



Zorginstituut Nederland

# Zorginstituut magazine

Kwartaalblad van  
Zorginstituut Nederland  
maart 2023



**Waarborgen  
voor passende  
zorg bij  
standpunten**

**Online  
hoofdpijnzorg:  
minder pillen  
en klachten**

Psychiater Christiaan Vinkers:

**“De scheiding die  
de geneeskunde  
maakt tussen  
lichaam en geest  
is onzinnig”**

# Inhoud

**6 Waarborgen voor passende zorg**  
Bij 'duidingen' kijkt het Zorginstituut of een behandeling voldoet aan 'de stand van de wetenschap en de praktijk'. Daarbij stellen we steeds vaker voorwaarden om passende zorg te leveren.

**12 Advies eiceldonatie**  
Het Zorginstituut adviseerde de minister van VWS om eiceldonatie op te nemen in het basispakket van de zorgverzekering. Een bijzonder advies, want de donor die hierbij nodig is, heeft geen medische indicatie.

**14 Online hoofdpijnzorg**  
Het ziektepatroon van mensen met hoofdpijn kan scherper in beeld worden gebracht met een digitaal dagboek en teleconsult. Want daarmee zijn onderbehandeling of foutieve behandelingen te voorkomen. Dat bewijst het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis.

**22 Geneesmiddelenbeoordelingen**  
Een van onze taken is het beoordelen van nieuwe geneesmiddelen. We adviseren de minister van VWS of het medicijn vanuit het basispakket vergoed kan worden. In 2022 gaven we bij ruim 80 procent van de beoordelingen het advies om het middel in het basispakket op te nemen.

**28 Passende zorg rond ICD's**  
In het recent verschenen *Verbetersignalement Zinnige Zorg Implanteerbare Cardioverter-Defibrillator (ICD)* staan afspraken om de zorg rond het plaatsen van ICD's te optimaliseren. Zo wordt onder meer de patiënteninformatie aangepast om samen beslissen te verbeteren.



## Rubrieken

- 9 Column Martin van der Graaff
- 10 Tien vragen aan: Martien Bouwmans
- 16 Feiten & Cijfers
- 18 De stelling van...  
Christiaan Vinkers, psychiater.
- 24 Literair recept van de Culturele Apothekers
- 25 Passende Zorg  
Fysio- en oefentherapie.
- 26 Aan het bureau / aan het bed  
Zinnige Zorg bij baarmoederhalsafwijking CIN.
- 31 De zorg van morgen  
... volgens verpleegkundig specialist  
Sandra Bossmann.
- 32 Over zorg gesproken



## Voorwoord

# Sturen op concrete dilemma's

In het laatste voorwoord opperde ik om de contractbesprekingen tussen zorgaanbieders en verzekeraars voor 2023 anders te gaan voeren. Mijn suggestie: zet niet in op het uitruilen van geld (verzekeraar) tegen een stapel behandelingen (aanbieder), het zogenaamde P\*Q-contract. Bespreek met elkaar wat een passende bekostiging is om passende zorg aan (toekomstige) patiënten te bieden.

Nu, drie maanden later, zien we dat er toch weer op de klassieke manier voor 2023 is gecontracteerd. Spreadsheets over en weer voerden opnieuw de boventoon, waardoor het gesprek vooral over cijfers – geld – ging. En daarmee zeker niet bijdraagt aan passende zorg. Dit vraagt om een ander discours.

Hoe zorgen we ervoor dat we dit voor 2024 anders gaan doen? Een begin van een antwoord daarop vond ik onlangs in Barcelona, tijdens een zorgreis over passende zorg met zeventig andere zorgbestuurders. De zorg is daar integraal en regionaal georganiseerd. Er zijn regio's van 400.000 inwoners geformeerd, waarin de zorgverzekeraar, aanbieders, gemeenten, de kerk en zorgvragers samenwerken. De zorgvraag van die mensen is leidend en zichtbaar. Daarbij stelt het genoemde bestuur zich de vraag: wat is er in deze regio specifiek aan zorg nodig? Niet de zorgbestuurders bepalen wat goede zorg is, zij maken passende zorg mogelijk. De centrale vraag luidt daar: wat zijn de dilemma's van zorgprofessionals en patiënten en wat kan het bestuur daarvoor betekenen?

De Barcelonese les zette mij aan het denken: in Nederland zijn we vooral bezig met hoe we passende zorg moeten *organiseren*, zonder overeen te komen wat passende zorg eigenlijk is. Als Zorginstituut willen wij dat niet in ons eentje beslissen; daarvoor hebben we alle zorgprofessionals en de samenleving hard nodig.

Laten we dus vooral luisteren. Naar de zorgprofessionals, de patiënt en de samenleving. Het gesprek dat zij voeren geeft ons de juiste informatie over hoe we passende zorg moeten organiseren. Niet alleen voor de curatieve zorg, maar ook voor de langdurige zorg, want daar spelen dezelfde vragen over passende zorg. Er verschijnen wekelijks prachtige artikelen in dagbladen en vakpers. We kunnen ons voeden met wat we horen en zien vanuit de sector. Dat was ook onze bedoeling vanaf de start van Passende zorg en later met de 'Zorg van Morgen'-campagne. Daarom organiseren we tot in komend najaar bijeenkomsten om samen met alle IZA- en WOZO-partijen te praten over concrete dilemma's in de zorg. Als we de daar opgestoken kennis dan ook meenemen in de contractbesprekingen van 2024, kunnen we volgend jaar direct van start om passende zorg zichtbaar in praktijk te brengen.

Sjaak Wijma  
Voorzitter Zorginstituut Nederland



# Korte berichten

## Plan van aanpak voor concentratie en spreiding vaatchirurgie

De concentratie en spreiding van vaatchirurgische zorg is een van de speerpunten uit het Integraal Zorgakkoord. Nog dit voorjaar moet er een plan van aanpak liggen dat beschrijft hoe partijen in gezamenlijkheid vorm geven aan toekomstbestendige vaatchirurgische zorg. Het Zorginstituut heeft oud-chirurg en voormalig zorgbestuurder Peter Go aangesteld als kwartiermaker om dit plan van aanpak te maken. Naast het betrekken en horen van de betrokken partijen wil kwartiermaker Go vooral ook de werkvloer aan het woord laten: "Ik wil horen wat er leeft. Bij de patiënt en bij de zorgprofessional." Go was de afgelopen jaren onder andere voorzitter van de medische staf in het St. Antonius Ziekenhuis en bestuurslid bij de Samenwerkende Topklinische opleidings-



Peter Go

ziekenhuizen en Stichting Pensioenfonds Medisch Specialisten. Ook was hij lid van meerdere commissies bij de FMS en de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde.

### Advies Zorginstituut: vergoed borstkankerremmend medicijn Enhertu na prijsverlaging

Het nieuwe medicijn Enhertu remt een agressieve vorm van borstkanker met ruim vijftien maanden bij mensen die niet meer kunnen genezen. Dat is bijna negen maanden langer dan de standaardbehandeling. Enhertu heeft wel meer bijwerkingen, maar de voordelen wegen op tegen de nadelen. Daarom adviseert het Zorginstituut de minister van VWS om Enhertu te vergoeden uit het basispakket na een prijsverlaging.

Enhertu (trastuzumab-deruxtecan) is een nieuw medicijn voor mensen met HER2-positieve borstkanker, die uitzaaiingen hebben of niet geopereerd kunnen worden en bij wie een eerdere behandeling niet (meer) aanslaat. Enhertu is een doelgerichte therapie die de kankercellen beschadigt of opruimt zonder veel schade te veroorzaken bij de gezonde lichaamscellen. Daarmee remt het medicijn verdere groei en uitzaaiingen van de kankercellen.

Het onderzoek naar de effectiviteit van Enhertu is nog niet afgerond. Daardoor is nu niet bekend wat het effect van het medicijn is op de algehele overleving en de kwaliteit van leven. Vanwege deze onzekerheden vindt het Zorginstituut de vraagprijs van Enhertu te hoog. Daarom adviseren we om met de fabrikant over een prijsverlaging van minstens 45 procent te onderhandelen. Als alle onderzoeksresultaten beschikbaar zijn, kan het Zorginstituut Enhertu op verzoek van de minister opnieuw beoordelen.

### Advies Zorginstituut: nieuwe prijsafspraken nodig voor dure kankermedicijnen

Eind januari adviseerde het Zorginstituut minister Kuipers van VWS om nieuwe prijsafspraken te maken voor een groep dure kankermedicijnen, de PD-(L)1-remmers. Het gaat hier om de middelen nivolumab, pembrolizumab, atezolizumab, durvalumab, avelumab en cemiplimab. Zij worden gebruikt bij de behandeling van verschillende soorten kanker, vooral bij longkanker en melanoom.

Nieuwe prijsafspraken zijn nodig omdat de eerdere afspraken per 31 december 2023 aflopen, en wij inschatten dat de kosten van deze groep medicijnen zonder verdere maatregelen in enkele jaren kunnen oplopen tot meer dan 1 miljard euro per jaar.

Naast het maken van prijsafspraken adviseren wij de minister om gepast gebruik van deze immunotherapieën te stimuleren en onderzoek naar een doelmatige inzet ervan te ondersteunen. Als de minister de adviezen van het Zorginstituut overneemt, kan dat resulteren in een aanzienlijke kostenbesparing en meer passende zorg.

## Passende zorgpraktijken: *good practices* van passende zorg

Het Zorginstituut heeft vanuit het IZA een belangrijke rol gekregen bij het identificeren en breder beschikbaar maken van 'passende zorgpraktijken'. Passende zorgpraktijken helpen de transitie naar passende zorg te versnellen en dragen bij aan de maatschappelijke opgave om de zorg mensgericht, houdbaar en duurzaam te organiseren. In samenwerking met zorgorganisaties en zorgprofessionals werken we aan een methode om *good practices* van passende zorg te identificeren en te onderzoeken welke elementen cruciaal zijn voor een succesvolle organisatie en levering van die zorg. Zo ontstaat een lerend systeem waarbij voor iedereen duidelijk is wat precies werkt in de aanpak. Het doel is dat passende zorgpraktijken - in plaats van regiogebonden of kleinschalig, zoals nu - landelijke spreiding krijgen doordat steeds meer zorgaanbieders ze overnemen en ook zorgverzekeraars ze in de zorgcontractering opnemen.

Op dit moment treffen we voorbereidingen voor dit traject. We starten in 2024 met het ophalen en inzichtelijk maken van passende zorgpraktijken. Vanaf 2025 moeten passende zorgpraktijken worden opgenomen in de contractering.



## NZa, ACM en Zorginstituut trekken samen op tegen dure medicijnen

De Autoriteit Markt en Consument (ACM), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het Zorginstituut werken op verzoek van de Tweede Kamer aan een gezamenlijk beleidsadvies aan VWS over de betaalbaarheid en toegankelijkheid van geneesmiddelen in Nederland. Hiervoor hebben zij eind vorige maand een gezamenlijke werkgenda opgesteld. Door hierin samen op te trekken, verwachten de drie bestuursorganen meer te bereiken. De werkgenda richt zich op twee thema's. Het eerste draait om een kader voor maatschappelijk aanvaardbare prijzen en uitgaven van geneesmiddelen. Het kader

moet fabrikanten ertoe bewegen maatschappelijk verantwoorde prijzen te vragen, waardoor ook andere zorg en andere collectieve voorzieningen voor iedereen toegankelijk en betaalbaar zijn. Het tweede thema draait om het versterken van concurrentie van geneesmiddelen onderling, wat kan leiden tot prijsdaling. Daarvoor moeten belemmeringen voor (het ontstaan van) voldoende concurrentie uit de weg worden geruimd. In het beleidsadvies kunnen voorstellen worden gedaan om beleidswijzigingen door te voeren die bijdragen aan meer concurrerende omstandigheden.

### Meer informatie?

Meer informatie over deze nieuwsberichten kunt u vinden op [www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws](http://www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws)

# Waarborgen voor passende zorg bij standpunten

Bij zogeheten duidingen kijken beoordelaars van het Zorginstituut of een behandeling voldoet aan ‘de stand van de wetenschap en de praktijk’. Daarbij was altijd al aandacht voor waarborgen om passende zorg te leveren, vertellen Astrid Chorus en Mattias Göthlin. De laatste tijd heeft dit een nog prominenter plek gekregen bij het innemen van een standpunt.

**Tekst** Jos Leijen

**Beeld** Marco Okhuizen en Peter Hilz (ANP)

Een van de wettelijke taken van het Zorginstituut is het verduidelijken van de aard, inhoud en omvang van het basispakket. Het kan zijn dat zorgverleners en zorgverzekeraars het oneens zijn of een behandeling effectief is en in het basispakket van de zorgverzekering hoort. In dat geval kunnen ze het Zorginstituut om een duiding vragen. Daarnaast zal het Zorginstituut steeds vaker proactief duidingen agenderen als er signalen zijn dat er zorg geleverd wordt waarvan de effectiviteit niet vaststaat, vertelt coördinator duidingen Astrid Chorus van het Zorginstituut: “Daarbij kunnen we in het kader van passende zorg ook stimuleren dat partijen in een waarborgendocument afspraken maken over de voorwaarden waaronder zorg wordt geleverd. In gesprekken, en door te monitoren en te evalueren, proberen we met partijen een gezamenlijk doel te bereiken, namelijk goede verzekerde zorg voor iedere Nederlander.”

Voordat het Zorginstituut aan een duiding begint, is er eerst een screening, legt Chorus uit. “In de screening onderzoeken we of er risico’s zijn voor het basispakket en of er voldoende onderzoek beschikbaar is. Is dat het geval, dan kunnen we een duiding agenderen.”

Een team van twee beoordelaars onder leiding van een medisch adviseur maakt een voorstel voor behandelaars, patiëntenvereniging en zorgverzekeraars. Met deze partijen wordt onder meer besproken welke informatie het Zorginstituut nodig heeft om de pakketvraag te beantwoorden. Chorus: “Voor welke patiënten is deze behandeling? Wat is de standaardbehandeling volgens de richtlijn? Welke uitkomsten wil je bereiken?”

## Van evidence naar decision

Als er voldoende wetenschappelijk onderzoek voorhanden is, beoordeelt het beoordelingsteam de kwaliteit en uitkomsten van

het onderzoek. Soms gaat het om tientallen onderzoeken. “We werken van *evidence* naar *decision*, van bewijs naar besluit”, vertelt Chorus. “Behalve naar wetenschappelijk bewijs kijken we ook naar contextuele factoren en argumenten van betrokken partijen.”

Als voorbeeld noemt ze een recente duiding waar ze zelf nauw bij betrokken was: die van borstreconstructie volgens de AFT-methode na uitwendige weefselexpansie. Dit is een operatietechniek waarbij de huid op de plek van de borst eerst wordt opgerekt met behulp van een speciale bh met een vacuümpomp (zie ook het kader rechts). “Behalve de vraag of de interventie doet wat hij moet doen, kijken we ook naar de meerwaarde van deze behandeling voor vrouwen. Bijvoorbeeld dat er minder bijwerkingen zijn dan bij het gebruik van siliconen.” Aan de andere kant geeft de behandeling een zwaardere belasting voor de vrouw.

## Standpunt ductoscopie

Ductoscopie is een techniek waarmee via de tepel de melkgangen van de borst kunnen worden geïnspecteerd en gespoeld. De techniek wordt gebruikt bij vrouwen die langer dan drie maanden tepeluitvloed hebben, zonder dat er iets te zien is op een mammografie of echografie.

Het klinische nut van ductoscopie is volgens het Zorginstituut voldoende. Ductoscopie voldoet daarmee aan het wettelijke criterium ‘de stand van de wetenschap en praktijk’ en kan worden toegelaten tot het basispakket. Er zijn wel enkele voorwaarden voor passende zorg.

De effectiviteit van ductoscopie hangt onder meer af van de ervaring van behandelaren met het toepassen van de test. Het Zorginstituut heeft daarom aan de betrokken beroepsgroepen, patiëntenverenigingen en zorgverzekeraars gevraagd een waarborgendocument met kwaliteitsafspraken op te stellen.

Daarnaast heeft het Zorginstituut de beroepsgroep verzocht patiënteninformatie en een *shared decision*-tool te ontwikkelen en in te zetten in de praktijk. Want voor het gepast gebruik is het belangrijk dat vrouwen goed geïnformeerd worden.



## STANDPUNT BORSTRECONSTRUCTIE MET AUTOLOGE VETTRANSPLANTATIE (AFT) NA UITWENDIGE WEEFSEL-EXPANSIE)

AFT na externe weefselexpansie is een nieuwe techniek voor borstreconstructie bij vrouwen na een totale borstverwijdering vanwege borstkanker of ter preventie hiervan. Een speciale bh met een vacuümpomp rekt de huid op de plek van de borst op. Wanneer de huid voldoende is opgerekt wordt met vetcellen uit het eigen lichaam een nieuwe borst gemaakt. De effectiviteit van deze techniek is onderzocht in de zogeheten BREAST-studie. Volgens die studie is borstreconstructie met AFT niet slechter dan reconstructie met siliconenimplantaten, de gebruikelijke techniek. Patiënten zijn tevredener en er zijn minder bijwerkingen. De effecten voor de kwaliteit van leven en het risico op complicaties op lange termijn zijn nog niet duidelijk. De beroepsgroep van plastisch chirurgen heeft samen met patiëntvertegenwoordigers en zorgverzekeraars een waarborgdocument ontwikkeld met afspraken om de zorg passend en doelmatig te leveren. Het Zorginstituut concludeert dat borstreconstructie met AFT en een externe weefselexpander voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en dus kan worden toegelaten tot het basispakket.



## Chorus: “In gesprekken, en door te monitoren en te evalueren, willen we met partijen een gezamenlijk doel bereiken, namelijk goede verzekerde zorg voor iedere Nederlander”

De bh met vacuümpomp moet minimaal tien uur per dag gedragen worden ter voorbereiding op de operatie. En terwijl bij borstreconstructie met siliconen twee operaties volstaan, zijn bij de nieuwe methode drie of vier operaties nodig. Verder zijn gegevens over de kwaliteit van leven en de kosten op langere termijn nog niet duidelijk.

### Waarborgen voor passende zorg

Passende zorg is een rode draad in alle taken van het Zorginstituut. Ook bij het duiden van behandelingen kijken beoordelaars steeds explicieter of de geleverde zorg passend is. Is de effectiviteit voldoende aangetoond (dit is een wettelijke voorwaarde voor opname in het pakket)? Wordt de zorg gepast en doelmatig geleverd? En past die bij de wensen en behoeften van de patiënt? Om te stimuleren dat passende zorg wordt geleverd, worden bij een duiding vaak waarborgen gevraagd van zorgleveranciers.

Bij de duiding van de borstreconstructie hebben de plastisch chirurgen in samen-

werking met patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars bijvoorbeeld een waarborgdocument opgesteld met afspraken om de zorg passend en doelmatig te leveren. Het gaat om de volgende afspraken:

- Criteria waaraan vrouwen moeten voldoen om in aanmerking te komen voor AFT met externe weefselexpander.
- Hoe en wanneer patiënteninformatie en richtlijnen voor professionals worden ontwikkeld om vrouwen goed voor te lichten over de voor- en nadelen van deze operatietechniek, zodat patiënt en behandelaar samen een weloverwogen keuze kunnen maken voor de best passende behandeling.
- Hoe en wanneer trainingen en opleidingseisen ontwikkeld worden om deze operatietechniek uit te kunnen voeren door plastisch chirurgen.
- Op welke manier gegevens worden verzameld over kwaliteit van leven en kosten op de langere termijn om de kwaliteit en kostenontwikkeling te kunnen monitoren en inzichtelijk te maken. ►

## STANDPUNT STAMCEL-TRANSPLANTATIE BIJ ZEER ACTIEVE RELAPSING REMITTING MULTIPLE SCLEROSE (RRMS)

Bij stamceltransplantatie worden stamcellen uit het bloed van de patiënt gehaald. Met een chemokuur wordt het immuunsysteem vervolgens vernietigd. Daarna krijgt de patiënt de stamcellen terug. Met stamceltransplantatie reset je het immuunsysteem.

Bij een kleine groep patiënten met zeer actieve RRMS heeft behandeling met tweedelijns medicatie onvoldoende effect. Er is bij deze patiënten geen tijd om een effectieve behandeling te geven. Voor deze patiëntengroep is de effectiviteit van stamceltransplantatie beoordeeld.

De beoordeling is vooral gebaseerd op één gerandomiseerde studie. Patiënten hebben na stamceltransplantatie minder vaak een terugval en hebben minder progressie van invaliditeit. Ook heeft stamceltransplantatie op de korte termijn een positief effect op de kwaliteit van leven. Het is onzeker of dit effect op de langere termijn aanhoudt. Stamceltransplantatie is volgens het Zorginstituut een voldoende bewezen effectieve behandeling voor deze patiëntengroep en kan worden toegelaten tot het basispakket. Het Zorginstituut heeft wel aan de betrokken beroeps- en patiëntenverenigingen gevraagd om een waarborgendocument met kwaliteitsafspraken op te stellen om passende zorg te garanderen.



## Göthlin: “We volgen of de afspraken worden nagekomen en evalueren na een jaar de impact van het standpunt”

### Evaluatieplan

Mattias Göthlin evalueert bij het Zorginstituut de implementatie van de afspraken in de waarborgendocumenten. “We volgen of de afspraken worden nagekomen”, legt hij uit. “We evalueren bijvoorbeeld na een jaar de impact van het standpunt. We maken dan eerst een evaluatieplan en bekijken welke data we nodig hebben om een goed oordeel te vormen. Denk daarbij aan declaratiegegevens en gesprekken met de beroepsgroep en patiënten.”

Als de afspraken niet worden nagekomen, bespreekt Göthlin de oorzaken met betrokken partijen. Eventueel maken de inhoudelijk betrokken collega’s van het Zorginstituut nieuwe afspraken met de veldpartijen. Een

uiterste consequentie kan zijn dat er een herziening plaatsvindt. Maar het streven is altijd om tot overeenstemming te komen.

“We hadden altijd al aandacht voor passende zorg”, zegt Chorus, “maar de afgelopen periode is het een nog nadrukkelijker onderwerp van gesprek met de veldpartijen. De gesprekken zijn intensiever geworden. Dat draagt bij aan meer begrip over en weer. Bijvoorbeeld over het perspectief van waaruit wij handelen, het onderzoek dat nodig is voor toelating tot het basispakket en over de waarborgen die wij vragen voor passende zorg.” ●



“Ik lees al twintig jaar hun stoere teksten, met als kernboodschap: harde keuzes in de zorg zijn onontkoombaar. De herhaling alleen al laat zien dat het met die onontkoombaarheid nogal meevalt”



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

## Column

# Harde keuzes

Voor de verre toekomst mogen we hopen dat deze beschaving nooit wordt opgegraven.

We kunnen kankeratlassen maken die tot op postcodeniveau inzoomen, maar basisgeneesmiddelen produceren lukt niet. We kunnen elk lichaam tot op de nanometer in beeld brengen, maar een verpleeghuisbewoner regelmatig van een nieuwe pampers voorzien is te hoog gegrepen. We volgen volcontinu onze glucosespiegels, maar kijken machteloos toe bij de terugkeer van de schurftmijt.

Zien zorgbestuurders dit dan niet? Jazeker wel. Ik lees al twintig jaar hun stoere teksten, met als kernboodschap: harde keuzes in de zorg zijn onontkoombaar. De herhaling alleen al laat zien dat het met die onontkoombaarheid nogal meevalt. We kunnen het ook gewoon niet. Kijk maar eens naar de koddige soap die is ontstaan rondom de kinderhartchirurgie, die inmiddels het derde seizoen ingaat. Het lijkt nog het meest op een *danse macabre* rondom de totempalen van macht, geld en status. Dit alles doordrenkt van vrome slogans: dit is het beste voor de patiënt, voor het ziekenhuis, voor iedereen eigenlijk. Als de minister dan in wanhoop zo'n onontkoombaar harde keuze probeert te maken, is het huis weer te klein. We eisen daadkracht, maar schrikken terug voor de gevolgen.

Er zijn daarentegen ook ontwikkelingen die tot een cynisch soort vrolijkheid stemmen. Iedereen weet dat een huisarts zo bedolven is onder kluswerk, administratie en oneigenlijke werkzaamheden, dat er voor de patiënt weinig tijd overschiet. En iedereen beseft dat zelfs een Integraal Zorgakkoord daaraan weinig zal veranderen. Toch is er nu een heuse actie ontketend rondom die patiënt, met de groezelige afkorting MTVDP. Die staat voor: Meer Tijd Voor De Patiënt. Je krijgt daardoor als neutrale waarnemer de indruk dat die tijd voor de patiënt altijd al royaal bemeten was, maar dat het vanaf 2023 pas echt overvloedig wordt. Zo zie je maar dat woorden ertoe doen. GTVDP (Genoeg Tijd etc.) lijkt me al een overambitieuze en feitelijk onhaalbaar doel. Zoals Churchill in WOII al zei over de Engelse gaarkeukens, die hij wilde omdopen tot British Restaurants: “If they can't have the substance, they can at least have the name”.

Maar het alleraardigste dat ik met u wil delen gaat over partypillen. Die kun je bij de entree van je festival laten testen op zuiverheid, gratis. Maar helaas, de drugstestservice van de Amsterdamse GGD liet onlangs weten: “Wegens drukte kan uw pil niet meer altijd getest worden.” Maakt het uit? Nee hoor. Dan maar slikken zonder test: “We wilden 't onze avond niet laten bederven.” Wat in de reguliere zorg tot bedreiging van personeel en Kamervragen zou leiden, wordt hier zonder morren aanvaard. Stof tot nadenken.

# 10

vragen aan

## Martien Bouwmans

Tekst Edith Bijl

Beeld De Beeldredactie | Herbert Wiggerman

### 1 Wat is uw eerste ervaring met de gezondheidszorg?

“Niet mijn eerste, maar wel mijn belangrijkste ervaring was 25 jaar geleden, toen ik een hartaanval kreeg op een Oostenrijkse camping. Mijn vrouw bracht mij naar - wat later bleek - een zeer goed geoutilleerd eerstelijnscentrum. Daarin werd meteen al veel eerste zorg verleend. Het viel mij op dat ze in het ziekenhuis gelijk bij binnenkomst al veel van mij wisten. Daar kunnen we in Nederland nog best wat van leren.”

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

“Dan had ik huisarts willen zijn. Die vormt de pijler van de gezondheidszorg en staat dicht bij de mensen. Wel een kanttekening: de huisarts is belangrijk, maar er staan veel zorgverleners omheen die óók belangrijk zijn.”

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

“Meer sturing en regie regelen en de vrijblijvendheid van afspraken verminderen. Kijk naar het IZA (Integraal Zorgakkoord – red.): er zijn goede afspraken gemaakt, maar het blijft vaag wie de leiding en regie heeft. Het IZA dreigt daardoor te sneuvelen in de

### PERSONALIA

Martien Bouwmans is socioloog en econoom en werkte veertig jaar in de organisatie en financiering van de gezondheidszorg, vooral aan de zorgverzekeraarskant. Hij was beleidsmedewerker bij de FNV, manager zorg bij het zorgkantoor van AGIS-zorgverzekeringen en de laatste twaalf jaar als beleidsadviseur bij Zorgverzekeraars Nederland. Namens de FNV was hij ook lid van de Ziekenfondsraad. Inmiddels gepensioneerd, schrijft Bouwmans blogs voor *Zorgvisie*. Ook is hij lid van de Cliëntenraad van het Diakonessenhuis in Utrecht en voorzitter van de St. Crisiskaart Nederland.

Martien Bouwmans is auteur van het boek *Het Zorgstelsel Onttrafeld* en bracht begin dit jaar een podcast uit over de geschiedenis van het Nederlandse zorgstelsel: [www.zorgvisie.nl/podcast/martien-bouwmans-de-tijd-is-rijp-voor-meer-regulering-in-het-zorgstelsel/](http://www.zorgvisie.nl/podcast/martien-bouwmans-de-tijd-is-rijp-voor-meer-regulering-in-het-zorgstelsel/).

Martien Bouwmans woont in Utrecht met zijn partner.



“De zorg is in het Nederland van nu qua solidariteit goed geregeld: iedereen krijgt zorg en kan de premie betalen. Heel goed. Dat komt omdat de marktwerking in de zorg sterk gereguleerd is. Dat is heel anders dan in de woning- of energiemarkt. Die regulering moeten we koesteren. De zorgstelselregels borgen de solidariteit in ons stelsel en voorkomen dat de marktwerking in de zorg ontspoot.”

polder. Daarom vind ik dat zorgverzekeraars en gemeenten meer moeten samenwerken en samen de regie moeten nemen op de infrastructuur van de zorg en ondersteuning. Bijvoorbeeld door bij het ontwerp van nieuwe woonwijken ook het zorgaanbod af te stemmen op de zorgvraag van de nieuwe bewoners. En door centra op te zetten waar alle eerstelijnszorgverleners samen met het sociale domein gecoördineerd en dicht bij elkaar zitten.”

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

“Er hoeft van mij eigenlijk niets uit het pakket, al moet er wel nadrukkelijk aandacht zijn voor passende zorg. De *omvang* van het pakket is niet het probleem, wel de *organisatie* van de zorg. Ik denk dan vooral aan al die kleine zorgondernemers in de eerste lijn die niet samenwerken. We steken nu veel energie en geld om ze samen te laten werken. Dat kan en moet anders.”

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

“Mondzorg, de tandarts. Dat levert steeds meer problemen op. De tandartsrekening is voor velen onbetaalbaar geworden.”

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

“Eerst aankijken. Sinds vorig jaar heb ik een nieuwe huisarts en ik kom geregeld op de praktijk, voor een grieprik of voor de praktijkondersteuner. Ik heb de huisarts zelf nog niet bezocht. In discussies gaat het vaak om het belang van een vertrouwensband met je huisarts. Maar ik denk dat de meeste mensen vaker de andere zorgverleners in de praktijk zien dan hun huisarts. Ik vind die vertrouwensband met je huisarts dus minder belangrijk. Belangrijker is dat hij of zij er is als de nood aan de man is.”

#### 7 Wat is uw favoriete zorgwoord?

“Solidariteit. Onlangs heb ik een podcast uitgebracht over de geschiedenis van het zorgstelsel. Dan realiseer je je weer dat de zorg in het Nederland van nu qua solidariteit goed geregeld is: iedereen krijgt zorg en kan de premie (eventueel dankzij de zorgtoeslag) betalen. Als ik hier neerval word ik meteen naar het ziekenhuis gebracht. Ook ouderen komen nooit in de problemen,

want ze hebben een zorgverzekering die ze kunnen betalen. Heel goed. Dat komt omdat de marktwerking in de zorg sterk gereguleerd is. Dat is heel anders dan in de woning- of energiemarkt. Die regulering moeten we koesteren. De zorgstelselregels borgen de solidariteit in ons stelsel en voorkomen dat de marktwerking in de zorg ontspoot.”

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

“Hans Uneken, de nieuwe directeur maatschappelijke ontwikkeling van de gemeente Utrecht. Hij wil met mij brainstormen over preventie. Op dat gebied kan er veel meer in verbinding met de gemeente geregeld worden. Neem valpreventietrainingen; heel belangrijk, maar ze worden mondjesmaat aangeboden omdat gemeenten die zelf moeten financieren. Als die trainingen óók vanuit de zorgverzekering worden betaald, kunnen gemeenten die op veel grotere schaal aanbieden. Dat soort zaken kan ik dan meteen met Uneken in dat ziekenhuisbed bespreken.”

#### 9 Wat vindt u de belangrijkste voorwaarde voor goede zorg?

“Goede zorg is bereikbaar en toegankelijk, zowel financieel als fysiek. Maar belangrijker is nog dat die zorg goed is afgestemd. Het gebrek aan afstemming wordt zichtbaar als je bejaarde ouders complexe zorg nodig hebben. Er komen allerlei zorgverleners over de vloer en iedereen doet zijn eigen ding. Dat moet veel beter op elkaar worden afgestemd, waarbij iemand de coördinatie op zich neemt. Het is belangrijk dat die onderlinge afstemming goed geregeld wordt. Zorg er dan ook gelijk voor dat er een betaaltitel aan hangt, zodat de afstemming ook financieel geregeld is.”

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

“Goede vraag. Volgens mij blijft die in hoge mate hetzelfde. Ik pleit niet voor verandering van het stelsel, maar er moet duidelijk iets gebeuren. De richting van het IZA is goed: meer verbinding van de eerste lijn met het sociale domein, meer afstemming in de regio, meer preventie: prima! Maar: wie gaat dit organiseren, wie heeft doorzettingsmacht? Als dat niet is geregeld, is de kans groot dat de veranderingen verzanden.” ●



# Positief pakketadvies over vergoeding voor eiceldonatie

Het Zorginstituut adviseerde de minister van VWS om eiceldonatie op te nemen in het basispakket van de zorgverzekering. Een bijzonder advies, want de donor die hierbij nodig is, heeft geen medische indicatie.

**Tekst** Frank van Wijck

**Beeld** Dominika Zarzycka (ANP)

Vrouwen kunnen een medisch probleem hebben waardoor ze zelf geen goede of helemaal geen eicellen hebben. Hebben zij een kinderwens, dan hebben ze een eiceldonor nodig; zo maken ze gebruik van eicellen van een andere vrouw. Die eiceldonor moet een medisch traject doorlopen. Zij moet hiervoor immers een deel van een ivf-behandeling ondergaan: een hormonale behandeling om de rijping van eicellen in het lichaam te bevorderen en een aansluitende follikelpunctie (ingreep waarbij de eicellen uit de eierstokken gezogen worden). Dan volgt de bevruchting van de eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium. Daarna worden één of twee embryo's geïmplant in de baarmoederholte van de wensmoeder.

## Positief advies

De minister heeft het Zorginstituut gevraagd te onderzoeken of de zorgkosten van de eiceldonor kunnen worden vergoed uit de basisverzekering van de wensmoeder. Het onderzoek van het Zorginstituut leidde tot een positief advies. “We volgen hiermee de logica van ons advies over ivf-draagmoederschap”, vertelt Janka Kahlman, senior adviseur bij het Zorginstituut.

## Bijzonder advies

De financiële impact van dit nieuwe advies is niet heel groot, vertelt Kahlman. “Het betreft slechts weinig vrouwen op jaarbasis, en daarmee gaat het om een kostenpost van nog geen honderdduizend euro per jaar.” Ondanks de bescheiden financiële impact is het toch een bijzonder advies, meent Kahlman: “De donor zelf heeft in dit geval geen medische indicatie. Zij komt daarmee in principe niet in aanmerking voor vergoeding van het medische traject dat zij moet doorlopen om de wensmoeder te kunnen helpen. Daarmee is het vergelijkbaar met ivf-

draagmoederschap. Ook daarbij is immers sprake van een medische indicatie voor de behandeling van de wensmoeder, waarbij een draagmoeder nodig is die zelf geen medische indicatie heeft.”

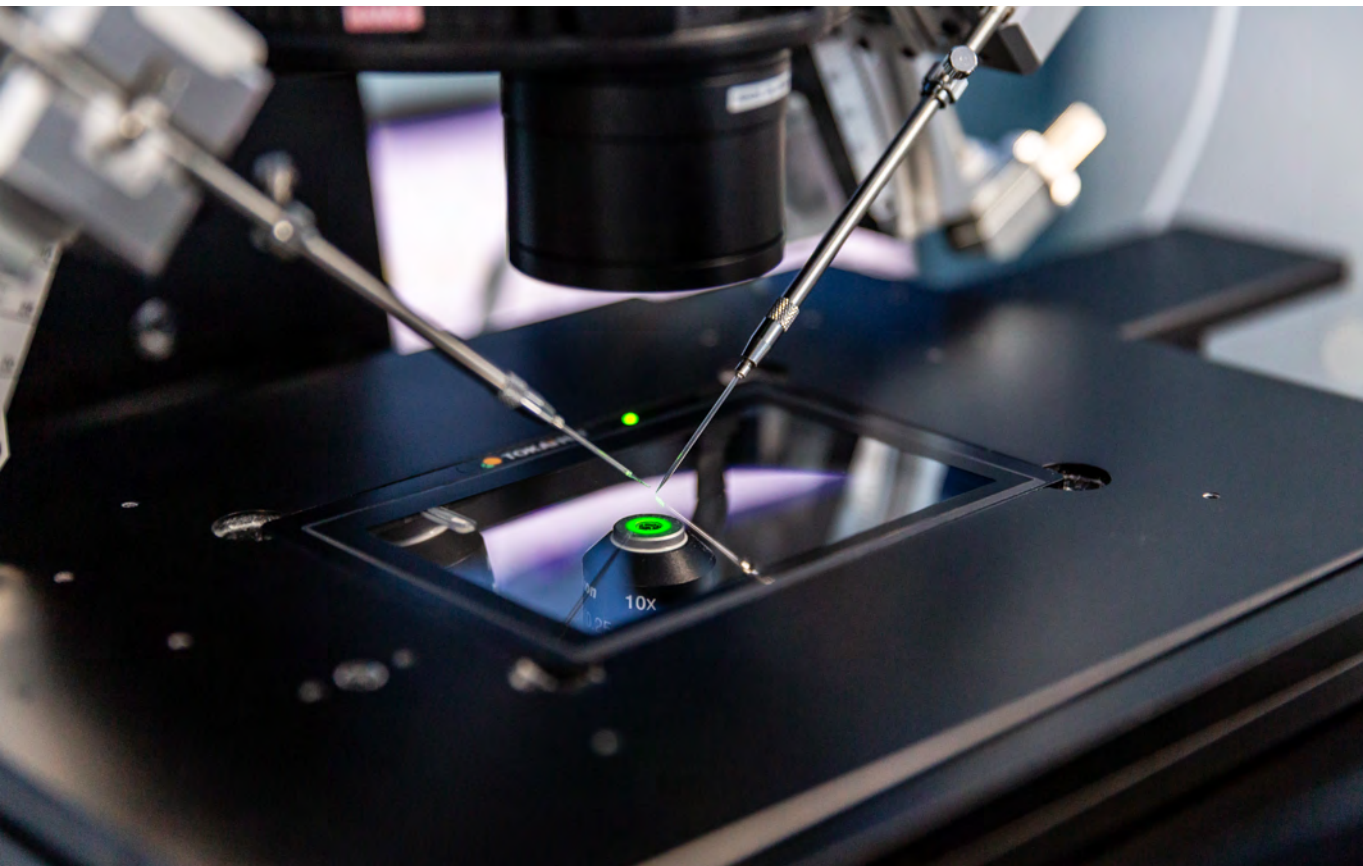
In beide situaties heeft het Zorginstituut een analogie gevonden met donatie bij leven. Net als in het geval van donatie bij leven is bij eiceldonatie ook sprake van een medische behandeling bij een derde die daarvoor zelf geen medische indicatie heeft. Als de medische kosten bij de eiceldonor ten laste van de zorgverzekering van de wensmoeder worden gebracht, is dit vergelijkbaar met de wettelijke regeling die is getroffen voor donatie bij leven. Dit om de donor niet financieel te hoeven belasten voor diens bereidheid tot donorschap.

“We zijn dus tot ons besluit gekomen op basis van het gegeven dat de wensmoeder een andere vrouw nodig heeft om de ivf-behandeling mogelijk te maken”, zegt Kahlman. “Als de minister ons advies overneemt, wordt de ivf-behandeling volledig vergoed uit de basisverzekering van de wensmoeder.”

**“Als de minister ons advies overneemt, wordt de ivf-behandeling volledig vergoed uit de basisverzekering van de wensmoeder”**

## “Basisverzekering is schadeverzekering”

Bij het besluit is bewust de kanttekening gemaakt dat de vrouw die de kinderwens heeft een medische indicatie moet hebben voor de ivf-behandeling en daarnaast ook zelf onder-



## “Op zorginhoudelijke criteria wordt beoordeeld of iemand recht heeft op een ivf-behandeling. De afweging wordt voor iedereen op dezelfde manier gemaakt, namelijk vanuit medisch perspectief”

deel moet uitmaken van de ivf-behandeling. Kahlman: “Dit illustreert dat onze basisverzekering een schadeverzekering is, met de nodige voorwaarden. Je hebt slechts recht op vergoeding vanuit de basisverzekering als je een medische zorgvraag hebt. Daarnaast moet de medische behandeling waar je recht op hebt een antwoord zijn op je zorgvraag. Binnen de Zorgverzekeringswet wordt op zorginhoudelijke criteria beoordeeld of iemand recht heeft op een ivf-behandeling. De afweging wordt dus voor iedereen op dezelfde manier gemaakt, namelijk vanuit medisch perspectief.

Een voor een eiceldonatie benodigde ivf-behandeling is een behandeling die kan worden ingezet als er een ‘vruchtbaarheid gerelateerde zorgvraag’ is. Een verzekerde die aan de criteria van de Zorgverzekeringswet voldoet, krijgt een ivf-behandeling vergoed. Omdat de verzekerde een genees-

kundige zorgvraag moet hebben en de zorg is bedoeld ter bevordering van de vruchtbaarheid van de verzekerde zelf is, moet zij zelf onderdeel uitmaken van de ivf-behandeling. Een ivf-behandeling bestaat uit vier stappen. Een verzekerde dient bij minstens één van deze vier stappen zelf betrokken te zijn als zij de ivf-behandeling vergoed krijgen.”

Dit betekent dus ook dat een verzekerde de ivf-behandeling niet vergoed krijgt als zij een kinderwens heeft die los staat van een vastgesteld vruchtbaarheidsprobleem. Een verzekerde heeft recht op de ivf-behandeling, niet vanwege de (mogelijke) uitkomst van de behandeling, maar vanwege diens zorgvraag (de indicatie). Daarnaast moet ze voldoen aan de overige voorwaarden die in de wet- en regelgeving zijn gesteld, zoals de leeftijdsgrens. ●

# Online hoofdpijnzorg: minder pillen en klachten



Wim Mulleners (l.) en Pieter van Haren.

Het ziektepatroon van mensen met hoofdpijn kan scherper in beeld worden gebracht met een digitaal dagboek en teleconsult. Want daarmee zijn onderbehandeling of foutieve behandelingen te voorkomen. Dat bewijst het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (CWZ). De ambitie is om met online tools hoofdpijnzorg te verbeteren.

**Tekst** Loek Kusiak

**Beeld** De Beeldredactie | Marcel Krijgsman

Per maand ten minste vijftien dagen hoofdpijn, en dat drie maanden achtereen? Dan spreken we over chronische hoofdpijn. Meer dan 10 procent van de Nederlanders heeft er last van. “De maatschappelijke impact is gigantisch: slechter functioneren in sociale rollen, verzuim op het werk, minder kwaliteit van levensjaren, en dat vooral bij vrouwen”, zegt Wim Mulleners, neuroloog in het Nijmeegse Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, waar hij het Hoofdpijn Expertise Centrum leidt. Chronische hoofdpijn, zowel migraine als spanningshoofdpijn en hoofdpijn door overmatig medicatiegebruik, behoren tot de op twee na meest invaliderende ziekten. Mulleners: “Helaas is vaak sprake van onderbehandeling. De huisarts tot wie iemand met hoofdpijn zich als eerste wendt, weet

niet goed wat eraan te doen is. Dus denkt de patiënt dat hij ‘er maar mee moet leren leven.’ Terwijl dat niet nodig is. Een goede diagnose en behandeling met onder meer onze hoofdpijnapp en door verpleegkundig specialisten kan de ziektelast met 25 tot 50 procent verminderen.”

## Te veel pillen

De poli van het CWZ werkt sinds een klein jaar samen met plaatselijke huisartsen en eerstelijnsorganisatie NEO Huisartsenzorg. Zo is een anderhalvelijnszorgpad ontstaan, een online zorgpad voor een onderschatte aandoening. “Huisartsen missen veelal de kennis en de tijd om primaire hoofdpijn goed te diagnosticeren”, meent Mulleners. “Vervolgens zie



## Mulleners: “We zien patiënten bij wie het aantal hoofdpijndagen is verminderd van vijftien naar vijf dagen per maand. Tien dagen winst in ziektelast, eenvoudig bereikt en tegen lagere kosten”

je dat hoofdpijnpatiënten pillen gaan slikken. Waarna de bijwerkingen door een teveel aan pillen de boosdoener van hoofdpijn wordt. En dat terwijl de oplossing is om juist minder pillen te gebruiken. Dat onderschatten huisartsen. Probeer eerst de symptomen helder in beeld krijgen, oftewel: om welk type hoofdpijn gaat het eigenlijk? Daarna beslissen we over de passende behandeling.”

Welke behandeling dat is, vloeit bij de poli in Nijmegen voort uit de informatie die de patiënt bijhoudt in een online dagboek. “Alles in de zorg is informatie. Om de juiste interventie te bepalen is het nodig dat de patiënt zijn klachten en medicijngebruik in kaart brengt”, zegt Pieter van Haren, de klinisch informaticus die de app en het online dagboek ontwikkelde. Daarvoor is gebruikgemaakt van de PGO (Persoonlijke GezondheidsOmgeving) ‘Gezondheidsmeter’ van ICT-leverancier Curavista, dat eerder een online dagboek voor MS-patiënten maakte. Omdat de overheid PGO’s subsidieert en het ziekenhuis er dus minder in hoeft te investeren, is de hoofdpijnapp goedkoop in gebruik, vult Van Haren aan.

### Betere registratietrouw

Het digitale dagboek voor mensen met hoofdpijn vangt het gangbare papieren dagboek. “Met het papieren dagboek zie je dat patiënten de drang hebben om van alles te noteren over wat ze die dag gedaan hebben. Ze gaan ook vaak op hun geheugen af. Niet altijd even betrouwbaar. Bovendien krijgt de zorgverlener een overdaad aan informatie die een diagnose vertroebelt”, vervolgt Van Haren. “Het digitale dagboek zorgt voor betere registratietrouw wanneer en hoe hoofdpijn ervaren wordt. En je

voorkomt dat diagnostiek steeds opnieuw plaatsvindt. Patiënten die via de huisarts bij de hoofdpijnpoli aankloppen, kunnen meestal binnen twee weken beginnen met het online registreren van hun klachten.”

Voor het digitale dagboek en het gebruiksgemak is de internationale hoofdpijn classificatie (de zogeheten ‘ICHD-3’) vertaald naar een lijst met tien vragen. Op basis daarvan is het soort hoofdpijn te traceren. “Patiënten kunnen hun gegevens gestructureerd invullen, zonder tekstvelden voor niet ter zake doende details.”

### Lagere kosten

Een ander voordeel van de online registratie is dat de zorgverlener ook ziet onder welke geneesmiddelenklasse een medicijn tegen hoofdpijn valt. “Die informatie is essentieel”, zegt Mulleners. “Je wilt weten of bij de patiënt misschien sprake is van overmedicatie. Overigens blijven we patiënten fysiek zien van wie we bij de intake merken dat ze niet geschikt zijn voor het digitale traject. Maar dat is nog geen 10 procent. De meerderheid, en dat zijn er inmiddels een paar honderd, is tevreden met het teleconsult. We zien nu patiënten bij wie het aantal dagen hoofdpijn per maand is verminderd van vijftien naar vijf dagen. Tien dagen winst in ziektelast, op een eenvoudige manier bereikt en tegen lagere kosten.”

Dankzij de online monitoring van hoofdpijn door verpleegkundig specialisten wordt ook het fysiek bezoek bij de neuroloog overbodig. Ook dat bespaart weer zorgkosten. De uitrol van dit anderhalvelijnszorgpad kreeg de steun van de Vereniging Nederlandse Hoofdpijncentra (VNHC). Zorgverzekeraars CZ en VGZ verstrekten het Nijmeegse ziekenhuis een VEZN-subsidie voor innovaties in de eerste lijn om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Naast het CWZ werken inmiddels nog drie klinieken met de digitale app.

### Substitutie zorg

Mulleners noemt het nieuwe zorgpad voor hoofdpijnpatiënten dan ook een ‘belangrijke transitie’ in de ondersteuning van huisartsen. “Doel is om op grote schaal de hoofdpijnbehandeling bij de toch al overbelaste huisartsen weg te halen en deze neer te leggen bij de verpleegkundig specialisten, die ook zelf recepten mogen schrijven.”

Substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn is een belangrijk thema in het nationale gezondheidszorgbeleid. Past het Nijmeegse anderhalvelijnszorgpad daar wel in? “Bij hoofdpijnpatiënten gaat het vooral om kwaliteit van leven”, vertelt Van Haren, “dus de maatschappelijke businesscase is helder: minder verzuim en meer participatie. De NHG-Standaard blijft daarbij leidend. Nu zijn er twee mogelijkheden: doorgaan in de eerste lijn met beperkte kennis en infrastructuur, of naar de tweede lijn met een dure neuroloog. Maar omdat je onderbehandeling wilt vermijden, kun je deze patiënten niet helemaal uit de tweede lijn weghalen. Daarom bieden we anderhalvelijnszorg aan.”

“Gezien de ervaringen met het online dagboek is er wel degelijk ook een component van substitutie”, meent Van Haren. “Mensen hoeven niet meer langs de specialist, dus er zijn minder tweedelijns DBC’s. En hoofdpijnpatiënten krijgen passende zorg, dicht bij huis via het teleconsult. We zijn de data nog aan het vergaren, maar ik ben optimistisch dat we met de zorgverzekeraars landelijk tot structurele financiering komen.”

“Het Integraal Zorgakkoord gaat immers ook over het inzetten van hybride zorg”, vult Mulleners aan. “Ons initiatief laat zien dat het bestaande zorglandschap hiervoor mogelijkheden biedt, waarbij huisartsen de regie houden.” ●

**Van Haren:**  
“Alles in de zorg is informatie. Om de juiste interventie te bepalen moet de patiënt zijn klachten en medicijngebruik eerst in kaart brengen”

# Feiten & Cijfers



**285**

mensen hebben in 2022 na overlijden organen afgestaan. Er zijn dat jaar in totaal 860 orgaantransplantaties verricht.

BRON: NEDERLANDSE TRANSPLANTATIE STICHTING (NTS)

De uitgaven aan paramedische zorg zijn in 2022 gestegen met **5,3 procent** ten opzichte van 2021. De grootste stijgingen zijn toe te schrijven aan gecombineerde leefstijlinterventies (+ 87 procent) en ergotherapie (+ 11 procent).

BRON: ZORGINSTITUUT

## 3,1 miljard euro

is in 2022 uitgegeven aan wijkverpleging. Dat is een daling met 6,8 procent ten opzichte van 2021. De daling wordt voornamelijk veroorzaakt door een gebrek aan personeel.

BRON: ZORGINSTITUUT

### 90 procent van de huisartsen

gebruikte in 2022 een digitaal patiëntenportaal, tegen 80 procent in 2021. Ook maakten meer zorgverleners gebruik van beeldbellen: dat steeg van 55 procent in 2021 naar 58 procent in 2022.

BRON: RIVM



Het geneesmiddelentekort is in 2022 gestegen naar **1.514**. Dat betekent dat 1.514 medicijnen gedurende minimaal 14 dagen niet beschikbaar waren. Dat tekort lag in 2021 op 1.007.

BRON: KNMP FARMANCO



## Een 7,7

Dat rapportcijfer geven zorg- en welzijnsmedewerkers voor hun bevlogenheid in hun werk. Dat is hoger dan de 7,4 die medewerkers in andere sectoren geven. Wel ervaart slechts 67 procent van de zorg- en welzijnsmedewerkers waardering van de leidinggevende, tegenover 78 procent in andere sectoren.

BRON: PGGM&CO I.S.M. STICHTING IZZ

# 124.000

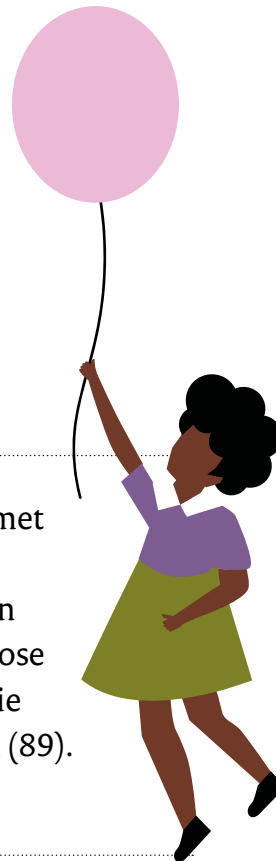
patiënten kregen vorig jaar een kankerdiagnose. Dat waren er 1.000 meer dan in 2021. Daarbij ging het onder meer om:

- huidkanker: 23.300 diagnoses
- longkanker: 14.600 diagnoses

BRON: INTEGRAAL KANKERCENTRUM NEDERLAND (IKNL)

**83 procent** van de Nederlandse kinderen en tieners met kanker is vijf jaar na de diagnose nog in leven. Deze overlevingskans was in de jaren 90 nog 73 procent. In 2021 kregen 556 kinderen onder de 18 jaar de diagnose kanker. De meest voorkomende vormen zijn leukemie (159 diagnoses), hersentumoren (123) en lymfomen (89).

BRON: INTEGRAAL KANKERCENTRUM NEDERLAND (IKNL)



Het aantal huisartsen groeit sneller dan de Nederlandse bevolking. In 2022 waren er in totaal 11.754 huisartsen, omgerekend **6,7 huisartsen per 10.000 inwoners**. Tien jaar geleden waren dat **5,3 huisartsen per 10.000 inwoners**. De afgelopen twee jaar kwamen er circa 550 huisartsen bij, een stijging van 4,7 procent.

BRON: NIVEL

Covid kostte in 2021 in Nederland **218.900 gezonde levensjaren**. Dit is een stijging ten opzichte van 2020 (207.000 gemiste gezonde jaren).

BRON: RIVM

Door de vergrijzing zal het medicatiegebruik in 2040 met **circa 25 procent** zijn toegenomen ten opzichte van 2021.

BRON: STICHTING FARMACEUTISCHE KENGETALLEN (SFK)

Benieuwd  
naar meer cijfers  
over de zorg? Kijk op  
[zorgcijfersdatabank.nl](https://zorgcijfersdatabank.nl).



De stelling van **Christiaan Vinkers**

# “De scheiding die de geneeskunde maakt tussen lichaam en geest is onzinnig”

Stress veroorzaakt veel gezondheidsschade en maatschappelijke kosten; in 2021 bedroegen die al 3,2 miljard euro. Psychiater Christiaan Vinkers, hoogleraar Stress en Veerkracht aan het Amsterdam UMC, vindt het hoog tijd voor een landelijke aanpak. Hij pleit voor het gebruik van praktische instrumenten, zoals een persoonlijk stressprofiel, zelftests en periodieke metingen van de individuele stresstolerantie. Maar de belangrijkste voorwaarde is integrale samenwerking: stress kan niet worden bestreden zolang we onderscheid blijven maken tussen lichamelijke en mentale gezondheid.

**“Burn-out is een makkelijke term voor een potpourri van ingewikkelde klachten”**

**Tekst** Robert van der Broek

**Beeld** Rogier Chang

“De ggz staat helemaal los van de somatische geneeskunde. Als je een been breekt ga je naar het ziekenhuis. Ben je depressief, dan ga je naar de ggz. Die verzuiling staat een brede, holistische blik op gezondheid in de weg. Geestelijke gezondheid beïnvloedt je lichaam en de gezondheid van je lichaam heeft invloed op je geest. Dat weten artsen natuurlijk wel, maar zij zijn onderdeel van een zorgstelsel dat in schotten is opgedeeld. Voor een goede aanpak van stress moeten we over de muren heen kijken. Als psychiater wil ik leren begrijpen wat stress nu eigenlijk is en hoe we daar greep op kunnen krijgen. Op zichzelf is stress een gezond proces; het zorgt ervoor dat je je staande houdt in het

leven. Stress houdt je scherp, maakt je actief en gefocust. Iedereen heeft stress, we kunnen niet zonder. Maar er is een kantelpunt. Op het moment dat stress te lang duurt en aan intensiteit wint, raak je uit balans. Je wordt somber, slaapt slecht, hebt moeite met concentreren. Die disbalans kan leiden tot een depressie of burn-out, wat dan weer een populaire, niet-wetenschappelijk onderbouwde verzamelnaam is van een heleboel stressfactoren.”

**Rode vlaggen**

“In veel opzichten lijkt een burn-out op een depressie en mogelijk zijn ze hetzelfde. Daar is nog nooit goed onderzoek naar gedaan. Wat opvalt is dat hoogopgeleiden vaker de diagnose burn-out krijgen en laagopgeleiden de diagnose depressie. ►



“Stress is een verlies aan veerkracht. Veerkracht is als een orkest dat lang blijft doorspelen, maar waarvan de muziekkpartijen geleidelijk uitvallen. Klinken de strijkers te zwak? Hoor je de blazers niet meer? Dat zijn de rode vlaggen”



Maar eigenlijk vind ik de discussie over de onbetrouwbaarheid van burn-out niet zo interessant. Het gaat erom dat we de weg naar ontregeling beter snappen en er iets aan dóen. Van nature kunnen wij veel incasseren. Maar veerkracht is niet oneindig. Het is als een orkest dat lang blijft doorspelen, maar waarvan de muzikanten geleidelijk uitvallen. Klinken de strijkers te zwak? Hoor je de blazers niet meer? Dat zijn de rode vlaggen. Blijf er niet op drukken, ga het ook niet uit de weg, maar leer de werking van je eigen stressorkest herkennen en onderneem actie. Ik vind dat we stresssignalen veel meer moeten gaan meten. Met die kennis kunnen we het verlies aan veerkracht op tijd beperken. Vervolgens kun je daar je gedrag op aanpassen met gepersonaliseerde, passende zorg.”

#### Barometer

“Op kleine schaal kun je je stressniveau al een beetje meten. Denk aan *wearables*, zoals een smartwatch waarmee je je hartslag en bloeddruk kunt volgen. De techindustrie houdt zich vooral bezig met biometrie, maar kan ook andere toepassingen ontwikkelen, zoals naar het voorbeeld van de ervaringssteekproeven die we in de psychiatrie gebruiken. *Experience sampling* noemen we dat: periodieke vragen over gedachten, gevoelens en gedragingen op een zeker moment. Wat houdt je bezig? Wat motiveert je? Hoe autonoom voel je je? Als je dat zelf kunt meten, ben je er vroeg bij en hoeft je de gang naar de psychiater misschien niet eens te maken. Voor het goed meten van je veerkracht is in elk geval een persoonlijk stressprofiel nodig.”

**“Er ligt een enorm potentieel voor preventie. Er zijn leefstijlprogramma’s voor obesitas, waarom zijn die er niet voor stress?”**



## “We moeten stress-signalen veel meer gaan meten, zodat we het verlies aan veerkracht op tijd kunnen beperken. Vervolgens kun je daar je gedrag op aanpassen met gepersonaliseerde, passende zorg”

Een stressprofiel bestaat uit een analyse van je sterke en zwakke punten. Met een zelftest kun je polsen hoe je actuele gesteldheid zich verhoudt tot die sterktes en zwaktes. Hoe voel je je? Kun je nog goed omgaan met tegenslag? Wat is er in je privéleven gebeurd? Hoe gaat het op je werk? Het is een peiling, net als een politieke barometer. Zo herken je stresssignalen die je zelf misschien nog niet eens had opgemerkt. En kun je daar je gedrag op aanpassen.”

“Zo’n stressprofiel zou ook een uitkomst zijn voor de gezondheidszorg in het algemeen. Een piek in stressvormen in bepaalde branches op een bepaald moment geeft beleidsmakers concrete data om actie te ondernemen. Stress komt dan veel centraler te staan in de spreekkamer. Met een persoonlijke analyse op basis van zo’n individueel stressprofiel en vervolgens een persoonlijke aanpak. Zodat jij als patiënt tijdig kunt ingrijpen om je stressorkest weer op de juiste toonhoogte te laten spelen.”

### Puzzelstukje

“Iedereen reageert anders op stress. Dat komt door je fysiologie, je mentale weerbaarheid en door omgevingsfactoren. Persoonlijke problemen zoals alcoholisme, een echtscheiding of schulden verergeren je stresstolerantie. Tegelijkertijd kan de sociale omgeving een buffer zijn tegen stress. Stress is zowel psychisch als een kwestie van biologie. Ben je van nature stressgevoelig? Zit het in de familie? Hoe zit je biologische systeem in elkaar, heb je veel of weinig adrenaline? Hoe hoog zijn je cortisolwaarden? Stress is

ook een katalysator voor andere aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, overgewicht en auto-immuunziekten. Er is maatwerk voor nodig en iedereen heeft een stukje van de puzzel in handen. Door alleen al betrokkenheid te tonen kan een huisarts een placebo-effect teweegbrengen. Stress is immers vaak een uitingsvorm van een gebrek aan aandacht. En als stress je werk beïnvloedt, is je werkgever de eerste met wie je kan overleggen of het werk anders georganiseerd moet worden of dat je taken afstoot. Stress is een multifactoriële aandoening die dus ook multidisciplinair moet worden aangepakt. In de tweede lijn, maar ook al in de eerste lijn. Er ligt een enorm potentieel voor preventie. Dat potentieel hebben we nog niet aangeboden. Er zijn leefstijlprogramma’s voor obesitas, waarom zijn die er niet voor stress?”

### Potpourri

“De maatschappelijke kosten van werkstress bedragen inmiddels al 3,2 miljard euro. Willen we toe naar passende zorg, zoals het Zorginstituut ambieert, dan moeten we keuzes maken. We moeten het systeem zo vormgeven dat het gesprek over stress beter gefaciliteerd wordt. Ik besef dat daar weinig draagvlak voor is, juist omdat stress zo’n ingewikkeld verschijnsel is dat zoveel gezichten heeft. Wij mensen willen altijd makkelijke oplossingen voor complexe problemen. Dat zie je aan de vele lifestyle-coaches en ervaringsdeskundigen die zich met burn-out bezighouden, zonder te weten wat het is. Burn-out is een makkelijke term voor een potpourri van ingewikkelde klachten. Het ontbreekt ons aan een coherente langetermijnvisie aan de hand van stressveerkracht en fysiek verzuim. We kunnen daar allemaal een rol in spelen. Dan kunnen we proberen de stijging van depressie, ziekte en uitval in te dammen. Op persoonlijk en op lokaal niveau. Waarom heb jij zoveel stress? Waarom zien we in jouw stadswijk zoveel mensen met mentale problemen? We kunnen met z’n allen veel alerter zijn op de momenten waar stress begint, hoe het zich manifesteert en waar het eindigt.” ●

Christiaan Vinkers (1980) is psychiater en hoogleraar Stress en Veerkracht aan het Amsterdam UMC en bij GGZ InGeest. Hij studeerde farmacie, rechten en geneeskunde. Hij is voorzitter van de geneesmiddelencommissie van de Wetenschappelijke Adviesraad (WAR) van het Zorginstituut en lid van de Raad Medische Wetenschappen van de KNAW.

Adviezen Zorginstituut: vergoed alleen medicijnen die echt werken tegen een gerechtvaardigde prijs

# Terugblik geneesmiddelen- beoordelingen 2022

Een van de taken van het Zorginstituut is het beoordelen van nieuwe geneesmiddelen. Wij adviseren de minister van VWS of een medicijn vanuit het basispakket vergoed kan worden. In 2022 gaven we bij ruim 80 procent van de beoordelingen het advies om het middel in het basispakket op te nemen. Vaak stellen we daarbij wel voorwaarden, zoals welke patiëntengroepen voor vergoeding in aanmerking komen, verlaging van de prijs, of voorwaarden die passend gebruik stimuleren.

Tekst Edith Bijl

Voordat nieuwe geneesmiddelen op de markt komen, worden ze beoordeeld door het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) en het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG). Zij onderzoeken de kwaliteit, de werking en de veiligheid van een geneesmiddel. Keuren zij het medicijn goed, dan komt het beschikbaar op de Europese en Nederlandse markt. Maar daarmee wordt het middel nog niet automatisch vergoed uit de basisverzekering. De fabrikant van het medicijn kan bij het Zorginstituut een aanvraag indienen voor vergoeding uit het basispakket. Het Zorginstituut beoordeelt dan of het middel in aanmerking komt voor vergoeding of niet. We beoordelen onder meer hoe goed het middel werkt, bij welke patiënten het effectief is en of het middel een gerechtvaardigde prijs heeft. Is een medicijn bewezen effectief en heeft het een redelijke prijs, dan adviseren we de minister van VWS om het middel uit het basispakket te vergoeden. Voldoet het medicijn niet aan deze eisen, dan adviseren we het niet te vergoeden. Vaak stellen we ook voorwaarden aan de vergoeding (zie meer hierover

verderop in dit artikel), of adviseren we de minister te onderhandelen over de prijs. De minister beslist uiteindelijk of het medicijn in het basispakket wordt opgenomen. Het Zorginstituut beoordeelt twee groepen geneesmiddelen: de medicijnen die op doktersrecept verkrijgbaar zijn bij de apotheek (extramuraal), en de dure geneesmiddelen die onderdeel zijn van een behandeling in het ziekenhuis (intramuraal).

## Waarom is een beoordeling nodig?

Er zijn twee belangrijke redenen waarom we nieuwe geneesmiddelen beoordelen. Ten eerste omdat we de zorg zo betaalbaar mogelijk willen houden. Ten tweede omdat we patiënten alleen effectieve geneesmiddelen willen bieden. Zo weet de patiënt dat hij of zij alleen medicijnen krijgt die echt werken. Dat is niet alleen voor hem of haar, maar voor de gehele samenleving van belang. Want uiteindelijk moeten we al deze – soms peperdure – medicijnen samen betalen.

## Hoe ziet een geneesmiddelenbeoordeling eruit?

Het Zorginstituut beoordeelt in hoeverre een medicijn toegevoegde waarde heeft voor het basispakket. We bekijken onder meer hoe goed een medicijn werkt ten opzichte van de standaardbehandeling en voor welke groep patiënten het medicijn werkt. Ook berekenen we wat een gerechtvaardigde prijs voor het middel zou zijn. Als het medicijn te duur is,



Meer weten over hoe een geneesmiddelenbeoordeling tot stand komt? **Kijk op:**





adviseren we de minister om over de prijs te onderhandelen. Ook kunnen we adviseren om voorwaarden te stellen aan de vergoeding van het middel, zoals:

- Als een medicijn niet voor alle patiënten blijkt te werken, kan besloten worden het middel alleen te vergoeden voor de groep patiënten bij wie het middel wel echt werkt. Dit hebben we onder meer geadviseerd bij de inzet van het medicijn Libmeldy voor de behandeling van de erfelijke ziekte metachromatische leukodystrofie (MLD). Wij adviseerden het middel alleen te vergoeden voor kinderen die nog geen symptomen vertonen van de ziekte, omdat het middel alleen voor deze groep bewezen effectief is.
- *Stepped care*: patiënten moeten eerst andere zorg hebben geprobeerd voordat ze in aanmerking komen voor vergoeding van dit

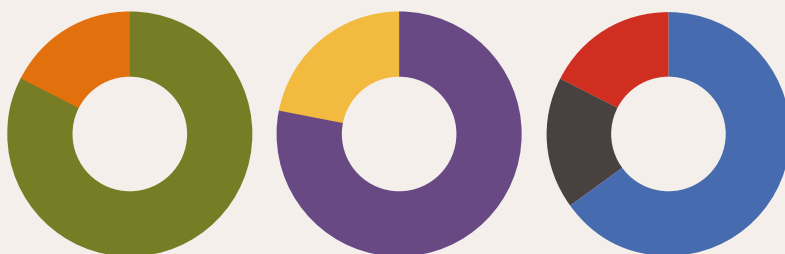
nieuwe medicijn. Dat geldt bijvoorbeeld bij ons advies over het geneesmiddel Saxenda bij de behandeling van obesitas: voordat patiënten (die aan de overige voorwaarden voldoen) het middel mogen gebruiken, moeten zij eerst gedurende een jaar proberen af te vallen met hulp van een door het RIVM erkende gecombineerde leefstijlinterventie (GLI).

- *Stop- en startcriteria*: vastgelegd wordt wanneer patiënten mogen starten en wanneer ze moeten stoppen met het medicijn. Dit advies werd onder meer gegeven bij het middel cannabidiol voor de behandeling van twee zeldzame vormen van zeer ernstige epilepsie (LGS en DS). De behandeling met het middel moet worden gestaakt als de epilepsieaanvallen na zes maanden niet voldoende zijn afgenomen bij de patiënt. ●

## Doorlooptijd beoordelingen 2022

De beoordeling van (nieuwe) geneesmiddelen is een zorgvuldig proces, dat daardoor veel tijd in beslag neemt. Desondanks zetten wij ons in om dit proces waar mogelijk te bekorten, zodat patiënten zo snel mogelijk toegang krijgen tot nieuwe medicijnen. Onze inzet heeft in 2022 geleid tot een gemiddelde doorlooptijd van 150 dagen bij de beoordeling van intramurale geneesmiddelen en 103 dagen voor extramurale geneesmiddelen.

De afgelopen jaren hebben we een aantal maatregelen genomen om de doorlooptijd te verkorten, zoals de 'parallele procedure' met het CBG, stroomlijning van processen, beter anticiperen en plannen en tijdige samenwerking met partners bij complexe dossiers. Lees meer hieronder op de pagina 'Geneesmiddelen beoordelen: balans tussen zorgvuldigheid en snelheid' op onze website:



### Advisie van het Zorginstituut

- 38 positieve beoordelingen
- 8 negatieve beoordelingen

### Aantal beoordelingen

- 36 nieuwe geneesmiddelen
- 10 bestaande geneesmiddelen

## OVERZICHT GENEESMIDDELENBEOORDELINGEN 2022

- In 2022 hebben fabrikanten voor 36 nieuwe geneesmiddelen vergoeding uit het basispakket aangevraagd.
- Fabrikanten hebben vorig jaar voor 10 bestaande medicijnen een uitbreiding van de patiëntengroep aangevraagd.
- Het Zorginstituut heeft in totaal 46 geneesmiddelen beoordeeld. In 38 gevallen hebben wij de minister geadviseerd het middel op te nemen in het basispakket.

- We hebben de minister 8 keer geadviseerd om een geneesmiddel niet vanuit het basispakket te vergoeden.
- Bij het ter perse gaan van deze editie heeft de minister 30 van deze geneesmiddelen opgenomen in het basispakket. Voor 8 geneesmiddelen heeft de minister besloten het medicijn niet op te nemen in het basispakket. De overige 8 adviezen zijn nog in behandeling bij de minister, of er wordt nog onderhandeld met de fabrikant over de prijs.



De Culturele Apothekers schrijven voor bij...

# Obsessieve verliefdheid

Verliefdheid: hoe heerlijk kan het zijn, maar ook: hoe allesverslindend. Bij de één kleurt alles in de wereld roze, terwijl de ander geen hap meer door de keel krijgt en kotsmisselijk ronddoelt. Connie Palmen beschreef in *I.M.* hoe zij en Ischa Meijer het beiden op straat in hun broek deden van hartstocht. En dat was een verliefdheid die niet geheim, onbeantwoord of ongepast was. Wat als dat wel het geval is? Ai! Gelukkig drijft de wereldliteratuur op onmogelijke liefdes en kun je bij Tolstoj, Proust en Brönte terecht voor raad.

## Ziektebeeld

Bent u licht ontvlambaar als het om de liefde gaat? Hoeft iemand u maar vluchtig aan te raken of kort in de ogen te kijken en slaat uw hart al op hol? Eet, drinkt, slaapt u er meteen niet van? Bent u ervan overtuigd dat dit voorbestemd is en dat de ander hetzelfde voelt (ook als dit met klem wordt tegengesproken)? Doet u er ALLES aan om in de buurt van het object van uw verlangen te komen en te blijven? Dan dreigt u weg te glijden in een obsessieve verliefdheid.

## Literaire medicatie

Wij raden u dan de recente roman *Tekenen van het universum* van Emy Koopman aan. Want onmogelijke liefdes mogen van alle tijden zijn, contact onderhouden met degene die uw hart sneller doet slaan is nu stukken eenvoudiger dan een paar eeuwen geleden. Wat niet wil zeggen dat de verliefdheid daarmee ook gemakkelijker is, zo blijkt uit dit boek. Koopman onderzoekt haar verliefdheid op A., de Canadese fixer met wie ze samenwerkt tijdens de opnames van een televisieprogramma. Ze hebben vanaf hun eerste ontmoeting een klik. Dan stranden

ze tijdens een sneeuwstorm in een verlaten hotel waar nog maar één kamer over is... Zie hier hoofdstuk 1. De rest is een nietsontziend verslag van wat Koopman zelf een obsessie noemt, een ziekte zelfs. Ze beschrijft hoe A. en zij – vooral zij – elkaar maar niet kunnen loslaten, eerst tijdens het werk, daarna via WhatsApp en telefonisch, totdat Koopman opnieuw naar Canada vertrekt. Tegen beter weten in. Want het gaat hier om een onmogelijke verliefdheid: beiden hebben een relatie die ze niet op het spel willen zetten.

Lees dit boek en ontleed met Koopman hoe je jezelf tegenkomt in zo'n heftige verliefdheid: de tegenstrijdige emoties, het vergoelijken van dingen voor jezelf en je omgeving. "Wat haal je eruit?", vraagt een begripvolle vriendin tegen het eind van het boek aan de schrijfster. "De fantasie", zeg ik, 'de droom dat er ergens anders nog een leven is dat ik zou kunnen leiden.' Dat is het niet, niet helemaal. Maar die hoop op verbondenheid krijg ik niet over mijn lippen. Zo wanhopig, zo snakkend, zo eenzaam."

Of dit u in het vervolg afhoudt van een nieuwe verliefdheid is niet gegarandeerd. Maar dit boek geeft zeker herkenning en inzicht aan iedereen met een wispelturig hart.

## Aanvullende medicatie

Wilt u genoeg hebben aan een gevoel van verlangen, zonder druk om dit in handelen om te zetten? Neem dan regelmatig het gedicht 'Liefste' van Tijske Jansen (uit *Het moest maar eens gaan sneeuwen*, Podium 2003) in:

... en ik hou zo van verlangen en ik hou zo van alleen zijn en ik hou zo van het denken dat het zou kunnen als het kon.





# Naar passende zorg bij fysio- en oefentherapie

In een recent advies beschrijft het Zorginstituut een programmalijs die het mogelijk maakt om langs de principes van passende zorg eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg toe te laten tot de basisverzekering. Voorafgaand aan een eindadvies hierover moeten partijen drie randvoorwaarden invullen. Uitvoering van de programmalijs vraagt een nauw samenspel tussen partijen en overheidsinstanties.

**Tekst** Jos Leijen

**Beeld** Patricia Rehe (ANP)

Het advies, dat het Zorginstituut op verzoek van de minister van VWS heeft uitgebracht, is getiteld: *Samen in beweging naar besluitvorming over een aanspraak op passende eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg uit het basispakket*. Het advies geeft inzicht in wat het begrip 'passende zorg' betekent voor de aanspraak op fysio- en oefentherapeutische zorg in de basisverzekering.

Het Zorginstituut heeft in samenspraak met beroepsgroepen, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gespecificeerd welke randvoorwaarden vervuld moeten worden voordat er een eindadvies kan volgen over de geschikte vorm van de aanspraak op fysio- en oefentherapeutische zorg in de basisverzekering.

## Passende zorg

In het advies zijn de principes van passende zorg in samenhang toegepast. De toekomstige aanspraak moet op de volgende manieren bijdragen aan passende zorg:

- Alle verzekerden krijgen toegang tot

effectieve fysio- en oefentherapeutische zorg.

- De potentiële bijdrage van fysio- en oefentherapeuten aan de toekomstbestendigheid van de zorg in brede zin wordt benut.
- Zorg wordt dicht bij en samen met de patiënt georganiseerd.
- Onnodig zware en duurdere behandelingen in de tweede lijn worden voorkomen.
- De focus ligt meer op gezondheid, functioneren en kwaliteit van leven en minder op ziekte.

## Drie randvoorwaarden

Voordat het Zorginstituut een eindadvies kan opstellen, moeten partijen drie randvoorwaarden invullen:

1. Er moet een Kwaliteitskader fysio- en oefentherapeutische zorg komen, waarin partijen (zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars) gezamenlijk kwaliteitseisen voor goede zorg vastleggen. Het kwaliteitskader moet aansluiten op het *Kader Passende zorg*.
2. Fysio- en oefentherapeutische zorg moet waardegedreven zijn. Hiervoor is inzicht nodig in de effectiviteit van behandelingen

en de gezondheidswinst voor patiënten ('stand van de wetenschap en praktijk').

3. De NZa stelt een advies op over passende bekostiging van eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg.

## Kwaliteitskader

Het ontwikkelen van een kwaliteitskader en afspraken die betrokken partijen daarin vastleggen vormen de basis voor de hierop volgende dialoog en de invulling van de andere twee randvoorwaarden. Het kwaliteitskader staat op de Meerjarenagenda. Dit houdt in dat zorgaanbieders, patiëntenvertegenwoordigers en zorgverzekeraars onder hun verantwoordelijkheid tijdig en in gezamenlijkheid een kwaliteitskader opleveren en dat het Zorginstituut de voortgang bewaakt. Als de drie randvoorwaarden zijn ingevuld, stelt het Zorginstituut een eindadvies op. Vervolgens moet de politiek besluiten over een andere inrichting van de aanspraak op fysio- en oefentherapeutische zorg uit het basispakket.

"We staan aan het begin van een beweging naar passende fysio- en oefentherapie die winst kan opleveren voor de patiënt, de maatschappij en het hele zorglandschap", zegt projectleider Bas Veerman. "Het veranderen van de vergoedingssystematiek voor fysio- en oefentherapie is een omvangrijk en complex traject. Het vraagt nauw samenspel en veel inzet van alle betrokken partijen, ieder vanuit zijn eigen rol en verantwoordelijkheid." ●





“Ik kijk heel positief terug op dit traject. Alle betrokkenen hebben goed samengewerkt en veel afspraken zijn daarvoor nagekomen”

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 implementatie van de verbeterpunten uit het **Verbetersignalement Zinnige Zorg bij baarmoederhalsafwijking CIN**.

Tekst Edith Bijl

Beeld Ron Zwagemaker; De Beeldredactie | Herbert Wiggerman

## *aan het* **bureau**

**Koen Böcker** is adviseur/data scientist bij het Zorginstituut.

“In het verbetersignalement concludeerde het Zorginstituut dat de behandeling van patiënten met de baarmoederhalsafwijking CIN (aan het licht gekomen door een afwijkend uitstrijkje) op drie vlakken verbeterd kon worden. Ten eerste vond er mogelijk overbehandeling bij lichte afwijkingen plaats en onderbehandeling bij ernstige afwijkingen; ten tweede waren enkele aanvullingen op de richtlijnen gewenst en ten derde was de patiëntinformatie in het kader van samen beslissen ontoereikend.

In de implementatiefase, onderdeel van het Zinnige Zorg-traject, is het aan de betrokken partijen om de verbeterpunten uit het verbetersignalement in de praktijk te implementeren. Het Zorginstituut heeft hierin een ondersteunende rol. Zo organiseerden wij een startbijeenkomst om partijen te informeren over de verbeterpunten en om te komen tot afspraken en acties om deze verbeteringen door te voeren. Al snel nam de NVOG (beroepsvereniging voor gynaecologen) de regie en richtte hiervoor een Taskforce in. Deze was eerst intern gericht, maar later schoven ook andere partijen aan, zoals de NVVP (beroepsvereniging voor pathologen), de patiëntenorganisaties Olijf en Bekkenbodemp4all en wijzelf. Samen met Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) en de NVOG zijn er vervolgens praktijkspiegels opgezet. Deze sloten goed aan op de verbeterafspraken en laten zien in hoeverre behandelaars de adviezen uit de richtlijn volgen. Zo kunnen klinieken zelf zien hoe hun behandelbeleid zich verhoudt tot dat van andere zorgverleners in het land.

Medio 2021 heeft de NVOG de praktijkspiegels en de aangepaste richtlijnen via webinars, op thuisarts.nl en met publicaties bij behandelaars onder de aandacht gebracht. Ik kijk heel positief terug op dit traject. Alle betrokkenen hebben goed samengewerkt en veel afspraken zijn daarvoor nagekomen. Of dit ook tot concrete verbeteringen ‘aan het bed’ heeft geleid, weten we pas bij de evaluatie\*.”





## aan het *bed*

**Jacqueline Louwers** is gynaecoloog in het Diakonessenhuis en voorzitter van de Werkgroep Cervix Uteri van de NVOG.

“Onder meer via de Werkgroep Cervix Uteri volgde dit Zinnige Zorg-traject ik al enige tijd. En als vrijwilliger van patiëntenorganisatie Olijf was ik ook actief betrokken bij de gesprekken over de verbeterpunten. Het verbetertraject heeft volgens mij zeker twee mooie resultaten heeft opgeleverd: de keuzehulp voor patiënten en de praktijkspiegels.

De keuzehulp is ontwikkeld om het proces van samen beslissen te verbeteren. Patiënten krijgen de keuzehulp nadat er een biopt is genomen, maar de uitslag nog niet bekend is. Zo kunnen zij zich alvast inlezen in de verschillende behandelopties. Dat resulteert in een gelijkwaardiger gesprek met de arts, waarin zij daadwerkelijk *samen* een keuze kunnen maken uit de behandel mogelijkheden. Dat is voor beiden een grote winst, maar vooral natuurlijk voor de patiënt.

De ontwikkeling van de praktijkspiegels is ook een mooie uitkomst van het verbetertraject. Ze vormen een goede basis om met collega's in gesprek te gaan over het behandelbeleid. Wij hebben dat hier in het Diakonessenhuis ook gedaan. Als je ziet dat je afwijkt van de norm kan je bespreken waarom dat is en wat eventueel beter kan. Daarbij houd je er natuurlijk altijd rekening mee dat iedere patiënt anders is. Soms is er een heel goede verklaring waarom je afwijkt van de norm. Juist daarom is het goed om hierover die discussie te voeren. Ik ben blij dat er straks – waarschijnlijk ergens in 2024/2025 - een tweede praktijkspiegel komt, want die laat dan zien of het behandelbeleid echt veranderd is. In elk geval draagt het gebruik van praktijkspiegels bij tot een uniformer beleid. Patiënten kunnen erop rekenen dat zij straks in het hele land dezelfde behandeling krijgen. Ook dat is winst voor de patiënt.”

\*De evaluatiefase van het project was bij het ter perse gaan van deze editie net gestart - red.

“Het verbetertraject heeft zeker twee mooie resultaten opgeleverd: de keuzehulp voor patiënten en de praktijkspiegels”

Verbetersignalement Zinnige Zorg Implanteerbare Cardioverter-Defibrillator (ICD)

# Afspraken voor passende zorg rond ICD's

In het recent verschenen *Verbetersignalement Zinnige Zorg Implanteerbare Cardioverter-Defibrillator (ICD)* staan afspraken om de zorg rond het plaatsen van ICD's te optimaliseren. De patiënteninformatie wordt aangepast om samen beslissen te verbeteren. Voor een specifieke groep patiënten wordt de indicatie voor een ICD verbeterd.

**Tekst** Jos Leijen

**Beeld** ANP

Een implanteerbare cardioverter-defibrillator is een apparaat dat in je lichaam geplaatst kan worden bij het hart. Bij een hartritmestoornis geeft de ICD een schok af die het normale hartritme herstelt, waarmee een plotse hartoedood kan worden voorkomen. Daarom heeft een ICD voor het merendeel van de patiënten toegevoegde waarde. Jaarlijks krijgen ongeveer zesduizend mensen een ICD. Het Zorginstituut heeft het Verbetersignalement ICD geschreven na regelmatig overleg met patiëntenverenigingen STIN en Harteraad, de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC), de Nederlandse Vereniging voor Hart- en Vaatverpleegkundigen (NVHV) en Zorgverzekeraars Nederland. In de publicatie staan afspraken om de indicatiestelling te verbeteren, patiënten beter te informeren over de negatieve aspecten van een ICD en complicaties te verminderen.

Het verbetersignalement is de afronding van de verdiepingsfase van het Zinnige Zorgtraject ICD van het Zorginstituut. In deze fase is onderzocht of en hoe de ICD-zorg verbeterd kan worden. Het belang van de patiënt stond hierbij centraal, vertelt projectleider Anja Duursma van het Zorginstituut. Samen met zorgprofessionals, patiëntenverenigingen en zorgverzekeraars zijn onderwerpen uitgekozen waarbij de kwaliteit van de zorg mogelijk verbeterd kan worden.

## Onderzoek naar toegevoegde waarde

Zo is er nader onderzoek gedaan naar de indicatiestelling voor een ICD en complicaties en onterechte schokken. Er bestonden al langer twijfels over de indicatiestelling voor een ICD, aldus Duursma. In 2014 werd daarom een nieuw onderzoek gestart, de 'Dutch Outcome in ICD Therapy' (DO-IT)-studie. Het doel van dit onderzoek was om beter te kunnen voorspellen voor welke patiënten een ICD geen toegevoegde waarde heeft. Dit onderzoek leverde hierover geen zekerheid op. Wel bracht het aan het licht dat bij 14 procent van de plaatsingen complicaties optraden, waarvan meer dan de helft ernstig. Onderzoek liet verder zien dat 83 procent

van de ICD's geplaatst werd bij mensen die nooit eerder hartritme stoornissen hadden gehad, maar volgens de richtlijnen wel een verhoogd risico hadden. Van hen heeft ruim een derde een ziekte van de hartspeer die niet veroorzaakt wordt door zuurstofgebrek. In medische termen zijn dit 'patiënten met non-ischemische cardiomyopathie' (NICM). Uit literatuuronderzoek van het Zorginstituut blijkt dat het preventief plaatsen van een ICD bij patiënten uit deze groep niet helpt om sterfgevallen te voorkomen.

De huidige richtlijnen zijn grotendeels nog gebaseerd op studies van ruim twintig jaar geleden. Sinds die tijd is de behandeling van deze patiëntengroep verbeterd. Daardoor is de kans op een ernstige hartritme stoornis kleiner.

## Verbeterafspraken

Met de NVVC is afgesproken om 70 procent minder ICD's te plaatsen bij mensen bij wie de ziekte van de hartspeer niet wordt veroorzaakt door zuurstofgebrek. Dit zou gaan om ongeveer tweehonderd plaatsingen. Bij de

## Joan Meeder

Voorzitter Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC)

"Het is goed om voortschrijdend inzicht om te zetten in passende zorg. Het Zorginstituut en de NVVC hebben een gemeenschappelijk doel: de kwaliteit van de zorg hoog houden; en dat tegen acceptabele kosten. Met de beoogde herziene indicatierichtlijn zijn we wel duidelijk strenger dan de ons omringende landen.

De nieuwe Indicatierichtlijn is op een haar na klaar. Bij eerdere trajecten hebben de cardiologen laten zien dat ze zich daar ook aan houden. En als cardiologen van een richtlijn afwijken, dan gebeurt dit op basis van gegronde medische redenen. We gaan monitoren hoe het gaat.

Het is jammer dat de publiciteit rond het verbetersignalement wat ongenueanceerd was. Daardoor gaan patiënten twifelen. Terwijl ICD's levensreddend kunnen zijn en patiënten een groot risico lopen bij een verkeerde keuze. Ik roep patiënten op om goed in gesprek te blijven met hun cardioloog."



30 procent van deze patiëntengroep die wél een ICD krijgt, wordt de toegevoegde waarde onderzocht. De NVVC stelt een nieuwe richtlijn op voor deze patiëntengroep met een scherpere indicatiestelling en start het onderzoek.

Daarnaast wordt de patiënteninformatie verbeterd. “Patiënten moeten beter voor- gelicht worden over de risico’s van een ICD”, zegt Duursma. “De risico’s worden in het huidige voorlichtingsmateriaal vaak te laag voorgespiegeld, in de orde van 1 procent, terwijl complicaties veel vaker voorkomen. Infecties kunnen een grote impact hebben. En een ICD kan ook een schok geven terwijl er niets mis is.”

Nu wordt een ICD na zeven of acht jaar vaak nog automatisch vervangen. Dat is niet altijd nodig, betoogt Duursma. Cardiologen zouden hun patiënten ruim van tevoren moeten laten weten dat het apparaat het einde van zijn levensduur nadert. Dan heeft iemand de tijd om voor- en nadelen van vervanging af te wegen. Daarom wordt een leidraad opgesteld voor ICD-vervangingen, met daarin ook aandacht voor het tijdig beginnen met samen beslissen.

Tot slot kunnen complicaties worden voor-

komen door een zogeheten tweekamer-ICD minder vaak te gebruiken. Dit type ICD heeft een dubbel zo hoge kans op complicaties als de eenkamervariant.

#### Voortgang evalueren

Het Zorginstituut monitort de komende periode de uitvoering van het verbeter-signalement en zal over drie jaar de voortgang evalueren. Daarbij wordt onder andere bekeken of de cardiologen werken volgens de aangescherpte indicatierichtlijn en of de patiënteninformatie over de risico’s van een ICD verbeterd is. Als alle verbeterafspraken zijn gerealiseerd, is een verlaging van de zorgkosten mogelijk van 20 miljoen euro per jaar, schat het Zorginstituut. Maar belangrijker, benadrukt Duursma, is dat patiënten die geen ICD nodig hebben, die ook niet krijgen. En dus geen operatie hoeven te ondergaan en geen risico lopen op complicaties. ●

## Stephan Tuinenburg

Secretaris Stichting ICD-dragers Nederland (STIN)

“Ik ben blij met het verbeter-signalement. Het is goed dat de informatievoorziening verbetert. Patiënten moeten erop kunnen vertrouwen dat de informatie die ze krijgen klopt. Dat was niet het geval. Ik schrok behoorlijk toen ik hoorde dat de kans op ernstige complicaties op 8 procent ligt, terwijl ons werd verteld dat het risico lager dan 1 procent was. Als patiëntenorganisatie hebben we geen mening over het medische gedeelte. Het valt me wel op dat in de media vaak de nuance ontbreekt. ‘Twaalfhonderd ICD’s onterecht geplaatst’, koppen ze dan. Dat klopt niet en is ook niet wat het signalement zegt. Wel dat de indicatierichtlijn aangepast kan worden en dat er dan wellicht twaalfhonderd ICD’s minder geplaatst kunnen worden.”



# Steeds meer Europese samenwerking bij beoordeling dure geneesmiddelen

De rol van het Zorginstituut in het beoordelen van dure geneesmiddelen wordt almaar groter nu steeds meer van deze middelen worden aangemeld voor vergoeding. Het is zaak de balans tussen de prijs en de meerwaarde voor de patiënt te bewaken. Europese samenwerking maakt dit proces efficiënter. Bovendien kunnen “Europese rapporten ons helpen om sneller de juiste geneesmiddelen bij de juiste patiënt te brengen”, voorziet Lonneke Timmers van het Zorginstituut.

Tekst Frank van Wijck

Het Zorginstituut vervulde de afgelopen jaren een coördinerende rol in EUnetHTA, het Europese samenwerkingsverband voor de wetenschappelijke beoordeling van nieuwe geneesmiddelen. “De Europese Commissie vond het waardevol om deze samenwerking te verankeren in wetgeving”, vertelt Laura Snyders, coördinator internationale zaken bij het Zorginstituut. “Daarmee krijgt de samenwerking een meer verplichtend karakter, voor zowel de Europese lidstaten als fabrikanten. Momenteel wordt met ondersteuning van EUnetHTA de structuur neergezet om vanaf 2025 samen te werken bij de beoordeling van ATMP’s (*advanced therapy medicinal products*) en oncologische geneesmiddelen. Hierna wordt dit uitgebreid naar alle geneesmiddelen in 2030, inclusief de *high-risk medical devices*. Naast de beoordeling van de therapeutische waarde gaan we ook samenwerken bij wetenschappelijk advies en horizonsscanning. Wel blijft het doen van uitspraken of iets vergoed kan worden vanuit het basispakket een nationale taak. De Europese rapporten beperken zich tot therapeutische aspecten. Economische, organisatorische en ethische aspecten vallen hierbuiten.”

## Rol Zorginstituut in voorbereiding

Lonneke Timmers, secretaris van de Wetenschappelijke Adviesraad bij het Zorginstituut, maakt onderdeel uit van de Coordination Group, waarin elke lidstaat een stem heeft. “Deze groep is verantwoordelijk voor het vaststellen van bijvoorbeeld de methodiek aan de hand waarvan de landen hun beoordeling gaan doen”, vertelt ze. “In Nederland hebben we een lange traditie op het gebied van HTA en daarom hebben we een actieve rol in dit proces. Dat is ook voor het Zorg-

instituut belangrijk, want we willen uiteraard tot rapporten komen die nuttig zijn voor ons, maar die ook van waarde zijn voor de artsen en zorgverzekeraars. We zijn ons op dit moment aan het voorbereiden op de invloed van de Europese werkwijze op nationaal niveau. De Europese rapporten kunnen ons helpen om sneller de juiste geneesmiddelen bij de juiste patiënt te brengen.”

## Ook samenwerking in Beneluxa

De plannen staan los van het al langer bestaande Beneluxa-initiatief, waarin België, Nederland, Luxemburg, Oostenrijk en Ierland samenwerken om nieuwe, innovatieve geneesmiddelen sneller tegen een aanvaardbare prijs beschikbaar te maken voor patiënten in deze landen. “Deze samenwerking is wat breder, want zij heeft ook betrekking op het prijsbeleid rond de vergoeding”, zegt Timmers. “De landen voeren soms ook – in wisselende samenstelling – gezamenlijk prijsonderhandelingen. Ook als de Europese HTA-wetgeving van kracht is, zal de samenwerking in Beneluxa blijven bestaan. Beneluxa gaat ook zeker gebruikmaken van de Europese rapporten.” Snyders vult aan: “Al met al voorzien we steeds meer Europese samenwerking. Dat vinden we een goede ontwikkeling.” ●



“De verpleegkundig specialist is essentieel voor de toekomstige zorg”

## 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:

**Sandra Bossmann**  
*Verpleegkundig specialist in het Radboudumc*

“De functie van verpleegkundig specialist is begin deze eeuw geïntroduceerd om de medisch specialisten te ontlasten: een deel van de zorgtaken kunnen ook door de verpleegkundig specialist worden gedaan. Voorwaarde hiervoor is geprotocolleerde zorg bij een specifieke patiëntengroep. Hierdoor kunnen medisch specialisten zich richten op hun kerntaken. Maar onze meerwaarde reikt veel verder dan dat: patiënten kunnen ons makkelijker bereiken en we hebben vaak meer tijd voor de patiënt. Wij kijken daarbij niet alleen naar de ziekte, maar we hebben vooral oog voor de patiënt die die ziekte heeft. Bovendien hebben wij het vermogen *care* en *cure* te combineren. Daardoor kijken we bijvoorbeeld ook wat er aan ondersteunende zorg nodig is tijdens of na de behandeling van de ziekte.

Het mooie van ons vak is: we zijn hbo-geïnschoolde professionals. Ik denk dat ons vak in de toekomst, gezien de stijgende tekorten in de zorg, alleen maar belangrijker wordt. Sterker, als de verpleegkundig specialist een prominenter rol en meer taken krijgt toebedeeld, kan dat veel winst opleveren. Ten eerste komt er meer ruimte voor de arts om te doen waarvoor hij is opgeleid: medische zorg verlenen. Ten tweede komt er meer tijd voor de patiënt. De kwaliteit van zorg zal alleen maar beter worden. En tot slot is het ook financieel aantrekkelijk om ons meer in te zetten, want een arts is duurder dan een verpleegkundig specialist. Dat alles maakt dat de verpleegkundig specialist een essentiële en onmisbare rol speelt in de zorg van morgen.”

Beeld De Beeldredactie | Marcel Krijgsman

# Over zorg gesproken...

“Gratis geld bestaat niet. Een extra euro zorg is een extra euro premie. Een extra euro zorgsalaris kan niet uitgegeven worden aan een extra euro medicijnen.”

*Wouter Bos, bestuursvoorzitter van Menzis, in de Volkskrant (26 februari 2023).*

“Onze eerste beoordeling van een pasgeborene begint met de apgarscore, maar zijn toekomstperspectief lijkt vooral te worden bepaald door een postcode.”

*Wim Opstelten in het NTVG (2 maart 2023).*

“Psychiatrische ziekten hebben een lage status. En in de hiërarchie van respectabele aandoeningen staat verslaving helemaal onderaan.”

*Rinske van de Goor, huisarts en columnist, in de Volkskrant (8 februari 2023).*

“De in crisisstand verkerende Nederlandse gezondheidszorg vraagt om samenwerking in plaats van marktwerking.”

*Jeroen van den Oever, directievoorzitter van Fundis, op zorgvisie.nl (6 februari 2023).*

“Als ik ’s ochtends mijn laptop openklap denk ik echt niet: welke zorgverkoper zal ik vandaag eens een oor aannaaien?”

*Inkoper Daan den Boon van Salland Zorgverzekeraar, op fd.nl (27 januari 2023).*

“De ggz is een soort ivoren toren geworden. Een medisch bolwerk, waar alle vormen van psychisch lijden worden getransformeerd naar een diagnose en behandeling.”

*Hoogleraar psychiatrie Jim van Os, in het Nederlands Dagblad (22 februari 2023).*

“100-plussers hebben één grote gemene deler: het zijn allemaal optimisten.”

*Biochemicus Henne Holstege over haar onderzoek naar alzheimer, in het AD (1 februari 2023).*

“Zorgverleners moeten het niet alleen hebben over wat medisch zinvol is, maar ook wat maatschappelijk zinvol is. Dat staat trouwens gewoon in de eed. Maar dat stukje vergeet iedereen altijd.”

*Huisarts, opleider en hospice-arts Toosje Valkenburg, op decorrespondent.nl (7 februari 2023).*

“Menen we dat onszelf doodeten met junkfood een grondrecht is?”

*Columnist Merel van Vroonhoven, in de Volkskrant (4 maart 2023).*

“Vroeger was je als zwangere gezond tot je ziek werd. Nu ben je als zwangere ziek tot het tegendeel bewezen is.”

*Verloskundige en onderzoeker Bahareh Goodarzi, in de nrc (6 februari 2023).*