



Zorginstituut Nederland

Zorginstituut magazine

Kwartaalblad van
Zorginstituut Nederland
oktober 2024

“Medisch en
sociaal domein
moeten meer
samenwerken”

Nieuwe genees-
middelen: wat
hebben we
ervoor over?

Sonja Robben, directeur IPSO:

"Patiënten met kanker hebben ook
behoefte aan een plek waar ze *niet*
worden gemedicaliseerd"

Inhoud

6 Samen sterk voor passende zorg

Medische zorg en sociaal werk zijn twee afgebakende domeinen. Dat moet anders, vinden Zorginstituut-voorzitter Sjaak Wijma en Lex Staal, directeur-bestuurder van Sociaal Werk Nederland.

12 Woonzorg in de langdurige ggz

Het kwaliteitskader *Woonzorg in de langdurige ggz* beschrijft de gewenste kwaliteit van woonzorg voor cliënten in de langdurige ggz en hoe kan worden samengewerkt aan passende zorg. Het Zorginstituut kreeg alle partijen met elkaar in gesprek.

14 Generiek kompas

Het *Generiek kompas – samen werken aan kwaliteit van bestaan* vormt het uitgangspunt voor de te leveren kwaliteit van professionele zorg, ongeacht de plek waar de zorgvrager woont.

22 Passende zorgpraktijken

Een voorbeeld van een passende zorgpraktijk is het 'Passend Behandelplan' van het UMC Groningen, bedoeld om samen beslissen in de oncologische zorg te implementeren. Een interview met de twee trekkers van dit behandelplan.

28 Kosten nieuwe geneesmiddelen

De kosten van nieuwe medicijnen stijgen jaarlijks bovengemiddeld en leggen een steeds groter beslag op het zorgbudget. Waar ligt de grens? En wat is maatschappelijk aanvaardbaar? Het Zorginstituut, de ACM en de NZa zoeken samen een antwoord op die vraag.



Rubrieken

- 9 Column Martin van der Graaff
- 10 Tien vragen aan: Mark Janssen
- 16 Feiten & Cijfers
- 18 De stelling van...
Sonja Robben, directeur branche-organisatie IPSO.
- 26 Aan het bureau / aan het bed
De duiding Casemanagement dementie in de Zvw.
- 30 Literair recept van de Culturele Apothekers
- 31 De zorg van morgen
... volgens Jeroen Hendrikse, radioloog en auteur.
- 32 Over zorg gesproken

Zorginstituut Magazine kwartaalblad van Zorginstituut Nederland. Een abonnement op Zorginstituut Magazine is kosteloos. Voor het aanvragen of opzeggen van een abonnement, evenals voor het wijzigen van uw gegevens kunt u contact opnemen met het Zorginstituut: bestel@zinl.nl, www.zorginstituutnederland.nl **Druk** De Bondt grafimedia communicatie bv, Barendrecht **Hoofdredactie** Michiel Geldof **Bladmanagement en eindredactie** Edith Bijl (Bijl Tekst & Bladmanagement), ebijl@zinl.nl **Aan dit nummer werkten mee** De Beeldredactie, Robert van der Broek, Rogier Chang, Rogier van der Haak, Jos Leijen, Jeronimus van Pelt, Sebastiaan Roozendaal, Science Photo Library (ANP), Vermogen - vrmgn.nl, Gerard Wagemakers, Frank van Wijck, Ron Zwagemaker

Voorwoord

Maatschappelijk debat over goede zorg

In deze editie leest u mijn laatste voorwoord. Deze maand neem ik afscheid als voorzitter en draag ik het stokje over aan mijn opvolger, Mark Janssen. Zo'n laatste bijdrage nodigt uit tot het opmaken van de balans: wat heb ik na acht jaar Zorginstituut bereikt, bijgedragen? En wat heeft het mij gebracht?

Om te beginnen met dat laatste: ik heb veel geleerd. Mijn grootste ontdekking is: zorg moet steeds meer onderdeel zijn van de context van de patiënt. Het draait wat mij betreft om de persoonsgerichtheid in passende zorg. Steeds weer moeten we bedenken: wat betekent deze zorg voor deze patiënt? Hier hebben we nog een weg te gaan. Want nog te vaak gaat het in de zorg alleen over het behandelen van de ziekte, en vragen we ons te weinig af wat die behandeling betekent voor de *gezondheid* van die patiënt. Dit zie je niet alleen bij systeempartijen en zorgverleners; ook patiënten zien zorg nog steeds als allesbepalend voor hun gezondheid. En dat is lang niet altijd het geval.

Is dit een tragische ontdekking? Nee, want ik zeg niet dat we *minder* zorg moeten verlenen, maar dat we dit *anders* moeten doen, namelijk passend binnen de context van die ene patiënt. Dat betekent dus soms dat iemand niet in het ziekenhuis moet zijn, maar in de context elders geholpen moet worden, misschien in het sociale domein.

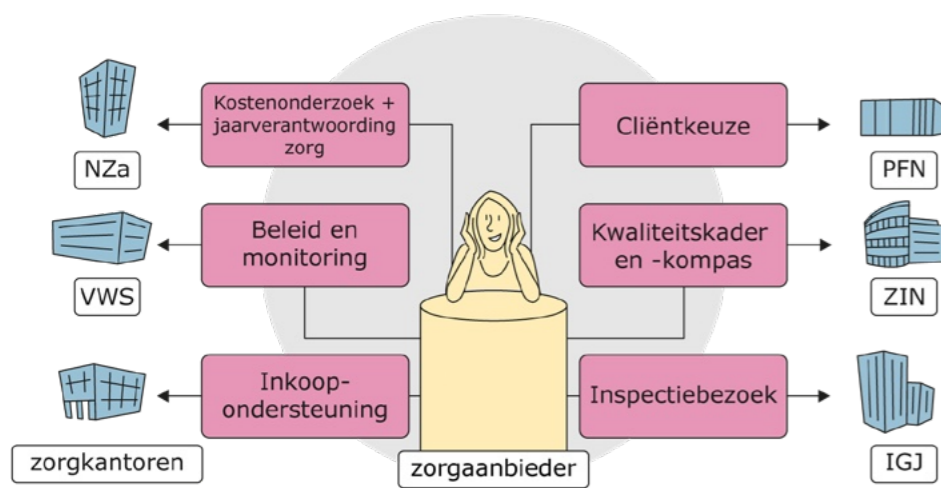
Dit besef groeit wel, maar ons zorgsysteem blijkt hier niet goed op ingericht te zijn. We moeten het anders gaan regelen, met een herverdeling van capaciteit van mensen en middelen. Maar wie durft dat bespreekbaar te maken? Wie is hiervoor verantwoordelijk? Ik denk – en dat is ook een nieuw verworven inzicht – dat de verzekeraars hierin vanuit hun zorgplicht een veel grotere rol moeten spelen. Wij betalen de verzekeraars immers premie om voor ons goede zorg te regelen. Tot nu toe ging het gesprek over goede zorg vooral tussen zorgaanbieders en patiënten, maar dit moet tripartiet, dus ook met de verzekeraar gevoerd worden. Het draait dan om de vraag: wat is voor deze patiënt goede zorg? Dat bepalen aanbieders en patiënten samen, maar het is de verzekeraar die hier als enige goed op kan sturen.

Maar ook dan zijn we er nog niet. Voor een aanpassing van het zorglandschap, waarin domeinoverstijgende, persoonsgerichte zorg goed is geregeld, is een veel bredere maatschappelijke discussie nodig. Daartoe heeft het Zorginstituut meermaals aangezet, zoals recent in het Wegovy-advies. Persoonlijk vond ik dat lastig. Want oproepen is één; als dat niet wordt opgepakt, wat doe je dan? Als dat debat er niet komt, verandert er niets. Ik zie daarin dat het werk nog niet af is. Ik draag dat nu over aan Mark en wens hem, en iedereen die zich hard maakt voor passende zorg, toe dat dit debat, dat zó noodzakelijk is voor de toekomst van de zorg, eindelijk gevoerd gaat worden.

Sjaak Wijma
Voorzitter Zorginstituut Nederland



Korte berichten



Start geautomatiseerde gegevensuitwisseling volgens KIK-V-werkwijze

Zorgaanbieders in de verpleeghuiszorg leveren elk jaar kwaliteitsgegevens aan die het Zorginstituut verwerkt in de openbare database (ODB). Deze omvatten onder meer personeelsgegevens en informatie over de basisveiligheid van de organisatie. Dit jaar hebben verschillende zorgaanbieders deze gegevens voor het eerst aangeleverd volgens de KIK-V-methodiek.

KIK-V richt zich op het soepeler uitwisselen van gegevens over kwaliteit en bedrijfsvoering in de verpleeghuiszorg, het beter afstemmen van nieuwe uitvragen en het hergebruik van informatie. Dit bespaart zorgaanbieders een hoop zoekwerk en administratieve lasten. Om informatie-vragende partijen te helpen bij het opvragen van gegevens bij zorgaanbieders in de verpleeghuiszorg is de KIK-starter als tijdelijke softwareoplossing ontwikkeld.

Met de KIK-starter kunnen partijen zoals het Zorginstituut, IGJ, NZa en de zorgkantoren via de KIK-V-afspraken informatie van een zorgaanbieder via een datastation opvragen en ontvangen. Het Zorginstituut heeft inmiddels met succes de gegevens voor de ODB via deze werkwijze ontvangen. Nu kunnen ook andere informatie-vragende partijen deze manier van automatische aanlevering gebruiken.

Binnenkort gaan ook zorgkantoren op de KIK-V-manier informatie opvragen bij zorgaanbieders. Hiervoor zijn zij op zoek naar zorgaanbieders die samen met hen praktijkervaring willen opdoen in het automatisch uitwisselen van gegevens. Geïnteresseerde zorgaanbieders kunnen zich melden bij hun zorgkantoor of hun implementatieadviseur voor KIK-V.

Zorginstituut zet in op 'samenredzaamheid' in langdurige zorg

De Wet langdurige zorg in zijn huidige vorm belemmert de samenwerking tussen professionele zorgverleners en de informele zorg die wordt geleverd door bijvoorbeeld mantelzorgers. In het *Signalement Passende langdurige zorg – van zelfredzaam naar samenredzaam* pleit het Zorginstituut voor aanpassing van de wet- en regelgeving om die belemmeringen weg te nemen. Pas dan krijgen lokale gemeenschappen waar mensen elkaar helpen meer ruimte om hulpvragen op te pakken op een manier die past bij de persoonlijke situatie van degene die zorg nodig heeft. Binnen zo'n gemeenschap zijn mensen 'samenredzaam' en kunnen zij samen hulpvragen oplossen, waardoor professionele zorg minder of pas later nodig is. Deze blijft dan beschikbaar voor mensen die het echt nodig hebben. Het signalement geeft oplossingsrichtingen die de overbelaste langdurige zorg lucht geven op een manier waarbij niemand buiten de boot valt.

Lokaal en regionaal is er een groot aantal voorbeelden van zorgzame gemeenschappen die op deze manier succesvol werken. Om hier landelijk navolging aan te kunnen geven is aanpassing van de Wlz nodig. Bijvoorbeeld het meenemen van de sociale context bij de indicatiestelling voor de Wlz. En het mogelijk maken om zorg ook op andere manieren te financieren. Nu sluit de Wlz de zorg uit andere domeinen (Zvw en Wmo) uit en dat staat passende oplossingen in de weg.

Zorginstituut en NFU verlengen samenwerking

Artsen, verpleegkundigen en andere zorgprofessionals nemen in de spreekkamer en aan het bed elke dag belangrijke beslissingen over de behandeling en begeleiding van patiënten en cliënten. Idealiter worden patiënten en cliënten zoveel mogelijk betrokken bij die beslissingen, baseren professionals zich op de meest recente wetenschappelijke inzichten en wordt er rekening mee gehouden dat personeel schaars en het budget niet oneindig is. Het beleid richt zich op het stimuleren van deze beweging naar passende zorg. Maar in de praktijk gaat dat niet altijd vanzelf goed.

Om een brug te slaan tussen beleid en praktijk, werken sinds 2019 het Zorginstituut

en de Nederlandse Federatie voor Universitaire Medische Centra (NFU) samen binnen De Academische werkplaats 'Zorgpraktijk en Beleid'. Recent is deze samenwerking met twee jaar verlengd. De onderzoeken binnen deze werkplaats helpen het Zorginstituut en de NFU om beter te begrijpen welke mechanismen invloed hebben op beslissingen die op de werkvloer worden genomen en hoe we hierin zo nodig beleidsmatig kunnen bijsturen. De onderzoeksthema's lopen uiteen van methodologisch onderzoek en implementatieonderzoek tot onderzoek naar netwerkzorg en verantwoording over kwaliteit van zorg. De resultaten dragen bij aan de beweging naar passende

zorg en een toekomstbestendig zorglandschap in Nederland.

De verlenging van de samenwerking in deze Academische werkplaats is gebaseerd op een evaluatieonderzoek uit 2023. De verlenging betekent dat er nieuw onderzoek uitgezet wordt. Deze ronde zal zich richten op het stimuleren van netwerkzorg. Zodra het thema verder is uitgewerkt, krijgen alle academische ziekenhuizen binnen het Consortium Kwaliteit van Zorg de gelegenheid om hier een onderzoeksvoorstel voor in te dienen.

Meer informatie is te vinden op de websites van de NFU en het Zorginstituut.

Oratie Wim Goettsch

Wim Goettsch, sinds 2006 werkzaam bij het Zorginstituut, aanvaardt met zijn oratie op vrijdag 11 oktober zijn ambt als hoogleraar aan de Universiteit Utrecht. Eind 2022 werd hij benoemd tot hoogleraar 'Health Technology Assessment of Pharmaceuticals'.

In de oratie, getiteld *Innovatieve geneesmiddelen voor een betere prijs*, gaat Goettsch in op de ontwikkeling en implementatie van methoden om passende zorg met nieuwe innovatieve geneesmiddelen mogelijk te maken, binnen de grenzen van het verzekerde pakket. Goettsch richt zich op het mogelijk maken van betaalbare passende zorg met innovatieve nieuwe geneesmiddelen. Zo onderzoekt hij in hoeverre

nieuwe manieren voor financiering van geneesmiddelen in de praktijk zouden kunnen werken. Een voorbeeld hiervan is om de betaling voor een geneesmiddel afhankelijk te maken van hoe het middel aanslaat bij de individuele patiënt. Ook zoekt hij naar nieuwe beoordelingsmethoden die bedoeld zijn voor relatief kleine groepen patiënten met zeldzame aandoeningen. "Hiervoor worden ook steeds vaker gegevens van patiënten gebruikt uit de praktijk", zegt Goettsch. "Om die te kunnen beoordelen en te vergelijken met de gegevens uit klinische



studies, zijn nieuwe beoordelingsmethoden nodig." Ook gaat Goettsch

zich als hoogleraar bezighouden met de gemeenschappelijke beoordeling van geneesmiddelen voor de vergoeding in EU-landen en hoe dit de huidige nationale beoordelingen zal doen veranderen. Met zijn onderzoek wil Goettsch uiteindelijk komen tot een meer cyclische benadering van pakketbeheer, waarbij geneesmiddelen worden gevolgd vanaf de vroege ontwikkeling tot aan het gebruik in de dagelijkse praktijk. Goettsch, van oorsprong

toxicoloog, schoolde zich om tot epidemioloog en begon in 2006 bij het Zorginstituut als beoordelaar voor geneesmiddelen. Daarna ging hij op Europees niveau aan de slag met de gezamenlijke beoordeling voor vergoeding van geneesmiddelen.

Benieuwd naar Goettsch' oratie? Deze is op vrijdag 11 oktober om 16:15 uur online te volgen via de livestream: video.uu.nl/lives/academiegebouw-aula-2024-2025/



Medische zorg en sociaal werk:

Samen sterk voor passende zorg

Medische zorg en sociaal werk zijn twee afgebakende domeinen. De zorg houdt zich bezig met de medische aspecten van de mens, het sociaal werk met de sociale aspecten. Dat moet anders, vinden Zorginstituut-voorzitter Sjaak Wijma en Lex Staal, directeur-bestuurder van Sociaal Werk Nederland. Zij pleiten voor een ‘regelvrije ruimte’ in het grensgebied van het medische en het sociale domein.

Tekst Jos Leijen

Beeld Sebastiaan Roozendaal en Gerard Wagemakers

De gezondheidszorg staat de komende jaren voor grote uitdagingen door de vergrijzing en de schaarste aan personeel. Landelijke akkoorden zoals het Integraal Zorgakkoord (IZA), het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en het programma Wonen, Zorg en Ondersteuning voor Ouderen (WOZO) benadrukken dat er een beweging moet komen van zorg naar gezondheid.

“Om die beweging te maken is het belangrijk dat mensen zelfredzamer worden en ondersteuning krijgen om hun leven zelf in te richten”, zegt Lex Staal. “Dat kan niet uitsluitend binnen de zorg; die kan dat niet aan en is daar ook niet van. Het sociaal werk heeft daarin een cruciale rol, samen met bewoners en bewonersinitiatieven in buurten en wijken. Samen kunnen we zorgen voor een stevige sociale basis met aandacht

voor de kwaliteit van leven. Dat kan helpen om de zorgvraag te verminderen.” “De zorg en het sociaal domein hebben elkaar nodig”, vult Sjaak Wijma aan. “Maar dat zijn tot nu toe nog gescheiden werelden met een strakke grens. Terwijl die grens in werkelijkheid niet zo strak te trekken is. Er is overlap, een grensgebied waar je samen met de cliënt moet kijken wat het beste past bij diens situatie en vraag. Soms kies je dan voor een medische aanpak, soms voor een sociale, of een combinatie.”

Wijma: “Er is een grensgebied waar je samen met de cliënt moet kijken wat het beste past bij diens situatie en vraag. Soms kies je dan voor een medische aanpak, soms voor een sociale, of een combinatie”



Samenwerken in het grensgebied

Wijma maakt de vergelijking met de samenwerking tussen de Nederlandse en de Duitse politie. Tussen beide landen bestaat een scherp gedefinieerde landsgrens. Maar als de situatie daarom vraagt kunnen de wets-handhavers van het ene land in actie komen op het grondgebied van het andere land en daarbij samenwerken met hun collega’s over de grens. Zo zouden ook het medische en het sociale domein kunnen samenwerken. Belangrijk is dan wel dat beide domeinen

elkaar beter leren kennen, weten wat ze van elkaar kunnen verwachten en meer dezelfde taal spreken. Mede hierom organiseerden het Zorginstituut en Sociaal Werk Nederland eind mei een goed bezochte ontmoetingsdag voor zorgorganisaties én sociaalwerkorganisaties met als titel: ‘Samen sterker voor preventie: hoe kunnen sociaal werk en zorg elkaar versterken?’.

“We weten allemaal dat het aantal mensen met dementie de komende jaren verder stijgt”, geeft Staal als voorbeeld. “Dan kun je wachten tot het zover is en dementiezorg inzetten, waarbij het de vraag is of je tegen die tijd voldoende zorgpersoneel hebt. Of je kunt in de wijk alvast voorzieningen en sociaal werk in stelling brengen om mensen te ondersteunen en hun een structuur te bieden waarin ze zich langer zelfstandig kunnen redden, met hulp van mantelzorgers en mensen in de buurt.”

Ruimte om te investeren

Er is wel een knelpunt, geeft Staal aan: wie betaalt wat? “Gemeenten zeggen: ‘Dat kunnen wij niet financieren uit onze beperkte middelen.’ En de zorgverzekeraar zegt: ‘Het spijt ons, maar dat is geen zorg die past binnen de Zorgverzekeringswet. Dat kunnen wij dus niet vergoeden.’ De zorgverzekeraar zou ruimte moeten krijgen om daarin wél te investeren, omdat het op termijn de zorgvraag uitstelt en het beroep op de zorg verkleint.”

Wijma valt hem bij: “We moeten budget durven overhevelen naar het grensgebied van zorg en sociaal domein. Daarvoor moet de regelgeving worden aangepast, bijvoorbeeld door een regelvrije ruimte te creëren waar partijen naar eigen inzicht kunnen handelen. Het uitgangspunt moet daarbij zijn welke waarde je toevoegt voor de cliënt.” Als iemand op hoge leeftijd kanker krijgt, licht hij toe, kun je het leven misschien iets verlengen door de beste oncologische zorg aan te bieden. Maar je kunt ook met de patiënt bespreken hoe je waarde kunt toevoegen, en of die patiënt niet meer geholpen is met opvang in de eigen omgeving, zodat hij waardig afscheid kan nemen van het leven en zijn naasten. “Dan moet de oncoloog niet zeggen: ‘Ik kan niets meer voor u doen’, maar vragen: ‘Wat heeft u nodig, en hoe kunnen we er – bijvoorbeeld samen met het sociale domein – voor zorgen dat u dat krijgt?’ En dan moeten we die arts ook handelings-



Staal: “Samenwerking tussen zorg en sociaal domein draagt bij aan een betere kwaliteit van leven voor heel veel mensen. Ook kan het de personeelskrapte in de zorg helpen verlichten”

perspectief bieden, bijvoorbeeld hoe die verwijzing naar sociaal werk tot stand komt.”

Best practices delen

Het medische en het sociale domein horen bij elkaar en kunnen elkaar in het grensgebied versterken; ook het IZA erkent dat. Een lastig punt is volgens Staal wel dat het sociale domein versnipperd is en dat de samenwerking met de zorg lokaal gestalte moet krijgen, steeds weer opnieuw. Om lokale initiatieven te inspireren kan er meer kennis en best practices uitgewisseld worden. Er zijn immers genoeg voorbeelden waar de zorg en het sociale domein samenwerken om mensen optimale zorg en ondersteuning te bieden. Wijma noemt onder meer de samenwerking van het Amsterdamse BovenIJ ziekenhuis met sociaal werk. Professionals uit beide domeinen kijken samen welke aanpak voor een cliënt de beste perspectieven biedt. “Is een knieoperatie de oplossing, of is de patiënt beter geholpen met begeleiding van een fysiotherapeut en deelname aan een wandelclub?” Een ander voorbeeld is ‘Welzijn op Recept’, waarbij de huisarts patiënten kan doorverwijzen naar een welzijnscoach.

Het Zorginstituut kan de regels niet zelfstandig veranderen, zegt Wijma, maar het zet zich wel in om het onderwerp op de agenda te krijgen. Met de bijeenkomst van eind mei, door het aan te kaarten in het IZA-overleg, en ook door een brief te sturen naar de coalitiepartners. Wijma: “Als we het hebben over passende zorg, dan praten we over domeinoverstijgende zorg en over gezondheid in plaats van zorg. En dan hebben we het ook over bestaanszekerheid. Als het kabinet wil investeren in bestaanszekerheid, laten we dat dan doen.”

Staal: “Het hoofdlijnenakkoord geeft genoeg aanknopingspunten om in gesprek te gaan over hoe we samenwerking tussen zorg en sociaal domein kunnen stimuleren. Samen met het Zorginstituut leggen wij minister Agema graag uit waarom wij denken dat dat bijdraagt aan een betere kwaliteit van leven voor heel veel mensen in Nederland. En dat het ook de personeelskrapte in de zorg kan helpen verlichten.”

Zie ook het artikel op pagina 24 over het belang om de verschillen tussen het medische en het sociale domein te overbruggen.

Hoe kwam het Wegovy-advies tot stand?

Afgelopen zomer adviseerde het Zorginstituut minister Agema van VWS om Wegovy®, een middel tegen overgewicht en obesitas, nu nog niet te vergoeden uit het basispakket. Opvallend misschien, want het medicijn is volgens het Zorginstituut wel bewezen effectief. Maar uniek is dit niet. Onderstaand ‘kijkje’ in ons besluitvormingsproces rond Wegovy laat zien hoe we, naast effectiviteit, ook andere factoren meewegen in onze adviezen.

Tekst Edith Bijl

Beeld Science Photo Library | ANP

Bij elk advies kijken we eerst of een geneesmiddel voldoet aan de stand van de wetenschap en praktisch: is het minstens even effectief en veilig ten opzichte van de huidige standaardbehandeling? Bij Wegovy, met de werkzame stof semaglutide, is dat het geval. Lastiger werd het bij het bepalen van de *cost-effectiviteit* van het middel: verhoudt de vraagprijs zich redelijk tot de gezondheidswinst voor patiënten? Wij hadden te weinig informatie om deze vraag te kunnen beantwoorden. Zo is nog onbekend welke patiënten de meeste gezondheidswinst hebben bij dit middel. En of je dit middel verantwoord kunt afbouwen als iemand voldoende is afgevallen. En of langdurig gebruik blijvend effectief is. Al deze informatie is essentieel om de *cost-effectiviteit* van Wegovy te kunnen bepalen.

Langtermijneffect

Gebrek aan informatie speelde ook in een andere kwestie. Bekend is dat obesitas de kans vergroot op andere ziekten, zoals

hart- en vaatziekten en diabetes type 2. Behandeling met Wegovy (of een ander obesitasmedicijn) kan wellicht voorkomen dat iemand met obesitas een van die andere ziekten krijgt. Zo bespaar je in de toekomst mogelijk veel zorgkosten. Dit mechanisme is meegenomen in onze besluitvorming, maar we hadden te weinig informatie, bijvoorbeeld over de langetermijneffecten van Wegovy, om hierover een uitspraak te kunnen doen. Ook misten we gegevens om te kunnen beoordelen of er een direct verband is tussen de behandeling met Wegovy en het voorkomen van andere ziekten.

Passend gebruik

Een andere factor die in dit advies meepeelde, betreft de beperkte beschikbaarheid van semaglutide. Sinds bekend is dat deze stof helpt bij afvallen, leidde een enorme vraag tot wereldwijde tekorten aan Ozempic, het diabetesgeneesmiddel met dezelfde werkzame stof semaglutide. Diabetespatiënten hebben dit middel nodig omdat het de bloedsuikerspiegel verlaagt. De tekorten maken de urgentie nog groter om semaglutide passend in te zetten. Zodat het eerst beschikbaar komt voor de mensen die hierbij het meeste baat hebben. Om welke

patiënten dat gaat, hebben we nu nog niet scherp. Ook dit vraagt om nader onderzoek.

Maatschappelijk debat

Tot slot wogen we in onze beoordeling de gevolgen mee van ons advies voor het zorgbudget. De kosten voor vergoeding van semaglutide als middel tegen overgewicht en obesitas kunnen namelijk oplopen tot 1,3 miljard euro per jaar. Alleen al voor Wegovy - bedoeld voor patiënten met een BMI vanaf 27 en ten minste één aandoening - komen in Nederland zo'n vier miljoen mensen in aanmerking. Dit bracht onze bestuursvoorzitter Sjaak Wijma tot de vraag: "Gaan we een mogelijk hele grote groep mensen in Nederland levenslang dure medicatie geven, terwijl we nog veel niet weten over gepast gebruik van dit middel? En terwijl noodzakelijke maatregelen om de samenleving gezonder te maken uitblijven?" Mede hierom dringen wij aan op extra onderzoek naar de gezondheidseffecten van Wegovy. Bovendien roepen we, zeker nu binnenkort ook andere obesitasmedicijnen op de markt komen, in ons advies op tot een breder debat over de maatschappelijke aanpak van overgewicht en de inzet van zorg én van preventie. |



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

Column Ademruimte in de zorg

Lang liepen wij Nederlanders met de borst vooruit; we hadden zo'n beetje het beste zorgstelsel ter wereld. Maar wil je tegenwoordig een afspraak plannen met huisarts of specialist, dan is dat een kwestie van een lange adem: de zorg is misschien goed, de toegankelijkheid staat onder druk. Wij klanten reageren daarop door steeds vaker te gaan schelden, spugen en schoppen. Nou ja, jij en ik uiteraard niet, het zijn altijd De Anderen.

Als weldenkende burgers hebben wij natuúrlijk een oplossing voor die toegankelijkheid: meer werkers in de zorg. Bijna iedereen vindt Gezondheid desgevraagd een topprioriteit. Dus daar betalen wij ons graag blauw voor. Maar wat blijkt? Niet dus. Zodra de premie een paar tientjes op jaarbasis stijgt, is het huis te klein. Dat we er maar weinig voor over hebben betekent onder meer: jongeren kiezen minder vaak voor werk in de zorg. Laag aanzien, laag salaris, veel intimidatie, te hoge werkdruk. **Zo krijgen wij wat we verdienen: een berg onvervulbare vacatures en minder gemotiveerd personeel. En zo belanden we in een dodelijke spiraal: minder kwaliteit en output, meer ergernis, meer gescheld.**

En dan is er nog een onthutsend punt: ons vaderland is inmiddels door industrie, vervoer en veedichtheid een toxische leefomgeving geworden. We worden nog steeds oud, maar hebben steeds minder gezonde levensjaren. Denk bijvoorbeeld aan de link tussen het inademen van nevels van bestrijdingsmiddelen en Parkinson. Wij bouwen de komende jaren ook nog zo'n veertigduizend woningen op ongezonde locaties, bijvoorbeeld te dicht op drukke wegen. Dat komt zo: lagere kosten voor projectontwikkelaars (want goedkopere grond), hogere woonlasten (want, ja, huizenkort). En dus ook voorspelbare extra zorgvraag: 24 uur per dag fijnstof inademen is geen pretje.

In een vergiftigd land hebben niet alleen Natura 2000-gebieden - zeg maar onze groene longen - het zwaar, maar ook onze eigen longen. Als die longen de weg gaan van de Natura 2000-gebieden ("Ach, die natuur, dat stelt toch al niks meer voor qua diversiteit en vitaliteit, schrap maar van de lijst"), dan weet je wat je te wachten staat. Straks kun je alleen nog met de borst vooruit lopen als je permanent een puffer op zak hebt. Wil je daar iets aan doen? Laat weten dat je meer wilt betalen voor zorg. Zie daarvoor desnoods af van een vliegvakantie. Dat levert de zorg hopelijk minder fijnstof, minder zorgvraag en meer financiële ademruimte op. Tegen de tijd dat je weer genoeg lucht hebt om voluit te kunnen schelden, is het hopelijk niet meer nodig.

10

vragen aan

Mark Janssen

Tekst Edith Bijl

Beeld De Beeldredactie | Raphael Drent

1 Wat is uw eerste ervaring met de gezondheidszorg?

“Als tweejarig jongetje had ik een pannetje hete melk over me heen gegooid en kwam ik met flinke brandwonden in het Sint Hippolytus in Delft terecht. Daar weet ik alleen niets meer van. Mijn eerste bewuste ervaring was toen ik als student een bijbaantje had als glaszetter. Ik sneed me regelmatig in mijn vingers en moest dan gehecht worden. Eén keer trof ik een assistent die het duidelijk nog moest leren: hij had zó strak gehecht, dat ik nog lang tintelingen voelde. Maar ja, ik had ‘m wel geholpen in zijn opleiding.”

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

“Moeilijk om te kiezen, maar specialist ouderengeneeskunde is een mooie professie, omdat je dan met heel de cliënt/patiënt bezig bent. Ik heb ook veel bewondering voor alle chirurgen, die de durf hebben om in iemand te snijden, te sleutelen en soms zelfs te hakken. Dat ‘doen’ spreekt mij aan en ik kijk graag mee. Met veel respect, want ik durf het zelf niet!”

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

“Ik kan er meer noemen, maar zal mij beperken tot drie. Ten eerste zou ik

PERSONALIA

Mark Janssen studeerde bedrijfs-economie in Den Haag en Bedrijfskunde (verandermanagement) in Rotterdam. Hij begon zijn ruim dertigjarige carrière in de zorg in 1993 bij een adviesbureau dat onder meer werkte voor de zorg. Daarna had hij bestuursfuncties bij Omring, de Zonnehuisgroep, het Franciscus Gasthuis & Vlietland en het Radboudumc, waar hij tot voor kort lid was van de Raad van Bestuur. Daarnaast bekleedde hij toezichthoudende functies in diverse zorginstellingen en was lid van het Informatieberaad voor de zorg. Drijfveer in al deze functies is dat hij eraan wil bijdragen dat zorgmedewerkers plezier in hun werk houden en dat patiënten en cliënten kunnen rekenen op goede zorg. Per 1 oktober 2024 is Mark voorzitter van de Raad van Bestuur van het Zorginstituut. Hij volgt Sjaak Wijma op. Mark woont met zijn vrouw in Capelle aan de IJssel.



“Ik verwacht dat we over vijf jaar veel gebruik hebben gemaakt van de passende zorgpraktijken en van een veel betere gegevensbeschikbaarheid. En dat dit heeft geleid tot veel minder niet-passende zorg. Daar ga ik me voor inzetten”

alles doen wat de samenwerking in de zorg bevordert en wat de bureaucratie kan verlagen. Ten tweede zou ik de samenwerking tussen zorgprofessionals verbeteren, onder meer door databeschikbaarheid versneld in te voeren. Ten derde zal ik kijken of niet behandelen meer waardering kan krijgen. We zijn erg productiedreven, niet alleen in de medisch-specialistische zorg, ook elders. Niet-passende prikkels weghalen levert ruimte op voor passende zorg.”

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

“Alles wat niet-passende zorg is. Juist omdat we zoveel keuzes moeten maken en omdat er schaarste is aan mensen en middelen.”

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

“Deze vraag vind ik nu nog niet zo makkelijk, omdat er volgens mij al zoveel in het basispakket zit. En daarmee loop ik vooruit op wat ik straks bij het Zorginstituut aan kennis vergaar. Ik verwacht dat de rol van diagnostiek in ziekenhuizen belangrijker wordt.”

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

“Ik raadpleeg meestal eerst mijn vrouw; zij is een ervaren verpleegkundige. En ik kan mijn pijntje ook altijd voorleggen aan deskundige vrienden en kennissen. Ik ga voor advies dus niet direct naar de huisarts.”

7 Wat is uw favoriete zorgwoord?

“Zorggemeenschap. Als bestuurder van ouderenzorginstelling De Zonnehuisgroep werd ik geconfronteerd met een groeiend arbeidstekort. We zijn toen gaan kijken of we beter konden samenwerken met vrijwilligers en familie. Het is gek dat de informele zorg, die een cliënt soms jarenlang van naasten thuis kreeg, opeens stopt zodra hij of zij naar een zorginstelling verhuist. Door te investeren in een betere samenwerking tussen die informele kring en professionele zorg, bouwden we aan een zorggemeenschap met de cliënt. Dat is ook voor de cliënt prettig, want die behoudt zo de zorg van vertrouwde mensen om zich heen.”

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

“Iemand met wie ik erg kan lachen, zodat ik word afgeleid van mijn ziekte of pijn. Ik ben groot fan van Koot en Bie. Helaas is Wim de Bie al overleden, dus misschien Kees van Kooten? Of anders Youp van 't Hek of Freek de Jonge.”

9 Wat vindt u de belangrijkste voorwaarde voor goede zorg?

“Dat zijn er vier. Eén: professionaliteit van de zorg- en hulpverleners, die openstaan voor feedback en willen leren van de cliënt of patiënt. Twee: vertrouwen in de professionals en de zorg in het algemeen. Drie: continuïteit in de zorg van zorg- en hulpverleners, zodat patiënten en cliënten zoveel mogelijk dezelfde gezichten zien. En vier: dat zorgprofessionals niet alleen de ziekte zien van hun cliënt of patiënt, maar hen vooral ook zien als mens en wat zij nog meer zijn. Zo kom je sneller tot passende zorg.”

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

“Ik hoop dat er een groeiend vertrouwen is in het behoud van de toegankelijkheid van zorg. Dat is een flinke uitdaging, eentje waaraan ik straks als voorzitter van het Zorginstituut graag bijdraag. Ik hou niet van het woord ‘zorginfarct’. Er werken meer dan een miljoen mensen in zorg en welzijn en honderdduizenden mensen ontvangen dagelijks zorg en ondersteuning. Soms duurt dat misschien even, maar uiteindelijk krijgen zij goede zorg. Daar moeten we vertrouwen in hebben, en we moeten aan de toegankelijkheid blijven werken. Ik verwacht – en daar ga ik me voor inzetten – dat we over vijf jaar veel gebruik hebben gemaakt van de passende zorgpraktijken en van een veel betere gegevensbeschikbaarheid, en dat dit heeft geleid tot veel minder niet-passende zorg. Ik verwacht geen grote stelselverandering, maar wel dat er meer bruggen geslagen zijn over de zorgsectoren heen, waardoor er veel meer samenwerking is tussen de verschillende professionals en tussen ziekenhuizen onderling.

Ik ben positief optimistisch, maar ook realistisch: we moeten soms rigoureuze keuzen maken, maar ik verwacht dat we over vijf à tien jaar nog steeds goede zorg hebben.”

Kwaliteitskader biedt helderheid over kwaliteit woonzorg in langdurige ggz

Het kwaliteitskader *Woonzorg in de langdurige ggz* beschrijft de gewenste kwaliteit van woonzorg voor cliënten in de langdurige ggz en hoe daarbij kan worden samengewerkt aan passende zorg. Het Zorginstituut kreeg met zijn netwerk alle partijen met elkaar in gesprek. Kers op de taart: een snelle en soepele publicatie van het kwaliteitskader in het Register.

Tekst Frank van Wijck

Beeld Vermogen - vrmgn.nl

Wat verstaan we als cliënt, aanbieder en financier van langdurig verblijf in de ggz onder kwaliteit van zorg? “Giet je dat niet in een kader, dan kan een gesprek daarover alle kanten op gaan”, stelt Wouter van der Pas, adviseur ggz en sociaal domein bij het Zorginstituut. “Dus sloegen Valente en de Nederlandse ggz de handen ineen om hier voor een kwaliteitskader te ontwikkelen.”

Natuurlijk hadden alle betrokken partijen wel een beeld van de kwaliteit van die zorg. Maar dat was volgens Van der Pas geen eensgezind beeld: “Kwaliteit is voor iedereen wat anders, en dat kan verwarrend zijn. De aanbieders stellen elk jaar een kwaliteitsverslag op, als basis voor het gesprek hierover met de cliënten die bij ze wonen en met de zorgverzekeraars. Dan is het belangrijk dat helder is wat onder kwaliteit wordt verstaan.”

Precies dát biedt het kwaliteitskader *Woonzorg in de langdurige ggz*. “Het beschrijft de pijlers voor hoe je kwaliteit opbouwt in de organisatie”, vertelt Van der Pas. “Je kunt een goede kwaliteit hebben voor je professionals, maar als je niet hebt nagedacht over de vertaling naar de cliënt en diens naaste sla je toch de plank mis. Het is dus zaak te beginnen bij de cliënt, bij de vraag hoe je je richt op diens kwaliteit van leven. Het gaat om herstelondersteunende zorg en begeleiding in brede zin, het herstel van het leven en de regie op het leven van de cliënt.”

Zorginstituut als projectbegeleider

Omdat Valente en de Nederlandse ggz hierbij graag extra ruggensteun wilden hebben,

betrokken ze het Zorginstituut erbij als procesbegeleider. Manager ggz en sociaal domein Nanni Klein van het Zorginstituut trad op als onafhankelijke voorzitter voor het proces. Van der Pas: “Wij hebben een breed netwerk dat de partijen konden gebruiken. Bovendien wilden ze dat het kwaliteitskader zou worden opgenomen in het Register dat wij beheren. Daarvoor hebben wij hun vragen over de geldende spelregels goed kunnen beantwoorden.”

“Bij dit kwaliteitskader gaat het om herstelondersteunende zorg en begeleiding in brede zin, het herstel van het leven en de regie op het leven van de cliënt”

Hierdoor konden de partijen zich concentreren op het inhoudelijke gesprek: hoe zetten we het begrip kwaliteit zo neer dat er breed draagvlak voor is? “Deze aanpak leidde tot een heel prettige samenwerking. Het is een compliment aan alle partijen dat we erin zijn geslaagd om in korte tijd tot een eindproduct te komen dat door het hele veld wordt gedragen en ook al in het Register is opgenomen”, vertelt Van der Pas. “Maar vooral toch aan Valente, de Nederlandse ggz en Q Consult. De eerste twee hebben echt besloten het proces samen te doen, en daar Q Consult als penvoerder bij te betrekken.



“Het is een compliment aan alle partijen dat we erin zijn geslaagd om in korte tijd tot een eindproduct te komen dat door het hele veld wordt gedragen”

Hierdoor is het een goed vormgegeven, herhalend proces geweest om het kader te schetsen en in te vullen. Daaromheen hebben Valente en de Nederlandse ggz steeds goed contact onderhouden met alle stakeholders.”

Bijdrage aan passende zorg

Deze werkwijze leidde tot een eindproduct dat duidelijk bijdraagt aan passende zorg, stelt Van der Pas. “Als je het hebt over de vraag wat passend is in herstelondersteunende zorg en begeleiding, dan heb je het over wat de cliënt kwaliteit van leven vindt, wat daarvoor aan zorg nodig is en wat je kunt laten. Je hebt het dan dus over het bieden van de zorg waaraan de cliënt behoefte heeft. Dat is passende zorg en dit kwaliteitskader faciliteert het inhoudelijke gesprek daarover. Het is ook een handreiking voor de taal die je erbij kunt gebruiken.”

Van der Pas is trots op het eindresultaat: “Aanvankelijk dachten we dat onze betrok-

kenheid eindigde zodra het kwaliteitskader was geschreven. Maar we hebben gaandeweg besloten dat we ook een rol willen spelen in hoe het in de praktijk gebruikt gaat worden. We ondersteunen dus ook de implementatie. Het ministerie van VWS heeft toegezegd dat daarvoor subsidie beschikbaar komt, maar de partijen zetten nu al de eerste stappen in het implementatieproces.” |

Wilt u meer informatie over het kwaliteitskader *Woonzorg in de langdurige ggz* en de doorontwikkeling ervan? Download het rapport op: www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/kwaliteitskader-woonzorg-in-de-langdurige-ggz.



WAARDEVOL PROCES

“De ggz is een brede branche waarin diverse vormen van zorg worden geboden”, zegt Tara Jane Thomas, adviseur en coördinator sectornetwerk (L)VB & GGZ | B&I bij het Leger des Heils. “Als er geen eenduidig beeld is van wat kwaliteit van zorg is, kan dat leiden tot verschillende verwachtingen. De cliënt kan dan bij de ene organisatie op een andere manier kwaliteit van zorg krijgen dan bij de andere.”

Dit maakt duidelijk hoe waardevol het proces is dat is doorlopen om tot het kwaliteitskader *Woonzorg in de langdurige ggz* te komen, stelt ze. “In het proces van de totstandkoming van dit kader hebben we als sector gekeken hoe we elkaar kunnen vinden in wat we beschouwen als kwaliteit van zorg. Als je dat helder krijgt met elkaar, maak je organisaties erop aanspreekbaar. Het is niet subjectief meer, het is tastbaar gemaakt. Hierdoor kunnen we aan de cliënt uitleggen wat langdurige zorg echt anders maakt dan kortdurende zorg of crisiszorg, omdat het ook gaat over wonen en een vaste basis bieden. Dat vraagt soms andere dingen dan curatieve zorg. Langdurige ggz is heel lang een divers begrip geweest. Nu is duidelijk gemaakt wat passende zorg is voor de cliënten die binnen deze doelgroep vallen. Dat maakt voor organisaties duidelijk hoe ze passende zorg kunnen bieden, en het borgt voor cliënten een stukje van hun eigen regie in het traject van zorg.”

Generiek kompas:

Leidraad voor kwaliteit van bestaan

Het is een enorme prestatie van het veld: zeventien partijen maakten de totstandkoming mogelijk van het *Generiek kompas – samen werken aan kwaliteit van bestaan*. Dit kompas vormt het uitgangspunt voor de te leveren kwaliteit van professionele zorg, ongeacht de plek waar de zorgvrager woont. Het kompas is op 1 juli opgenomen in het Register van het Zorginstituut en vervangt de kwaliteitskaders voor verpleeghuiszorg, wijkverpleging en het addendum voor Wlz-zorg thuis.

Tekst Frank van Wijck

Beeld Jeronimus van Pelt

Twee partijen die nauw betrokken waren bij de totstandkoming van het Generiek kompas zijn de V&VN en ANBO-PCOB. We vroegen Bianca Buurman (V&VN) en Atie Schipaanboord (ANBO-PCOB) naar het belang van dit kompas.

Bianca Buurman – voorzitter V&VN:

“Dit Generiek kompas is om twee redenen belangrijk. Voorheen hadden we aparte kaders voor de wijk- en de ouderenzorg. Dit wordt steeds meer een continuüm. Er is dus een nadrukkelijke behoefte om de cliënt over de tijd te kunnen volgen en dat is ook de basis van dit Generiek kompas. Daarom is bij de totstandkoming gewerkt met een breed samengestelde groep, waarin ook de specialisten ouderenzorg, de ouderenzorgorganisaties en het sociale domein een rol hadden. Daarnaast is het Generiek kompas belangrijk omdat het aandacht vraagt voor het voorbereiden op het ouder worden. Dit vraagt om een netwerk waarin de oudere en diens mantelzorg, plus de informele en de formele zorg met elkaar verbonden zijn. Het is een goede ontwikkeling dat er nu veel meer aandacht is voor de maatschappelijke

context van het ouder worden. Een prachtig voorbeeld hiervan is Oude Haven in Rotterdam, waar de inwoners zelf heel concreet invulling hieraan geven.

Bianca Buurman:
“Het is goed dat er nu veel meer aandacht is voor de maatschappelijke context van het ouder worden”

Het Generiek kompas staat op verschillende punten stil bij het belang om de zeggenschap en positie van de zorgprofessionals te vergroten. Er is echt gekeken naar hoe je vanuit vertrouwen de zorg kunt inrichten, om de regeldruk te verminderen en kwaliteit van bestaan te vergroten. Een voorbeeld is dat je valincidenten kunt registreren, maar de onderliggende vraag gaat over de balans tussen veiligheid en vrijheid. De aandacht voor externe verantwoording wordt minder, we vragen juist ruimte voor leren en ontwikkelen op basis van wat zich in de praktijk in een

DOORZETTINGSMACHT ZORGINSTITUUT

Bij de totstandkoming van het Generiek kompas heeft de Raad van Bestuur van het Zorginstituut doorzettingsmacht ingezet op het onderdeel ‘implementatieplan’; dit bleek onvoldoende concreet te zijn. De RvB vroeg de Kwaliteitsraad de zeventien betrokken partijen te ondersteunen in het concretiseren van dit implementatieplan. Met succes: de RvB heeft het kompas inclusief implementatieplan goedgekeurd, waarna het op 1 juli in het Register is opgenomen. De partijen werken inmiddels hard aan de implementatie.

Floortje Scheepers, lid van de Kwaliteitsraad: “Als Kwaliteitsraad zijn we trots dat zo veel partijen met elkaar afspraken hebben gemaakt om richting te geven aan de beweging naar passende zorg voor mensen met een brede ondersteuningsvraag thuis, in de wijk of in het verpleeghuis. Het Generiek kompas biedt ruimte om op een andere manier naar kwaliteit te kijken, de zorg en ondersteuning rond de cliënt vorm te geven en met elkaar cyclisch te leren en te verbeteren. De Kwaliteitsraad blijft betrokken bij de uitvoering en stemt met de partijen af of na de eerste evaluaties verbeteringen nodig zijn.”



Atie Schipaanboord: “De zeventien partijen hadden met elkaar de wil om de cliënt en mantelzorg leidend te laten zijn”

team voordoet. Daar wordt nu echt anders naar gekeken en het Generiek kompas volgt deze ontwikkeling. Een ander punt heeft betrekking op de samenstelling van teams. Twee professionals op acht bewoners is soms, als het gaat om ouderen met grote gedragsproblemen, te weinig. Maar het kan ook meer zijn dan nodig is. Dus het is zaak om als verpleegkundige adviesraad en teams te kijken naar wat vanuit de praktijk belangrijk is. Welke zorgvraag heeft de cliënt en welke deskundigheid vraagt dat? Dat moet leidend worden. De norm is niet per se het enige uitgangspunt. Het versterken van de zeggenschap van de professionals is nog wel iets dat we de komende jaren verder moeten ondersteunen. Het is dus goed dat dit Generiek kompas hieraan richting geeft.”

Atie Schipaanboord – hoofd belangenbehartiging en advies ANBO-PCOB:

“De ontwikkeling rond de ouder wordende bevolking laat zien hoe belangrijk de totstandkoming van dit kompas was. Natuurlijk hopen we dat deze mensen vitaal en zelf-

redzaam blijven. Maar het ligt voor de hand dat zij een zorgvraag ontwikkelen, en het aanbod van zorg wordt schaars. Professionals moeten dus conform hun standaarden en op basis van eigen afweging met de cliënt en mantelzorg de ruimte krijgen om tot een optimale inzet van de beschikbare middelen te komen. Voorwaarde hiervoor is een uitgebreid startgesprek over de context van de cliënt en de wensen en behoeften. De kracht van het kompas is dat het richtinggevend is voor dit gesprek en ruimte geeft voor samenwerking met andere domeinen dan de zorg. Veel vragen die beginnen als een medische vraag hebben immers ook een sociale component. Daarom is het belangrijk dat het sociale domein een speler in het veld is geworden. Net als de naasten en de mantelzorg; ook zij moeten een stevige plek krijgen in het proces. Onder het kompas zitten duidelijke pijlers die de kracht ervan bepalen en die zijn allemaal van even groot belang. Daarom is het zo mooi dat we met al die zeventien partijen dit verhaal hebben geschreven. Dat dit gelukt is, is te danken

aan het feit dat we met elkaar de wil hadden om de cliënt en mantelzorg leidend te laten zijn. Natuurlijk begint het hiermee pas, want de uitwerking en vervolgens de uitvoering moeten nog beginnen. We gaan nu een veranderproces in en elke verandering doet pijn. Daarmee moeten we rekening houden. Dus moeten we open staan naar elkaar, in gesprek blijven, fouten durven maken en kritiek kunnen accepteren als basis om van te leren. Ook de cliënt moet open staan voor het gesprek - en voor het gegeven dat bepaalde dingen niet meer zullen kunnen. Dan kun je met elkaar de beoogde verandering inzetten. Voor alle betrokkenen is het belangrijk te beseffen dat dit proces niet vrijblijvend is. Het gesprek leidt tot een zorgplan dat moet worden uitgevoerd en dat kan worden bijgesteld als het nodig is. We moeten elkaar er scherp op houden dat het tot passende zorg leidt en tot behoud van levenskwaliteit.”

Feiten & Cijfers

4,8 miljoen mensen

gaven in 2023 toestemming voor orgaandonatie. Dat is 1 miljoen meer dan in 2020, toen de Donorwet inging. Het aantal mensen dat géén toestemming gaf voor orgaandonatie steeg van 2,3 miljoen in 2020 naar 4,3 miljoen in 2023.

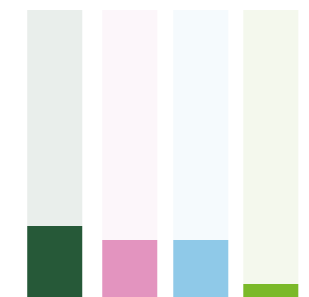
BRON: DONORREGISTER, CBS

52.000 vacatures stonden medio 2024 open in de zorg en welzijn. Dat is 15% meer dan begin dit jaar.

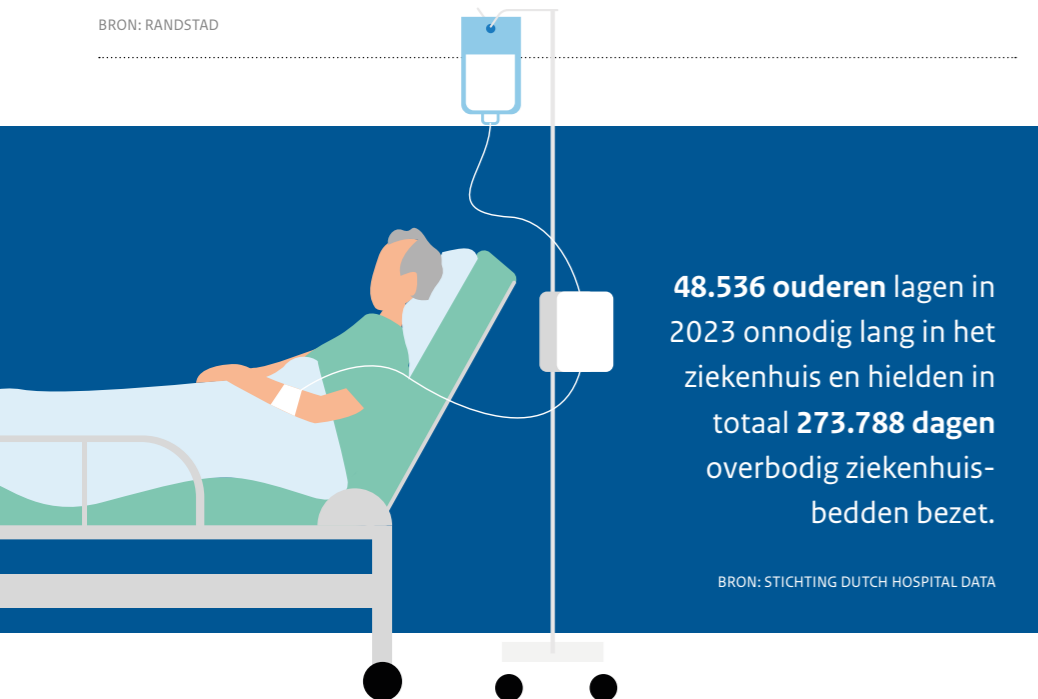
Grootste stijgers:

- verzorgenden (met name thuiszorg): 25%
- medewerkers kinderopvang: 25%
- maatschappelijke werkers: 20%
- verpleegkundigen: 5%

Van de 52.000 vacatures zijn er circa 30.000 in de *cure* en 22.000 in de *care*.



BRON: RANDSTAD



48.536 ouderen lagen in 2023 onnodig lang in het ziekenhuis en hielden in totaal **273.788 dagen** overbodig ziekenhuisbedden bezet.

BRON: STICHTING DUTCH HOSPITAL DATA

Bijna **1,2 miljoen mensen** met diabetes telde ons land in 2022. Van hen hadden ruim 108.000 mensen diabetes type 1 en ruim 1 miljoen mensen type 2.

BRON: NIVEL

Zorgprofessionals verdienen **€ 1.800 bruto per jaar minder** dan werknemers met een vergelijkbare opleiding in een andere sector. Het verschil met ambtenaren is **€ 2.100 bruto per jaar**. De achterstand is het grootst in de jeugdzorg en het sociaal werk.

BRON: VWS



13,1 miljoen mensen

gingen in 2023 in totaal **74.898.729** keer voor een consult naar de huisarts. Dit kostte in totaal **€ 873,5 miljoen**. Meer cijfers:

- 55,5% van de consulten duurde tussen de 5 en 10 minuten
- 28,8% duurde korter dan 5 minuten
- 15,8% duurde langer dan 20 minuten
- 53,4% van de huisartsbezoekers was vrouw (7 miljoen tegenover 6,1 miljoen mannen).
- De gemiddelde leeftijd van de huisartsbezoekers was 44,5 jaar.

BRON: ZORGINSTITUUT

In 2023 maakten **555.848 volwassenen** en **49.002 kinderen** gebruik van wijkverpleging. De gemiddelde leeftijd van volwassen gebruikers was vorig jaar 75,7 jaar.

BRON: ZORGINSTITUUT

27% van de verzorgenden in verpleeghuizen en thuiszorg overweegt te stoppen met hun werk.

BRON: TVV VOOR VERZORGENDEN



4,8 kilometer

moeten Nederlanders gemiddeld afleggen van huis naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis of een buitenpoli, gemeten over de autoweg. Dat is 400 meter minder dan in 2008.

BRON: CBS

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



“Onze gasten zoeken een luisterend oor zonder dat er op de klok gekeken wordt, zoals in het spreekuur van de arts”

De stelling van Sonja Robben

“Patiënten met kanker hebben ook behoefte aan een plek waar ze niet worden gemedicaliseerd”

Informeel psychosociale zorg is van grote steun voor patiënten met kanker en hun dierbaren. Dat blijkt uit internationaal onderzoek. Toch verwijst de tweede lijn deze mensen nog onvoldoende door naar de zogenaamde IPSO centra (voorheen inloophuizen voor mensen met kanker). Ondertussen weten deze centra jaarlijks zo'n 200.000 consulten te voorkomen. De economische baten lopen op tot 30 miljoen euro. Die optelsom kan maar tot één conclusie leiden, stelt Sonja Robben, directeur van brancheorganisatie IPSO: erken informeel psychosociale zorg als integraal onderdeel van de zorg. En: lever financiële ondersteuning voor de langere termijn.

Tekst Robert van der Broek
Beeld Rogier Chang

“IPSO centra zijn inloophuizen waar mensen die geraakt zijn door kanker zonder afspraak terecht kunnen. Ook hun familie is daar welkom. We hebben honderd locaties die worden gerund door vrijwilligers. Zij hebben vaak zelf te maken gehad met kanker, of ze zijn werkzaam geweest in de zorg. We organiseren ook activiteiten, maar als je dat niet wilt hoeft je daar niet aan mee te doen. Een van onze gasten schildert elke week met een groep van twaalf. Ze doet ook wel mee aan wandeltochten of een dansworkshop. Ze zei me: ‘Ik voel me hier altijd welkom, alsof ik een huiskamer binnenstap. Het gevoel dat de anderen er voor mij zijn als ik ze nodig heb, is onbetaalbaar.’ Vaak moeten mensen eerst even een drempel over. Ook deze vrouw. Ze fietste wel honderd keer langs het IPSO centrum voordat ze er naar binnen durfde te gaan. Op aanraden van haar man. En daar is ze hem nog steeds dankbaar voor.”

Complexe gevoelens

“Als er kanker is gediagnosticeerd, vinden veel mensen in de eerste plaats warmte en steun bij hun eigen gezin. Maar er is vaak ook behoefte om met mensen te praten die hetzelfde is overkomen. In een IPSO centrum kan iemand zich echt blootgeven zonder het gevoel te hebben een ander tot last te zijn. Al is het maar voor een paar uurtjes in de week. Wat we ook wel horen, is dat mensen daar hun emoties de vrije loop kunnen laten, zodat ze thuis weer hun vertrouwde rol als vader of moeder kunnen innemen. Dat zijn complexe gevoelens, die heel begrijpelijk zijn, maar ze zijn niet altijd herkenbaar voor de directe omgeving. Vooral als je ‘schoon’ bent verklaard, verwacht men dat je het oude leven direct weer oppakt. Het is lief dat je dierbaren je na je laatste behandeling bij het verlaten van het ziekenhuis opwachten met ballonnen. Ze gaan ervan uit dat je weer de oude bent. Maar voor jou voelt dat niet zo. Zelfs als je genezen →

Sonja Robben (62) is sinds 2014 directeur-bestuurder van Stichting IPSO en is gecertificeerd toezicht-houder. Eerder vervulde ze bestuursfuncties bij Wegwijzer bij Kanker, International Lifesaving Federation, Reddingsbrigade Nederland en het Ronald McDonald Centre.



“Psychosociale zorg is even belangrijk als medische zorg. Maar nazorg en emotionele ondersteuning zijn een blinde vlek”

bent verklaard, ben je niet dezelfde persoon als vóór de diagnose. En dan die onzekerheid: wat als de kanker terugkomt? Iedereen die met kanker te maken krijgt maakt een rouwproces door.”

Integrale zorg

“Psychosociale zorg is even belangrijk als medische zorg. Maar nazorg en emotionele ondersteuning zijn een blinde vlek. Ziekenhuizen zijn nog heel curatief ingesteld, het doel is ingrijpen om te genezen. We zouden willen dat specialisten en verpleegkundigen structureel naar de IPSO centra verwijzen. Slechts 10 procent doet dat. Vaak is het onbekendheid, tijdgebrek of de waan van de dag, soms speelt wantrouwen een rol. Onterecht. Wij gaan niet op de stoel van de dokter zitten. Wij bieden psychosociale hulp bij klachten waar het ziekenhuis geen antwoord op heeft, vaak door een gebrek aan tijd. IPSO werkt al jaren samen met patiëntenverenigingen. Waarom schuiven we niet vaker aan bij de specialist en zijn patiënt? Dat is samen beslissen! Het is nu vaak zo dat de patiënt naar

huis gaat met slecht nieuws en er dan wekenlang alleen voor staat, tot hij weer terug moet komen. Informele zorg kan dat vanaf dag één voorkomen. Er zijn wel degelijk medisch specialisten die dat erkennen en een bruggenbouwer willen zijn. Máár, zeggen ze dan, ‘dan moet er aan de overkant van de brug wel iets zijn.’ Blijkbaar zijn ze er niet van overtuigd dat wij de capaciteit en de middelen hebben om hen structureel te ondersteunen.”

Onbenut potentieel

“De praktijk wijst uit dat medisch-specialistische zorg ten koste gaat van psychosociale zorg. Zolang wij geen vaste bekostigingsstructuur hebben, zal dat zo blijven. Ondertussen is er dubbele vergrijzing, neemt de kennis van oncologische behandelingen toe en slaat palliatieve medicatie steeds beter aan. Die ontwikkelingen zullen de druk op de tweede lijn opvoeren. IPSO centra kunnen de formele zorg enorm ontlasten. Dat is echt een onbenut potentieel. Uit onderzoek van Ecorys¹ blijkt dat patiënten door een bezoek aan een IPSO centrum jaarlijks 8 tot

“Slechts 10 procent van de specialisten en verpleegkundigen verwijst structureel naar de IPSO centra”

11 miljoen euro besparen aan vermeden zorgconsulten. Dat zijn 150.000 tot 200.000 bezoeken per jaar! Uit het onderzoek blijkt ook dat IPSO een positief effect heeft op de terugkeer naar werk. Dit effect kan oplopen tot 30 miljoen euro per jaar – en dan zijn die cijfers nog maar een voorzichtige raming. Er is geen beter moment om deze informele zorg in te bedden in het zorgpad. Het is een simpele optelsom. Je moet nu iets doen aan wat er op je afkomt. Het chronische gebrek aan capaciteit is onhoudbaar. We moeten de zorg echt structureel hervormen. IPSO kan daarbij helpen.”

Niet medicaliseren

“Onze gasten zoeken een luisterend oor zonder dat er op de klok gekeken wordt, zoals tijdens het spreekuur van de arts. Ze willen praten over wat hen bezighoudt, samen met lotgenoten of met een vrijwilliger die de tijd neemt. De formele zorg verwijst snel door naar een psycholoog of rouwtherapeut, maar patiënten hebben ook behoefte aan een omgeving waarin ze niet worden gemedicaliseerd, om nog maar te zwijgen van de wachttijden. Toegegeven, niet medicaliseren kan een valkuil zijn voor onze vrijwilligers die zelf in de zorg hebben gewerkt. Maar wij zijn er voor geestelijke verzorging. Daar wijzen we hen op in onze driedaagse training. Het gaat erom dat de gast zich vrij voelt om te doen wat hij of zij wil. Dat geeft de rust om tot zichzelf te komen, de ziekte een plek te geven en om afleiding te zoeken. Echt passende zorg dus. In een IPSO centrum ben je onder gelijkgestemden. Ik heb meegeemaakt dat een groep rond de tafel moppen zat te tappen, als in een bruine kroeg. Er werd enorm gelachen. Dat maakt een IPSO centrum zo waardevol; je kunt er even ontsnappen aan de waan van de dag.”



Vaste financiering

“Onze gasten waarderen IPSO met een rapportcijfer van 8 of hoger². De meerderheid voelt zich energiever door het bezoek aan een IPSO centrum. Ruim driekwart geeft aan dat het centrum bijdraagt aan de kwaliteit van hun leven. In totaal ervaart 84 procent van de bezoekers een positief effect in het dagelijks functioneren en 86 procent zegt dat het hen heeft geholpen om hun leven weer op te pakken. Die cijfers liegen er niet om. Wij willen nu toe naar een vaste financieringsvorm zodat we de hausse aan patiënten die er nog aan komt, beter kunnen opvangen. Onze financiers zijn KWF Kankerbestrijding, Roparun en de Postcode Loterij. We zijn echt afhankelijk van hun steun. Voor duurzame investeringen bieden die giften onvoldoende garanties. Het zou enorm helpen als de politiek en de zorgverzekeraars onze psychosociale zorg vergoeden. We denken ook aan een beschikbaarheidsbijdrage van de overheid, zoals de huisartsen die ook hebben. Dat biedt ons de mogelijkheid om vooruit te plannen en niet elk kwartaal onze zegeningen te hoeven tellen.”

Vraag en aanbod

“IPSO werkt aan een ‘Kwaliteitsprincipe informele zorg’ dat eind 2025 klaar moet zijn. Met die kwaliteitsstandaard willen we de organisatiestructuur borgen van onze 4.500 vrijwilligers en betaalde coördinatoren. We houden ook een registratie bij om erachter te komen wie onze gasten zijn en waar ze behoefte aan hebben. Met die informatie kunnen we het aanbod nog beter op de vraag afstemmen. De meeste gasten zijn vrouw en ouder dan vijftig jaar. Maar ook mannen weten onze centra steeds beter te vinden. We bieden ook activiteiten voor kinderen en jongvolwassenen. Het is de bedoeling dat iedereen zich bij IPSO welkom voelt, ongeacht leeftijd of diagnose. Laatst was ik op bezoek bij PISA, een van onze centra in Hoorn. Daar zag ik een man buiten wachten. Hij vertelde dat hij de ‘chauffeur’ was van zijn vrouw. Toen ik hem vroeg: ‘Hoe gaat het met?’ begon hij gelijk over de gezondheid van zijn vrouw. ‘Maar hoe gaat het nou met ú?’, vroeg ik nogmaals. Hij keek me verbaasd aan en zei: ‘Dat heeft nog niemand aan mij gevraagd!’ Voor mij was die ontmoeting het bewijs dat we met passende zorg nog veel winst kunnen behalen.” |

¹ Maatschappelijke businesscase informele psychosociale zorg bij kanker – Onderzoek naar de maatschappelijke waarde van informele psychosociale zorg bij kanker, Ecorys, 22 januari 2024

² Effectonderzoek / De maatschappelijke waarde van IPSO inloophuizen, Sinzer en KWF Kankerbestrijding, december 2018

Passende zorg versnellen in de praktijk

Het Integraal Zorgakkoord (IZA) heeft ‘passende zorg’ leidend gemaakt. Er staan afspraken in om de beweging naar passende zorg te versnellen. Eén daarvan is dat het Zorginstituut goede voorbeelden van passende zorgpraktijken verzamelt en deelt, om daarvan te leren zodat er sneller meer passende zorg geleverd kan worden. Het Zorginstituut werkt binnen het programma ‘Passende zorgpraktijken’ met patiënten, zorgaanbieders, zorgverleners, zorgverzekeraars, koepelorganisaties en overheidspartijen om dit te realiseren. Een van de passende zorgpraktijken is ‘Passend Behandelplan’ van het UMC Groningen, bedoeld om samen beslissen in de oncologische zorg te implementeren.

Tekst Frank van Wijck

Beeld De Beeldredactie | Siese Veenstra

Chirurg Barbara van Leeuwen zocht al vijftien jaar naar manieren om tot passende zorg te komen: beter voorspellen bij welke patiënten met kanker een behandeling wel of niet tot een positief resultaat zou leiden. Waarom lukte het zo lang niet om dit in de zorgpraktijk in te bedden? “De zorg was heel lang gericht op genezen en overleven. Daaromheen is een hele industrie gebouwd.

Ook de scholing is erop gebaseerd. Maar als je te vaak wordt geconfronteerd met teleurstellende uitkomsten van behandelingen, ga je toch vraagtekens plaatsen.”

Van Leeuwen:
“De patiënt heeft een aandeel in het besluitvormingsproces. Dit leidt tot een behandeling die beter bij de patiënt past en tot een betere kwaliteit van leven”

Vandaar dat Van Leeuwen op zoek ging naar een instrument om het succes van een kankerbehandeling te kunnen voorspellen. “Maar ondanks dat ik daar onderzoek naar deed, zag ik in de praktijk niets veranderen. Wel zagen we een toename van het aantal oudere mensen met kanker.” Dat gaf extra urgentie om over dat voorspellende instrument na te denken. “Het kwam dus niet door het IZA, want ik was er al veel eerder mee bezig. Ook al ver voordat de term ‘passende zorg’ zo op de voorgrond kwam te staan.”

Wat doet ertoe voor de patiënt?

De vraag ‘Wat doet ertoe voor de patiënt?’ bood de opening waarnaar Van Leeuwen op zoek was. Senioronderzoeker en verpleegkundige Hanneke van der Wal-Huisman: “Die vraag werd wel degelijk gesteld, door de verpleegkundige. Die sprak met de patiënt over diens fysieke functioneren, kwetsbaarheid en sociale netwerk. Maar die informatie kwam niet bij de behandelaar.”

Toen Van Leeuwen dit eenmaal wist, was snel de basis gelegd voor het passend behandel-

plan, dat in de eerste plaats in de praktijk is gebracht voor de chirurgische behandeling bij kanker. “Hierin wegen we drie aspecten”, vertelt Van der Wal: “Wat is technisch mogelijk, wat is de context van de patiënt, en wat wil de patiënt en waarom doet dat ertoe? De verpleegkundigen zijn geschoold om met de patiënt en diens naaste in gesprek te gaan. De opbrengst van dat gesprek wordt meegenomen in het multidisciplinair overleg (MDO). Traditioneel is het MDO een technisch overleg, waar de verpleegkundige er normaal gesproken niet bij zit om namens de patiënt input te geven over wat die wil en wat voor hem of haar van waarde is. Maar dat is dus juist wat we in het kader van het passend behandelplan wel zijn gaan doen.”

Andere keuzes

Nu het patiëntperspectief een plaats heeft in het MDO ontstaan andere keuzes in het



Barbara van Leeuwen (l.) en Hanneke van der Wal

Van der Wal:
“Het passend behandelplan is te kopiëren naar elke behandeling”

gesprek dat de chirurg vervolgens met de patiënt heeft om de behandelopties te bespreken, stelt Van Leeuwen: “De patiënt heeft een aandeel in het besluitvormingsproces. Dit leidt tot een behandeling die beter bij de patiënt past en daarmee tot een betere kwaliteit van leven. Het proces geeft mij als chirurg handvatten in de twijfel die ik soms toch voel als ik met de patiënt tot een besluit moet komen. Je doet de patiënt zo geen onnodige schade aan.” Het passend behandelplan is volgens beiden bij uitstek een voorbeeld van passende zorg. Van der Wal: “Het is te kopiëren naar elke behandeling. De afweging (past die behandeling bij je als patiënt en welke winst gaat het je geven?) is ongeacht de aandoening altijd hetzelfde.” De belangstelling voor het model is groot, zegt Van Leeuwen: “We zijn daarom blij dat het Zorginstituut het als voorbeeld wilde gebruiken in het kader van zijn programma ‘Passende zorgpraktijken’. Via het IZA heeft het Zorginstituut de opdracht de bestuurlijke partijen bij elkaar te brengen. Hierdoor krijgt ons voorbeeld de urgentie die het verdient.”

Het programma ‘Passende zorgpraktijken’

“Het doel van het programma ‘Passende zorgpraktijken’ is het in de praktijk versnellen van passende zorg”, zegt Maarten de Haan, programmamanager bij het Zorginstituut. “De urgentie hiervan is duidelijk. Enerzijds is er de maatschappelijke opgave: zonder de toepassing van passende zorg gaan we het dreigende zorginfarct niet oplossen. Anderzijds zijn er al best veel passende zorginitiatieven in de praktijk, maar is het lastig om deze te verspreiden zodat we ervan kunnen leren. Hiervoor is dus een extra stimulans nodig.”

Het programma ‘Passende zorgpraktijken’ is met nadruk geen programma van het Zorginstituut, maar van de gezamenlijke IZA-partijen, stelt De Haan: “We hebben als Zorginstituut een inspirerende rol door goede

voorbeelden te verzamelen en te delen. Ook hebben we een faciliterende rol: we halen de geleerde lessen uit de praktijkvoorbeelden op, verspreiden deze en vertalen ze samen met partijen naar actie. Tot slot hebben we de rol van aanjager: we monitoren dat die acties daadwerkelijk plaatsvinden en geven dit terug aan de IZA-partijen.”

Eind 2023 zijn de eerste passende zorgpraktijken opgehaald. Op basis daarvan heeft het Bestuurlijk Overleg IZA vijf praktijken als koplopers aangewezen. Gekozen is voor een thematische aanpak om de onderliggende thema’s daaruit op te halen. Gezamenlijke besluitvorming is het eerste thema. Een bijeenkomst in juni vormde de bestuurlijke kick-off. Tijdens een tweede bijeenkomst in

juli is inhoudelijk met partijen op het thema ingegaan. “Samen hebben we flinke stappen gezet”, zegt De Haan. “In het najaar komen we met de eerste resultaten, waaronder een leidraad voor de contractering van samen beslissen voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Daarna volgt een breder opschalingsplan met concrete activiteiten voor partijen.”

De Haan noemt het passend behandelplan van het UMC Groningen een heel mooi voorbeeld van een passende zorgpraktijk: “De organisatie, de professionals en de zorgverzekeraars zijn echt over hun eigen schaduw heen gesprongen. Het is een mooie bouwsteen voor andere organisaties om deze stap ook te zetten.”

“Samenwerking met sociaal domein is voorwaarde voor effectievere hart- en vaatzorg. Maar hoe?”

Voor lang niet alle gezondheidsproblemen ligt de oplossing in het medische domein. Soms heeft iemand meer baat bij begeleiding en ondersteuning vanuit het sociale domein. Dat vraagt nauwe samenwerking tussen de twee domeinen, maar onbekendheid met elkaars werkwijzen en verschillen in taalgebruik bemoeilijken dat. Die verschillen moeten overbrugd worden. Hoe doen we dat? En ligt hier een taak voor het Zorginstituut? Geconfronteerd met deze vragen deed ons projectteam van het Passende zorgsignalement *Hart voor Vaten* onlangs een eerste verkenning. Projectleider Albertine van Diepen vertelt tot welke inzichten deze zoektocht heeft geleid.

Tekst Edith Bijl

Beeld Zorginstituut

“Aanleiding voor de verkenning was het vorig jaar gepubliceerde Passende zorgsignalement *Hart voor Vaten*. Daarin concludeerden we dat toekomstbestendige hart- en vaatzorg alleen haalbaar is als we de risico’s op het ontstaan van hart- en vaatziekten kunnen beteugelen. Mensen met een licht tot matig verhoogde kans op hart- en vaatziekten zijn (nog) niet ziek, maar worden door die verhoogde kans vaak wel als patiënt behandeld. Meestal hebben deze mensen hulp nodig om gezond te leven. Denk niet alleen aan gezond eten en meer bewegen, maar ook aan hulp om stressfactoren te verminderen, zoals een slechte woon- of werksituatie. Dat is het domein van gemeenten en gemeenschappen.”

In samenhang kijken wat nodig is

“Dat is natuurlijk een mooi inzicht, maar het is aan de veldpartijen om afspraken te maken hoe zij zorg en ondersteuning vormgeven en dit met elkaar afstemmen. Deze partijen zien de noodzaak hiervan vaak wel, maar de weg ernaartoe moeten zij nog maken en afleggen. Als projectteam zien we daarbij een rol voor het Zorginstituut. Want met sec het opstellen van een signalement om de hart- en vaatzorg passend en toekomstbestendig te maken, gaan we het verschil niet maken. We kunnen niet zeggen: ‘Hier stopt onze verantwoordelijkheid’. Passende zorg gaat ook over het in samenhang kijken wat nodig is. We moeten dus op het grensvlak van het medische en het sociale domein mensen adequater gaan ondersteunen. Nieuwsgierig zijn naar wat er kan en hoe

dat zich verhoudt tot wat wij kennen vanuit het medische domein.”

Andere wereld, andere taal

“We zijn daarom op verkenningstocht gegaan naar het sociale domein. Al snel merkten we dat dat een heel andere wereld is dan de onze, met een andere manier van denken en een andere taal. Wij kunnen daar niet aankomen met termen als ‘mensen met een licht/matig verhoogd risico op hart- en vaatziekten’, of beginnen over ICD-10-aandoeningsgebieden; terminologie die wijzelf gewend zijn. Het sociaal domein denkt niet in (hart- en vaat)ziekten, daar draait het om mensen, gezonde leefomgeving, participatie, bestaanszekerheid en welzijn. En over ondersteuning in plaats van zorg.”

“We zagen ook een ongelijkheid tussen de twee domeinen: het medische domein heeft een grote organisatiekracht, structurele financieringsstromen, is sterk technologie- en kennisgedreven en heeft een hoge status. In het medische domein zijn we gewend met landelijke partijen om de tafel te zitten en is de financiering van de zorg landelijk geregeld. Het sociale domein en de Wmo daarentegen richten zich op de lokale situatie, wat daar nodig is en met mogelijkheden die de gemeente vaststelt. Dat kan per jaar en per wijk verschillen. Zodra het sociale en medische domein gaan samenwerken, wordt die ongelijkheid op zowel organisatie- als uitvoeringsniveau

“Het sociale domein denkt niet in (hart- en vaat)ziekten; daar draait het om mensen, gezonde leefomgeving, participatie, bestaanszekerheid en welzijn”

ontdekt en gevoeld; dat helpt het onderlinge vertrouwen niet en belemmert die samenwerking. Het vergroot de neiging van het medische domein om zaken naar zich toe te trekken en problemen te medicaliseren die helemaal (nog) niet medisch zijn. Een dergelijke dominantie is niet terecht en daar moeten we van af. Bijvoorbeeld door ervoor te zorgen dat de twee domeinen meer bekend raken met elkaars manier van werken en taalgebruik. Dat vergroot het onderlinge vertrouwen en maakt de overheveling van zorg of ondersteuning van het ene naar het andere domein makkelijker.”

Verschillen overbruggen

“Er worden daarin nu stappen gezet, op zowel bestuurlijk als uitvoerend niveau. Zo organiseerden het Zorginstituut en Sociaal Werk Nederland dit voorjaar een

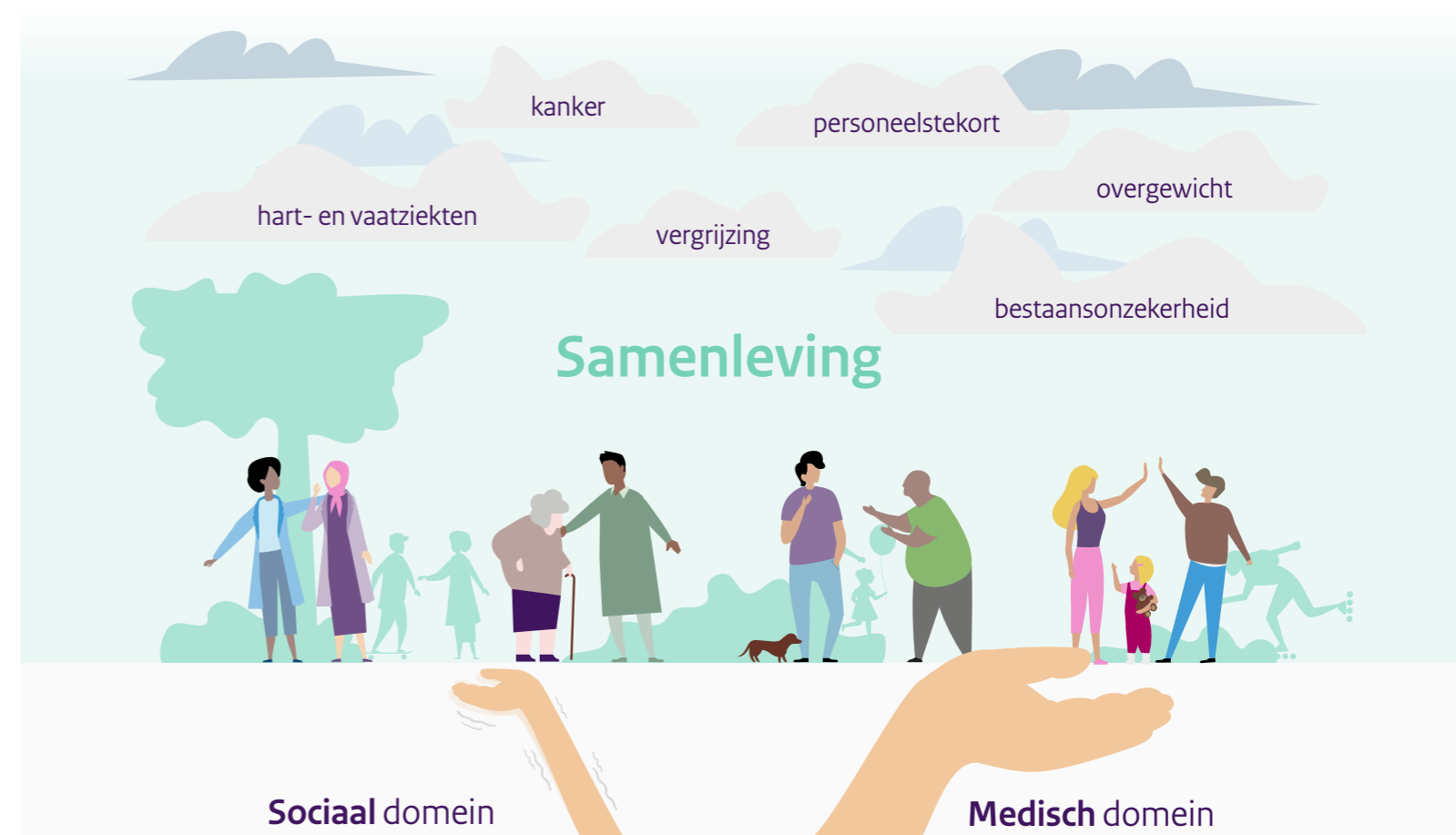
ontmoetingsdag (zie ook pagina 6 – red.). Ook spraken wij tijdens onze verkenning gemeenten waar de verschillende domeinen gezamenlijk activiteiten ondernemen en op elkaar afstemmen. Zo werkt men in Amsterdam met het landelijk uitgerolde concept ‘Welzijn op Recept’. Daarin verwijst een huisarts door naar een ‘welzijn-op-recept-coach’. Die kijkt bij welke hulp iemand het meest gebaat is, vanuit het sociale domein, medische zorg of een combinatie van beide.”

“Om tot een succesvolle domeinoverstijgende samenwerking te komen moeten we steeds weer de onderlinge verschillen overbruggen. Tijdens onze verkenning moesten we in de gesprekken met gemeenten telkens eerst die brug over en onze eigen terminologie en benaderingswijze loslaten. Dat was wennen, maar we zijn ervan

overtuigd dat we elkaars taal moeten leren begrijpen en nieuwe taal ontwikkelen om het gesprek tussen het medische en het sociale domein goed te kunnen voeren.”

Hoe verder?

“Bij passende zorg ligt de focus meer op gezondheid en minder op ziekte. In een zondere samenleving kunnen we bepaalde ziekten, zoals aan hart en vaten, voorkomen of uitstellen. Als we daarnaartoe willen, moeten we het aan de voorkant veel beter regelen. Dat besef groeit wel, maar leeft in Nederland nog steeds onvoldoende. Wellicht ligt hier een taak voor het Zorginstituut. Ons projectteam zet al in op het gesprek met andere domeinen, op basis van de inzichten die onze verkenning heeft opgeleverd. Als we als Zorginstituut op meerdere gebieden en in de volle breedte op dat gesprek inzetten, en ook andere organisaties en gemeenten oproepen hetzelfde te doen, kunnen we samen werken aan een gemeenschappelijke taal en onderling vertrouwen. Daarmee leggen we een solide basis waarop we de samenwerking tussen het medische en het sociale domein verder kunnen bouwen.”





“Dankzij tijdige en passende inzet van casemanagers dementie kunnen cliënten langer thuis blijven wonen”

Hoe pakken de adviezen, richtlijnen, handreikingen of standpunten van het Zorginstituut in de praktijk uit? In hoeverre sluit dat wat ‘aan het bureau’ is bedacht aan op de dagelijkse praktijk ‘aan het bed’? Deze keer de **duiding Casemanagement dementie in de Zvw**.

Tekst Edith Bijl

Beeld Ron Zwagemaker en De Beeldredactie | Erik van der Burgt

aan het **Bureau**

Martine Oonk is adviseur Eerstelijnszorg en preventie bij het Zorginstituut.

“Eind vorig jaar vroeg Alzheimer Nederland ons meer duidelijkheid te geven over de inzet en vergoeding van casemanagement dementie. Zij vonden de verduidelijking die op dat moment op onze website stond té algemeen voor de specifieke situatie bij dementie. Wij zijn daarop met hen en andere partijen in gesprek gegaan. Dit gesprek maakte ons duidelijk dat casemanagement dementie anders en breder is dan het algemene casemanagement dat op onze site staat beschreven. Ook overtuigden zij ons van de meerwaarde van vroege inzet van casemanagers bij mensen met beginnende dementie: casemanagers die vroeg in het ziekteproces bij mensen langsgaan kunnen de cliënt en diens naasten eerder leren kennen en een stabiel netwerk om hen heen bouwen. Waardevolle zorg dus, die volgens partijen nog te weinig werd ingezet omdat er onduidelijkheid heerste over de vergoeding ervan.

Daarop besloten we exclusief de vergoeding van casemanagement dementie vanuit de Zvw te verduidelijken. In deze nieuwe duiding, die leidend is voor specifiek casemanagement dementie, stellen we dat deze zorg al wordt vergoed vanaf de zogenoemde ‘niet-pluifase’. Ook stellen we dat een ieder die bevoegd en bekwaam is deze zorg mag leveren, dus ook een sociaal werker zorg. De nieuwe duiding sluit beter aan op de *Zorgstandaard Dementie* uit 2020 én maakt een eind aan de verwarring over vergoeding uit de Zvw dan wel de Wmo: verzekeraars kunnen niet meer verwijzen naar de Wmo omdat casemanagement vanuit de Zvw wordt vergoed als de verpleegkundige hiervoor een indicatie stelt.

De duiding maakt voor alle partijen helder hoe de zorg geregeld is. Daarmee dragen we bij aan een tijdige en passende inzet van casemanagement dementie. Cliënten kunnen hierdoor langer thuis blijven wonen.”

aan het **Bed**

Gerben Jansen is casemanager dementie in regio West-Brabant.

“Als voorzitter van de afdeling Casemanagement dementie van V&VN was ik betrokken bij de nieuwe duiding. Net als Alzheimer Nederland en de zorgverzekeraars vroeg ook de V&VN om verduidelijking op twee punten: inzet van casemanagers dementie met een achtergrond in *social work* en inzet vanaf de niet-pluifase. Het is goed dat dit nu geregeld is. Ik ervaar in de praktijk hoe fijn het is dat ons team bestaat uit mensen met zowel een verpleegkundige als *social work*-achtergrond. Wij vullen elkaar enorm aan en kunnen zo de juiste zorg en welzijn op de juiste plek leveren, ieder van ons vanuit zijn eigen expertise. Dat is waardevol en past helemaal in het plaatje van passende zorg.

Dat casemanagement dementie nu vanaf de niet-pluifase wordt vergoed vind ik ook positief. Daarmee voorkom je veel ellende, voor de casemanager zelf, de persoon met dementie en de mantelzorger. Voor de cliënt en mantelzorger is het vanzelfsprekend fijner dat zij al vroeg in het ziekteproces passende ondersteuning krijgen. En voor de casemanager levert een vroegere inzet een betere en leukere casemix op waardoor die het werk langer kan volhouden. Ook verkleint het de kans dat de casemanager in een later stadium de veel zwaardere rol van crisismanager krijgt, waardoor hij ook minder cliënten tegelijk kan ondersteunen. In tijden van personeelstekorten is dat niet wenselijk. Hoewel de tijdigere inzet van casemanagers al stond vermeld in de *Zorgstandaard Dementie*, gebeurt dat in de praktijk nog steeds weinig. Belangrijkste reden daarvoor is de angst dat een vroege inzet leidt tot hogere kosten, omdat je meer mensen nodig hebt en meer uren maakt. Dat klopt niet: een vroegere inzet van casemanagers dementie voorkomt intensieve en dure zorgconsumptie in een latere fase van het dementieproces. Zo bespaar je dus juist geld op de langere termijn.”



“We leveren zorg vanuit het welzijns- en zorgdomein. Dat is waardevol en past in het plaatje van passende zorg”

Nieuwe geneesmiddelen: wat hebben we ervoor over?

De medische wetenschap brengt steeds weer nieuwe geneesmiddelen voort. Dat is mooi, want daardoor kunnen we patiënten steeds beter helpen. Tegelijk stijgen de kosten van deze geneesmiddelen jaarlijks meer dan gemiddeld en leggen ze een steeds groter beslag op het budget voor gezondheidszorg. Waar ligt de grens? En wat is maatschappelijk aanvaardbaar? Het Zorginstituut, de Autoriteit Consument & Markt (ACM) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zoeken samen een antwoord op die vraag.

Tekst Jos Leijen
Beeld Zorginstituut



“Gemiddeld stijgen de kosten van dure geneesmiddelen jaarlijks harder dan de totale uitgaven aan medisch-specialistische zorg”, schetst Bart Broers, directeur Zorg bij de Autoriteit Consument & Markt, het probleem. Samen met Theo Hiemstra (directeur Zorg bij het Zorginstituut) en Johan Rijnveld (directeur Regulering bij de NZa) vormt hij de stuurgroep van het programma ‘Maatschappelijk Aanvaardbare Uitgaven en Prijzen van Geneesmiddelen’ (MAUG). “Het aandeel van geneesmiddelen in het ziekenhuisbudget neemt toe, net als de uitgaven aan nieuwe dure geneesmiddelen in de extramurale farmacie.”

“Die groei raakt aan de houdbaarheid van de zorg”, zegt Hiemstra. “Doordat de kosten van geneesmiddelen stijgen, kun je binnen hetzelfde budget andere dingen niet meer doen. We spreken dan van verdringing. We willen het geld daar inzetten waar het gezondheidseffect het grootst is. Ook gaat een onbeperkte stijging van de kosten van de gezondheidszorg ten koste van andere overheidsuitgaven, zoals voor onderwijs, politie en infrastructuur. Dat willen we ook niet.” Het doel van het programma MAUG is om aan de hand van een kader te kunnen bepalen wat maatschappelijk aanvaardbare uitgaven zijn voor geneesmiddelen, welke elementen dat kader bepalen en hoe we die kennis kunnen toepassen bij keuzen, bijvoorbeeld over het al dan niet vergoeden van nieuwe geneesmiddelen. Het programma moet leiden tot een advies aan de minister van Volksgezondheid over een kader om vast

te stellen welke uitgaven acceptabel zijn, inclusief aanbevelingen over hoe het kader toe te passen.

Motie Kuiken

Het programma is opgezet naar aanleiding van een motie van Tweede Kamerlid Attje Kuiken uit juli 2021, die unaniem werd aangenomen. De motie riep op tot een structureel overleg tussen Zorginstituut, ACM en NZa om te komen tot een ‘zwaarwegend beleidsadvies’ om keuzen te kunnen maken over de uitgaven voor geneesmiddelen. Die motie kwam weer voort uit een *position paper* van de NZa, *Van de dwiel naar de kraan*, waarin het probleem van de medicijnkosten werd gedeut.

Rijnveld: "We willen vooraf al duidelijk zijn: als het zoveel gaat kosten, hebben we het er dan voor over? En wanneer wel en niet?"

“De regelgeving bij geneesmiddelen is veel meer gericht op de toegankelijkheid dan op de prijs”, zegt Rijnveld. “Bij registratie wordt niet gekeken naar de prijs. De fabrikant maakt zijn vraagprijs bekend na afgifte van de handelsvergunning door de registratieautoriteit. Artsen en patiënten willen het middel dan graag proberen. Het is voor

Broers: “Het gaat erom een balans te vinden tussen kosten, baten en innovatie. De prijzen moeten hoog genoeg zijn om de innovatiekracht van fabrikanten te stimuleren, en laag genoeg om acceptabel te zijn”

de overheid lastig om in zo’n laat stadium goede afwegingen te maken. Wij willen niet wachten tot een geneesmiddel er is, maar vooraf al duidelijk zijn: als het zoveel gaat kosten, hebben we het er dan voor over? En onder welke omstandigheden wel en wanneer niet?”

In februari 2023 presenteerden Zorginstituut, ACM en NZa een gezamenlijke werkgenda voor het programma MAUG, halverwege 2023 startten ze met de uitvoering. Het programma werkt nu aan verschillende bouwstenen, legt Hiemstra uit: een onderzoek naar de marktgedragingen van farmaceutische bedrijven, een serie interviews met experts, en een onderzoek onder burgers.

Ethische vragen stellen

Het onderzoek naar marktgedragingen analyseert aan de hand van concrete voorbeelden hoe fabrikanten zich gedragen op de markt, welke factoren daarbij een rol spelen en waar deze mogelijk de prijzen opdrijven. Bijvoorbeeld door clausules in leverings-

overeenkomsten of verlenging van patenten. Hiemstra: “We zeggen niet dat fabrikanten stelselmatig regels overtreden. Het kan ook gaan om gedragingen die juridisch kloppen, maar waarbij je ethische vragen kunt stellen omdat de samenleving langer of vaker een hogere prijs betaalt dan nodig is. Als overheid maken we de regels, daarom kijken we daar ook naar.”

Voor de ontwikkeling van het kader zijn interviews gevoerd met experts vanuit verschillende achtergronden en met mensen die zich mengen in het maatschappelijke debat. Belangrijkste vraag: wat zien zij als maatschappelijk aanvaardbare uitgaven en waar hangt die aanvaardbaarheid van af? Het gaat hierbij onder meer over thema’s als effectiviteit, kosteneffectiviteit, solidariteit en redelijkheid van de prijs in vergelijking met de kosten van de fabrikant en de competitie in de markt.

“Tot slot leggen we het oor te luisteren bij ‘de burger’, zegt Broers. “Wij kunnen en willen niet vanuit een ivoren toren vertellen hoe het

moet. Als je het hebt over ‘maatschappelijk aanvaardbaar’, is het heel belangrijk wat de inwoners van Nederland ervan vinden. We laten hiervoor een extern onderzoek doen. Daarbij is het belangrijk dat burgers ook de dilemma’s ervaren: als je het geld aan dit dure geneesmiddel uitgeeft en deze patiënt helpt, kun je andere patiënten niet helpen. En als je die toch wilt helpen, moet je ergens anders bezuinigen. Er is geen gratis bier.”

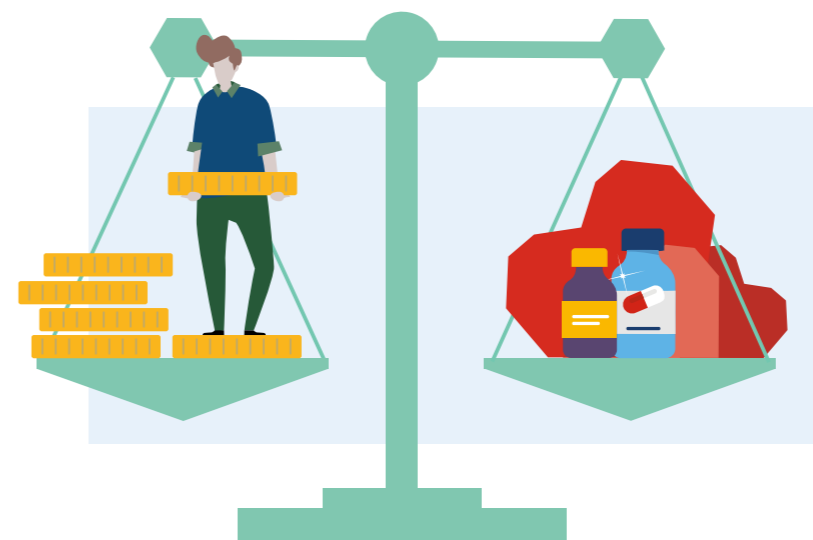
Unieke samenwerking

Het afgelopen jaar is vooral gebruikt voor voorbereiding en starten van de drie lijnen. De stuurgroepleden ervaren het alle drie als een groot voordeel dat Zorginstituut, ACM en NZa hun krachten hierin bundelen. “Het is een unieke samenwerking”, zegt Rijnveld. “We brengen ieder ons eigen perspectief en onze eigen expertise in. We leren van elkaar en scherpen elkaar aan. Daardoor krijg je andersoortige vragen, vanuit een bredere blik.”

“We hebben het samen grondig voorbereid”, meent Hiemstra. “De drie boten van de verschillende lijnen zijn nu van de kant geduwd; we gaan de komende maanden echt aan de slag. De oorspronkelijke planning was dat er halverwege 2025 een advies zou liggen; dat wordt wellicht iets later. Het adagium ‘alleen ga je sneller, samen kom je verder’ geldt ook hier.”

Dat advies schetst een kader voor wat maatschappelijk aanvaardbare kosten voor geneesmiddelen zijn en hoe je die vaststelt. Broers: “Het gaat erom een balans te vinden tussen kosten, baten en innovatie. De prijzen moeten hoog genoeg zijn om de innovatiekracht van fabrikanten te stimuleren, en laag genoeg om acceptabel te zijn.”

Hiemstra verwacht dat er ook naar de regelgeving gekeken wordt, en naar internationale samenwerking: “Als individueel land hebben we misschien niet zoveel impact. Als we samen optrekken met andere landen, hebben we meer invloed.” Rijnveld hoopt op een maatschappelijk debat: “We moeten de samenleving meenemen. Op kleine schaal gebeurt dat in het burgeronderzoek, maar de hele maatschappij moet beseffen dat we keuzen moeten maken.”



De Culturele Apothekers schrijven voor bij...

Aanhoudende regeldruk

'Dring vóór 2025 de administratieve lasten voor hulpverleners met twee uur per week terug', luidt een afspraak in het IZA. Hoog tijd, want de regel- en verantwoordingsdruk in de zorg loopt al jaren de spuigaten uit. In alle domeinen klagen zorgmedewerkers over de verbijsterende bulk aan administratieve regels en verplichtingen. Regels die uitgaan van wantrouwen in plaats van vertrouwen in hun professionele aanpak en beoordelingsvermogen. Verplichtingen die de werkdruk huizenhoog opvoeren en de tijd beperken waarin ze goede zorg aan hun cliënten en patiënten kunnen leveren. Nou ja, het verhaal is u bekend...

Ziektebeeld

Bent u zo'n zorgverlener die het bittere water aan de lippen staat? Of bent u een beleidsmaker die als taak heeft een regelarmere zorg te realiseren? Wellicht ziet u met al die goedbedoelde regelverminderende initiatieven – werkgroep en notitie zus, pilot en *good practice* zo – door de vele bomen nog altijd het rustgevende bos niet. Of dreigt het bureaucratische monster ook u te verslinden, hoe hard u ook werkt aan minder papier en protocollen? Herkenbaar? Dan is het tijd voor rigoureuze maatregelen: een Bartleby-kuur.

Literaire medicatie

Hoe gaat men een overmaat aan regels te lijf? Door letterlijk te ontregelen. Niemand weet beter hoe dat moet dan de klerk uit de korte novelle *Bartleby The Scrivener* van de Amerikaanse schrijver Herman Melville. Deze klerk brengt zijn dagen door met het overschrijven van juridische teksten. We schrijven 1853

namelijk, en het kopieerapparaat (laat staan de computer) was nog lang niet in zicht. Maandenlang volgt Bartleby op kantoor gehoorzaam de opdrachten op die zijn baas hem geeft. Regel na regel na regel schrijft hij netjes over, zoals hij geacht wordt te doen. Maar dan knapt er iets: op een dag reageert hij met één simpel zinnetje: "I'd rather not". En vanaf dan wordt dat zijn vaste antwoord bij elke opdracht: "Ik doe het liever niet."

Wat een effect heeft dit korter-dan-korte zinnetje! Proef het maar eens op uw tong: *liever niet – nee ik doe het liever niet*. Laat het zinnetje een inspiratie zijn voor uw eigen verzet tegen de regeldruk. 'Liever niet' voldoet u aan de verplichting om alles te verantwoorden. 'Liever niet' vult u een formulier in na elke zorghandeling. 'Liever niet' schrijft u het zoveelste protocol of legt u uw collega's op de vloer de zoveelste richtlijn 'Efficiënter Werken' voor.

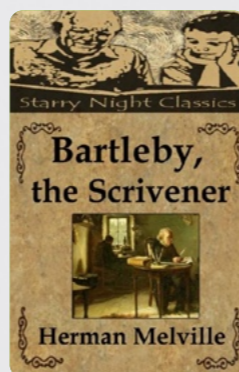
Voedingssupplement

Natuurlijk bedenkt u als moderne professional ook – anders dan Bartleby, die vastdraait – wat u liever wél doet en aanpakt. Om te focussen op wat daarin belangrijk voor u is, raden wij u aan om telkens opnieuw deze dichtregels van Lucebert tot u te nemen:

*alles van waarde is weerloos
wordt van aanraakbaarheid rijk
en aan alles gelijk
als het hart van de tijd*

(uit het gedicht 'De zeer oude zingt', Verzamelde gedichten, De Bezige Bij, 2018)

Herman Melville -
Bartleby The Scrivener, 1853
(in Nederland recent
opnieuw verschenen als
Bartleby de klerk).



De novelle is ook gratis
te lezen op internet:



Engelse versie



Nederlandse versie



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:

Jeroen Hendrikse
Voorzitter zorgdivisie Beeld en Oncologie UMCU, radioloog en auteur

"Een van de grootste uitdagingen voor de 'zorg van morgen' is het tegengaan van het personeelstekort in de zorg. Wat kunnen organisaties doen om ook in de toekomst te beschikken over geschoolde, gemotiveerde medewerkers? Hoe bind je hen aan je organisatie? Een van de oplossingen hiervoor ligt volgens mij in het creëren van 'combifuncties'. Hierbij combineer je een zorgfunctie met een functie in bijvoorbeeld onderzoek, onderwijs, beleid of kwaliteit, op een andere afdeling of in een ander team, maar wel binnen dezelfde organisatie. De kracht van combifuncties is dat medewerkers zich op meerdere vlakken kunnen ontwikkelen en die kennis dan op meerdere plekken inzetten en delen. Omdat ze een volgende carrièrestap gewoon binnen hun eigen organisatie kunnen zetten is het voor hen aantrekkelijk om te blijven. Ook kunnen professionals in een combifunctie de kennis en ervaring, opgedaan in hun parttime zorgfunctie, inzetten in hun beleidsfunctie - en andersom. Bij het UMC Utrecht hebben we in 2024 vijftientig extra combifuncties ingericht. Zo binden we medewerkers voor langere tijd aan onze organisatie en dat is een grote meerwaarde. Combifuncties helpen de zorg bemensbaar en betaalbaar te houden, in een systeem waar meer mensen in de zorg dan aan de zorg werken. Daarmee dragen combifuncties bij aan de toekomstbestendigheid van de zorg."

Beeld De Beeldredactie | Herbert Wiggerman

"Combifuncties in de zorg helpen de zorg bemensbaar en betaalbaar te houden"

Over zorg gesproken...

“Veel mensen denken dat de zorg in Nederland overall hetzelfde is. Dat is niet zo.”

*Directeur van de Patiëntenfederatie Arthur Schellekens,
op ftm.nl (1 september 2024).*

“Als je aan het einde van een mooi leven bent gekomen, zou ik zeggen: omarm dat. Laat je dat laatste jaar niet volstoppen met medicijnen en behandelingen. Want zo wordt dat laatste jaar echt niet je gelukkigste jaar.”

*Luc Demoulin, bestuursvoorzitter van St. Antonius Ziekenhuis,
op zorgvisie.nl (28 augustus 2014).*

“Zorgverleners zijn niet alleen professionals, maar ook gewoon mensen met gevoelens, twijfels en rouwervaringen. Zij verdienen psychosociale ondersteuning.”

*Joke Roelfsema, rouwcoach en auteur,
in de Leeuwarder Courant (23 augustus 2024).*

“Iedereen in Nederland moet zich bewust zijn van de grenzen aan oncologische zorg. Het is tijd om met elkaar in gesprek te gaan over wat waardevolle zorg is.”

*Zorginstituut-voorzitter Sjaak Wijma,
op zorgvisie.nl (16 juli 2024).*

“In ziekenhuizen wordt (te) weinig gekeken naar de sociale risico's en psychische factoren die bijdragen aan het ziekteproces van een patiënt. Die wordt teruggestuurd naar dezelfde ziekmakende omgeving en krijgt niet de goede zorg.”

Sanne van Eerden, begeleider Landelijke coalitie Kansrijke start, en Eric Steegers, gynaecoloog Erasmus MC, op zorgvisie.nl (17 juli 2024).

“Wie ziek is, verandert van mens in een lijst getallen. Uitslagen, bloedwaardes, standaarddeviaties, cijfermatige verwachtingen, dat is wie je geworden bent.”

*Schrijver en columnist Roos Schlikker,
op arsenauto.nl (16 juli 2024).*

“Politici moeten een onderwerp zoals SEH's niet kapen. Zorgbestuurders en zorgprofessionals weten prima wat haalbaar en betaalbaar is.”

*Bestuursvoorzitter Pier Eringa van Gelre Ziekenhuizen,
op zorgvisie.nl (10 juli 2024).*

“Passende zorg is het eerlijke en warme antwoord op de tragedie van het leven. Natuurlijk moeten we voorkomen en genezen, maar we moeten niet doorslaan in een maakbaarheidsutopie.”

Jan Kremer, speciaal gezant passende zorg, op medischcontact.nl (8 augustus 2024).

“Het toverstafcomplex' is het misverstand dat een geestelijke zorgprofessional je in een oogwenk kan voorzien van een pasklare oplossing. Tik, tik, tik - abracadabra... U bent genezen! Zo werkt het dus niet in de ggz.”

David Steenmeijer, (jeugd)zorgmedewerker, in de nrc (13 juli 2024).