecht komt. Met *best practices* laten we zien hoe we de wijkverpleging kunnen ontlasten. Een mooi voorbeeld daarvan is de Academie voor zelfzorg, waarover Marianne hiernaast meer vertelt.


Nu, twee jaar na ons advies, zien we vorderingen in de inzet van het herijkte normenkader, de inzet van digitale zorg en het versterken van het samenspel tussen zorgprofessionals, sociaal domein en het cliëntnetwerk. Het Zorginstituut monitort tot 2027 het arbeidstekort in de wijkverpleging en hoe de vervolgacties uit het advies vorm krijgen in de praktijk. Zo gaan we wijkverpleegkundigen bevragen over de inzet van hulpmiddelen en digitale zorg. Dit onderzoek herhalen we in 2027. We hopen dat die inzet dan een stuk hoger is.”

aan het **Bed**

**Marianne Frederix is projectleider
Academie voor zelfzorg bij Envida.**

“De schaarste aan wijkverpleegkundigen kun je het hoofd bieden door simpelweg een minder groot beroep op hen te doen. Vanuit die gedachte zetten Maastricht UMC+ en ouderenorganisatie Envida in 2018 de Academie voor zelfzorg op in de regio Maastricht-Heuvelland. Wij leren cliënten en hun mantelzorgers al vóór of tijdens het ziekenhuisverblijf om verpleegkundige handelingen (zoals sondevoeding toedienen) zelf te doen, zodat zij bij thuiskomst geen of minder thuiszorg nodig hebben. Sinds dit jaar geven we ook instructies bij mensen thuis of bij Vitala+, als het om geriatrische zorg gaat. We leren ze bijvoorbeeld zelf hun steunkousen aan te doen. Ook bieden we mantelzorgers in groepstrainingen tips over hoe ze hun naaste kunnen helpen zelfredzamer te worden en hoe ze hulpmiddelen kunnen inzetten. Met financiering vanuit IZA gaan we onze activiteiten op verschillende vlakken uitbreiden: we willen naar meer locaties in de regio en breiden het aantal handelingen uit die we cliënten kunnen aanleren. En dat willen we nóg vroeger in het proces doen, zodat ze nog eerder zelfredzaam worden.

Wij waren de eerste Academie voor zelfzorg in het land, maar inmiddels omarmen steeds meer ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties dit idee. Onderzoek toont aan dat deze aanpak ook echt werkt: 93 procent van de cliënten van de Academie uit het MUMC+ vroeg geen thuiszorg aan en voelde zich bovendien veilig thuis. Ook de wijkverpleegkundigen in onze regio merken echt verschil. Neem het oog druppelen: dat moet vier keer per dag gebeuren en is dus heel intensief. Als mensen dat zelf kunnen, hoeft de thuiszorg niet meer te komen. De wijkverpleegkundigen kunnen zich zo richten op de zorg aan mensen die het écht nodig hebben. En cliënten hoeven niet meer thuis te wachten op de thuiszorg, want ze kunnen zichzelf redden. Ze zijn heel blij dat ze hun vrijheid terug hebben.”



“Cliënten zijn heel blij dat ze hun vrijheid terug hebben; ze hoeven niet meer thuis te wachten op de thuiszorg”

Passende langdurige zorg vereist vereenvoudiging van wet- en regelgeving

Minder regels, passender ouderenzorg

De ouderenzorg staat onder druk. Ouderen moeten kunnen rekenen op ondersteuning en zorg als zij dat nodig hebben, maar de huidige wet- en regelgeving kan dit in de weg staan. Hierover schreef het Zorginstituut recent een voortgangsrapportage. Veel onderwerpen uit dit rapport zijn overgenomen in het onlangs afgesloten Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO). Alle veldpartijen hebben zich hieraan gecommitteerd. Daardoor kunnen er nu stappen worden gezet om die wet- en regelgeving zo aan te passen dat passende ouderenzorg wordt geboden en de druk op de zorg wordt verlicht.

Tekst Frank van Wijck

Beeld Zorginstituut

In vervolg op het *Signalement passende langdurige zorg* publiceerde het Zorginstituut het rapport *Opvolging Signalement passende langdurige zorg*. Een logisch vervolg. Het eerste signalement beschreef de noodzakelijke transitie naar een samenredzame samenleving waarin formele en informele zorg beter op elkaar zijn afgestemd. Dit nieuwe rapport laat zien dat er al veel goede voorbeelden zijn, maar ook dat er nog belemmeringen zijn voor passende langdurige zorg.

Als Zorginstituut zien we het als onze verantwoordelijkheid om het maatschappelijke gesprek over een samenredzame samenleving te voeren en te stimuleren. Daarom verstrekken wij zes concrete adviezen om deze belemmeringen weg te nemen:

- Geef ruimte aan (lokale) initiatieven.
- Houd oog voor de verschillen tussen doelgroepen en daarbinnen voor de persoonlijke situatie van mensen.
- Maak financieringsregelingen ondersteunend.
- Stimuleer de lerende beweging met het oog op de lange termijn.

- Bewaak de samenhang tussen de voorgestelde acties.
- Voer het maatschappelijke gesprek over een samenredzame samenleving. Deze adviezen sluiten goed aan bij het HLO en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA). We vragen de minister om samen met partijen aan de slag te gaan met deze adviezen. Ook zetten we ons in om de regelgeving en financiering beter op elkaar af te stemmen. Nu vormt de Wet langdurige zorg (Wlz) nog een barrière om zorgvormen uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wlz goed te combineren. Daarnaast maken we ons sterk om het maatschappelijke gesprek over een samenredzame samenleving te voeren en te stimuleren.

Complexiteit wet- en regelgeving

Wat maakt de huidige wet- en regelgeving in de ouderenzorg nu zo ingewikkeld? Dit laat zich het best illustreren aan de hand van de volgende casus. Deze gaat over een ouder echtpaar waarvan de man vanwege zijn dementie in het dagelijks leven steeds meer hulp nodig heeft van zijn vrouw. Dit lukt haar nog wel, maar als zij ziek wordt moet de thuiszorg tijdelijk een groot deel van die taken van haar overnemen. De onduidelijk-

heid en onzekerheid die dit de man geeft, zorgt dat zijn situatie snel verslechtert. Het gaat thuis niet meer en dit betekent dat hun zoon een opname in het verpleeghuis moet regelen. Die belandt hiermee in een voor hem compleet onbekende wereld van indicatiestelling, zorgtoewijzing en eigen bijdragen. Een wereld waarin hij door de bestaande complexiteit nauwelijks zijn weg kan vinden.

Emke Jutte, casemanager dementie bij Laurens, herkent de problemen: “Heel vaak gaat het goed. Dat de Wlz en de Wmo er zijn is natuurlijk ook nuttig. Maar de wachttijd voor de Wmo kan lang zijn en dat is bij dementie wel een hindernis. Bij de Wlz kan het twintig-uur-per-maandcriterium hinderend zijn. Als mensen geld hebben en de Wlz-indicatie gaat voorbij die twintig uur per maand, dan kan de eigen bijdrage ineens, zonder geleidelijke overgang, omhoogschieten van 30 naar 800 euro per maand. Mensen houden daarom heel lang de boot af. En de casemanager wordt pas laat betrokken. De huisarts weet niet altijd dat een casemanager al bij het vermoeden van dementie kan worden ingezet.”

“Een heel herkenbaar verhaal”, zegt ook Ingrid Meijer, wijkverpleegkundige bij

Vierstroom Zorg Thuis. “Mensen willen eigen regie behouden en vragen pas hulp als er bijna een crisissituatie is. Dan verwachten ze soms thuiszorg zoals die er vroeger was, geen inzet van hulpmiddelen maar ‘gezellig als iemand langskomt’. Door het gesprek aan te gaan, vinden we daarin vaak wel een balans. Maar hierin is zeker ruimte voor verbetering. Is intensievere zorg nodig, dan willen partijen wel samenwerken, maar dan is lastig te achterhalen wie allemaal betrokken zijn. Ook niet alle huisartsen hebben daar een goed overzicht van.”

Mantelzorger

Voor Katrien Luijkx is de grote onduidelijkheid waarmee de zoon wordt geconfronteerd heel herkenbaar: “Mijn moeder werd tien jaar voor haar dood zorgafhankelijk door een hersenbloeding. Terugkijkend was de tijdsinvestering die dit van mij vroeg niet eens zo erg, maar vooral de impact die het op mij had om haar zo achteruit te zien gaan. En de voortdurende spagaat tussen je eigen leven en werk en het op alle momenten beschikbaar moeten zijn. Er zijn nauwelijks partijen die je hierin ondersteuning bieden. Er was niemand die aan mij vroeg: ‘Hoe gaat het ermee?’. Toen ik de casemanager vroeg of zij kon helpen er anders mee om te gaan, zei die: ‘Je zult moeten accepteren...’. Daar sta je dan. En de huisarts wil maar één contactpersoon. Dat maakt het niet handig om als naasten de taken te verdelen.”

Haar zus bleef op afstand, maar regelde op een moment wel een persoonsgebonden budget (pgb). “Dat was voor acht tot tien uur per week, maar mijn moeder wilde er maar drie. Ze vond het vooral lastig. Aan de ene kant wilde ze zelf regie behouden, maar aan de andere kant klaagde ze dat ze zo alleen was. Ik had graag een mantelzorgcoach willen hebben.”

Bevordering zelfredzaamheid

De casus – en de verhalen van de wijkverpleegkundige, casemanager en mantelzorger – tonen aan hoe onoverzichtelijk het traject in de langdurige zorg is, zowel voor cliënten als zorgaanbieders. Deze ervaringen kunnen partijen in de ouderenzorg ook helpen op de weg naar mogelijke aanpassingen in het zorgstelsel, met als doel het wegnemen van verkeerde prikkels en het bevorderen van de samenredzaamheid. De acties uit het rapport *Opvolging Signalement passende langdurige zorg* spelen hier een rol in. Maar ook de *Werkagenda langdurige zorg* en de kennisinfrastructuur langdurige zorg. Uiteindelijk moeten al deze acties leiden tot een zorgstelsel dat simpeler en begrijpelijker is voor iedereen in Nederland. |

VIER CONCRETE ONDERWERPEN

De komende jaren zet het Zorginstituut zich in om de drempels in de wet- en regelgeving in de ouderenzorg weg te nemen. We doen dit in samenwerking met het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), CAK, IGJ, het ministerie van VWS en de NZa. Hierbij hebben we als partijen vier concrete onderwerpen benoemd:

- Duidelijke kaders maken voor ‘reablement’. Dit is zorg die ouderen helpt om zelfstandig te blijven.
- Zorgen voor een eerlijk afwegingskader voor opname in een verpleeghuis.
- Duidelijk maken voor inwoners van Nederland wanneer ze recht hebben op welke zorg.
- Administratieve druk verminderen, onder meer via KIK-V en iWlz.



Burgers spreken zich uit over dure geneesmiddelen:

“Dure geneesmiddelen? Niet tegen elke prijs”

Hoe denken burgers over de prijzen van dure geneesmiddelen? En welke overwegingen vinden zij belangrijk bij het bepalen of prijzen maatschappelijk aanvaardbaar zijn? Dat onderzocht Radboudumc, in opdracht van het Zorginstituut, de Autoriteit Consument & Markt (ACM) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Conclusie: geneesmiddelen zijn belangrijk, maar niet tegen elke prijs.

Tekst: Edith Bijl

Beeld: Radboudumc

Niet eerder zijn burgers gevraagd inhoudelijk mee te denken in het debat over de prijzen van dure geneesmiddelen. Het burgerforum ‘Dure geneesmiddelen’ en de aanvullende enquête zijn initiatieven van het programma Maatschappelijk Aanvaardbare Uitgaven Geneesmiddelen (MAUG). Het Radboudumc voerde deze uit in samenwerking met onderzoeksbureau Motivaction. Tijdens twee weekenden in het najaar van 2024 bespraken de 24 burgers in het forum casussen over zeldzame ziekten, kanker en chronische aandoeningen. Zij kregen hierbij input van experts uit de wetenschap, ethiek en farmaceutische sector. Ook namen 880 Nederlanders deel aan een landelijke enquête over dit onderwerp. De perspectieven van burgers geven een uniek inzicht in hoe de maatschappij over dit vraagstuk denkt.

Maatschappelijk aanvaardbare prijs

Uit het burgerforum kwam naar voren dat burgers bereid zijn hogere prijzen te accepteren als de betreffende geneesmiddelen aantoonbaar veel gezondheidswinst opleveren, de kwaliteit van leven verbeteren of ervoor zorgen dat burgers weer kunnen deelnemen aan de maatschappij. Deze elementen weegt het Zorginstituut nu ook al mee bij de beoordeling van dure geneesmiddelen.

Aan de andere kant zijn burgers kritischer als de effectiviteit of veiligheid van het geneesmiddel onduidelijk is. Ook zijn ze minder



bereid om hoge prijzen te betalen als het geneesmiddel beperkt vernieuwend is of als de prijs fors hoger ligt dan in andere landen. De elementen 'onzekerheid' en 'beperkt vernieuwend' zijn in het huidige beoordelingskader ook al belangrijk, maar leiden niet tot een concreet advies over een maatschappelijk aanvaardbare prijs.

De uitkomsten van de burgerraadpleging laten zien dat er een breed maatschappelijk draagvlak is om kritisch te kijken naar de prijzen van dure geneesmiddelen. Burgers vinden het ook belangrijk dat transparant wordt gemaakt hoe deze prijzen tot stand komen.

Nuttige inzichten

Voor de ACM, de NZa en het Zorginstituut bieden de uitkomsten van deze burgerraadpleging nuttige inzichten. Zij laten zien dat er draagvlak is vanuit de maatschappij om kritisch te kijken naar de vraagprijs van geneesmiddelen. De drie partijen werken binnen het MAUG-programma samen aan een advies over maatschappelijk aanvaardbare prijzen van geneesmiddelen, de uitgaven daaraan en het bevorderen van gezonde concurrentie. Onderdeel van dit advies is een kader voor maatschappelijk aanvaardbare prijzen van geneesmiddelen. Zo kunnen we met het beschikbare zorgbudget zoveel mogelijk gezondheidswinst creëren voor de maatschappij. Tegelijkertijd moet het kader ervoor zorgen dat mensen de zorg kunnen blijven betalen. Ook dient het kader als stimulans voor fabrikanten om betaalbare geneesmiddelen te ontwikkelen waaraan de maatschappij behoefte heeft.

De MAUG-partijen nemen de resultaten van de burgerraadpleging van Radboudumc mee in hun advies aan het ministerie van VWS. Dit advies leveren wij dit najaar op. |

Download het volledige rapport van Radboudumc via deze QR-code:





“Zorginstellingen moeten het *planetary health diet* omarmen: 80 procent plantaardig, 20 procent dierlijk”

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:

Patrick Deckers
Caring Doctors

“Wij zetten in op een zorgsysteem dat zich volop focust op leefstijl en preventie. Voeding is daarbij een heel relevant onderdeel. Door de huidige overproductie en overconsumptie draagt voeding bij aan vermijdbare welvaartsziektes. Niet alleen omdat we te veel vlees en zuivel eten, maar ook omdat de manier waarop we voedsel produceren wereldwijd de planetaire gezondheid in gevaar brengt.

Alle zorginstellingen in de *cure* en *care* moeten het goede voorbeeld geven en een *planetary health diet* omarmen: 80 procent plantaardig, 20 procent dierlijk. Zo blijf je binnen de grenzen van wat de planeet aankan. Tegelijk biedt het grote voordelen voor onze gezondheid én leidt het tot meer preventie en een betere leefstijl. Voedsel moet niet meer een sluitpost zijn, maar echt een onderdeel van beleid gericht op vitaliteit. De *Green Deal 3.0* is nog heel vrijblijvend. Je kunt op veel manieren blijven ‘meestribbelen’. Dat is jammer voor de koplopers, zoals de Noordwest Groep en Reinier de Graaf. Meerdere ziekenhuizen en zorginstellingen zijn met ons bezig om die plantaardige voedseltransitie versneld en volwaardig te realiseren. De *Green Deal* creëerde wel bewustwording, maar het moet veel sneller. Planetair gezien hebben we geen tijd om nog langer op onze lauweren te rusten. Ik verwacht echt dat de zorg deze handschoen oppakt.”

www.caringdoctors.org

Tekst Jasper Enklaar

Beeld De Beeldredactie | Marcel van Hoorn

Over zorg gesproken...

“Burgers worden bewust tot patiënt gemaakt. Elk aanbod creëert vraag, dat doen we zelf. Dan moeten we patiënten niet verwijten dat ze verwend zijn.”

Huisarts en Volkskrant-columnist Danka Stuijver in de Volkskrant (8 september 2025).

“De zorg is een consumentenindustrie geworden. Verslavend. Troostend. Direct beschikbaar. En gratis; een recht. Een constante stroom van comfort en bevestiging, verpakt als behandeling.”

Verslavingsarts Robert van de Graaf op artsenauto.nl (4 september 2025).

Prijsopdriving? Dat begint vaak gewoon hier, bij ons op de universiteit. Onder de noemer ‘valorisatie’.

Hoogleraar en expert zeldzame ziekten Carla Hollak op ftm.nl (17 augustus 2025).

“We moeten blijven uitdragen dat de gezondheid van onze planeet ook onze eigen levensstandaard en voortbestaan bedreigt.”

Ernst Kuipers, o.m. lid Europese WHO-commissie voor Klimaat en Gezondheid, op zorgvisie.nl (12 augustus 2025).

“Mantelzorgers zijn de kurk van de zorg. Als alle mantelzorgers morgen hun zorg zouden neerleggen, kost dat de samenleving tussen de 32 en 44 miljard euro per jaar.”

MantelzorgNL-bestuurder Esther Hendriks op zorgvisie.nl (23 juli 2025).

“De veroudering is niet alleen een demografisch gegeven of een probleem van de zorg of van de ouderen zelf. Het is een samenlevingsvraagstuk dat alle generaties raakt.”

Ageeth Ouwehand, RVS-raadslid en bestuurder 's Heeren Loo, op zorgvisie.nl (8 september 2025).

“Het systeem maakt zorgmedewerkers ziek. Zolang we dat niet erkennen, laten we de wond verder ontsteken. Medewerkers zijn geen cijfers, het zijn mensen.”

Elise Merlijn, bestuurder FNV Zorg & Welzijn, op zorgvisie.nl (20 augustus 2025).

“Het belang van de patiënt moet leidend zijn, niet dat van de aandeelhouder.”

Mark Janssen, voorzitter Zorginstituut, in de Telegraaf (15 augustus 2025).

“Er zal niets veranderen zolang de politiek de zorg blijft zien als kostenpost en niet als mensenwerk.”

Columnist Dennis Captein op ad.nl (9 augustus 2025).

“Als je van TikTok maar vaak genoeg hoort dat je voldoet aan een (ADHD-)plaatje, ga je vanzelf zekerheid zoeken bij de huisarts of de ggz.”

Nederlandse ggz-voorzitter Ruth Peetoom over toename ADHD-diagnoses, op skipr.nl (14 juli 2025).