



Zorginstituut Nederland

Zorginstituut Magazine

Kwartaalblad van
Zorginstituut Nederland
december 2024



| Zorginkopers
en -verkopers
gaan samen voor
passende zorg

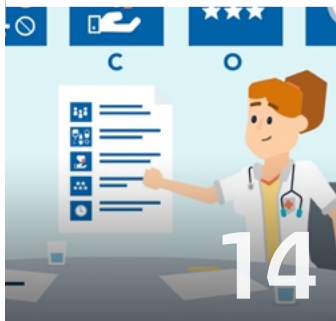
| Spreiding
maakt medisch-
specialistische
zorg toekomst-
bestendiger

Stephan Valk, speciaal gezant
Regiegroep Aanpak Regeldruk:

**"Halvering administratieve
regeldruk lost wachtlijsten
in de zorg op"**

Inhoud

- 6 Passend contracteren**
Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kiezen samen steeds vaker voor passend contracteren. Het Zorginstituut biedt hun met een handreiking en stappenplan praktische handvatten om passende zorg op te nemen in de contractering.
- 14 Geneesmiddelenbeoordeling**
Bij de beoordeling van nieuwe geneesmiddelen waren medisch specialisten al langer betrokken. Het Zorginstituut en de Federatie Medisch Specialisten hebben de rol van medisch specialisten in dit proces nu meer gestructureerd en gestroomlijnd.
- 22 Spreiding specialistische zorg**
In het IZA maakten zorgpartijen onder meer afspraken over de spreiding van minder complexe medisch-specialistische zorg. Vier ziekenhuizen laten zien hoe dat in de praktijk werkt.
- 24 AI in de huisartsenpraktijk**
In de spreekkamer van de huisarts voltrekt zich een stille revolutie. Spraakherkenning met AI neemt de arts tijdens het consult computertijd uit handen. Dat is extra tijd voor contact met de patiënt, meent huisarts Maarten Timmers.
- 28 IZO werkt aan netwerkperspectief**
Professionals in de langdurige zorg en ondersteuning besteden veel tijd aan administratie. In IZO werken zeventien partijen aan het verkorten van die administratietijd. De invulling van het netwerkperspectief is daarbij een centraal thema.



Rubrieken

- 07 Column**
Martin van der Graaff
- 10 Tien vragen aan:**
Geranne Engwirda
- 12 Literair recept van de Culturele Apothekers**
- 16 Feiten & Cijfers**
- 18 De stelling van...**
Stephan Valk, speciaal gezant Regiegroep Aanpak Regeldruk.
- 26 Aan het bureau aan het bed**
Het verkennend gesprek.
- 31 De zorg van morgen**
... volgens Tessa Roseboom, hoogleraar Vroege Ontwikkeling en Gezondheid.
- 32 Over zorg gesproken**

Dóór met passende zorg

Mark Janssen, voorzitter Zorginstituut Nederland



Voorwoord

Zo'n tien weken geleden begon ik als kersverse voorzitter bij het Zorginstituut. Ik kijk met veel plezier terug op die eerste tijd. De overdracht door Sjaak Wijma was heel waardevol. Hij voerde mij in alle onderwerpen in en introduceerde mij bij externe partijen als VWS, de FMS en de NZa. Het is leuk om te zien dat zowel de FMS als de NZa (in de persoon van Geranne Engwirda) voor deze editie geïnterviewd zijn. Dat geeft dit magazine voor mij als nieuwkomer nu al iets eigens en vertrouwds.

Dat vertrouwde voel ik zeker ook *binnen* de organisatie: ik zie een enorme drive bij mijn nieuwe collega's om een bijdrage te leveren aan het toekomstbestendig houden van zorg. Dat sterkt mij in mijn overtuiging dat de stap naar het Zorginstituut een goeie is geweest. Ik kan hier echt in de breedte werken aan alle grote uitdagingen die er liggen. Eén daarvan is onze bijdrage aan het Integraal Zorg en Welzijn Akkoord (IZWA), dat anders dan het IZA veel meer de focus heeft op welzijn, gemeente, jeugdzorg en ouderenzorg. En natuurlijk blijven we ons hard maken voor de versnelling van passende zorg, onder andere via het programma 'Passende zorgpraktijken'. De passende zorgpraktijken geven vertrouwen dat we deze grote uitdaging aankunnen. Daarvoor moeten we wel van elkaar willen leren, delen en overnemen. En we moeten het samenwerken blijven volhouden en intensiveren.

Ik vind het heel belangrijk dat we voortborduren op wat het Zorginstituut de afgelopen jaren heeft opgebouwd als het gaat om passende zorg. Natuurlijk klinken er ook kritische geluiden, maar ik vind dat we ervoor moeten waken dat we het kind niet met het badwater weggooien en met een nieuw kind beginnen. In plaats daarvan moeten we ervoor zorgen dat het kind de puberteit in kan gaan en volwassen kan worden. En laten we daarbij vooral niet blijven hangen in de discussie over de naam van dat kind. Want hoe je het ook noemt - passende zorg, zinnige zorg, waardegedreven zorg, juiste zorg op je juiste plek - uiteindelijk gaat het erom dat ieder mens warmte, hulp en ondersteuning vanuit de eigen omgeving krijgt en indien nodig de professionele zorg krijgt die nodig is om het leven te leiden dat hij of zij wenst.

Om dat doel te bereiken moeten we de burger wel mee zien te krijgen. Daarvoor is een brede maatschappelijke discussie nodig over de toekomst van de zorg en hoe we met z'n allen zorgen dat die houdbaar blijft. Misschien moeten we daarvoor eens flink uitpakken, desnoods met een avondvullend nationaal tv-evenement, om bij alle burgers in Nederland tussen de oren te krijgen dat de zorg moet veranderen en dat we hiervoor – soms pijnlijke – keuzes moeten maken. Want alleen dan kunnen we ook in de toekomst de zorg krijgen die we echt nodig hebben.

Korte berichten



Minder medicatie, zelfde effect: Zorginstituut steunt doelmatiger voorschrijven

Versillende ziekenhuizen en artsen onderzoeken of ze sommige medicijnen uit het basispakket van de zorgverzekering doelmatiger kunnen inzetten. Dat betekent voor patiënten dat met minder medicijnen hetzelfde effect wordt bereikt voor hun gezondheid. Het Zorginstituut steunt de initiatieven voor een doelmatigere inzet van medicijnen. Wel hebben we randvoorwaarden en aanbevelingen voor artsen om doelmatig voorschrijven zorgvuldig en goorloofd aan te pakken. Ziekenhuizen en artsen zetten regelmatig medicijnen anders in dan wat de fabrikant heeft geregistreerd. We noemen dat off-labelgebruik. Dit doen zij bijvoorbeeld wanneer als wetenschappelijk onderzoek aantoonst dat een andere inzet van het

medicijn doelmatiger is. Denk aan een lagere dosering, langere pauzes tussendoor, een kortere behandelduur of een andere volgorde van behandelingen. Voorwaarde is dat patiënten de best mogelijke behandeling ontvangen. Een doelmatigere inzet van medicijnen heeft grote voordelen. Patiënten worden minder vaak of minder lang behandeld en de kans op bijwerkingen is daardoor minder groot. Daarnaast hoeven sommige patiënten minder vaak naar het ziekenhuis te reizen. Het vermindert ook de werkdruk van schaars zorgpersoneel als patiënten minder vaak behandeling nodig hebben. Voor de samenleving betekent minder medicijngebruik minder zorgkosten, waardoor er meer zorgbudget overblijft voor andere zorg.

Kwaliteitsstandaard Basisgegevensset Zorg opgenomen in Register

Vorige maand is de kwaliteitsstandaard 'Uitwisseling Basisgegevensset Zorg (BgZ) tussen instellingen waar medisch-specialistische zorg wordt verleend' ingeschreven in het Register van het Zorginstituut. Dat is een belangrijke stap om patiëntgegevens veilig en zorgvuldig over te dragen tussen instellingen voor medisch-specialistische zorg. De BgZ bestaat uit de belangrijkste medische gegevens van een patiënt en geeft richting aan de elektronische uitwisseling van deze gegevens tussen zorginstellingen. Het draagt bij aan de kwaliteit, veiligheid en continuïteit van de zorg, voorkomt dat een patiënt zijn verhaal steeds opnieuw moet doen en draagt bij aan het verminderen van administratieve last en het voorkomen van fouten.

De kwaliteitsstandaard is het resultaat van een intensieve samenwerking tussen zorgaanbieders, zorgverleners, cliënt-vertegenwoordigers en zorgverzekeraars. Met het opnemen van de kwaliteitsstandaard in het Register tonen partijen het belang van het gebruik van de BgZ voor goede zorg. Het elektronisch uitwisselen van gegevens wordt wettelijk verplicht voor specifieke gegevensuitwisselingen. Dit staat in de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz). In de informatieparagraaf van de kwaliteitsstandaard spreken partijen af welke gegevens zorgverleners nodig hebben voor het leveren van goede zorg. Deze afspraken zijn het fundament van de elektronische gegevensuitwisseling.

Meer informatie?

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

Addendum verduidelijkt inzet van ouders bij kindzorg

Ouders met een ziek kind dat verpleging en verzorging nodig heeft, kunnen op twee manieren bijdragen aan deze zorg: ze kunnen een deel van de benodigde zorg vrijwillig als mantelzorg op zich nemen, of die zorg verlenen als informele zorgverlener vanuit een persoonsgebonden budget (pgb). Omdat ouders die keuze tussen mantelzorg en informeel pgb niet altijd krijgen, heeft het Zorginstituut dit verduidelijkt.

Als een ziek kind thuis verpleging en verzorging nodig heeft, inventariseert een kinderverpleegkundige welke zorg nodig is en



legt dit vast in een indicatiestelling. Deze vormt het uitgangspunt voor de hoeveelheid zorg die uit het basispakket van de zorgverzekering wordt vergoed.

Als ouders de zorg als (gedeeltelijk) mantelzorg vrijwillig zelf willen verlenen, neemt de kinderverpleegkundige die zorg niet op in de indicatie. Met het Addendum kindzorg verduidelijkt het Zorginstituut de inzet van ouders bij het indiceren van kindzorg. En hoe dat in de wet- en regelgeving van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is geregeld. Het Addendum is te vinden op onze website.

Bij pakketbeoordelingen weegt ook de 'kwaliteit van leven' mee

Afgelopen najaar publiceerde het Zorginstituut een toelichting op de manier waarop we 'kwaliteit van leven' meten en meewegen in onze pakketbeoordelingen. Bij pakketbeoordelingen kijken we of een behandeling opgenomen moet worden in het basispakket van de zorgverzekering. Daarvoor vragen we aan patiëntenorganisaties, zorgprofessionals en zorgverzekeraars wat zij belangrijke uitkomsten vinden. Vervolgens wegen we die uitkomsten mee in de beoordeling of bepaalde zorg bewezen effectief is. Een cruciaal aspect hierbij is de 'kwaliteit van leven'.

Kwaliteit van leven in de zorg gaat over de effecten van ziek zijn en van een behandeling voor een patiënt. Een behandeling kan invloed hebben op zowel iemands medische als persoonlijke situatie. Zo kan

medisch gezien de pijn minder worden. Op het persoonlijke vlak kan de patiënt gevolgen ervaren in het dagelijkse leven, in het werk, het gezin, sport en vrije tijd. We onderzoeken deze inzichten van patiënten niet zelf. Daarvoor zijn we afhankelijk van wat in wetenschappelijke studies is onderzocht. Om de kwaliteit van leven betrouwbaar te meten, worden in wetenschappelijke studies verschillende vragenlijsten gebruikt. De vragen gaan over lichamelijke gevolgen (pijn of bijwerkingen), psychische klachten (boosheid of angst) en sociale gevolgen (binnen relaties of meedoen in de maatschappij). Patiënten of hun naasten vullen de vragenlijsten in. Met de antwoorden worden scores berekend die de kwaliteit van leven weergeven.

We vinden het heel belangrijk dat gegevens over kwaliteit van leven onderdeel zijn van onze beoordelingen. Daarom sturen we in onderzoeksprogramma's aan op het verzamelen van data over de kwaliteit van leven. Die gebruiken wij dan bij onze pakketbeoordelingen.



Meer weten? Download de toelichting op www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2024/09/23/kwaliteit-van-leven-bij-pakketbeoordelingen

Korte berichten

Kleine patiënten, grote wensen: samen beslissen met kinderen



Zorgprofessionals moeten kinderen zien als kinderen, niet als patiënten. Daarbij moeten zij kinderen ook veel meer betrekken bij beslissingen die gaan over hun zorg. Die boodschap stond centraal bij de conferentie 'Samen beslissen met kinderen', die half september in NEMO plaatsvond.

Kinderen durven niet altijd zelf aan te geven dat ze willen meebeslissen. Maar ze willen wel dat hun behandeling past in hun eigen leven. Trudy van der Weijden, hoogleraar implementatie van richtlijnen en Samen beslissen in de geneeskunde, benadrukte tijdens de conferentie dat samen beslissen vraagt om een verschuiving van de focus op medische kennis en bewijs, naar focus op de wensen van het kind. De zorgvraag van een kind vraagt om meer dan alleen behandelingen: namelijk het meenemen van de persoonlijke situatie van het kind in de

opties. Dat vraagt om maatwerk per zorgvraag van een kind.

Een keuzehulp is daarbij een handige tool. Keuzehulpen visualiseren op een kindvriendelijke manier de verschillende behandelmogelijkheden en de bijbehorende gevolgen. Door samen met kinderen de keuzehulp door te nemen, begrijpen ze beter wat de verschillende opties inhouden. Zo krijgen kinderen meer eigen regie. Dat is een recht van het kind, én een investering in hun toekomst.

De conferentie was de afronding van zeven projecten die onderzoek deden naar samen beslissen met kinderen. De conferentie en de projecten zijn mogelijk gemaakt door de subsidieregeling 'Leren gebruiken van uitkomstinformatie voor Samen beslissen'. Het jaarthema van deze regeling in 2022 was 'Samen beslissen met kinderen'.

Subsidie voor UMCU-onderzoek naar behandeling hersenschade pasgeborenen

Het Zorginstituut en ZonMw verstrekken vanuit de subsidieregeling 'Veelbelovende zorg' 3,9 miljoen euro aan het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU). De subsidie is bestemd voor onderzoek naar de werking van neusdruppels met stamcellen bij pasgeborenen met hersenschade. Baby's kunnen door een herseninfarct of zuurstoftekort tijdens de bevalling ernstige hersenschade oplopen, die kan leiden tot blijvende neurologische problemen. Uit laboratoriumonderzoek van het UMCU blijkt dat de ernst van de hersenschade verminderd kan worden door mesenchymale stamcellen; dat zijn stamcellen waaruit bot-, spier- en vetcellen kunnen ontstaan. De neusdruppels met stamcellen kunnen de ontsteking in de hersenen remmen, reparatie van beschadigd hersenweefsel bevorderen en het latere motorische functioneren en leervermogen verbeteren.

Naast de subsidie hebben meerdere (inter)nationale organisaties hun steun betuigd en gedoneerd aan dit onderzoek, waardoor in totaal 5 miljoen euro beschikbaar is voor het onderzoek. Omdat baby's met deze hersenschade relatief zeldzaam zijn, is de studie alleen mogelijk dankzij een intensieve samenwerking. Het project heet iSTOP-CP en start op 1 oktober 2025 voor een periode van zes jaar. Daarna worden de onderzoeksresultaten bij het Zorginstituut ingediend. Wij gebruiken deze gegevens om te beoordelen of de behandeling bij deze patiënten vergoed kan worden uit het basispakket van de zorgverzekering.

Uitzinnige zorg

Martin van der Graaff



Ik zeg niet dat obesitas geen probleem is. Maar dat een farmabedrijf met een afslankmiddel inmiddels als 'het meest waardevolle bedrijf van Europa' wordt beschouwd, is wel een tikje zorgelijk. De aandelen van dat bedrijf (marktwaarde ruim 500 miljard euro) stegen sinds 2019 meer dan 400 procent in prijs. Naar schatting is 30 procent van de omzet van het best verkopende diabetes/afslankmedicijn cosmetisch van aard, met Musk en Kardashian als iconische boegbeelden. Het grote publiek smult van die geslaagde afslankvoorbeelden. Maar er ontstaat *collateral damage* als je financieel succes, versierd met *celebrities*, gaat verwarren met waardevolheid: farma doet te weinig aan de kwalen waarvoor ooit het begrip *unmet medical need* is gemunt, want zoiets is helaas commercieel zelden interessant.

Als innovatieve behandelingen voor minder 'waardevolle' aandoeningen uitblijven, bloeit de kwakzalverij als nooit tevoren. Om de wanhopige doch argeloze gezondheidszoeker te beschermen, bedacht professor Ernst recent een SCAM (*So-Called Alternative Medicine*)-detector. Met vijf simpele vragen kun je zorgcharlatans ontmaskeren. Spoiler: zo'n expert heeft het vaak over 'holistisch', 'de échte oorzaak aanpakken' en kan van alles genezen, van eczeem tot kanker en post-covidsyndroom. Niet dat die detector veel zal helpen, want we hebben TikTok.

TikTok promoot niet alleen kwakzalpraktijken voor onze reële *unmet needs*, maar jut ons ook op tot het perfectioneren van een gezonde

status quo. Viraal gelikete videoclipjes sporen ons aan tot plaatselijke vetverwijdering met Lemon Bottle, een injectiepreparaat vol pittige ingrediënten als bromelaine, lecithine en riboflavine. Geen zorgen, alles van geheel natuurlijke oorsprong. En pubermeisjes eten opeens brokken bijenpollen, want daar krijg je vollere borsten van. Arme bijen, met uitsterven bedreigd en nu ook nog geëxploiteerd voor de cosmetische industrie.

Dit en nog veel meer zogenaamde zorg komt allemaal in het verzekerd pakket, als het aan u en mij ligt. Ik leg dit even uit. Een tv-reporter vroeg onlangs willekeurige voorbijgangers of bepaalde behandelingen in het verzekerde pakket thuishoren. Hij begon met voor de hand liggende dingen, maar ging steeds een stapje exotischer, terwijl de ondervraagden met volle overtuiging: "Ja hoor, moet zeker in het pakket" bleven zeggen. Pas toen hij vroeg: "En concertkaartjes voor Lee Towers?" ontstond enige onzekerheid. Maar toen klaarde het gezicht van de ondervraagde op en zij zei: "...als je je daar nou beter van gaat voelen?" De vervolgvraag laat zich raden: "Vindt u dat u te veel premie betaalt voor uw zorgverzekering?" En wederom, iedereen vol overtuiging: "Jazeker, schande, niet op te brengen."

De dialoog met de burger over zinnige zorg moet dus niet alleen gaan over de kwaliteit van zorg, maar ook over onze onbeperkte zorgconsumptiedrang. Kan die misschien af en toe een onsje minder (*no pun intended*)?

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

Zorginkopers en zorgverkopers:

Samen stap voor stap naar passende zorg

Passende zorg is de aanpak om de zorg in Nederland voor iedereen houdbaar en mensgericht te houden. Er zijn al goede voorbeelden, maar het is belangrijk dat dit er veel meer worden. Wat hiervoor nodig is, is passend contracteren.

Tekst Frank van Wijck

Beeld Patricia Rehe (ANP)

Passend contracteren staat hoog op de agenda van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), VWS en het Zorginstituut. “We trekken hierin samen op”, zegt Iris Groeneveld, projectleider bij het Zorginstituut. “We verspreiden samen via dejuistezorgopdejuisteplek.nl bijvoorbeeld goede voorbeelden. Op deze website staan op de pagina over passende contractering meerdere praktijkvoorbeelden en ervaringsverhalen, informatie over bijvoorbeeld ‘wat mag wel en niet van de ACM (Autoriteit Consument & Markt)’ en concrete handvatten voor passende contractering.”

Handreiking en stappenplan

Zo plaatste het Zorginstituut de *Handreiking contracteren van gezamenlijke besluitvorming* voor zorginkopers en zorgverkopers op deze website. Deze komt voort uit het programma ‘Passende zorgpraktijken’. “Dit document biedt praktische handvatten voor hoe passende zorg kan worden opgenomen in de contractering”, zegt Groeneveld. “De handreiking gaat uit van relationeel contracteren. Daarin ligt de focus niet op onderhandeling, maar op *samenwerking* tussen de zorgverzekeraar en de zorgverlener. De partijen moeten elkaar daarvoor leren kennen en



“Passend contracteren wordt de nieuwe standaard. Het leidt tot betere toegankelijkheid tot de zorg, en het voorkomen van onnodige zorg. Daarmee bespaart het zorgkosten en menskracht”

leren vertrouwen, en gemeenschappelijke doelen stellen. Ze maken afspraken over kwaliteitsindicatoren en monitoring, en over wat te doen bij onverwachte veranderingen. De handreiking is bedoeld om het gesprek over passende contractering te vergemakkelijken en de beweging naar passende zorg te versnellen.”
Onderdeel van de handreiking is een stappenplan. “We hebben dit apart op de website gepubliceerd”, zegt Groeneveld. “Het

geeft in één oogopslag een overzicht van wat nodig is om tot passende contractering te komen.”

Succesfactoren

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars ervaren vaak knelpunten bij het contracteren van passende zorg, maar zien ook wat ervoor nodig is. “Elementen die passend contracteren vergemakkelijken, zijn een gemeenschappelijke visie en doelen, de

“Bij relationeel contracteren ligt de focus niet op onderhandeling, maar op samenwerking tussen zorgverzekeraar en zorgverlener. De partijen moeten elkaar daarvoor leren vertrouwen en gemeenschappelijke doelen stellen”

juiste mensen aan tafel en de juiste vaardigheden en competenties bij zorginkopers en zorgverkopers”, zegt Groeneveld. “Voor dat laatste is scholing belangrijk.”

Bij passende contractering hoort ook het streven naar een meerjarig contract, met ruimte voor tussentijdse aanpassingen als dat nodig is. “Dat biedt de benodigde stabiliteit om gezamenlijk te anticiperen op toekomstige uitdagingen. Dit is mooi beschreven in de whitepaper van de NZa, *Naar transformatiegerichte contracten in de zorg*.” Ook stimuleert de NZa samen beslissen via de bekostiging. Vanaf 2025 kunnen zorgaanbieders in de medisch-specialistische zorg aparte consulten samen beslissen registreren en declareren.

Groeneveld: “Het mooie hierbij is: als een patiënt minder lang wordt doorbehandeld, geeft dat ruimte voor nieuwe patiënten op de wachtlijst. Meer patiënten binnen dezelfde tijd en menskracht dus. Toegankelijker zorg en tevredener patiënten. Ook dat kan een gezamenlijke doelstelling zijn van zorgverzekeraars en zorgaanbieders, in hun proces van passende contractering.”

Vertrouwen nodig

Passend contracteren gebeurt nog te weinig. “Een langdurige en gelijkwaardige relatie met elkaar aangaan vergt vertrouwen van beide kanten”, zegt Groeneveld. “Met alleen afspraken over volume en prijs lukt dat niet. We zien nog vaak dat ziekenhuizen niet het risico willen lopen om omzet te missen. En dat zorgverzekeraars niet de handvatten hebben om minder of andere zorg in te kopen als het ziekenhuis daar niet in meegaat.”

Maar bij passend contracteren maak je samen afspraken en hoeft niet één partij te zeggen: zo gaan we het doen. Waarbij het voor het ziekenhuis wel helpt als niet alleen de twee regionaal grootste zorgverzekeraars volgens deze afspraak zorg inkopen, maar dat ook de andere hierin meegaan. “Die congruentie is nog wel een probleem”, voegt ze eraan toe.

Voorbeelden van passend contracteren

Goede voorbeelden van passend contracteren zijn er overigens wel degelijk. Maasstad Ziekenhuis en Zilveren Kruis kwamen er al mee in het nieuws. GGZ Noord-Holland-Noord en Coöperatie VGZ deelden ook hun verhaal. Zij hebben een gezamenlijke visie en een programmatische aanpak, die leidt tot

betere zorg, betere werkomstandigheden en de mogelijkheid om meer mensen te helpen. Zijn zulke voorbeelden kopieerbaar? “Ik denk in veel gevallen wel”, zegt Groeneveld. “Denk aan de stroke-unit *Without beds* van Radboudumc: diagnostiek en behandeling op de spoedeisende hulp (SEH) waarna de patiënt weer naar huis gaat. Die krijgt een noodnummer mee, waarop een gespecialiseerde verpleegkundige bereikbaar is. De dag na het ontslag van de SEH komt de patiënt naar de polikliniek voor controle en bespreking van het vervolgtraject. Deze aanpak kunnen andere ziekenhuizen ook toepassen.”

Een aandachtspunt is nog de samenwerking tussen het medische en sociale domein, een speerpunt van het IZA. “Een goed voorbeeld hiervan is ‘krachtige basiszorg’ in Utrecht Overvecht, waar relatief veel mensen beperkte gezondheidsvaardigheden hebben”, zegt Groeneveld. “Dit is een van de passende zorgpraktijken. Helaas is hier nog geen structurele financiering voor, wat passend contracteren lastig maakt. VWS, de NZa en het Zorginstituut willen financiering van domeinoverstijgende passende zorg faciliteren, zodat dit in de toekomst beter kan worden geregeld.”

Aanpak voor de toekomst

Groeneveld is ervan overtuigd dat passend contracteren de nieuwe standaard gaat worden. “Het leidt tot betere toegankelijkheid tot de zorg, en het voorkomen van onnodige zorg. Daarmee bespaart het zorgkosten en menskracht. Als ook het sociale domein beter betrokken wordt, kan er nog meer vanuit gezondheid dan vanuit ziekte worden gedacht.”

Niet alle zorgvormen zijn geschikt voor dezelfde vorm van bekostiging, geeft Groeneveld aan. “Daarom zijn de partijen ook op zoek naar andere vormen van bekostiging, zoals populatiebekostiging, gebundelde betaling, of *shared savings*. Ook die kunnen een rol spelen in het verbeteren van de toegankelijkheid tot de zorg, en dus bijdragen aan passende zorg. Daarnaast kan passende contractering ook vanuit een regionaal perspectief worden vormgegeven, uitgaand van de regioplannen. Het is zaak deze ontwikkelingen goed te volgen, en van elkaar te leren.” |



Meer informatie over passend contracteren is te vinden op: <https://www.dejuistezorgopdejuistesteplek.nl/programmas/integraal-zorgakkoord/passende-zorg/passende-contractering>

10

vragen aan

Geranne Engwirda

Tekst Edith Bijl

Beeld De Beeldredactie | Herbert Wiggerman

1 Wat is uw eerste ervaring met de gezondheidszorg?

“Die had ik op mijn negende, toen mijn amandelen werden geknipt. Eén nacht in het ziekenhuis blijven, een roesje krijgen en wakker worden in een plas bloed... het was geen positieve ervaring. Al maakten de ijsjes na afloop toch nog iets goed. Daarnaast tekenden de verhalen van mijn moeder, die in de wijkverpleging en de kraamzorg werkte, mijn eerste ervaringen met de zorg. Mede daardoor koos ik voor de zorg: ik volgde de opleiding ergotherapie. Tijdens stages kwam ik in contact met mensen die zorg nodig hadden. Ik vond dat heel indrukwekkend. De persoonlijke verhalen die ik daar meekreeg, grepen mij enorm. Dat heb ik nooit meer losgelaten.”

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

“Huisarts. Het is een heel breed vak, heel holistisch. Je bent levenslang en levensbreed met mensen op pad. Het is een divers vak, waarin je zowel praat als handelt en veel moet samenwerken in teams. Dat spreekt mij erg aan.”

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

“Als voorzitter van de NZa pleit ik voor het wettelijk vastleggen van gezond-

PERSONALIA

Geranne Engwirda studeerde ergotherapie en daarna Gezondheidswetenschappen, Beleid & Management Gezondheidszorg (BMG) aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam. Ze begon als manager heelkunde bij het Erasmus MC en werd daarna manager binnen de Financieel Economische Dienst van hetzelfde ziekenhuis. Na een dienstverband bij de Federatie van Universitair Medische Centra werd ze manager bedrijfsvoering bij een divisie van het UMC Utrecht. In 2009 werd Engwirda lid van de Raad van Bestuur van 's Heeren Loo Zorggroep en in 2015 lid van de Raad van Bestuur van het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven. Sinds dit jaar is zij bestuursvoorzitter van de NZa.

Geranne Engwirda woont met haar man in de Brabantse gemeente Meierijstad.



“De belangrijkste voorwaarde voor goede zorg is samenwerken. Dat geldt met name tussen professional en patiënt, tussen overheid en praktijk en tussen de verschillende sectoren en domeinen. In deze tijd waarin de zorgvragen zo complex zijn is samenwerken het allerbelangrijkste”

heidsdoelen. Onze belangrijkste opdracht is de betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg, waaraan we vanuit burgerperspectief invulling geven. We zien dat de zorg dat niet alleen kan oplossen; er is een brede maatschappelijke beweging nodig, gericht op de bevordering van de gezondheid van mensen en op het voorkomen dat mensen zorg nodig hebben. En áls mensen dan ziek zijn, moeten zij zoveel mogelijk zelf de regie kunnen houden over hun leven. Daar zou ik me voor inzetten als ik het voor het zeggen had. Het tweede dat ik dan graag zou willen doen is met één druk op de knop de digitalisering in de zorg verder brengen. Ik zou de beschikbaarheid van gegevens en goede gegevensuitwisseling - door zowel zorgaanbieders als leveranciers - gelijkgericht organiseren, misschien wel afdwingen.”

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

“Moeilijke vraag, want we hebben een prachtig stelsel als het gaat om de basisverzekering. De belangrijkste doorontwikkeling zit in de passendheid van zorg, zoals ook in het IZA is afgesproken. Zorg die niet aantoonbaar bijdraagt aan de gezondheid van mensen moet volgens mij uit het basispakket. Het Zorginstituut is de instantie bij uitstek die dit beoordeelt. Het is heel goed dat we hiervoor een onafhankelijke instantie hebben.”

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

“We hebben al een heel breed basispakket. We moeten alleen zorg opnemen die aantoonbaar bijdraagt aan de gezondheid, plus de zorg waarvan mensen de kosten niet zelf kunnen dragen. Zorg dus waarvoor je een verzekering nodig hebt.”

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

“Ik probeer dat eerst te verhelpen met een nachtje slapen of een beetje rust. Ik kijk ook graag op thuisarts.nl of vraag in mijn omgeving na. Als de klachten blijven, ga ik alsnog naar de huisarts.”

7 Wat is uw favoriete zorgwoord?

“Het belangrijkste zorgwoord is ‘aandacht’. Aandacht voor mensen is de kern van zorg. Vanuit die aandacht kijk je

wat mensen nodig hebben, wat bij hen past en wat zij zelf willen. Vervolgens zet je je professionaliteit in om daaraan invulling te geven, in welke vorm dan ook.”

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

“Als ik er heel erg aan toe ben maakt het me niet uit naast wie ik lig. Maar als ik nog in staat ben om een gesprek te voeren, lig ik toch echt het liefst naast mijn man. Een diepgaand gesprek is in een ziekenhuis ook niet echt mogelijk, want je wordt continu gestoord en slaapt er slecht!”

9 Wat vindt u de belangrijkste voorwaarde voor goede zorg?

“Samenwerken. Dat geldt met name tussen professional en patiënt. Zij vormen in mijn optiek ook een team. Vanuit de NZa bekeken draait het om samenwerken tussen de overheid en de praktijk. Maar ook tussen de verschillende sectoren en domeinen, binnen de eerstelijnszorg, binnen de psychiatrie. Samenwerking is ook cruciaal in multidisciplinaire teams bij complexe oncologische ingrepen. In deze tijd waarin zó veel mogelijk is en de zorgvragen zo complex zijn is samenwerken het allerbelangrijkste.”

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

“Ik hoop dat we dan stappen hebben gemaakt in onze gezondheidsdoelen en de toegankelijkheid van de zorg. Dat levensvragen zoals schuldenproblematiek niet meer in de zorg terechtkomen en dat we daarvoor met elkaar andere oplossingen hebben gevonden. Ik hoop ook dat we dan behandelingen hebben voor bepaalde ziektebeelden. En dat patiënten en de samenleving meer zicht hebben op wat de zorg voor hen kan betekenen en wat zij daarin zelf kunnen doen. Die beweging maken we nu en ik hoop dat we daarin over vijf jaar concrete resultaten hebben geboekt. De NZa, het Zorginstituut, de IGJ en VWS geven hier als ‘Team overheid’ sturing aan. Ik hoop dat dit Team overheid over vijf jaar echt steviger staat dan nu. Ik vind dat onze samenwerking met het Zorginstituut een heel cruciale as is in die samenwerking. Als we onze krachten nog meer bundelen kunnen we de zorg nog beter helpen.” |

De Culturele Apothekers schrijven voor bij...

Eindejaars-eetvrees

Dat er iets niet helemaal goed gaat met het voedselaanbod en de eetpatronen in de westerse consumptiemaatschappij, is inmiddels wel duidelijk. In 2023 had volgens het CBS maar liefst 50 procent van alle volwassen Nederlanders matig tot ernstig overgewicht. Schrikbarend. Want wie zelf last heeft van overgewicht weet hoe ongelukkig het kan maken, en hoe moeilijk het desondanks is om ervan af te komen. Bovendien moeten we vrezen voor de medische problemen en stijgende zorgdruk waartoe de aanzwellende obesitasepidemie kan leiden. Reden om met steeds meer huiver naar de jaarlijkse decemberse eetexplosie te kijken.

Ziektebeeld

Bent u zo iemand die niet goed kan aanzien dat de decembermaand in het teken staat van het eten van ongelooflijke hoeveelheden zoetigheid en vettigheid? En nam u draconische maatregelen om het tij te keren? Deed u de chocoladeletter in de ban? Pleitte u al meermaals voor 'gewoon stampot boerenkool eten met kerst', of voor caloriearme bloemkoolbiefstuk uit de airfryer met broodkruimeltopping? Dan heeft ook u het stevig te pakken: eindejaars-eetvrees.

Literaire medicatie

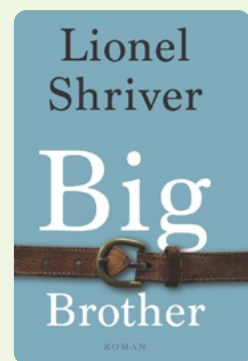
Het is aan te raden om de eetvrees niet te sterk op te laten lopen. Een gespannen, afkeurende houding ten opzichte van eten is nooit goed, aangezien niet eten geen optie is. Elke obsessie rond eten is er eentje om te vermijden.

Om dit tot in uw diepste bewustzijn door te laten dringen, raden wij u aan de roman *Big Brother* van Lionel Shriver tot u

te nemen. Hoofdpersoon Pandora heeft haar broer al tien jaar niet gezien. Op een dag staat hij voor haar deur, ongeveer drie keer zwaarder geworden. Hij zakt subiet door haar lievelingsstoel en eet zich een ongeluk. Pandora schiet ogenblikkelijk in de zorgstand. Ze gaat tot het uiterste om hem te redden van zijn morbide obesitas. Maar dat gaat wel ten koste van haar eigen gezin en levensgeluk. Wiens eetobsessie is nu eigenlijk het schadelijkst, doet dit boek je afvragen. Het biedt een welkome relativering die uw eetvrees kan helpen verminderen: zolang u of uw naasten niet door de stoel zakken, is een kerstdiner geen gevaar voor eigen leven. Genieten kan ook met mate.

Neem op 24 december ook nog even deze passages uit het gedicht 'De lof van het eten' tot u, van Jacob van Oosterwijk Bruyn (1794-1876)*:

Wat kan halen bij het eten?
 wat genoeg is zo rein,
 Zo bereikbaar voor een ieder,
 hoe verheven en hoe klein?
 Wat kan halen bij het eten?
 waar is meer een bron van vreugd,
 Die, zo duizendmaal genoten,
 telkens weêr op nieuw verheugt? [...]
 Van 't rad van 't menslik lichaam
 is het eten toch de spil;
 Als die ophoudt rond te draaien,
 staat het ganse werktuig stil.
 't Is geen onverschillige arbeid,
 't is een zaak van groot gewicht;
 't Is niet slechts een rein genoeg,
 maar het is een hoge plicht.



Lionel Shriver, *Big Brother*, Atlas Contact, 2013

* Het hele gedicht van Jacob van Oosterwijk Bruyn vindt u via deze QR-code:



Wijzigingen basispakket per 1 januari 2025

De samenstelling van het basispakket van de zorgverzekering is aan verandering onderhevig. Aan het begin van een nieuw jaar gaat er heel soms zorg uit het pakket, maar er komt veel vaker nieuwe zorg bij. Dit zijn de wijzigingen per 1 januari 2025.

Tekst Edith Bijl

Beeld Mrs Peacock

Oefentherapie vergoed voor mensen met ernstige reumatoïde artritis

Vanaf 2025 krijgen mensen die lijden aan zware reumatoïde artritis oefentherapie vergoed vanuit het basispakket. De vergoeding betreft alle behandelingen en geldt alleen voor mensen met ernstig functionele beperkingen. Voor deze zorg kunnen zij terecht bij een fysiotherapeut of een oefentherapeut.

Oefentherapie vergoed bij COPD, zonder maximum aantal behandelingen

Mensen met COPD in fase 2 of hoger krijgen vanaf volgend jaar alle behandelingen voor oefentherapie vergoed vanuit het basispakket. Anders dan in 2024 geldt er vanaf 2025 geen maximumaantal behandelingen meer voor de vergoeding. Mensen kunnen hiervoor terecht bij een fysiotherapeut of oefentherapeut. De vergoeding geldt niet voor mensen met COPD in fase 1.

Revalidatie voor ouderen vaker vergoed

Vanaf 2025 wordt revalidatie voor ouderen vaker vergoed vanuit het basispakket. De voorwaarde vervalt dat mensen eerst in een ziekenhuis moeten hebben gelegen. Ook kunnen ouderen vanaf 2025 meteen thuis starten met revalideren. Een specialist

ouderengeneeskunde beoordeelt of geriatrische revalidatie de best passende zorg is.

Codeïne alleen nog vergoed bij chronische diarree

Er is sprake van chronische diarree als iemand last heeft van vaak terugkerende diarree of al meer dan vijftien dagen aaneengesloten diarree heeft. Dan kan een behandeling met codeïne vanuit het basispakket vergoed worden. Dit geldt ook als medicijnen met loperamide onvoldoende werken of als iemand deze medicijnen niet mag gebruiken. Vanaf 2025 krijgen mensen géén vergoeding meer voor het gebruik van codeïne tegen hoest, pijn of acute diarree. Het is namelijk niet bewezen dat codeïne tegen deze klachten werkt, terwijl het wel bijwerkingen kan geven. In de richtlijnen van Nederlandse artsen wordt codeïne daarom niet aan-geraden als behandeling van deze klachten.

Verkennd gesprek vergoed voor mensen met psychische klachten in combinatie met andere problemen

Vanaf 2025 wordt het 'verkennd gesprek' vergoed uit het basispakket van de zorgverzekering voor mensen met psychische klachten die ook andere problemen hebben, zoals schulden of eenzaamheid. Bij twijfel over de aanpak van psychische klachten kan de huisarts met een verkennd gesprek vroegtijdig de hulp inroepen van ggz-experts, het sociaal domein en ervaringsdeskundigen. Verwacht wordt dat cliënten zo eerder op de juiste plek geholpen worden en dat de wachtlijsten in de ggz verminderen.

(Lees meer over het verkennd gesprek in de rubriek 'Aan het bureau/aan het bed' elders in deze editie.) |



Structurele inbreng medisch specialisten bij geneesmiddelenbeoordeling

Het Zorginstituut beoordeelt of nieuwe geneesmiddelen in aanmerking kunnen komen voor vergoeding uit het basispakket van de zorgverzekering. In dit beoordelingsproces werd al samengewerkt met medisch specialisten, maar hun inbreng was voor verbetering vatbaar. Daarom kwam vanuit het Integraal Zorgakkoord de opdracht om de samenwerking met de Federatie Medisch Specialisten, de wetenschappelijke verenigingen en het Zorginstituut te versterken.

Tekst Frank van Wijck

Beeld Federatie Medisch Specialisten

Natuurlijk bestond de samenwerking tussen het Zorginstituut en de medisch specialisten in geneesmiddelenbeoordelingen al langer. “Maar dat gebeurde voornamelijk op persoonlijke titel”, zegt Meike Manders, senior adviseur bij de Federatie Medisch Specialisten. “Dan ging het dus om betrokkenheid van één persoon of een paar personen en niet om structurele inbreng namens een geneesmiddelencommissie vanuit een wetenschappelijke vereniging.”

Lonneke Timmers, strategisch adviseur bij het Zorginstituut: “Het is aan ons om te beoordelen of een geneesmiddel in aanmerking kan komen voor vergoeding uit het basispakket. Maar we vragen daarbij natuurlijk wel om input van de beroepsgroep. De medisch specialisten hebben de expertise om antwoord te geven op de vraag voor welke patiënten zij een plek zien voor een middel en op basis van welke uitkomstmaten dit moet worden bepaald. Ook Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft die input nodig. Wij zijn altijd gericht op samenwerking met relevante marktpartijen, ook hierin dus. Maar we zagen wel ruimte om die input beter te structureren.”

Gedeelde behoefte

Alle drie de partijen - de Federatie, het Zorginstituut en ZN - voelden dan ook de behoefte om meer structuur te brengen in de samenwerking. “Een goed voorbeeld was er al”, zegt Manders, “namelijk de Commissie ter Beoordeling van Oncologische Middelen (BOM) van de Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie. En we zagen ook al dat zowel het Zorginstituut als ZN steeds vaker de wetenschappelijke verenigingen benaderden voor input. Alleen wisten die verenigingen niet altijd even goed hoe ze hieraan invulling moesten geven. Met het Integraal Zorgakkoord kwam vanuit VWS de boodschap dat we dit gestructureerd moesten oppakken en ook de bekostiging ervoor structureel moesten regelen. Het zal ertoe leiden dat we een betere afweging kunnen maken of (dure) geneesmiddelen toegelaten moeten worden tot de basisverzekering.”

Met financiering van VWS werd ruimte gecreëerd om binnen de wetenschappelijke verenigingen geneesmiddelencommissies op te zetten en tijd te creëren bij medisch specialisten om de beoordelingen goed en zorgvuldig te doen. “Hierbij is eerst gekeken naar de vraag bij welke wetenschappelijke verenigingen het creëren van zo’n commissie relevant was”, zegt Manders. “Dit is vooral het geval bij de voorschrijvende specialismen, pakweg elf wetenschappelijke verenigingen. We probeerden zoveel mogelijk bij bestaande structuren aan te sluiten. Soms kon de input voor de geneesmiddelenbeoordeling worden ondergebracht bij bestaande secties of werkgroepen binnen de vereniging. Kindergeneeskunde bijvoorbeeld is vanwege de breedte van het aantal aandoeningen die daar worden behandeld niet te vangen in één commissie, dus wordt daar gebruikgemaakt van secties of werkgroepen die al voor de verschillende ziektebeelden bestaan. In andere wetenschappelijke verenigingen moest een geneesmiddelencommissie worden opgericht. Dit proces is best snel gegaan. Er was duidelijk een interne drive bij de wetenschappelijke verenigingen om een bijdrage te leveren aan het beoordelingsproces. Medisch specialisten willen er graag aan bijdragen dat de juiste geneesmiddelen snel bij de juiste patiënt komen. Daarbij is natuurlijk duidelijk dat het eindoordeel over het al dan niet opnemen van een geneesmiddel in het verzekerd pakket bij het Zorginstituut of in sommige gevallen bij de zorgverzekeraars blijft.”



Still uit de animatie van de Federatie Medisch Specialisten

Manders: “Er was duidelijk een interne drive bij de wetenschappelijke verenigingen om een bijdrage te leveren aan het beoordelingsproces”

PIG-formulier

Als onderdeel van het stroomlijnen van het proces en de samenwerking ontwikkelden de Federatie Medisch Specialisten, ZN en het Zorginstituut gezamenlijk het PIG-formulier (Praktijkschrijving Introductie Geneesmiddel). Het is ingedeeld naar de PICOT: de kenmerken van de patiëntenpopulatie (P), de interventie (I), de controlebehandeling (C), de uitkomstmaten (O) en follow-upperiode (T). “Vooral de plaatsbepaling en de O van outcome/uitkomst zijn voor ons belangrijk”, zegt Timmers. “Dat is de basis van de beoordeling.”

Manders vult aan: “Het formulier geeft handen en voeten aan het begrip ‘plaatsbepaling’ van een nieuw geneesmiddel, de term die in het hele veld wordt gebruikt maar die niet altijd even helder toepasbaar is. De vragen die in het PIG-formulier zijn gesteld, komen overeen met de vragen die de wetenschappelijke verenigingen zichzelf ook stellen bij bijvoorbeeld richtlijnontwikkeling.

We zijn er nu mee aan de slag gegaan en zullen binnenkort kunnen beoordelen of dit leidt tot andere besluitvorming of adviezen richting het Zorginstituut. Daarbij is versneling van toelating van nieuwe geneesmiddelen tot het verzekerd pakket zeker niet de enige doelstelling. Het doel is vooral tot een betere onderbouwing te komen om de juiste geneesmiddelen in het verzekerd pakket te krijgen voor toepassing bij de juiste groep patiënten. We weten dat geneesmiddelen in de praktijk niet altijd doen wat er op basis van studies van wordt verwacht. Daarover proberen we nu, met een inhoudelijke, wetenschappelijke bijdrage door medisch specialisten, aan de voorkant een betere inschatting te maken.”

Waardevolle samenwerking

Timmers verwacht dat de input van de medisch specialisten nu tijdiger is en beter gestructureerd. “En de wetenschappelijke verenigingen kunnen er de juiste mensen

voor aanwijzen en dus beter beslagen ten ijs komen voor hun rol in het beoordelingsproces.” De samenwerking verloopt goed, meent Manders: “De wetenschappelijke verenigingen zijn doordrongen van de toegevoegde waarde die ze in het beoordelingsproces kunnen hebben en de partijen hebben wederzijds respect in dit proces.”

Ruimte voor verdere ontwikkeling ziet ze ook: “We mogen ambitieus zijn. Zo willen we kijken of we gepast gebruik onderdeel kunnen maken van het PIG-formulier, en of we meteen vanaf de start van het beoordelingsproces onderzoek kunnen doen naar gepast gebruik. En we willen kijken of de relevante patiëntverenigingen bij het proces kunnen betrekken. De geneesmiddelen zijn immers bedoeld voor de patiënten, dus het is zaak dat ook zij hun rol kunnen spelen in het beoordelingsproces.” |



De Federatie Medisch Specialisten maakte een animatie waarin wordt uitgelegd hoe de inbreng van medisch specialisten is ingericht. Scan hiervoor de QR-code.

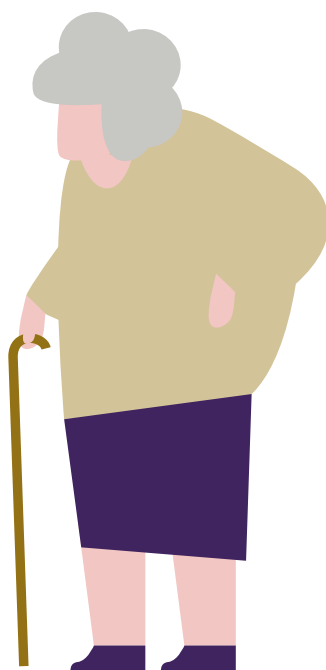
Feiten & Cijfers

Bijna 12.000.000 mensen

hebben in 2050 naar verwachting een chronische ziekte. Vooral het aantal mensen met dementie en artrose groeit:

- Dementie: van 261.000 mensen in 2022 naar 506.000 in 2050
- Artrose: van 1,6 miljoen mensen in 2022 naar 3 miljoen in 2050.

BRON: RIVM



120.000 minder kankergevallen

en € 5,5 miljard minder zorgkosten. Dat zouden we besparen als het aantal volwassen rokers fors daalt (naar 5%) en jongeren niet beginnen met roken.

BRON: INTEGRAAL KANKERCENTRUM NEDERLAND



1 op de 4 Nederlanders heeft chronische pijn. Dat zijn zo'n 3,5 miljoen mensen. Voor 83% van hen leidt de pijn tot mentale problemen en beperkingen in het sociale leven. Dit geldt vooral voor jongvolwassenen.

BRON: IPSOS I&O

De vijfjaarsoverleving van kanker is bij arme patiënten **64%**, bij rijke patiënten **74%**.

Bij vrouwen is dit verschil tussen lage en hoge inkomens **7%**, bij mannen **12%**.

BRON: INTEGRAAL KANKERCENTRUM NEDERLAND

Voor bijna € 31.000.000

kochten Nederlanders in de eerste 9 maanden van 2024 aan gewichtsverminderende medicijnen bij apotheken. Dat is meer dan in heel 2023 (€ 25 miljoen). In 2022 was dat € 12 miljoen.

BRON: STICHTING FARMACEUTISCHE KENGETALLEN



Ruim 1.300 Nederlanders sterven bijna 2,6 jaar eerder door koken op gas.

BRON: UNIVERSITEIT JAUME I, CASTELLÓN DE LA PLANA (SPANJE)



Huishoudens met een middeninkomen dragen relatief het meeste bij aan de Zorgverzekeringswet (Zvw): dat is **9,7% van hun inkomen**. Voor huishoudens met de hoogste inkomens is dit 6,6%.

BRON: CPB

Bevolkingsonderzoeken naar borstkanker, baarmoederhalskanker en darmkanker stelden in 2023 bij ruim **27.000 mensen** kanker of voorstadia daarvan vast.

Sinds de introductie van de drie bevolkingsonderzoeken daalden de sterftcijfers:

- bij borstkanker daalde de sterfte met 42% sinds 1989
- bij baarmoederhalskanker met 32% sinds 1995
- bij darmkanker met 27% sinds 2013.

BRON: RIVM



BRON: IGJ



25% van de patiënten maakten de afgelopen 2 jaar mee dat er iets misging in een ziekenhuis of kliniek. Dat kwam vooral door gebrekkige communicatie met de patiënt en incorrect gebruik van medische gegevens. Bij 18% van hen leidde de fout tot permanent lichamelijk letsel, bij 21% tot psychische schade.

BRON: PATIËNTENFEDERATIE NEDERLAND

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



“Het wordt tijd dat we kiezen voor kwaliteit. Geef de professionals de ruimte. Dat is nodig om de schaarste aan zorgmedewerkers en effectieve tijd voor de patiënt het hoofd te bieden”

De stelling van Stephan Valk

“Halvering van de administratieve regeldruk leidt tot extra tijd in de zorg en lost de wachtlijsten op”

Voormalig ggz-bestuurder Stephan Valk is speciaal gezant van de minister en voorzitter van de Regiegroep Aanpak Regeldruk. Samen met medegezant en huisarts Toosje Valkenburg wil hij draagvlak creëren voor het deels loslaten of anders organiseren van administratieve regels. Dan komt er ruimte vrij voor directe patiëntenzorg en hervindt de zorgprofessional zijn werkplezier. Het eerste doel is een besparing van twee uur administratie per week, te behalen voor het eind van 2025. Over vijf jaar moet dat zes uur tijdbesparing per week zijn. Dat komt neer op een halvering van de huidige regeldruk.

Tekst Robert van der Broek

Beeld Rogier Chang

“Vrijwel iedereen in de gezondheidszorg ervaart de regeldruk als lastig en tijdrovend. Zorgmedewerkers zijn gemiddeld 35 tot 40 procent van hun werktijd kwijt aan verantwoording. Als bestuurder in de ggz heb ik zelf gezien hoe grotesk de registratieplicht is geworden. Achteraf gezien waren de jaren dat ik psychiatrisch verpleegkundige was, van 1986 tot 1991, een walhalla: we rapporteerden heel doelgericht met verslagen en behandelplannen. De financiële declaratie en afrekening gebeurde door het COTG: één partij die beschikte over alle benchmarkinformatie van het hele land. Er was voldoende tijd voor patiëntenzorg en persoonlijke ontwikkeling. Maar met de Zorgverzekeringswet in 2006, vooral de intrede van marktwerking én extra controles, werden de zaadjes geplant voor een woud aan regels. Sindsdien maakte iedereen zelf contracten en declaratieafspraken. Dat merken we ook in de ggz. Deze sector is verspreid over vijf verschillende financieringsstromen, namelijk van het zorgkantoor, verzekeraars, het ministerie van Justitie en gemeentelijke Wmo en Jeugd. Die sectoren stellen elk hun eigen eisen en voorwaarden, en daarbinnen doen de verschillende partijen dat ook weer. Zo is een opeenstapeling van afwijkende administratieve regels ontstaan. En dan heb ik het nog niet eens over de kwalitatieve eisen die toezichhouders aan ons stellen. We worden bovendien geacht die voor de volle 100 procent na te leven, anders wordt de vergoeding niet verleend. Stel je voor: wanneer een psychiater zijn ronde doet over de afdeling en tien patiënten ziet met verschillende symptomen, moet hij dus al die tien behandelingen afzonderlijk declareren. Laten we de professionals nou het vertrouwen geven dat ze weten wat ze doen, door ze ruimte te bieden om hun werk naar eigen inzicht vorm te geven. Het gaat in de huidige systematiek alleen nog over productie- en urenregistratie en veel te weinig over kwaliteit. Dat zegt dus eigenlijk niets over passende zorg.->



Stephan Valk (1964) was dertien jaar voorzitter van de raad van bestuur van Parnassia Groep, de grootste ggz-instelling van het land. Hij heeft een achtergrond als psychiatrisch verpleegkundige en studeerde voor registeraccountant aan de VU in Amsterdam. Begin dit jaar werd hij samen met huisarts Toosje Valkenburg benoemd tot speciaal gezant van de Regiegroep Aanpak Regeldruk. Samen adviseren zij de minister en het BO IZA over het plan van aanpak. Sinds 1 januari 2024 is hij bestuursadviseur en directeur leiderschapontwikkeling.

“Iedereen die meters maakt voor het verminderen van administratieve lasten verdient een standbeeld. Doe het voor de zorgverleners, de sociaal werkers, de paramedici. Dan hebben we met elkaar de zorg gered”

Een voorstel zou zijn, als je voldoende interne auditing hebt: handhaaf de regels die er nu zijn, maar verantwoord ze voor 90 procent in plaats van 100 procent. Laat de teugels een beetje vieren. De zorgmedewerkers zijn nu 90 procent van de administratietijd kwijt om de laatste 10 procent te registreren, omdat dit de afwijkingen en bijzonderheden zijn.”

Zinnig en radicaal simpel

“Natuurlijk leverde de marktwerking voordelen op, met name in keuzevrijheid, maar niemand dacht na over eenduidige administratie. Ik ben van huis uit accountant en kijk ook nog altijd met een bedrijfskundige blik naar de zorgsector. Die wildgroei aan regels en vooral het gebrek aan uniformiteit zijn mij dan ook een doorn in het oog. Waarom is er landelijk niet één sectoroverstijgende registratiewijze voor al deze inkopende partijen waarvan ook de andere toezichthouders gebruikmaken? Dit is zo verschrikkelijk inefficiënt geregeld! We proberen nu in het Integraal Zorgakkoord (IZA) een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor elkaar te krijgen, zodat dit kan worden verminderd. Er is helaas niet één partij die dit kan beslissen of waar we het allemaal aan kunnen overlaten. Waarom is het nu zo lastig? Verdedigingslinie één die we veel hoorden: ik veroorzaak ze niet, die regels. Argument twee: ik voer de wet uit, dus dit moet zo, ik kan niet anders. Nu zitten we, gelukkig, steeds meer in de bewustwordingsfase. We beseffen eindelijk dat het anders moet en dat het alleen lukt als alle partijen bijdragen leveren.

“Regels moeten zinnig en radicaal simpel zijn. Het gaat om de toegankelijkheid. Mensen die geen zorg krijgen omdat ze wachten op zorg; dat is geen passende zorg”

Niet door alle regels overboord te gooien, maar door te beoordelen of de bestaande regels ‘zinnig en radicaal simpel zijn’, zoals het IZA dat omschrijft. Zinnig is wat bijdraagt aan betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Radicaal simpel betekent dat de regelmakers streven naar oplossingen die bijdragen aan professionele autonomie, vakmanschap en werkplezier. Toegankelijkheid is denk ik het belangrijkste thema. Mensen die geen zorg krijgen omdat ze wachten op zorg; dat is zeker geen passende zorg.

Er staat heel veel op het spel: we willen straks nog voldoende hulpverleners hebben om zorg te leveren. De ondertekenaars van het IZA maakten samen de afspraak dat administratieve werkzaamheden in 2025 zijn gedaald met 5 procent. Dat is bij een fulltime dienstverband twee uur per week. Als dat gerealiseerd is, kan van die twee uur één uur naar directe patiëntenzorg gaan en het andere uur naar ontwikkeling en scholing van de medewerker. Zo investeren we aan de ene kant in de kwaliteit van de patiëntenzorg en tegelijkertijd in duurzame inzetbaarheid van de zorgmedewerker. Dat is gezien de huidige personeelskrapte geen overbodige luxe.”

Geen krapte en wachtlijsten meer

“We hebben de wind mee. In het najaar kwam de Raad voor de Volksgezondheid met een rapport waarin werd gepleit voor een halvering van de administratieve last en een nieuw verantwoordingsstelsel dat is gebaseerd op vertrouwen. Ook de Tweede Kamer heeft naar aanleiding hiervan een motie aangenomen die oproept tot 50 procent minder regels voor zorgmedewerkers. Deze structurele halvering komt neer op een besparing van zes uur per week per eind 2029. Dat scheelt bijna een dag aan administratie! De voordelen zijn nog groter, want door het halveren van de administratieve lasten komt er 20 procent capaciteit vrij. Bij een werkzame bevolking van 1,4 miljoen komt dat neer op 280.000 medewerkers. Dan zijn de personeelskrapte en de wachtlijsten voorbij.

Dat is klip en klaar. Het komt er wel op aan dat iedereen meedoet. Daarom heeft onze Regiegroep, waar alle partijen in zitten, ook acties afgesproken voor alle partijen. Niet alleen de systeempartijen, overheidsorganen en financiers, maar ook de zorginstellingen en hun brancheorganisatie. Daarom is van de genoemde twee uur

tijdbesparing één uur door de systeempartijen en één uur door de zorginstellingen te realiseren. Vóór de zomer van 2025 maken we een inventarisatie van administratie die als *zinnig* wordt beschouwd, als *niet zinnig* en als *wél zinnig*, maar dan anders uitgevoerd. Ook spreken we af om geen nieuwe regels meer door te voeren – tenzij het tot minder overlast leidt – en beoordelen we bestaande regels op werkbaarheid. Dit kan alleen maar lukken als elke instelling, brancheorganisatie en systeempartij bereid is daar enkele jaren tijd en energie in te steken. Het vergt een lange adem. Maar met een prachtig resultaat: we zullen straks voldoende hulpverleners hebben voor de patiëntenzorg, er bestaan geen lange wachtlijsten meer en het blijft leuk om te werken in de zorg.”

Handhaven op zelfcontrole

“Laten we niet vergeten dat we allemaal patiënt worden, vroeg of laat. Als je dan de zorg wilt krijgen die je nodig hebt, kun je nu je bijdrage leveren. Iedereen die meters maakt voor het verminderen van administratieve lasten verdient een standbeeld. Doe het voor de hulpverleners, de verpleegkundigen, de huisartsen, de sociaal werkers, de paramedici. Dan hebben we met elkaar de zorg gered. Het IZA stelt dat er een cultuuromslag moet plaatsvinden en dat we interne en externe regels moeten durven loslaten. De meest ongepaste zorg is de zorg die je *niet* krijgt, *te veel* zorg en zorg die *niet effectief* is. Het Zorginstituut bewaakt de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. Ik daag hen uit om juist die toegankelijkheid veel duidelijker voorop te zetten. We spreken binnen het IZA over drie soorten regimes van verantwoording. Een instelling die blijk geeft van een toetsbaar kwaliteitsstelsel mag onder het lichte regime, bijvoorbeeld 90 procent vastleggingen. Dit kan door horizontaal toezicht op zowel kwaliteit als registratie. De instelling die voldoende inspanningen levert en nog stappen moet maken op zelfcontrole valt onder het middenregime. Diegenen waar twijfels over bestaan en de zogenoemde zorgcowboys komen onder het zwaarste regime – die moeten voor 100 procent verantwoording blijven afleggen. Het wordt tijd dat we kiezen voor kwaliteit. Geef de professionals de ruimte. Dat is nodig om de schaarste aan zorgmedewerkers en effectieve tijd voor de patiënt het hoofd te bieden. Als er geen schaarste is kan er passende zorg zijn.” |



Spreiding maakt medisch-specialistische zorg toekomstbestendiger

“Onze ziekenhuizen vullen elkaar aan”

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) maakten zorgpartijen afspraken over het anders organiseren van medisch-specialistische zorg (msz). Enerzijds concentreert hoogcomplexe specialistische zorg zich in een klein aantal medische centra. Anderzijds werken ziekenhuizen samen aan de spreiding van minder complexe zorg. Vier ziekenhuizen laten zien hoe dat in de praktijk werkt.

Tekst Jos Leijen

Beeld Zorginstituut

Er is een andere organisatie nodig om de medisch-specialistische zorg toekomstbestendig te maken. De bedoeling is dat ziekenhuizen doen waar ze goed in zijn. Academische en topklinische ziekenhuizen richten zich vooral op hoogcomplexe zorg, algemene ziekenhuizen en zelfstandige klinieken op laagcomplexe zorg. Zo kunnen zorgpersoneel en middelen optimaal worden ingezet.

Om die beweging te stimuleren, leverde het Zorginstituut in mei 2024 een advies op met stappen om te komen tot samenwerkingsafspraken. Daarnaast lieten we onderzoek doen naar inspirerende praktijkvoorbeelden. In juli verscheen het onderzoeksrapport van SiRM (*Strategies in Regulated Markets*) waarin negen samenwerkingen tussen ziekenhuizen werden gepresenteerd.

De ziekenhuizen werken vooral samen bij operaties, schrijven de onderzoekers, en dan met name op het gebied van oncologie, chirurgie, cardiologie en vaatchirurgie. De samenwerking leidt tot hogere kwaliteit, onder meer doordat de zorgpaden geharmoniseerd zijn en de zorg dicht bij de patiënt wordt geleverd. De zorg is ook toegankelijker, bijvoorbeeld omdat capaciteit in universitaire ziekenhuizen beter benut wordt.

De bevindingen van SiRM zijn verwerkt tot een handreiking voor de spreiding van medisch-specialistische zorg. De handreiking wil ziekenhuizen inspireren om samenwerking te zoeken en biedt handvatten voor het maken van afspraken over de medisch-specialistische zorg. Het document gaat onder meer in op zeven thema's die belangrijk zijn bij het maken van samenwerkingsafspraken, zoals het uitdragen van urgentie, gegevensuitwisseling en het borgen van inkomsten. Daarnaast beschrijft het kort de negen praktijkvoorbeelden.

Doen waar je goed in bent

Een van die voorbeelden is de alliantie tussen het Amsterdam Universitair Medisch Centrum en het Flevoziekenhuis in Almere. De samenwerking begon vijftien jaar geleden met oncologische chirurgie en vaatchirurgie en is inmiddels uitgebreid naar andere specialismen, vertelt Rosalie Klinkhamer, alliantiemanager in het Flevoziekenhuis. “We vonden elkaar vanuit een capaciteitsvraagstuk. Wij hadden ruimte in de operatiekamer over, terwijl ze in Amsterdam wachtlijsten hadden voor tweedelijnszorg.”

Door niet-complexe zorg te verplaatsen naar het Flevoziekenhuis kan het Amsterdam UMC zich concentreren op hoogcomplexe zorg. Er wordt zo capaciteit vrijgespeeld in het Amsterdam UMC, het team in Almere is ervaren en goed op elkaar ingespeeld en de kosten van een operatie in het Flevoziekenhuis zijn lager. Voor Almeerse patiënten is het bovendien prettig dat ze voor bepaalde zorg in het Flevoziekenhuis kunnen blijven.

Klinkhamer: “Artsen zijn bereid samen te werken om de beste zorg te leveren. Ze vertrouwen elkaar en elkaars deskundigheid”

De behandelend arts volgt de patiënt. Een patiënt die in Amsterdam wordt gezien door een arts en vervolgens naar Almere gaat voor een operatie, treft aan zijn bed dezelfde arts aan. Patiënten krijgen een casemanager van het alliantiebureau als vaste contactpersoon voor beide locaties. Medewerkers van het bureau plannen afspraken in, reserveren operatiekamers, onderhouden contact met



Ploeg: “Bij ingrepen zijn vaak twee specialisten betrokken. Dat verhoogt de kwaliteit van zorg”

de patiënten en zorgen dat de informatie over de patiënt op het juiste moment bij de juiste arts is. Zo sluiten alle fasen van de behandeling goed op elkaar aan. “Een belangrijke succesfactor is dat de initiatieven altijd van de vakgroepen zelf komen”, zegt Klinkhamer. “Daar komt bij dat de artsen op beide locaties werken. Ze verwijzen niet door, maar gaan mee. De artsen zijn bereid om samen te werken om de beste zorg te leveren. Ze vertrouwen elkaar en elkaars deskundigheid. Wat ook helpt is dat er draagvlak is op alle niveaus, van de werkvloer tot de raden van bestuur.”

Paralleel dbc's openen

Franck Asselman is net als Klinkhamer alliantiemanager, maar dan aan de Amsterdamse kant. “Beide ziekenhuizen zijn complementair, we vullen elkaar aan”, zegt hij. “De rolverdeling is duidelijk en we zijn geen concurrenten van elkaar.” Sinds 2022 mogen de ziekenhuizen van de NZa

parallel diagnose-behandelcombinaties (dbc's) openen. Elk ziekenhuis mag dus een dbc registreren en declareren voor het deel van de zorg die zij voor deze gezamenlijke patiënten hebben verleend. “Voor die tijd moesten we deze zorg met elkaar verrekenen en dat gaf veel administratieve rompslomp.”

Een knelpunt is de uitwisseling van patiëntgegevens. Het Flevoziekenhuis werkt met HiX van Chipsoft, Amsterdam UMC gebruikt Epic. De systemen communiceerden slecht met elkaar, maar dankzij een uitwisselingsplatform zit daar verbetering in. Ook werken de ziekenhuizen aan de invoering van XDS, een systeem waarmee diagnostische beelden direct ingezien kunnen worden en niet meer van het ene naar het ander ziekenhuis gestuurd hoeven te worden.

Specialismen veiligstellen

Bij de samenwerking tussen het Alrijne Ziekenhuis (Leiden, Alphen aan den Rijn) en

het Groene Hart Ziekenhuis (Gouda) gaat het om twee gelijkwaardige algemene ziekenhuizen. “Beide ziekenhuizen liepen aan tegen de volumenorren voor rectumchirurgie”, vertelt vaatchirurg Arianne Ploeg van het Alrijne. “Omdat we deze specialisatie graag wilden behouden zochten we samenwerking met het Groene Hart Ziekenhuis.”

De ziekenhuizen startten het traject ‘Samen+’ en spraken af dat darmkankeroperaties voortaan in het Alrijne en schildklieroperaties in Gouda zouden plaatsvinden. De patiënt gaat naar zijn ‘eigen’ ziekenhuis voor het voortraject en ook voor controles na de operatie. Net als bij de samenwerking tussen Amsterdam UMC en Flevoziekenhuis gaat de arts van het ‘eigen’ ziekenhuis mee met de patiënt. Rectumoperaties worden altijd gedaan door twee artsen, uit elk ziekenhuis één.

In 2014 werd de rectumchirurgie geconcentreerd in het Alrijne volgens een samen opgesteld zorgpad. Vanaf 2016 worden schildklieroperaties in Gouda uitgevoerd. In 2021 breidden de ziekenhuizen hun samenwerking uit met liesbreukchirurgie (Alrijne) en middenrifbreukchirurgie (Groene Hart). Complexe operaties worden gedaan door een duo van artsen uit beide ziekenhuizen.

Hogere kwaliteit zorg

Per patiënt wordt een dbc geopend bij één ziekenhuis. Achteraf verrekenen ze de operatiekosten met elkaar. Daarover zijn afspraken gemaakt met de ACM en de zorgverzekeraar. De grootste uitdaging in de samenwerking is volgens Ploeg de uitwisseling van informatie. De ziekenhuizen werken met verschillende patiëntendossiers en het overdragen van gegevens is een fikse klus. “Twee OK-dagen kosten ons gemiddeld zestien uur per week aan administratie.” Een belangrijke meerwaarde van de samenwerking is dat de kwaliteit van de zorg is toegenomen. “Dat komt mede doordat er vaak twee specialisten betrokken zijn bij ingrepen”, zegt Ploeg. “De kwaliteit is ook hoger doordat de teams op de twee locaties meer gespecialiseerd zijn en vaker hetzelfde soort operaties doen. Ten slotte is het een voordeel dat we samen een efficiënter zorgpad hebben uitgelegd. En niet te vergeten: we konden specialismen voor de ziekenhuizen behouden. Dat was destijds de aanleiding om elkaar op te zoeken.” |

Meer werkplezier door spraakherkenning

De dokter kijkt de patiënt weer aan

In de spreekkamer van de huisarts voltrekt zich een stille revolutie. Spraakherkenning met AI neemt de arts tijdens het consult computertijd uit handen. Dat is extra tijd voor contact met de patiënt. “En het werk wordt er leuker van”, is de overtuiging van huisarts Maarten Timmers. Zijn innovatieve technologie voor spraakherkenning wint in steeds meer Nederlandse huisartspraktijken terrein.

Tekst Loek Kusiak

Beeld De Beeldredactie | Guido Benschop

“Meer werkplezier en oogcontact met mijn patiënt en minder schrijfwerk tijdens het consult. Spraakherkenning met kunstmatige intelligentie (AI) gaat onze manier van werken razendsnel veranderen. En leuker maken”, voerspelt Maarten Timmers (36). Drie dagen in de week is hij huisarts in Rotterdam-Charlois. De andere twee dagen is hij actief met Juvoly, een start-up die hij in 2023 begon met compagnon Thomas Kluiters, en dat tegenwoordig met negen werknemers spraakherkenning voor de zorg ontwikkelt. Inmiddels is deze technologie geïntegreerd met de elektronische patiëntendossiers (epd’s) en gebruiken ruim vijfhonderd Nederlandse huisartsen spraakherkenning in hun consult. Voor deze AI-toepassing kreeg Juvoly dit jaar de Nationale Zorginnovatieprijs, een initiatief van Zorginnovatie.nl en Health Holland. Timmers, die jarenlang vicevoorzitter was van CMIO Eerste lijn, een netwerk van huisartsen met bijzondere aandacht voor ICT, verbaasde zich er tijdens zijn studie geneeskunde al over waarom een huisarts tijdens een consult van tien of vijftien minuten vaak veel tijd achter de computer spendeert om gegevens te registreren, met het gezicht afgewend van de patiënt.

Lappen tekst

“Onwijs zonde, al dat beeldschermwerk”, zegt Timmers. “Dat gaat ten koste van de kwaliteit van het primaire proces, van de persoonlijke interactie met de patiënt. Zo wilde ik als huisarts niet werken. Steeds meer regeltjes en formulieren dwingen dokters tot het tikken van lappen tekst over hoe handelingen en besluitvorming met de patiënt is verlopen, over voorgeschreven medicijnen, verwijzing naar een specialist, het invullen van het formulier voor de verzekeraar, enzovoort. Ondertussen kijk je de patiënt nauwelijks nog aan. Dat moet echt anders, vond ik. Alleen maar digitaliseren omwille van metingen of kwaliteitskeurmerken? Zag ik niet zitten. Dankzij deze spraaktechnologie is er weer face-to-facecontact met de patiënt.”

Zodra een consult begint drukt Timmers op ‘record’ en luistert een microfoonje op tafel mee. “Juvoly transcribeert, ofwel zet de spraak om in een tekstfunctie. Na afloop wordt van het gesprek automatisch een handzaam verslag gemaakt. In enkele regels worden de essentie van het consult en vervolgstappen weergegeven. De arts leest dat na op eventuele foutjes en slaat het op in het elektronische patiëntendossier. Dat scheelt 40 tot 50 procent extra tijd die ik met de patiënt kan praten. Daarnaast verzorgt deze spraakherkenning automatisch andere taken, zoals de verwijzing naar een specialist,

“Onwijs zonde, al dat beeldschermwerk. Dat gaat ten koste van de persoonlijke interactie met de patiënt. Zo wilde ik als huisarts niet werken”

"Gezien de personele tekorten en de vergrijzingsgolf die eraan komt, is de zorg zónder de implementatie van AI niet langer houdbaar"



het klaarzetten van de aanvraag voor bloedonderzoek, het recept voor de apotheek, het tonen van de laatste NHG-richtlijn. Het is een digitale assistent die met je meedenkt, een extra hulp in de dokterstas die het werk makkelijker maakt."

Medisch Nederlands

Voordat Timmers' spraakherkenning het licht zag, was er al een soortgelijke AI-toepassing van een buitenlandse leverancier. Maar de kwaliteit van de omzetting van de spraak naar 'medisch Nederlands' vond Timmers niet goed genoeg. "Dus gingen we zelf bouwen aan een systeem voor medisch Nederlands dat ook vanwege relatief lage abonnementskosten aantrekkelijk is voor de gebruiker-arts. We wilden ook niet afhankelijk zijn van techbedrijven zoals Google en Microsoft. Daarom kozen we ervoor de technologie zelf te hosten, op eigen servers, waardoor we ook snel aanpassingen kunnen doen. De adoptie van deze spraakherkenning in de Nederlandse huisartspraktijk is, nadat huisartsen een prototype hadden getest, fenomenaal snel gegaan. We gaan deze technologie nu ook klaarzetten voor praktijkondersteuners, doktersassistentes, psychologen, ziekenhuizen. Ook zij willen minder routinematig werk, verlichting van logistieke processen voor verslaglegging en verantwoording. Daar gaan ook geen banen door verloren."

Taal herkennen

Dankzij subsidie van het Fonds Achterstandswijken Rotterdam kon Timmers zich bij het ontwikkelen van de technologie ook richten op spraak met patiënten, veelal migranten, die de Nederlandse taal niet of onvoldoende beheersen.

Timmers: "Het waarborgen van diversiteit en inclusiviteit van de spraakherkenning vonden we erg belangrijk. Het systeem is door studenten getest in buurthuizen met mensen die de Nederlandse taal aan het leren zijn. Zo lukte het om het model te laten aansluiten op een lager taalniveau en kan het live, dus tijdens het gesprek, vertalen naar Engels, Arabisch, Oekraïens. Omdat dokters in Friesland ernaar vragen, werken we nu aan spraakherkenning in het Fries."

Niet slimmer

AI mag dan een handige technologie zijn, bijvoorbeeld ter ondersteuning bij het maken van behandelplannen, het roept ook ethische vragen op. Vragen over wat we acceptabel vinden, over het beschermen van patiëntendata, en wie verantwoordelijk is als er iets fout gaat. "Terecht dat de samenleving de ethische kant van medische AI-tools kritisch blijft volgen", reageert Timmers. "Zelf slaan wij de data van onze spraakherkenning niet op om ermee te trainen. Ons model wordt dus niet slimmer van jouw data. Daarmee voorkomen we vraagstukken rond privacy.

Waarom we met onze spraakherkenning onafhankelijk werken van ontwikkelaars als Google of Microsoft? Zij garanderen wel de privacy van datastromen, maar de afhankelijkheid van bedrijven die aan Amerikaanse wetgeving moeten voldoen blijft toch een risico. Gezondheidsdata kunnen beter gereguleerd in Europese handen blijven."

Zorg herontwerpen

"Nederland moet AI bouwen voor onze burgers", benadrukt Timmers, "desnoods binnen EU-verband. De AI-race in de zorg mogen we niet van Amerika verliezen. Daar heeft oud-topman Draghi van de Europese Centrale Bank al voor gewaarschuwd. Onze eigen getrainde AI-modellen zijn inmiddels nauwkeuriger, sneller én zuiniger dan buitenlandse systemen. AI vreet namelijk veel energie. Dat is niet duurzaam, want het draagt bij aan klimaatopwarming. Tegelijkertijd kunnen we met AI wel zorgprocessen herontwerpen en efficiënter maken in plaats van pleisters blijven plakken. Gezien de personele tekorten en de vergrijzingsgolf die eraan komt, is de zorg zónder de implementatie van AI niet langer houdbaar. Maar praten over AI is ook een industrie geworden. Mijn aanbeveling: laten we het gewoon doen. Ik sluit ook niet uit dat administratieve lastenverlichting met spraaktechnologie kan zorgen voor minder voortijdige uitstroom van huisartsen die hun werk te zwaar vinden." |



“In een interdisciplinair gesprek wordt gekeken wat de hulpvraag is en wat gezien de problematiek de beste oplossing is”

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 ‘verkennend gesprek’, dat vanaf 2025 wordt vergoed uit het basispakket.**

Tekst Jasper Enklaar

Beeld De Beeldredactie | Diederik van der Laan en Guido Benschop

aan het **Bureau**

Liselotte Visser, adviseur GGZ & Sociaal Domein bij het Zorginstituut

“Op basis van de duiding die wij als Zorginstituut hebben gedaan en de passende bekostiging, die de Nza heeft vastgesteld, komt het verkennend gesprek vanaf 2025 landelijk beschikbaar. We weten nog niet zoveel over de effectiviteit, maar dat gaan we samen met de betrokken organisaties monitoren.

Vanuit het IZA wordt van alles gedaan om de wachttijden in de ggz terug te dringen. Nu staan mensen soms ten onrechte op de wachtlijst, of misschien op de verkeerde wachtlijst. Vanuit het IZA is opgeroepen om tot meer samenwerking te komen tussen het sociale domein, de huisarts en de ggz. Die samenwerking was niet altijd vanzelfsprekend. In de mentale gezondheidsnetwerken zijn deze domeinen nu allemaal betrokken. Het verkennend gesprek is daar een belangrijk onderdeel van.

Zo’n verkennend gesprek wordt aangevraagd door de huisarts. Daarbij is iemand vanuit het sociale domein aanwezig, iemand vanuit de ggz en liefst ook een ervaringsdeskundige. Dan heb je een interdisciplinair gesprek waarbij de hele hulpvraag van een cliënt wordt bekeken. Soms blijkt bijvoorbeeld dat iemand naast de psychische problematiek ook een schuldprobleem geeft. Op het moment dat dat wordt opgelost, is misschien de psychische problematiek ook wel minder. Door het interdisciplinair te benaderen, wordt beter gekeken wat nu echt de hulpvraag is en wat de beste oplossing is voor de persoon gezien zijn problematiek. Gaan we eerst met de sociale problemen aan de gang of verwijzen we toch door? Dit is een stap in de goede richting om te kijken of je invloed kunt uitoefenen op de wachtlijsten in de ggz.”

aan het **Bed**

Marjam Afshari (psycholoog Mentaal Gezondheidscentrum Rotterdam) en Tabitha Mudde (ervaringsdeskundige ggz en werkzaam bij het Basisberaad Rotterdam) voerden samen al enkele ‘verkennde gesprekken’

Afshari: “We proberen als psycholoog meer een open gesprek aan te gaan in plaats van met een ggz-bril te kijken. Kijken en luisteren naar de context en het verhaal waar iemand mee komt en daar de hulpverlening op aan laten sluiten, of dat nu in het sociale domein is of binnen de ggz. Voorheen keek je bij een intake naar de klachten, welke DSM-5-diagnose en welk behandelbeleid daarbij paste. Dus veel meer vanuit wat wij in de ggz kunnen aanbieden.”

Mudde: “Niet iedereen die met ontwrichting in het leven te maken heeft, moet binnen de ggz behandeld worden. Bij het eerste gesprek begon Marjam met ‘Waar wil je het over hebben?’ Het is een open gesprek. De kracht is dat we dit met z'n tweeën doen: Marjam vanuit de ggz, ik vanuit herstel. En er is van alles op het vlak van herstel, alleen niet altijd binnen de reguliere zorg. Met zo'n open vraag ga je veel meer naast de persoon staan.”

Afshari: “Door de samenwerking heb je meer oog voor de sociaal-maatschappelijke problemen, waarvoor ons protocol niet altijd de eerste keuze zou moeten zijn. Het is winst als iemand alle andere domeinen in het leven op orde heeft en dan terugkeert voor een ggz-plan. Dan vergroot je de kans op een behandeling die gaat slagen. Mijn ervaring is dat je zo iemand echt op de juiste plek krijgt.”

Mudde: “Door deze aanpak geef je mensen een stukje motivatie terug. Ze voelen zich gezien en gehoord. Ik ben echt heel blij dat deze ontwikkeling nu plaatsvindt.”



Mudde: “Het is een open gesprek. De kracht is dat we dit met z'n tweeën doen: Marjam vanuit de ggz, ik vanuit herstel”

IZO en het netwerkperspectief in de langdurige zorg en ondersteuning

Gegevens eenmalig vastleggen en meermalig gebruiken

Zorgprofessionals in de langdurige zorg en ondersteuning besteden veel tijd aan administratie. Als je die tijd kunt verkorten, krijgen medewerkers meer tijd voor de cliënt. IZO (Informatievoorziening Zorg en Ondersteuning) is een platform van zeventien partijen in de langdurige zorg en ondersteuning die samenwerken om dat te bereiken. De invulling van het netwerkperspectief is daarbij een centraal thema.

Tekst Jos Leijen

Beeld Sketchy business

Maarten Fresz is adviseur Informatie-management bij het Zorginstituut. Het Zorginstituut verzorgt het secretariaat van IZO en organiseert onder meer maandelijks bijeenkomsten van Platform IZO. Bij deze bijeenkomsten wisselen informatie-experts van de zeventien aangesloten organisaties kennis en ervaring uit. Bij elke bijeenkomst – meestal online, soms fysiek – zijn er presentaties over actuele ontwikkelingen op het gebied van informatievoorziening.

Vrijuit van gedachten wisselen

“We signaleren wat er speelt en wat er op ons afkomt”, vertelt Fresz. “Het platform is een creatieve en veilige vrijplaats waar mensen vrijuit van gedachten kunnen wisselen. We nemen geen besluiten en deelnemers worden niet afgerekend op wat ze zeggen. Het doel is dat partijen en mensen elkaar begrijpen en van elkaar weten waar ze mee bezig zijn. De platformleden kunnen hun ideeën toetsen en zich laten inspireren door anderen.”

IZO is in 2012 opgezet op initiatief van het ministerie van VWS met als scope de *care*-kant van de zorg; de Wlz, Wmo en Jeugdwet.

Organisaties die daarin actief zijn waren veelal ieder op hun eigen manier bezig met digitalisering en informatisering. Ze hadden hierbij diverse doelen. Bijvoorbeeld om de bedrijfsvoering te verbeteren, om betere zorg of ondersteuning te leveren en om burgers meer de regie te geven over hun gezondheidsgegevens. IZO brengt die partijen met elkaar in contact. Zodat ze van elkaar weten waar ze aan werken en van elkaars kennis en ervaring kunnen profiteren.

Netwerkperspectief

De afgelopen jaren heeft zich binnen IZO een toekomstbeeld gevormd van de informatievoorziening: het netwerkperspectief. “Op dit moment gaat informatie in de verschillende uitvoeringsketens van de ene partij naar de volgende partij. En dan weer naar de volgende”, legt Fresz uit. “We noemen dat het estafettemodel. Maar daar zitten veel nadelen aan. Elke partij moet de gegevens opnieuw verwerken en invoeren. Dat is veel werk en in elke fase bestaat het risico op fouten.”

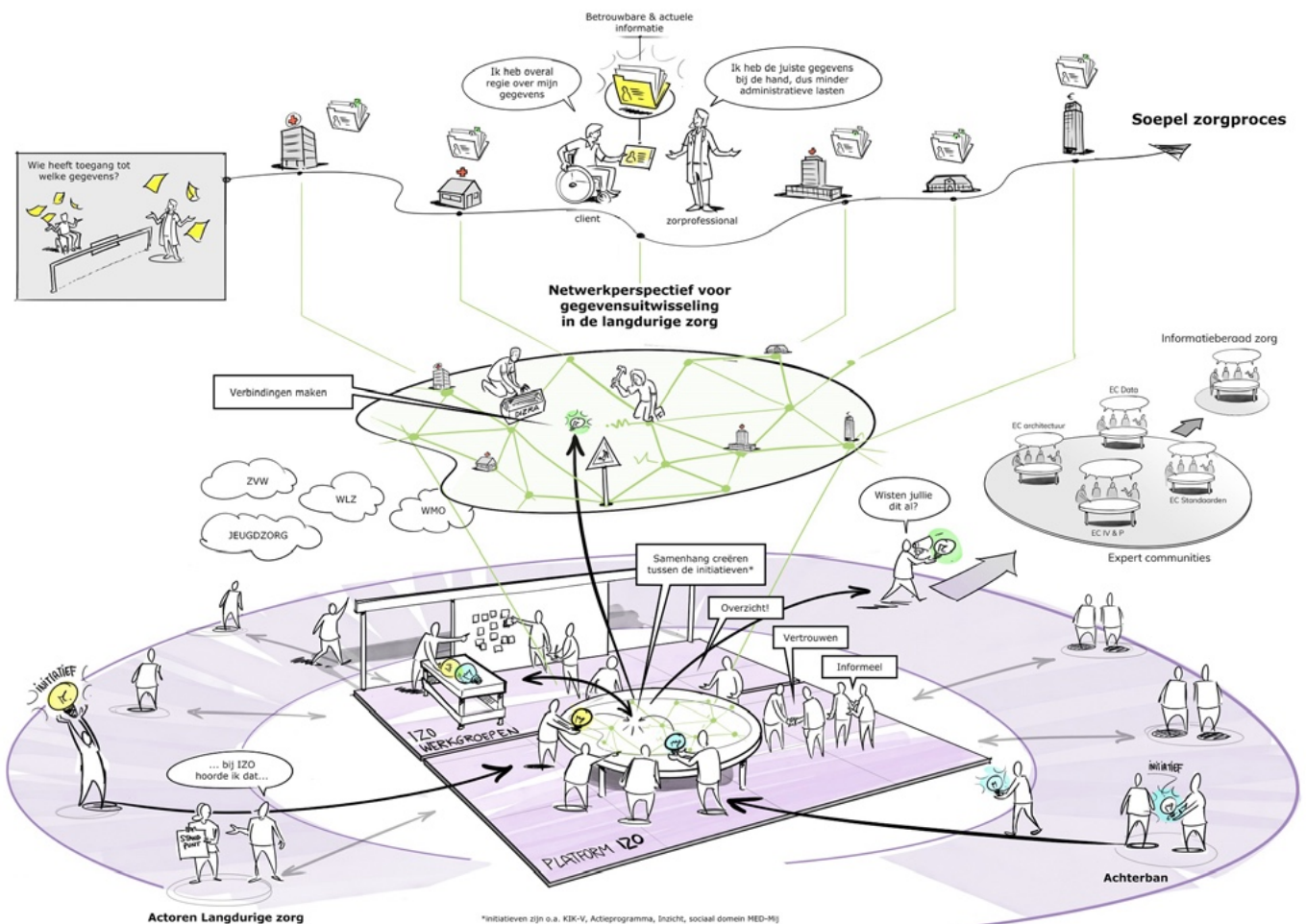
Bij het netwerkmodel gaat het heel anders. Dan wordt de informatie één keer opgeslagen en kan ze meermalig worden uitgevraagd. Er is dus een unieke bron met een eigenaar die verantwoordelijk is voor

de gegevens. Andere partijen in het netwerk kunnen gegevens ophalen bij de bron. De partijen maken afspraken over wie wanneer toegang heeft tot welke gegevens. Het grote voordeel van het netwerkmodel is dus dat je gegevens eenmalig vastlegt en meervoudig kunt gebruiken. Niet alleen voor invulling van de zorg of ondersteuningsvraag, maar bijvoorbeeld ook voor financiering, verantwoording en onderzoek en het lerende zorgsysteem. Door afspraken te maken over standaarden en over de manier van registratie is informatie eenvoudig uitwisselbaar. Diverse partijen werken al aan zo’n netwerkmodel in de langdurige zorg. Ook voor de uitvoering van de Wmo en Jeugdwet denkt men hier nu over na. Door afstemming binnen IZO wordt dubbel werk voorkomen en kunnen partijen elkaars kennis benutten.

Indicatieregister CIZ

Het Indicieregister van het CIZ was in juli 2023 het eerste bronregister dat in de Wlz-uitvoering in gebruik werd genomen. Het eerstvolgende register dat op de planning staat om live te gaan is het Bemiddelingsregister. Dat zal waarschijnlijk in 2025 operationeel zijn. Daarna volgt een register voor de zorglevering.

Behalve dat het netwerkmodel het leven aangenamer maakt voor de professionals in de langdurige zorg, geeft het cliënten meer regie en inzicht in hun eigen gezondheid. Die cliënten krijgen via hun persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) toegang tot hun eigen, actuele gegevens. “Het versterken van de informatiepositie van de cliënt en zijn naasten is een belangrijk doel van de vernieuwing van de informatievoorziening”, zegt Fresz. “De burger wordt zo actor in het informatienetwerk.”



Het netwerkperspectief: de juiste informatie op het juiste moment op de juiste plek.

“Belangrijk doel van de vernieuwing van de informatievoorziening is het versterken van de informatiepositie van de cliënt en zijn naasten. De burger wordt zo actor in het informatienetwerk”

Invloed

IZO heeft een grote rol gespeeld in het verspreiden en concreet maken van het netwerkperspectief. Fresz: “Het platform heeft geen beslissingsbevoegdheid, maar we zitten bij elkaar met adviseurs van zeventien belangrijke spelers in de langdurige zorg en ondersteuning. Die adviseurs nemen dat wat ze in het platform horen mee naar hun eigen achterban en delen die kennis met de mensen die beslissen over de ontwikkelingen in de informatievoorziening. Daarmee heeft Platform IZO een constructieve invloed.”

Die constructieve invloed gaat verder dan alleen het platform. IZO kent ook een brede ‘community’ van geïnteresseerde organisaties en professionals die de ontwikkelingen in de informatievoorziening op iets meer afstand volgen. IZO houdt hen op de hoogte met een nieuwsbrief, de website infoizo.nl en jaarlijks een grote bijeenkomst, de IZO Kennisjam. Het thema van de IZO Kennisjam 2024 op 11 oktober was ‘Netwerkperspectief, hoe dan?’ Zorgprofessionals, informatiemanagers, beleidsmedewerkers, adviseurs en projectleiders uit de sector

kwamen samen in zalencomplex Het Hart van 's Heeren Loo in Wekerom om ervaringen en inzichten te delen over het netwerkperspectief.

Zorgbreed

IZO richt zich op de langdurige zorg en ondersteuning, de *care*. Het zou mooi zijn als ook de curatieve kant van de zorg aansluit op het netwerkperspectief, meent Fresz. “Passende zorg gaat over domeinen heen. De burger bewandelt zijn eigen zorgpad en trekt zich niets aan van domeingrenzen. Het zou mooi zijn als alle zorgprofessionals, *care* én *cure*, toegang hebben tot actuele en accurate informatie via het netwerkmodel. Maar of dat op korte termijn realistisch is, is de vraag. De Zorgverzekeringswet werkt nu eenmaal fundamenteel anders dan de wetten in de langdurige zorg en ondersteuning.”

EU-samenwerking versnelt beoordeling medicijnen

Begin 2025 gaat de Europese wet evaluaties gezondheids-technologie (EU HTAR) in. Deze wet bevordert Europese samenwerking bij de beoordeling van medicijnen en medische hulpmiddelen. Daardoor is effectieve zorg straks sneller beschikbaar voor de patiënt. Wat verandert er? En wat betekent dit voor de patiënt en voor het Zorginstituut? Vijf vragen over de EU HTAR.



Tekst Edith Bijl

Beeld Zorginstituut

Waar staat EU HTAR voor?

EU HTAR is afgeleid van de Engelse term voor evaluaties: Health Technology Assessment (HTA). De 'R' staat voor 'regulation'. De nieuwe wet zorgt ervoor dat alle EU-lidstaten gaan samenwerken bij het opstellen van klinische evaluatieverslagen over medicijnen en medische hulpmiddelen. Dat moet leiden tot een efficiënter proces, waardoor de juiste medicijnen sneller bij de juiste patiënt komen.

Wat verandert er in het beoordelingsproces?

Nu doen nog alle landen zelf de evaluatie van medicijnen en medische hulpmiddelen. Dat leidt tot veel dubbel werk. Dankzij de EU HTAR worden vanaf 2025 de taken verdeeld en wordt kennis makkelijker gedeeld. Nadat de fabrikant de benodigde gegevens heeft aangeleverd, voeren twee EU-landen de evaluatie uit. Vooraf hebben alle andere landen dan al aangegeven wat ze willen weten: voor welke patiëntengroep is de behandeling,

wat is de bestaande behandeling en welke uitkomsten zijn nodig. Na afloop van de evaluatie worden de resultaten gepubliceerd op de website van de Europese Commissie.

Verandert de rol van het Zorginstituut?

Het Zorginstituut blijft samen met de zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de vraag of zorg in Nederland wordt vergoed. Wat verandert is dat een deel van de klinische evaluaties vanaf 2025 niet meer door het Zorginstituut wordt gedaan, maar in Europees verband wordt uitgevoerd. Als de twee EU-landen de evaluatie hebben afgerond, kan het Zorginstituut of de zorgverzekeraar starten met het nationale beoordelingsproces. Bij geneesmiddelen moet de registratiehouder daarvoor eerst nationaal de economische gegevens aanleveren.

Wat betekent de EU HTAR voor de patiënt?

Voor de patiënt verandert niets, want de wet gaat alleen over het proces en startmoment van het beoordelingsproces. De bedoeling van de efficiëntere werkwijze is wel dat de juiste medicijnen straks sneller bij de patiënt

kunnen komen. Dat is het grote voordeel van deze efficiëntere samenwerking.

Geldt de EU HTAR voor alle geneesmiddelen?

De wet wordt stapsgewijs ingevoerd en geldt:

- vanaf 2025 voor medicijnen tegen kanker en cel- en genterapie;
- vanaf 2028 voor weesgeneesmiddelen;
- vanaf 2030 voor alle medicijnen.

In de toekomst gaat de wet ook gelden voor medische hulpmiddelen. |



Meer weten?

In een animatiefilmpje op onze website leggen we de wet in het kort uit. Scan hiervoor de QR-code. Op die pagina vindt u ook een link naar veelgestelde vragen over de EU HTAR.



“Als we gezonde toekomstige generaties willen, moeten we nu zorgen voor een gezonde omgeving”

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:

Tessa Roseboom
Hoogleraar Vroege Ontwikkeling en Gezondheid Amsterdam UMC

“De enige manier waarop we ervoor kunnen zorgen dat we ook in de toekomst zorg kunnen leveren aan de mensen die dat nodig hebben, is om nu veel meer te investeren in de omgeving waarin toekomstige generaties gevormd worden. De periode waarin mensen gevormd worden, waarin alle organen worden aangelegd, waarin de gevoeligheid voor ziektes wordt vastgelegd, begint al heel vroeg in het leven, nog voor de geboorte. Dat heeft grote invloed op je latere gezondheid. Juist in die periode zijn we compleet afhankelijk van anderen om ons te voorzien van een veilige, gezonde omgeving. We moeten ons realiseren dat de beslissingen die wij nu nemen, impact hebben op de omgeving waarin toekomstige generaties gevormd worden en zullen leven.

Dus als we willen zorgen voor gezonde toekomstige generaties, dan moeten we nu zorgen voor een gezonde omgeving waarin die toekomstige generaties kunnen opgroeien. Dat betekent veel meer inzetten op preventie en ervoor zorgen dat mensen in een gezonde en veilige omgeving opgroeien; gezonde voedingsstoffen tot zich krijgen, gezonde lucht inademen, gezonde gewoonten kunnen aanleren, en in een veilige liefdevolle omgeving kunnen opgroeien, zodat ze een eerlijke kans krijgen hun volledige potentieel te ontwikkelen. Want herstellen wat eerder is fout gegaan, is altijd duurder en minder effectief dan voorkomen dat er problemen ontstaan.”

Beeld: De Beeldredactie | Diederik van der Laan

Over zorg gesproken...

“Wat is medisch puzzelen toch leuk. Als ik dan dit vak van huisarts echt nooit leer, kan ik nog detective worden.”

Huisarts en columnist Rinske van der Goor
in *De Volkskrant* (12 november 2024).

“Ik ben fan van het schaamteloos kopiëren. Het *not invented here syndrom* is een van de achilleshielen van de zorg en zorgt ervoor dat we zo langzaam vooruitkomen.”

Frido Kraanen, bestuurder Gelre Ziekenhuizen,
op zorgvisie.nl (21 oktober 2024).

“Ik heb soms moeite met de regelgeving. Bijvoorbeeld als iemand vanuit de zorgverzekeraar geen zorg krijgt omdat hij vier IQ-punten te veel heeft.”

Arlette Vrusch, wethouder in Heerlen,
in *Dagblad De Limburger* (7 november 2024).

“Als psychische klachten 'besmettelijk' kunnen zijn, dan kan het uitdragen van perspectief en herstel dat ook zijn.”

Psychiater Christiaan Vinkers
in *De Volkskrant* (16 oktober 2024).

“We moeten van het model van de ‘reparatiegeneeskunde’ naar een ‘vitaliteitsmodel’. Bouw geen ziekenhuis, maar een vitaliteitscampus.”

Michel van Schaik, directeur gezondheidszorg bij de Rabobank, op
medischondernemen.nl (19 november 2024).

“Verandering is het enige wat constant is, ook in de zorg. Mijn basisartsdiploma van dertig jaar geleden is inmiddels op de werkvloer niets meer waard. En dat is maar goed ook.”

Arts en filosoof Maartje Schermer op artsenauto.nl (8 oktober 2024).

“De ouderenzorg moet af van de overtuiging dat zorg van professionals altijd het antwoord is. Het is aan de maatschappij om meer te gaan zorgen. En de zorg moet meer vermaatschappelijken.”

Vilans-bestuursvoorzitter Mirella Minkman
op nationalezorggids.nl (7 oktober 2024).

“Geneeskunde is een niet zo makkelijk te doorgronden amalgaam van biochemie, doodsangst, fysica, medelijden, machtsstreven, mechanica, cynisme, godsdienst, bijgeloof, geldhonger, naastenliefde en hoop.”

Filosoof, arts en columnist Bert Keizer
in *Trouw* (4 oktober 2024).

“Verzekerden letten niet op wat een verzekeraar doet aan preventie. Verzekerden kijken naar de goedkoopste premie. Dat is een hele wrange werkelijkheid.”

Menzis-bestuursvoorzitter Wouter Bos op zorgvisie.nl (2 oktober 2024).