



Zorginstituut Nederland

Zorginstituut magazine

Kwartaalblad van
Zorginstituut Nederland
Winter 2025

Ian Leistikow, IGJ- inspecteur:

"Patiëntveiligheid is geen medisch vraagstuk, maar een veiligheidskundige opdracht"

| Kritische blik op aanvullende therapieën bij kanker

| Ziektemodellen: een nieuwe stap richting doelmatige zorg

Inhoud

- 6 (Neo)adjuvante behandelingen**
Steeds meer mensen met kanker in een vroeg stadium krijgen na hun operatie aanvullende medicatie zoals chemotherapie. Deze ‘adjuvante’ behandelingen zijn bedoeld om de kans op terugkeer van de ziekte te verkleinen. Maar zijn ze wel altijd zinvol? Voor wie zijn ze echt nodig?
- 12 Beter zorg voor mensen met lvb**
Het Zorginstituut publiceerde recent de evaluatie van het verbeteringsignalement voor mensen met een licht verstandelijke beperking (lvb) en een gezondheidsprobleem. Er is inmiddels veel in werking gezet, maar er is meer nodig, stelt het Landelijk Kenniscentrum LVB.
- 14 Ziektemodellen**
Afgelopen jaren is intensief gewerkt aan de ontwikkeling en toepassing van zogeheten ‘ziektemodellen’. Gezondheidseconoom Simone Huygens en teammanager HTA Timon Sibma vertellen over de meerwaarde en uitdagingen van ziektemodellen.
- 22 Meerwaarde dubbelblind onderzoek**
Het leek veelbelovend: een operatietechniek om het aantal draaiduizeligheidsaanvallen bij mensen met de ziekte van Ménière te verminderen. Uit gerandomiseerd, dubbelblind onderzoek bleek dat de handeling *niet* effectief was. Het toonde *wel* de meerwaarde van dit soort onderzoek.
- 28 AI-richtlijnen voor de zorg**
AI verovert in hoog tempo de zorg en algoritmes sturen de beslissingen van arts en patiënt steeds meer. Om AI in de zorg veiliger en beter te maken, leidt hoogleraar Carl Moons onderzoek naar het ontwikkelen van AI-richtlijnen.



Rubrieken

- 09 Column**
Matthijs Versteegh.
- 10 Tien vragen aan:**
Petra de Jong, voorzitter AJN.
- 16 Feiten & Cijfers**
- 18 De stelling van...**
Ian Leistikow, IGJ-inspecteur.
- 26 Aan het bureau / aan het bed**
Opvolging signalement passende langdurige zorg.
- 31 De zorg van morgen**
... volgens Tineke Abma, bijzonder hoogleraar Ouderenparticipatie.
- 32 Over zorg gesproken**

Tijd en ruimte voor passende zorg

Mark Janssen, voorzitter Zorginstituut Nederland



Voorwoord

Sinds de verkiezingen eind oktober liggen de politieke verhoudingen anders dan twee jaar geleden. Maar de puzzel om tot een kabinet te komen is er niet minder ingewikkeld op geworden. Ik vermoed dan ook dat de formatie, op het moment dat u dit leest, nog in volle gang is.

Maar of ik me nu richt tot de (in)formateur of tot de nieuwe premier, mijn boodschap aan de politiek blijft dezelfde: geef de zorg de ruimte om de ingezette zorgtransformaties door te voeren. Geef de partijen die het IZA en de aanvullende zorgakkoorden hebben getekend de tijd hun commitment waar te maken. Dat is – ik schreef het al eerder – een langdurig proces dat meerdere kabinetsperiodes omvat. Als de politiek hiervoor tijd en ruimte vrijmaakt heeft dat een positieve invloed op het proces.

De kans is groot dat het nieuwe kabinet extra bezuinigt op de zorg. Want ook de zorgsector zal moeten bijdragen aan de verhoging van het defensiebudget. Ik denk dat veel Nederlanders die noodzaak ook wel inzien. Maar *hoe* levert de zorg die bijdrage en waar halen we de financiële middelen vandaan? Dat is nog onderwerp van debat, maar voor ons als pakketbeheerder is het antwoord daarop al vrij duidelijk: stimuleer passende zorg en reduceer niet-passende zorg.

De beweging naar passende zorg komt op stoom, de resultaten worden zichtbaar. Zo

beslissen de cliënt en patiënt steeds vaker mee over hun zorg, ondersteuning en behandeling. We kijken ook beter *waar* we zorg kunnen bieden: dichtbij als het kan, verder weg als het moet, met meer domeinoverstijgende samenwerking. Er is meer aandacht voor preventie en de maatschappelijke impact van leefstijlverandering. En we stimuleren initiatieven in de langdurige zorg om mensen langer thuis te laten wonen. Al deze ontwikkelingen helpen om de dreigende personeelstekorten in de zorg tegen te gaan. Nu komt daar nog een extra financiële uitdaging (omwille van onze defensie) bovenop. Dat maakt de voortzetting van de passende-zorgbeweging mijns inziens alleen maar relevanter en urgenter.

Vanuit onze rol als pakketbeheerder staan wij voor een consistente aanpak naar meer passende zorg. Daarbij horen ook moeilijke keuzes om bepaalde zorg af te schalen of niet meer te vergoeden. Voorbeelden van onze aanpak leest u ook in deze editie, zoals ons rapport over aanvullende medicatie bij kanker (pagina 6), het gebruik van ziektemodellen (pagina 14) en onze adviezen over obesitasmiddelen (pagina 30). De voorbeelden laten zien hoe wij als Zorginstituut onze taak op een zorgvuldige en transparante manier uitvoeren. Dat is ook iets waar iedereen in Nederland op moet kunnen vertrouwen. Daar sta ik voor.

“Omwille van onze defensie krijgt de zorg er nog een extra financiële uitdaging bij. Die maakt de beweging naar passende zorg nog relevanter”

Korte berichten



KIK-V: van terugblik tot toekomstplan

Tiana van Grinsven, huidig bestuursvoorzitter van De Zorgcirkel, was zeven jaar lang voorzitter van de Ketenraad KIK-V.

KIK-V staat voor Keteninformatie Kerngegevens Verbeteren. In het Programma KIK-V werken informatievragende partijen en zorgaanbieders in de verpleeghuiszorg samen om het delen van verantwoordingsgegevens over kwaliteit en bedrijfsvoering makkelijker te maken.

Onlangs droeg Tiana van Grinsven het voorzitterschap over aan Mark Janssen, die namens het Zorginstituut werd benoemd tot voorzitter van de Ketenraad. In een uitgebreid dubbelinterview reflecteren zij op thema's als landelijke implementatie en samenwerking tussen zorgaanbieders en informatievragende partijen. Hun gezamenlijke reflecties en ambities geven inzicht in het belang van KIK-V voor toekomstbestendige, efficiënte verpleeghuiszorg en de mogelijkheden voor verbreding van KIK-V.

Van Grinsven kijkt terug op de periode waarin KIK-V zich onder haar voorzitterschap

ontwikkelde tot een robuuste pijler op het gebied van data-uitwisseling in de verpleeghuiszorg. In deze periode is - samen met alle informatievragende partijen en zorgaanbieders - gebouwd aan een stevig fundament: gemeenschappelijke definities, uitwisselprofielen, meer inzicht in eigen data en het leren spreken van één taal.

Mark Janssen deelt in dit interview zijn visie en plannen voor de komende jaren. Hij ziet KIK-V als een "pareltje" dat niet alleen de verpleeghuiszorg vooruithelpt, maar ook andere sectoren kan inspireren.

Scan de QR-code en lees het volledige gesprek, met persoonlijke drijfveren, wensen en visie op de toekomst van gegevens-uitwisseling in de langdurige zorg.



Advies Zorginstituut: vergoed levensverlengend medicijn tegen blaaskanker

Mensen met niet te opereren of uitgezaaide blaaskanker leven langer als zij worden behandeld met het medicijn enfortumab vedotin (Padcev®). Dit wordt ingezet in combinatie met een ander medicijn, pembrolizumab (Keytruda®). Het Zorginstituut adviseert de minister van VWS om enfortumab vedotin voor deze patiënten te vergoeden uit het basispakket.

Deze groep patiënten heeft een slechte levensverwachting. Na vijf jaar ziekte leeft nog maar één op de tien patiënten. Het gaat vooral om mannen boven de zestig. Uit een wetenschappelijke studie blijkt dat patiënten die de combinatiebehandeling hebben gehad, gemiddeld vijftien maanden langer leven dan na de standaardbehandeling (chemotherapie). Naar verwachting komen jaarlijks bijna zeventienhonderd patiënten in aanmerking voor de behandeling met enfortumab vedotin.

Wij adviseren de minister van VWS om enfortumab vedotin alleen te vergoeden voor een maatschappelijk aanvaardbare prijs. Als alle patiënten de combinatiebehandeling krijgen, stijgen de kosten naar 111 miljoen euro per jaar. Wij kunnen niet adviseren hoe hoog de prijskorting precies moet zijn, omdat deze ook afhankelijk is van de al eerder onderhandelde prijs van pembrolizumab. Bovendien zijn onderhandelde prijzen vertrouwelijk en dus ook niet bekend bij ons.

Als het middel vergoed wordt, is meer onderzoek nodig naar de optimale behandelduur om de grootste overlevingswinst te halen. Misschien kan de behandeling korter kan duren met dezelfde effecten. Dan ervaren patiënten minder bijwerkingen, zijn de kosten voor de samenleving lager en houdt zorgpersoneel meer tijd over voor andere patiënten.

Meer informatie?

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

Zorginstituut ziet onvoldoende bewijs voor effectiviteit epilepsie-sensor

Er is geen sluitend bewijs dat de Nightwatch, een alarmeringssysteem bij epilepsie, kan voorkomen dat mensen met ernstige nachtelijke epilepsieaanvallen plotseling overlijden in hun slaap. Daarom kan volgens het Zorginstituut het hulpmiddel niet worden vergoed uit het basispakket van de zorgverzekering.

In Nederland hebben naar schatting zeven-duizend mensen een verhoogd risico op plotse dood door ernstige nachtelijke epilepsieaanvallen. Het gaat hierbij specifiek om mensen voor wie er geen mogelijkheid is om hen tijdens hun slaap in de gaten te houden. De Nightwatch, een Nederlandse uitvinding, is ontwikkeld als een draagbaar sensorsysteem dat zulke nachtelijke aanvallen kan detecteren en met geluid naasten of zorgverleners waarschuwt.

Op verzoek van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) beoordeelden wij of de monitoring die

de Nightwatch biedt, bewezen effectief is bij het voorkomen van een plotse dood. Omdat bleek dat hiernaar geen specifiek onderzoek was gedaan, maakten we bij onze beoordeling gebruik van meerdere andere wetenschappelijke studies. Die gingen over het effect van bewakingssystemen (zoals de Nightwatch) op het tijdig signaleren van ernstige nachtelijke epilepsieaanvallen. Deze studies leverden onvoldoende bewijs dat dit soort systemen een plotse dood kunnen voorkomen.

Volgens het Zorginstituut, betrokken zorgprofessionals en de patiëntenvereniging ontbreekt het nu aan passende zorg voor de groep patiënten die mogelijk baat heeft bij dit soort bewakingssystemen. Wij roepen partijen dan ook op om verder onderzoek te doen, zodat we opnieuw de effectiviteit bij het voorkomen van een plotse dood kunnen beoordelen.

Horizonscan Geneesmiddelen: meer Chinese onderzoeken en veel longkankermedicijnen

Met de Horizonscan Geneesmiddelen geeft het Zorginstituut een overzicht van nieuwe medicijnen die de komende twee jaar op de Europese markt verwacht worden en wat hiervan de mogelijke impact is. De nieuwste horizonscan laat zien dat we in totaal 360 nieuwe medicijnen op de Europese markt verwachten. Voor 305 bestaande medicijnen worden uitbreidingen verwacht naar andere patiëntengroepen. Mogelijk komen deze medicijnen niet allemaal op de markt. Bijvoorbeeld omdat wetenschappelijke studies tegenvallende resultaten laten zien.

De horizonscan toont de volgende opvallende ontwikkelingen:

- Steeds vaker worden de effectiviteit en veiligheid van nieuwe medicijnen in China getest: ging dat tien jaar geleden nog om 6,7 procent van de onderzoeken, nu is dat 16,2 procent. De vraag is wat de invloed daarvan is op de Nederlandse zorg. Zijn bijvoorbeeld de uitkomsten van Chinees onderzoek wel representatief voor Nederlandse patiënten? Het Zorginstituut zal deze ontwikkeling goed volgen.
- Er zijn veel medicijnen in ontwikkeling voor gevorderde en uitgezaaide longkanker. Fabrikanten werken momenteel aan dertig nieuwe medicijnen voor deze aandoening. Ook onderzoeken zij van dertig bestaande medicijnen of deze geschikt zijn voor meer groepen longkankerpatiënten.
- Er zijn medicijnen in ontwikkeling voor een aantal veelvoorkomende ziektes, zoals diverse ziektes van het zenuwstelsel en hart- en vaatziekten. In totaal komen mogelijk honderdduizenden mensen hiervoor in aanmerking.

Meer informatie over de horizonscan: www.horizonscangeneesmiddelen.nl



(Neo)adjuvante behandelingen bij kanker:

Kritische blik op aanvullende therapieën

Steeds meer mensen met kanker in een vroeg stadium krijgen na hun operatie aanvullende medicatie, zoals chemotherapie, immunotherapie of doelgerichte therapie. Deze zogeheten adjuvante behandelingen zijn bedoeld om de kans op terugkeer van de ziekte te verkleinen. Maar zijn ze wel altijd zinvol? Voor wie zijn ze echt nodig? In het rapport *Pakketbeheer (neo)adjuvante oncologische geneesmiddelen* neemt het Zorginstituut deze vragen kritisch onder de loep.

Tekst Jos Leijen

Beeld Zorginstituut

Adjuvante behandelingen zijn aanvullende therapieën die worden gegeven ná een operatie waarbij een tumor is verwijderd. Het doel is om mogelijk achtergebleven kankercellen alsnog te vernietigen en zo de kans op terugkeer van de ziekte te verkleinen. Er bestaat ook een variant vóór de operatie: neoadjuvante behandeling. Soms worden beide gecombineerd; dan spreken we van 'perioperatief' behandelen.

"Het gaat hier om mensen die in principe genezen kunnen worden door een operatie", legt Lonneke Timmers uit. Zij is strategisch adviseur bij het Zorginstituut. "Maar omdat bij een klein deel van hen de kanker toch terugkeert, worden steeds vaker aanvullende medicijnen ingezet. Dat klinkt logisch, maar het betekent ook dat heel veel mensen een intensieve behandeling krijgen, terwijl je niet zeker weet of ze deze nodig hebben. Wat het ingewikkeld maakt, is dat er op het moment van registratie vaak nog geen definitieve gegevens bekend zijn over voor wie de medicijnen daadwerkelijk meerwaarde hebben."

Verzekeraars trekken aan de bel

In 2022 trokken zorgverzekeraars aan de bel omdat het aantal adjuvante behandelingen snel toenam, vertelt Timmers. "Ze vroegen zich af of deze behandelingen wel voldoen aan de voorwaarden voor verzekerde zorg." Daarop startte het Zorginstituut eind 2022 een onderzoek naar adjuvante behandelingen. Ook werd de werkwijze voor het beoordelen van (neo)adjuvante behandelingen nader uitgewerkt. Het resultaat is het rapport met onder meer handvatten en aanbevelingen voor de beoordeling en om de inzet van deze behandelingen beter af te stemmen op de daadwerkelijke behoefte van patiënten.

Neoadjuvante behandeling vaak effectiever

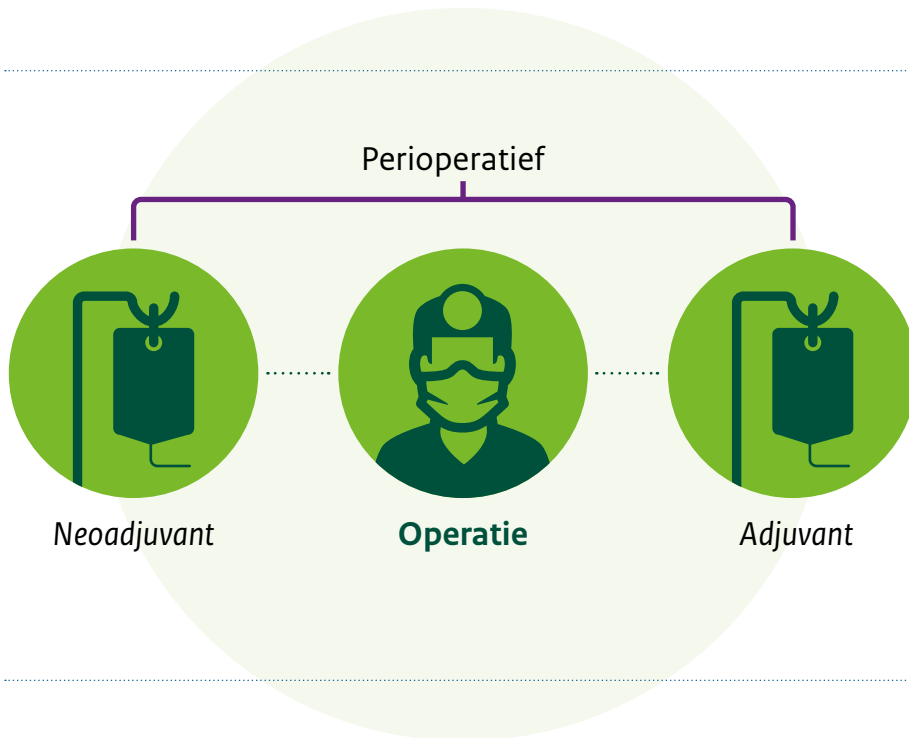
Een belangrijk voorbeeld van onderzoek naar de vraagstukken uit het rapport van het Zorginstituut is het NADINA-onderzoek van het Antoni van Leeuwenhoek. In deze studie werden neoadjuvante en adjuvante immunotherapie bij melanoom vergeleken. Daaruit bleek dat een korte behandeling vóór de operatie vaak effectiever is dan een langdurige nabehandeling. De neoadjuvante behandeling was bij 61 procent van de patiënten effectief. Deze patiënten hadden geen verdere behandeling nodig.

"Als we behandelingen gericht kunnen inzetten, houden we de zorg toegankelijk en betaalbaar"

De resultaten ondersteunen een gepersonaliseerde aanpak: neoadjuvante behandeling kan een betere uitkomst voor patiënten bereiken met minder gebruik van medicijnen. Alleen patiënten zonder goede respons krijgen nog aanvullende therapie. Het vakblad *Nature Magazine* noemde de NADINA-studie een van de klinische studies die de geneeskunde zullen veranderen.

Minder belasting, meer kwaliteit

Overbehandeling is niet alleen nadelig voor patiënten, maar ook voor de samenleving, meent Timmers: "De middelen zijn duur, de bijwerkingen kunnen ernstig zijn en de belasting voor het zorgpersoneel is groot. Als we behandelingen gericht kunnen inzetten, houden we de zorg toegankelijk en betaalbaar."



Het Zorginstituut roept daarom op tot studies die nagaan bij welke patiënten een behandeling echt nodig is en hoelang die moet duren. Ook wil het graag dat fabrikanten apart aantonen wat het effect is van behandeling vóór en ná de operatie. Nu beschouwen sommige onderzoeken neoadjuvante en adjuvante behandeling nog als één behandeling.

Toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid

Het rapport draagt bij aan drie belangrijke pijlers van het Nederlandse zorgstelsel, aldus Timmers. Voor de toegankelijkheid is het belangrijk onnodige behandelingen te vermijden. Zo blijft er meer capaciteit beschikbaar voor patiënten die het echt nodig hebben. Door beter onderzoek en herbeoordeling van middelen wordt duidelijker wie baat heeft bij welke behandeling. Dit vergroot de kwaliteit en de doelmatigheid.

Tot slot betekent minder overbehandeling minder kosten. Dit draagt bij aan de betaalbaarheid van de zorg. “Het gaat om grote groepen mensen”, benadrukt Timmers. “Bij borstkanker, melanoom en andere veelvoorkomende kankersoorten. Dus de impact is enorm.”

Moeilijke keuzes

Het Zorginstituut speelt een centrale rol in het beoordelen van geneesmiddelen voor

het basispakket. Timmers: “We maken soms moeilijke keuzes om de zorg goed, betaalbaar en toegankelijk te houden. Daarom vinden we het belangrijk om ook dit dossier breed te bekijken.”

Het Zorginstituut richt zich de komende jaren op vijf doelgroepen, waaronder mensen met (risico op) kanker. Deze focus helpt het Zorginstituut om passende zorg te versnellen en de zorg toekomstbestendig te maken. “Dat betekent dat we ons blijven inzetten voor betere informatie, betere beoordeling en betere zorg voor deze groep.”

Nieuwe studies

Inmiddels zijn er afspraken over een structuur waarin onderzoeken naar doelmatige inzet kunnen worden onderzocht. Naar verwachting start binnenkort een volgende studie naar een adjuvante behandeling: de PLANET-studie. Deze studie onderzoekt of adjuvante behandeling nodig is voor alle patiënten met een specifieke vorm van borstkanker. Volgens Timmers is het “een mooi voorbeeld van hoe we samen met onder andere artsen, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars werken aan betere zorg.” |

AANBEVELINGEN VOOR PASSENDE ZORG

Het rapport *Pakketbeheer (neo)adjuvante oncologische geneesmiddelen* bevat concrete aanbevelingen om de zorg passender te maken:

1. Overlevingswinst aantonen: fabrikanten moeten bij toelating van adjuvante behandelingen tot het basispakket laten zien dat hun middel daadwerkelijk de overlevingskansen vergroot.
2. Herbeoordeling van middelen: zodra definitieve onderzoeksgegevens beschikbaar zijn, moet opnieuw worden gekeken of een middel effectief is.
3. Apart onderzoek naar neoadjuvante en adjuvante effecten: zo kan beter worden bepaald wie baat heeft bij welk deel van de behandeling.
4. Doelmatigheidsonderzoek stimuleren: onderzoeken naar duur, dosering en doelgroep van behandelingen om een doelmatige, meer gepersonaliseerde inzet van medicijnen mogelijk te maken.
5. Betere informatie voor patiënten: zodat zij samen met hun arts beter de afweging kunnen maken wel of niet te kiezen voor een aanvullende behandeling.

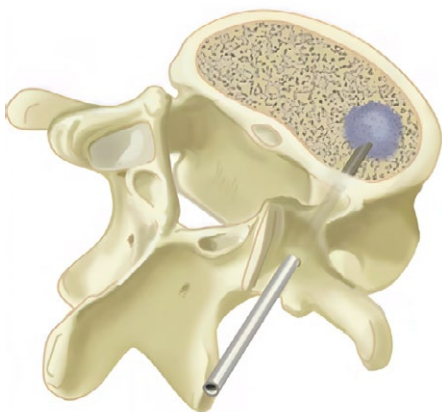
Meer kwaliteit van leven voor patiënten met uitgezaaide kanker

Minder pijn door ‘botcement’

Eind oktober kwam het Zorginstituut met het standpunt om vertebroplastiek uit het basispakket te vergoeden. Deze behandeling vermindert de lokale pijn bij mensen met uitgezaaide kanker in de rugwervels of met plekken van beenmergkanker in de wervels. Vier vragen over deze bijzondere behandeling.

Tekst Edith Bijl

Beeld Zorginstituut



Wat is vertebroplastiek?

Bij deze techniek wordt onder lokale verdoving of met een roesje via een naald ‘botcement’ in een wervel gespoten. De pijn wordt direct minder, onder meer door de hitte die vrijkomt bij het uitharden van het cement. Daarnaast versterkt het cement de wervel, wat het risico vermindert op het inzakken van rugwervels en daarmee het risico op neurologische problemen, zoals uitval van een arm of been. Soms is een ballon nodig om meer ruimte te maken of de vorm van de wervel te herstellen. Die behandeling heet ballonkyphoplastiek.

Voor wie is vertebroplastiek bedoeld?

Deze behandeling is specifiek bedoeld voor mensen met kanker die uitzaaiingen hebben in de ruggenwervels, en voor patiënten met multipel myeloom en aantasting van de wervels. Multipel myeloom is een vorm van beenmergkanker, ook bekend als de ziekte van Kahler. Patiënten met uitzaaiingen of multipel myeloom in de wervels ervaren hevige pijn, wat invloed heeft op de kwaliteit van hun leven. Vertebroplastiek en ballonkyphoplastiek kunnen een oplossing zijn voor de pijnklachten als mensen onvoldoende reageren op standaardbehandelingen zoals chemotherapie, immunotherapie, pijnmedicatie of bestraling. De verwachting is dat er jaarlijks tussen de negen- en dertienhonderd mensen met kanker in aanmerking komen voor deze behandeling.

Hoe kwam het Zorginstituut tot dit standpunt?

Voor de beoordeling van vertebroplastiek en ballonkyphoplastiek bekeken we Nederlandse en buitenlandse wetenschappelijke studies waarin deze behandelingen werden vergeleken met de standaardbehandeling. We onderzochten of de twee behandelingen

betere resultaten opleveren voor patiënten dan wanneer zij worden behandeld met de standaardbehandeling. We keken daarbij naar de pijnvermindering, ernstige en niet-ernstige complicaties tijdens en na de operatie, kwaliteit van leven, lichamelijk functioneren en verandering van de stabiliteit van de wervel.

De resultaten waren positief. De patiënten die vertebroplastiek of ballonkyphoplastiek kregen hadden minder pijn, een betere kwaliteit van leven en een beter lichamelijk functioneren. Het risico op ernstige complicaties is acceptabel ten opzichte van de standaardbehandeling. Om die redenen kan vertebroplastiek of ballonkyphoplastiek voor deze specifieke patiëntengroepen worden vergoed uit het basispakket van de zorgverzekering.

Kunnen mensen voor deze behandeling in elk ziekenhuis in Nederland terecht?

Nee, de behandeling wordt alleen in gespecialiseerde ziekenhuizen aangeboden. Dit is besloten omdat vertebroplastiek een complexe behandeling is die in zeldzame gevallen kan leiden tot ernstige complicaties, zoals het lekken van cement. Zorgprofessionals en patiëntenverenigingen maakten hierover afspraken om de kwaliteit te waarborgen en passende zorg te garanderen. Zo maakten zij afspraken over de indicatiecriteria, stelden ze een volumennorm op voor ziekenhuizen (minimaal tien behandelingen per jaar) en spraken ze dus ook af welke ziekenhuizen de behandeling mogen uitvoeren.

Het Zorginstituut ziet erop toe dat ziekenhuizen zich aan deze afspraken houden. Over een paar jaar volgt een evaluatie. |

Paradox van de goedkope spuit

Matthijs Versteegh



Column

“Het begint met een systeem optuigen dat het juiste doen beloont in plaats van straf”

Laatst gaf ik een praatje voor verpleegkundigen en gastro-enterologen over de kosteneffectiviteit van behandelingen voor de ziekte van Crohn. Uit de reacties bleek hoe frustrerend het is om het ‘goede’ te willen doen terwijl ‘het systeem’ je tegenwerkt. Geneesmiddelenkosten beperken bleek niet eenvoudig, en de samenleving laat geld liggen.

De reden: verzekeraars, fabrikanten en ziekenhuizen zitten vast in een ingewikkeld web van financiën en belangen, dat draait om patenten en concurrentie. Door patentbescherming mag het geneesmiddel tijdens het patent niet worden nagemaakt; zo kan de fabrikant de ontwikkelkosten terugverdienen en wordt innovatie gestimuleerd. Na de patentperiode mag het geneesmiddel wel nagemaakt worden. Door de nieuwe concurrentie wordt het geneesmiddel veel goedkoper. Win-win lijkt het. Maar de praktijk is weerbarstig.

Ten eerste: er komt niet altijd concurrentie. Bij zeldzame ziekten is de markt klein en beschermd: de zeldzame geneesmiddelen worden in slechts een paar ziekenhuizen voorgeschreven. Omdat het ontwikkelen van een biosimilar (een ‘nagemaakt’ middel) toch nog 50 tot 100 miljoen euro kan kosten, is het risicovol dat voor een zeldzame indicatie te doen. Geen concurrentie betekent onvoldoende prijsdaling na afloop van het patent.

In grotere markten werkt het systeem beter. Neem ustekinumab voor de ziekte van Crohn,

ooit met een jaarlijkse omzet van 135 miljoen euro in Nederland. In 2024 liep het patent af en nu zijn er zeven concurrenten op de markt. Mondiaal gezien worden er miljarden minder verdiend aan het originele product en krijgen zorgsystemen evenveel gezondheid voor minder geld.

Maar ook in die markten is het ingewikkeld. Neem infliximab, ook voor onder meer de ziekte van Crohn en beschikbaar als infuus in het ziekenhuis of als prikje thuis. Beide zijn door patentafloop niet duur. Thuis toedienen is mogelijk fijner en vaak tegen minder kosten. Toch komt het moeilijk van de grond. Waarom? Omdat het ziekenhuis bij thuistoediening geen kosten voor personeel en ruimte kan declareren.

En als de thuistoediening nog wel onder patent is, is deze vaak veel duurder dan de biosimilar in het ziekenhuis. Waarom wordt die dure spuit dan makkelijker voorgeschreven? Eenvoudig: het ziekenhuis kan onderhandelen met de fabrikant over de dure spuit, en er dan winst op maken.

Gek toch? Als de spuit voor thuis duur is en ten koste gaat van een goedkopere behandeling in het ziekenhuis wordt hij wél veel voorgeschreven. Als hij goedkoop is niet. Vechten tegen de bierkaai. Laten we niet meer stellen dat verzekeraars, fabrikanten en ziekenhuizen het ‘fout’ doen, maar een systeem optuigen dat het ‘juiste’ doen beloont in plaats van straf.

10

vragen aan

Petra de Jong

Tekst Edith Bijl

Beeld De Beeldredactie | Eelkje Colmjon

1 Wat is uw eerste ervaring met de gezondheidszorg?

"Ik belandde als klein meisje in het ziekenhuis nadat mijn voet tussen de spaken was gekomen. Dat gebeurde toen ik achter op de fiets zat bij mijn tien jaar oudere zus. Ik was verwond, maar had niets gebroken. Toch werd ik opgenomen. Dat komt nu niet meer voor, denk ik."

2 Als u iets anders dan geneeskunde had gestudeerd, wat was u dan geworden?

"Ik wilde óf kunstgeschiedenis óf geneeskunde studeren. Toen ik werd ingeloot voor geneeskunde, koos ik daarvoor. Maar de wens om kunstgeschiedenis te doen bleef sluimeren en na mijn artsexamen heb ik die studie alsnog opgepakt. Ik denk dat dat uitstapje nodig was, want daarna kon ik eindelijk vol voor de jeugdgezondheidszorg gaan."

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

"De zorg ontschotten. Jeugdartsen vallen onder de Wet publieke gezondheid en deels de Jeugdwet, maar niet onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). In de praktijk betekent dit dat we in onze spreekkamer kinderen bij hoogfrequente en laagcomplexe medische problematiek naar de huisarts moeten doorverwijzen voor behandeling of laboratoriumaanvragen. Wij krijgen dit niet vergoed omdat we niet onder de Zvw

PERSONALIA

Petra de Jong is voorzitter van AJN Jeugdartsen Nederland. Zij studeerde geneeskunde, huisartsgeneeskunde, deed een opleiding tot jeugdarts en daarna een opleiding tot arts Maatschappij en Gezondheid. Sinds 2008 werkt zij in de jeugdgezondheidszorg, momenteel bij GGD Hollands Midden. Binnen de AJN startte zij als voorzitter van de werkgroep Vluchtelingen. In november 2022 werd zij algemeen bestuurslid van het landelijke bestuur van de AJN, waarvan zij begin 2024 voorzitter werd. Daarnaast is zij actief geweest bij de Johannes Wier Stichting binnen de campagne 'Tolken terug in de zorg'.



“We moeten de zorg ontschotten. Als we die scheidslijn tussen preventieve en curatieve zorg kunnen verzachten, kunnen wij als jeugdartsen meer betekenen voor ouders en kinderen. Daar gaat het om!”

vallen. We zitten als het ware gevangen in die andere wet. Daarom roep ik beleidsmakers, zorgverzekeraars, gemeenten en medische beroepsgroepen op: kijk over de wetten en domeinen heen en doorbeek de schotten, zodat curatieve en preventieve zorg vloeiender in elkaar gaan overlopen. Als wij ook medische taken mogen uitvoeren, doet dat bovendien recht aan onze expertise en ontlasten we de eerste lijn én ouder en kind. En het past volledig in passende zorg, in zorg op de juiste plek.”

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

“Lastige vraag, want we hebben dat in Nederland, met een sterk basispakket, goed geregeld. Dat moet behouden blijven. Maar als ik toch iets moet noemen, dan vind ik dat we kritischer moeten kijken naar de zorg in de laatste levensfase. Kijk wat zinvol is en waaraan in deze fase behoefte is. En verschuif de aandacht meer naar zorg aan het begin van het leven, naar zorg voor kinderen of ongeborenen. Dat verlaagt ook de druk op de zorg.”

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

“Ten eerste - ik zei het al bij vraag 3 – moeten passende medische taken door jeugdartsen vanuit de Zvw vergoed worden. Ten tweede: kinderbrillen. De jeugdgezondheidszorg doet de screening bij alle kinderen, maar vervolgens kunnen niet alle ouders voor hun kind een bril betalen. Van die ongelijkheid moeten we af. Ten derde: mondzorg voor volwassenen, want een goede mondgezondheid heeft veel invloed op de algehele gezondheid en dat heeft ook z'n weerslag op kinderen. En tot slot: lactatiezorg, want een gezonde start neemt veel latere zorg weg.”

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

“Aankijken, omdat ik weet dat het vaak vanzelf overgaat. Doormodderen doe ik ook, zeker als ik druk ben. Dan gun ik mezelf geen tijd om naar de arts te gaan.”

7 Wat is uw favoriete zorgwoord?

“Passende zorg. De juiste zorg op juiste plek door de juiste zorgprofessional is heel belangrijk. En daarin moet de preventieve zorg door de jeugdarts een veel

grotere plaats krijgen. Want een gezonde samenleving met minder druk op de zorgkosten, begint bij preventie. Wij kunnen veel betekenen voor passende zorg, maar dan moet de financiering wel op orde zijn.”

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

“Naast niemand, want ik wil zo kort mogelijk in het ziekenhuis liggen! Ik wil de rust hebben om te werken aan mijn herstel.”

9 Wat vindt u de belangrijkste voorwaarde voor goede zorg?

“Communicatie. Aandacht en nieuwsgierigheid voor diegene die tegenover je zit. Dan krijg je inzicht in de hele context, wat er speelt en welke zorg benodigd is. Daar is tijd en rust voor nodig, zeker voor mensen die onze taal minder of niet machtig zijn. Maar die tijd en rust om taalbarrières te overbruggen is er niet altijd. Daar maak ik me wel zorgen over, ook buiten mijn vak. In de zorg moet je de tijd hebben om te achterhalen wat achter iemands klacht of hulpvraag zit.”

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

“Ik verwacht dat er dan meer geïnvesteerd is in preventieve zorg. Dat de jeugdgezondheidszorg is versterkt, met een stevige verbinding naar het medische domein, maar ook naar het onderwijs. Want een sterke schoolgezondheidszorg kan een grote rol spelen in het verlagen van schoolverzuim. Als we problemen eerder kunnen ondervangen, worden kinderen minder snel ziek.

Daarnaast hoop ik op een mooie, doorgaande lijn van nulde naar eerste naar tweede lijn – en weer terug. En ik hoop dat we de komende vijf jaar blijven innoveren, dat de jeugdgezondheidszorg is uitgebreid met screenings van medische problematiek, zoals de vroegsignalering van coeliakie. Daar zijn jeugdartsen nu mee bezig en ik verwacht dat die dan is geïmplementeerd. En natuurlijk hoop ik dat die schotten verdwenen zijn. Als we die scheidslijn tussen preventie en curatie kunnen verzachten, kunnen wij meer betekenen voor ouders en kinderen. Daar gaat het om!” |

Evaluatie verbetertraject voor mensen met een licht verstandelijke beperking (lvb) en een gezondheidsprobleem:

Goede zorg begint bij het herkennen van een licht verstandelijke beperking

Het team Langdurige Zorg van het Zorginstituut publiceerde recent de evaluatie van het verbeter signalement voor mensen met een licht verstandelijke beperking (lvb) en een gezondheidsprobleem. In dit kader is inmiddels veel in werking gezet. Toch is nog meer nodig, stelt het Landelijk Kenniscentrum LVB.

Tekst Frank van Wijck

Beeld Patricia Rehe (ANP)

De evaluatie van het verbeter signalement voor mensen met een licht verstandelijke beperking en een gezondheidsprobleem volgt op een implementatiefase van drie jaar. Daarin werkte het Zorginstituut samen met betrokken partijen aan de verbeterdoelen voor deze groep mensen. “Het ging om drie verbeterdoelen”, zegt Esther de Louwere, senior adviseur langdurige zorg bij het Zorginstituut. “Het eerste is betere herkenning van lvb bij de huisarts. Het tweede doel is betere communicatie en omgang met mensen met een lvb. En het derde doel is betere samenwerking tussen zorg en sociaal domein voor deze mensen.”

In de implementatiefase faciliteerde het Zorginstituut de partijen bij de uitvoering van de afspraken. Partijen zien een groot belang om die doelen te realiseren. “Het gaat erom dat deze mensen zich gehoord en begrepen voelen. Ze hebben vaak meer gezondheidsproblemen en problemen op andere vlakken.”

Focus op de huisartspraktijk

De evaluatie laat zien dat er best veel gebeurt, maar dat dit toch vooral versnipperde initiatieven zijn. “De focus ligt op de huisartspraktijken en we kunnen niet aantonen dat daarin structurele

verbetering is bereikt”, zegt De Louwere. Maartje Timmermans, directeur van het Landelijk Kenniscentrum LVB, herkent dit: “Er zijn zo’n 1,1 miljoen mensen met een lvb en die komen met een gezondheidsprobleem ook in de huisartspraktijk, zelfs vaker dan andere mensen. Slechts een klein deel woont in een instelling en komt dus bij een arts VG (Verstandelijk Gehandicapten). Het probleem is dat mensen met lvb in de huisartspraktijk – en ook in de ggz – moeilijk herkend worden. Dat weten we uit onderzoeken en ook uit vragen die wij van huisartspraktijken krijgen. Dit probleem speelt feitelijk bij alle mensen met een lvb die niet in behandeling zijn in de gehandicaptensector. Dat is de kern van het probleem. Toegang tot de gezondheidszorg begint met het besef dat iemands functioneren niet aansluit bij het zorgaanbod als die persoon de informatie niet begrijpt. De meeste mensen zijn niet thuis in het jargon van de gezondheidszorg en deze mensen hebben daar nog meer moeite mee. Het kan al mis gaan met het maken van de afspraak, of niet weten hoe laat de bus naar de huisartspraktijk gaat.”

Weinig aandacht

Komt een patiënt niet opdagen op de afgesproken tijd, dan kan het gebeuren dat die op basis van *no show* een rekening in de bus krijgt. “De vraag is welk probleem dit oplost”,

Timmermans:
“Het onderwerp lvb krijgt nog te weinig aandacht. Aandacht voor het verbetertraject is dus goed. Maar wat nodig is, is sturing door de overheid”



zegt Timmermans. “Kijk eerst eens naar de persoon en naar wat die nodig heeft. Daar is weinig aandacht voor.”

Voor MEE De Meentgroep is dit een bekend gegeven. Beleidsmedewerker/accountmanager Ernst-Jan Scheerder vertelt: “Vier jaar geleden kregen wij van huisartsen de boodschap: we zien mensen met een lvb vaak terug in de praktijk en niet altijd met een medische vraag. Daarop stelden onze cliëntondersteuners voor: als wij er nu eens bij gaan zitten. Een subsidieregeling van het Zorginstituut maakte hiervoor een project mogelijk onder de titel ‘MEE in de (huisarts) praktijk’. Het begint immers met bij de huisarts herkennen dat iemand een lvb heeft. Dan kun je zó communiceren dat iemand het begrijpt. Dat bleek te werken. Deze aanpak passen we nu toe bij vijftien huisartspraktijken van Jeroen Bosch Huisartsen, een koepel in onze regio. We zien dat de huisartsen eerder herkennen dat ze iemand met een lvb tegenover zich hebben. Constateert de huisarts dat het niet om een medisch probleem gaat maar om ‘sociale buikpijn’, dan kan hij de patiënt naar ons verwijzen. Maar de huisarts kan ook bij ons terecht voor ondersteuning in de praktijk voor het herkennen van en omgaan met leven met een lvb.”

Sturing nodig

Het is nog onduidelijk of de financiering van de gemeente of van de zorgverzekeraar moet komen, stelt Scheerder. Maar dat is volgens Timmermans niet het enige: “Het onderwerp lvb krijgt nog veel te weinig aandacht in de samenleving. Aandacht voor het verbetertraject is dus goed. Maar wat nodig is, is sturing door de overheid. Die beperkt zich nu tot projecten en pilots. Maar als je het over een miljoen mensen hebt, kom je er niet met één project of één ministerie. Dat kwartje moet vallen en daar proberen we als kennisinstituut een rol in te spelen.”

Het Landelijk Kenniscentrum LVB doet dit door bij alle aangesloten zorginstellingen kennis op te halen. Het bundelt die en brengt die beschikbaar via sociale media, studiedagen, e-learnings of digitale tools en handreikingen. “In opdracht van het ministerie van VWS hebben we een nieuwe themapagina op onze site gerealiseerd met praktische informatie en toegankelijke producten voor de huisarts”*, zegt Timmermans. “Toch is dat natuurlijk slechts een eerste stap. De kennis moet gaan landen in de praktijk en in opleidingen. Het moet ook een plaats krijgen in de Samen beslissen-projecten. Dat zou een mooie basis kunnen zijn om tot passende zorg te komen.” |

Subsidieregeling Samen beslissen

In opdracht van het ministerie van VWS voert het Zorginstituut de subsidieregeling ‘Leren gebruiken van uitkomstinformatie voor samen beslissen’ uit. De regeling richt zich elk jaar op een specifiek thema en in 2023 was dit ‘Samen beslissen bij beperkte gezondheidsvaardigheden’.

Projecten die voor de subsidieregeling in aanmerking willen komen, moeten gericht zijn op het in de praktijk leren gebruiken van uitkomstinformatie door patiënt en zorgverlener bij samen beslissen. Daarbij moeten de wensen, doelen en individuele gezondheidsvaardigheden van de patiënt het uitgangspunt vormen. Een van de tien projecten die in 2023 gehonoreerd werden in het kader van ‘Samen beslissen bij beperkte gezondheidsvaardigheden’ was ‘MEE in de (huisarts)praktijk’, waarover in dit artikel meer te lezen valt. Voor informatie over de andere negen gehonoreerde projecten, scan de onderstaande QR-code.



De gehonoreerde projecten dragen alle bij aan het gebruiken van samen beslissen op basis van uitkomstinformatie.

Voor informatie over ‘MEE in de huisartspraktijk’ en tips voor huisartsen, ziekenhuizen en apothekers, zie debestezorgwordtbegrepen.nl.

* kenniscentrumlvb.nl/themas/lvb-in-de-huisartsenpraktijk

Ziektemodellen: een nieuwe stap richting doelmatige zorg

Binnen het Zorginstituut is de afgelopen drie jaar intensief gewerkt aan de ontwikkeling en toepassing van zogenoemde ‘ziektemodellen’. Gezondheidseconoom Simone Huygens en teammanager Health Technology Assessment Timon Sibma vertellen over de meerwaarde en uitdagingen van ziektemodellen.

Tekst Jos Leijen

Beeld De Beeldredactie | Marco Okhuizen

Bij sommige aandoeningen heb je de keuze uit verschillende behandelingen. Hoe kies je dan de beste behandeling voor een patiënt? En als je meerdere behandelingen na elkaar doet, wat is dan de meest doelmatige volgorde? Ziektemodellen bieden een antwoord op deze vragen. Zij geven inzicht in de doelmatigheid van verschillende behandelkeuzes en -volgordes voor een bepaalde aandoening. Ze maken het daarmee eenvoudiger om passende zorg te bieden.

Alle relevante opties

Een ziektemodel maakt het mogelijk om alle behandelingen en behandelvolgordes in hetzelfde model te beschrijven; daardoor kun je ze goed onderling vergelijken. Bij de beoordeling van nieuwe geneesmiddelen wordt nu ook al gebruikgemaakt van een model om de kosteneffectiviteit uit te rekenen. Dan worden vaak slechts twee behandelingen met elkaar vergeleken. Ziektemodellen nemen alle relevante behandelopties én hun volgorde mee. “In de praktijk krijgt een patiënt vaak meer dan één behandeling”, legt Simone Huygens uit. “Zeker bij chronische ziekten of kanker volgen behandelingen elkaar op. Ziektemodellen proberen die realiteit zo goed mogelijk te vangen.”

Het model berekent per behandelvolgorde de kosten en de gezondheidswinst, uitgedrukt in kwaliteit-gecorrigeerde levensjaren (QALY's). Zo ontstaat een rangorde van behandelstrategieën op basis van doelmatigheid. “Dat geeft inzicht in welke volgorde van behandelingen het meeste oplevert voor de patiënt én voor de maatschappij”, vertelt Huygens.

Aansluiten bij klinische praktijk

Ziektemodellen geven meer belangrijke informatie voor de klinische praktijk dan reguliere modellen. Ze maken het mogelijk om meerdere behandelingen tegelijk te vergelijken en de beste plek in het behandeltraject te bepalen. Huygens: “De doelmatigheid van een behandeling hangt vaak af van wat er daarna nog komt. Dat zie je pas als je het hele pad modelleert.” Ziektemodellen kunnen bijdragen aan pakketbeheer. Het Zorginstituut adviseert het ministerie van VWS over welke behandelingen in het basispakket thuis horen, vertelt Sibma: “Ziektemodellen beoordelen de kosteneffectiviteit van behandelingen. Maar ze bieden hierbij meer een totaalblik op het behandeltraject.”

Huygens:
“Ziektemodellen
geven inzicht in wat voor
de gemiddelde patiënt
de meest doelmatige
behandelvolgorde is”

Samenwerking met artsen

Huygens maakte met mede-onderzoeker Matthijs Versteegh ziektemodellen voor de ziekte van Crohn en ritmecontrole bij atriumfibrilleren. Dit zijn aandoeningen met veel behandelopties, legt Huygens uit. “Een ziektemodel moet aansluiten bij de praktijk van zorgverleners. Daarom werken we nauw samen met medisch specialisten bij de ontwikkeling van modellen. We hebben



V.l.n.r.: Timon Sibma, Simone Huygens en Matthijs Versteegh.

artsen gevraagd mee te denken over het vertalen van het behandelplan naar het model, de data en de interpretatie van de resultaten. Dat levert niet alleen betere modellen op, maar ook meer draagvlak.”

Die samenwerking is wederzijds verrijkend. “Artsen leren van ons wat een model wel en niet kan”, vervolgt Huygens. “En wij leren van hen hoe de ziekte in de praktijk verloopt. Aan het eind van zo’n traject zijn artsen vaak enthousiast en willen ze de resultaten gebruiken in richtlijnen of deze presenteren op congressen.”

Van data tot model

Het ontwikkelen van een ziektemodel is complex en tijdrovend. Het begint met het verzamelen van data uit klinische trials, registraties en declaratiedata. Huygens: “We combineren bij voorkeur data uit RCT’s (*random controlled trials*, red.) met data uit de praktijk. Zo benutten we de voordelen van beide bronnen. Daarnaast nemen we factoren mee zoals de verminderde productiviteit

van de patiënt en de inzet van mantelzorg.” Daarna volgt het programmeren van het model. “Dat is een technisch intensief proces”, vult Sibma aan. “In het project is het model vervolgens extern gevalideerd en besproken met de beroepsgroep en met de Wetenschappelijke Adviesraad van het Zorginstituut.”

Gemiddeld duurt de ontwikkeling van een ziektemodel zo’n twee jaar. Dat maakt het minder geschikt voor beoordelingen waarvan de doorlooptijden vastliggen, maar des te waardevoller voor doelmatige keuzes in de zorg.

Toepassing in de praktijk

Ziektemodellen zijn niet bedoeld voor gebruik in de spreekkamer, maar kunnen wel richting geven aan klinische richtlijnen. “Het model geeft inzicht in wat voor de gemiddelde patiënt de meest doelmatige behandelvolgorde is”, zegt Huygens. “Ziektemodellen zijn niet bedoeld om artsen te vertellen wat ze met een individuele patiënt moeten doen, maar om de doelmatige keuzes

Sibma:

“We hebben laten zien dat ziektemodellen werken. Nu is het tijd om door te pakken”

voor de gemiddelde patiënt’ te bepalen. Artsen houden altijd de vrijheid om daar in individuele gevallen van af te wijken.” Sibma ziet de ziektemodellen als een eerste stap naar het opnemen van doelmatigheid in richtlijnen. Dat zal steeds meer gaan meewegen in de beoordeling, verwacht hij. “Vroeger was het *not done* om over geld te praten in de zorg. Nu is kosteneffectiviteit standaard. Ziektemodellen kunnen helpen om ook doelmatigheid een plek te geven.”

Internationale samenwerking

Het Zorginstituut werkt samen met vergelijkbare organisaties in Engeland (NICE), Canada (CDA) en de VS (ICER). Huygens: “We hadden regelmatig overleg om ervaringen uit te wisselen. Iedereen loopt tegen vergelijkbare uitdagingen aan.”

Toch zijn modellen niet zomaar uitwisselbaar, meent Sibma: “De zorgsystemen, kosten en beschikbare behandelingen verschillen per land. Maar de methodiek is universeel.” Voor de toekomst is het belangrijk dat ziektemodellen worden onderhouden en doorontwikkeld. “Het Zorginstituut is niet de aangewezen partij om dat structureel te doen”, meent Sibma. “We hopen dat andere organisaties het stokje overnemen. We zijn hierover in gesprek met partijen.”

Een waardevolle stap vooruit

Ziektemodellen bieden een krachtig instrument om de zorg doelmatiger te maken. Ze geven inzicht in behandelvolgorden, helpen bij pakketbeheer en kunnen bijdragen aan betere richtlijnen. “Het zou zonde zijn als we hierna stoppen”, zegt Sibma. “We hebben laten zien dat het werkt. Nu is het tijd om door te pakken.” |

Feiten & Cijfers

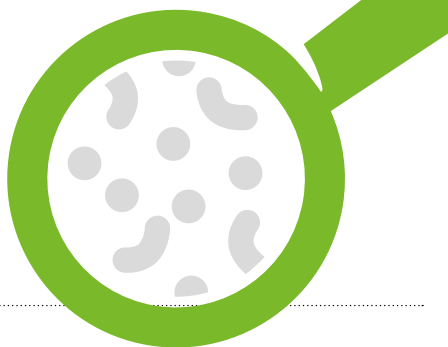


Ruim een derde van de mensen met psychische klachten gebruikt AI om daarover te praten. 13% gebruikt een chatbot ter vervanging van een professionele zorgverlener.

BRON: MIND

Bij de bacterie staphylococcus aureus is inmiddels **meer dan 2% resistent** voor het antibioticum Meticilline. 25 jaar geleden was dat minder dan 0,5%.

BRON: EUROPESE GEZONDHEIDSDIENST ECDC



€ 8.610

bedroeg de gemiddelde besteding per persoon in de zorg in 2024. Dat is ruim € 650 meer dan in 2023.

BRON: CBS

11%

van de zorg-zzp'ers werkt liever in loondienst.

BRON: CBS



76%

van de Nederlanders zegt 2x per dag of vaker de tanden te poetsen.

BRON: MONITOR MONDGEZONDHEID 2025

105 meldingen

van vergiftigingen met afslankmedicatie ontving het NVIC de eerste 10 maanden van 2025. Vorig jaar waren dat er 55 over dezelfde periode.

BRON: NATIONAAL VERGIFTIGINGEN INFORMATIE CENTRUM (NVIC)

Een ongezonde leefomgeving geeft **5% meer kans op hart- en vaatziekten**. Die 5% kan in 10 jaar tot **duizenden extra zieken** leiden.

BRON: UMC UTRECHT EN HET AMSTERDAM UMC



Heruitgifte van ongebruikte kankermedicijnen levert een besparing van circa **€ 575 per patiënt** per jaar op.

BRON: RADBOUDUMC

3.400.000 Nederlanders gebruikten afgelopen jaar antibiotica. Nederlandse huisartsen schrijven dagelijks gemiddeld **9 doseringen per 1.000 inwoners** voor. Ter vergelijking: in Griekenland is dat bijna 27 doseringen per 1.000 inwoners.

BRON: ZORGINSTITUUT EN RIVM

119.000 65-plussers

kwamen in 2024 op de spoedeisende hulp terecht na een val. **16.000** van hen konden daarna niet terug naar huis. **7.115** 65-plussers overleden in 2024 na een val; dat is gemiddeld bijna 20 sterfgevallen per dag.

BRON: CBS



Met 8,9%

had de ouderenzorg in 2024 het hoogste ziekteverzuim.

- Bij 52% van de vvt-medewerkers waren de verzuimklachten werkgerelateerd.
- 62% had rugklachten.
- 63% had nek- of schouderklachten.
- 16% kon niet voldoen aan de fysieke eisen van het werk.
- 38% ervoer een te hoge werkdruk.
- Meer dan 25% vond het werk in de vvt emotioneel zwaar.

BRON: AO VVT

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



“Er is één groot misverstand over de Inspectie: dat wij er zijn om medische missers uit te bannen. Dat kunnen we niet, want zorg is feilbaar”

De stelling van Ian Leistikow

“Patiëntveiligheid is geen medisch vraagstuk, maar een veiligheidskundige opdracht”

Veiligheid in de zorg vraagt niet om nóg meer protocollen, maar om een ander perspectief. Volgens professor Ian Leistikow, inspecteur van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), zijn medische missers vaker het gevolg van omstandigheden die buiten de macht van de zorgverlener liggen dan van individuele fouten. Het wordt tijd voor een cultuur van dialoog en samenwerking, vindt hij. De oplossing begint volgens hem bij de erkenning dat de zorg feilbaar is.

Tekst Robert van der Broek

Beeld Rogier Chang

“De meeste incidenten ontstaan niet omdat iemand niet weet wat hij moet doen. Ze ontstaan omdat de zorg zo complex is dat mensen voortdurend moeten laveren tussen regels, routines en onverwachte omstandigheden. Veiligheid gaat dus niet over meer kennis, maar over beter omgaan met onzekerheid. In de zorg zijn we gewend te denken in oplossingen. *Fix and forget*. Artsen, verpleegkundigen en andere professionals zijn opgeleid om te handelen, te genezen, te verhelpen. Dat is hun kracht, maar ook hun valkuil. Want wie altijd bezig is met het directe probleem, heeft minder oog voor het systeem waarin hij opereert. En dus ontgaat je de *context*, terwijl die context wel van invloed is op het resultaat. Het begint met het erkennen dat de zorg feilbaar is. De crux is vervolgens hoe we daarmee omgaan. We moeten streven naar veerkrachtige zorg – zorg die voorbereid is op het onverwachte. In de veiligheidskunde noemen we dat *resilience*. Het uitgangspunt is niet dat er niets mis mag gaan, maar dat je voorbereid bent op wat onvermijdelijk een keer mis zál gaan. Dat vraagt om anticiperen in plaats van reageren. Wie bel je? Hoe vang je iemand op? Hoe leer je van wat er misging? Zorgverleners kunnen elkaar vaker de vraag stellen: wat maakt jouw werk ingewikkeld? En hoe kan ik daarbij helpen?”

Toezicht in dialoog

“Bij de IGJ maakten we de afgelopen jaren de omslag van toezicht op naleving naar toezicht in dialoog. Natuurlijk, we controleren hoe organisaties wetten, regels en richtlijnen naleven. Maar het beeld van de inspecteur die in een hoek van de kamer vinkjes staat te zetten is achterhaald. De coronapandemie versnelde het belang van de dialoog. >



“Soms kan vijf minuten oprechte aandacht meer betekenen voor veiligheid dan een hele beleidsnota”

Prof.dr. Ian Leistikow (1973) is inspecteur bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en bijzonder hoogleraar Overheids-toezicht op Kwaliteit en Veiligheid van de Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit. Eerder was hij coördinator patiëntveiligheid in het UMC Utrecht. Hij heeft zitting in de programmacommissie van het International Forum on Quality & Safety in Healthcare (IHI/BMI).

In die periode moest alles met improvisatie en *resilience* gebeuren, omdat niemand ervaring had met zo'n extreme situatie. We verlegden de focus van afzonderlijke controlepunten terug naar de basis: hoe houden we de zorg als geheel draaiende? De *context* werd zichtbaar. De coronapandemie liet ons zien dat het lerend vermogen van de zorg groot kan zijn, zolang professionals in staat worden gesteld om samen te zoeken naar oplossingen. Veiligheid is dus niet alleen een kwestie van voldoen aan verplichtingen, maar van communicatie, samenwerking, omgangsvormen en cultuur. Regels alleen maken de zorg niet veiliger. We willen weten of zorgverleners inzicht hebben in de risico's en dilemma's die hen belemmeren om goede zorg te leveren. Toen ik geneeskunde studeerde, bestond de *time-out*-procedure nog niet. Je kwam binnen op de OK, de patiënt lag al onder het doek en je ging aan het werk. Nu is zo'n extra veiligheidscontrole standaard: even stilstaan, met het hele team, om te checken of alles klopt. Dat lijkt een kleinigheid, maar het staat voor een grote mentaliteitsverandering.”

Buiten de bubbel

“Ik geloof sterk in de kracht van *sociaal kapitaal*, een term die de Amerikaanse internist Thomas Lee onder de aandacht bracht van zorgverleners. Hij concludeert dat ziekenhuizen die in sociaal kapitaal investeren betere uitkomsten hebben, zowel op patiënt- als medewerkersniveau. Sociaal kapitaal gaat over de kwaliteit van relaties binnen een organisatie. Teamwork, respect, betrokkenheid, toewijding en vertrouwen vormen de basis van veilige zorg. In een sociaal gezonde organisatie spreken mensen elkaar aan, helpen ze elkaar als het moeilijk wordt en durven ze hun kwetsbaarheid te tonen. Het klinkt eenvoudig, maar het vraagt moed. Want veiligheid begint niet met een nieuw protocol, maar met een collega die zegt: ‘Gaat het wel goed met je?’ of: ‘Zal ik even meekijken?’ Het vraagt ook dat je openstaat voor feedback. Ben je wel in je beste doen, of ben je de laatste tijd oververmoeid omdat je gezinsuitbreiding hebt gekregen en slecht slaapt? Collega's kunnen veel alerter zijn op omstandigheden die tot problemen kunnen

leiden. En ze moeten de ruimte voelen om daar wat van te zeggen. Soms kan vijf minuten oprechte aandacht meer betekenen voor veiligheid dan een hele beleidsnota. Niet elke organisatie is daar klaar voor. Er is een zekere volwassenheid voor nodig. Sommige instellingen raken onrustig van dialoog – ze willen liever precies weten wat ze moeten doen. Maar echte volwassenheid in veiligheid betekent dat je niet wacht tot iemand je vertelt wat goed is, maar zelf onderzoekt wat beter kan. Voor het veiligheidsdenken kan het ook nuttig zijn dat we mensen van buiten bij onze zorgprocessen betrekken. Als zorgverleners bereid zijn buiten hun bubbel te kijken, kunnen ze veel leren van bedrijven, omdat die de veiligheid al veel langer als een systeemvraagstuk benaderen.”

Tuchtrechter

“Wie in de zorg werkt, weet hoe groot het verantwoordelijkheidsgevoel kan zijn. Je wilt patiënten niet in de steek laten, dus blijf je doorgaan – ook als de omstandigheden eigenlijk onveilig zijn. Stel: je bent de enige verpleegkundige op een afdeling waar er drie zouden moeten zijn. Je weet dat het te weinig is, maar je meldt je niet ziek, want ‘wie moet het dan doen?’. Zo sluipt er langzaam iets in wat in de veiligheidskunde *normalization of deviance* heet: het verschuiven van wat we normaal vinden, stap voor stap, totdat het eigenlijk niet meer acceptabel is. Vervolgens gaat het mis en sta je voor het bankje van de tuchtrechter. De zorgverlener wordt gebrandmerkt als de schuldige. Maar zat het probleem wel bij die ene

“Veiligheid begint niet met een nieuw protocol, maar met een collega die zegt: ‘Gaat het wel goed met je?’”



persoon? Waren het niet de omstandigheden die hem geen andere keuze lieten? Daarom moeten organisaties de context creëren waarin professionals veilig kunnen werken, ook als dat botst met kortetermijnbelangen of financiële druk van het bestuur of de aandeelhouders. De zorgverlener hoeft dan niet stuk te lopen op een onwerkbaar situatie.”

‘Hoe het Lukt’

“De IGJ houdt direct toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Dat is onze taak. Toch zou het helpen als onze overheidspartners NZa en Zorginstituut veiligheid ook als werk erkennen en belonen. Een voorbeeld is het doorlopen van een verbetertraject. Dat besef wordt belemmerd door het feit dat deze thema’s nog weinig concreet zijn en ze er vaak ‘bij’ gedaan worden, terwijl trainingen, teamontwikkeling en intervisie essentieel onderdeel zijn van het dagelijkse werk. Er zijn al wel goede voorbeelden. De Neonatale IC van het Erasmus MC investeerde in teamtrainingen, die werden betaald uit het budget dat vrijkwam door minder artsen aan te nemen. Het resultaat: sterkere teams en veilige zorg. In het project ‘Hoe het Lukt’ (2023) dat de IGJ liet uitvoeren door de Erasmus Universiteit, werd onderzocht hoe begeleiders in de gehandicaptenzorg erin slagen om goede, humane zorg te geven aan mensen met moeilijk verstaanbaar gedrag. In zo’n organisatie werd dan actief gestuurd op loodsende principes, zoals ‘het kan alleen samen’ en ‘steunen en gesteund worden’. Dit wederkerige patroon van zorg en ondersteuning, waarin elke laag in de organisatie elkaar op dezelfde positieve manier benadert, is ook weer een mooi voorbeeld van sociaal kapitaal.”

Ruimte om te vertrouwen

“Er is één groot misverstand over de Inspectie: dat wij er zijn om medische missers uit te bannen. Dat kunnen we niet, want zorg is feilbaar. Wat we wél kunnen, is omstandigheden creëren waarin mensen durven te leren. Vertrouwen is de basis. Dat geldt zowel voor de ouder die zijn zieke kind aan de arts toevertrouwt of het kind dat zijn vader naar een verzorgingshuis brengt, als voor zorgverleners onderling: je moet erop kunnen vertrouwen dat je de hulp krijgt zoals je die zelf zou geven. In mijn hoedanigheid als inspecteur is mijn ontzag voor zorgverleners alleen maar gegroeid. Ik heb van dichtbij gezien hoe complex, emotioneel en soms onvoorspelbaar de gezondheidszorg is. Je wilt het beste voor je patiënt of cliënt, terwijl dat niet altijd kán. Bovendien kan het ernstig misgaan: iedere zorgverlener krijgt een keer te maken met een verkeerde afloop. Ga er maar aan staan. Wat mij drijft, is dat ik – als inspecteur en als mens – kan bijdragen aan een context waarin professionals zo goed mogelijk in staat gesteld worden om zorg te leveren zoals ze die zelf zouden willen ontvangen. Dat is voor mij de essentie van veiligheid: niet het vermijden van fouten, maar het versterken van het lerend vermogen.” |

Veelbelovende operatietechniek bij ziekte van Ménière blijkt niet effectief

Gerandomiseerd en dubbelblind onderzoek biedt meerwaarde

Het leek een zeer veelbelovende oplossing: met een eenvoudig titanium clipje het aantal draaiduizeligheidsaanvallen bij mensen met de ziekte van Ménière verminderen. Het Zorginstituut financierde gerandomiseerd, dubbelblind onderzoek naar de effectiviteit van deze ingreep. De uitkomst: het is geen effectieve zorg, want een placebo werkt net zo goed.

Tekst Jasper Enklaar

Beeld Zorginstituut

Duizeligheid, misselijkheid, oorsuizen; patiënten met de ziekte van Ménière kunnen daar veel last van hebben. Dat is met standaardzorg vaak te verhelpen. Maar er is een kleine groep Ménière-patiënten bij wie deze aanpak niet werkt. Een aantal jaar geleden leek zich een oplossing aan te dienen: een eenvoudig titanium clipje in het binnenoor om het evenwichtsorgaan beter te laten werken. Met een ingewikkelde naam: de endolymfatische ductus blokkade, oftewel EDB.

De vraag was of deze nieuwe operatietechniek in het basispakket moest worden opgenomen, want het is een ingrijpende operatieve ingreep. Veel literatuur was er niet, vertelt Ferdinand Bastiaens, die namens het Zorginstituut het standpunt over EDB opstelde: “Het eerste, Canadese onderzoek was van tien jaar geleden. Sindsdien

is er geen enkele gerandomiseerde studie uitgevoerd. Er waren slechts een of twee studies uit China die niet geblindeerd en niet gerandomiseerd waren.”

De beste bewijskracht

Het Zorginstituut financierde daarom een wél gerandomiseerd, dubbelblind onderzoek naar de effectiviteit van EDB. Dat gebeurde vanuit de ‘Subsidieregeling veelbelovende zorg’ – de VEZO-regeling – die het Zorginstituut samen met ZonMw uitvoert. Dubbelblind onderzoek wil zeggen dat zowel patiënten als zorgverleners niet weten of deelnemers wel of niet een hulpmiddel of medicijn krijgen. Dat is belangrijk, vertelt Yuri Souwer, projectleider van de VEZO-subsidieregeling: “Bij potentieel veelbelovende zorg zijn er vaak geen studies gepubliceerd, of slechts een enkele. Als het Zorginstituut met gegevens van één studie moet beoordelen of een behandeling aan ‘de stand van de wetenschap en praktijk’ voldoet – dus of de behandeling wel of niet in het basispakket hoort – heeft geblindeerd, gerandomiseerd onderzoek de beste bewijskracht. Vanwege de kwaliteit van het wetenschappelijke

bewijs hechten wij daar in dit geval erg aan. Daarom kiezen we bij VEZO voor blind en goed gerandomiseerd onderzoek.”

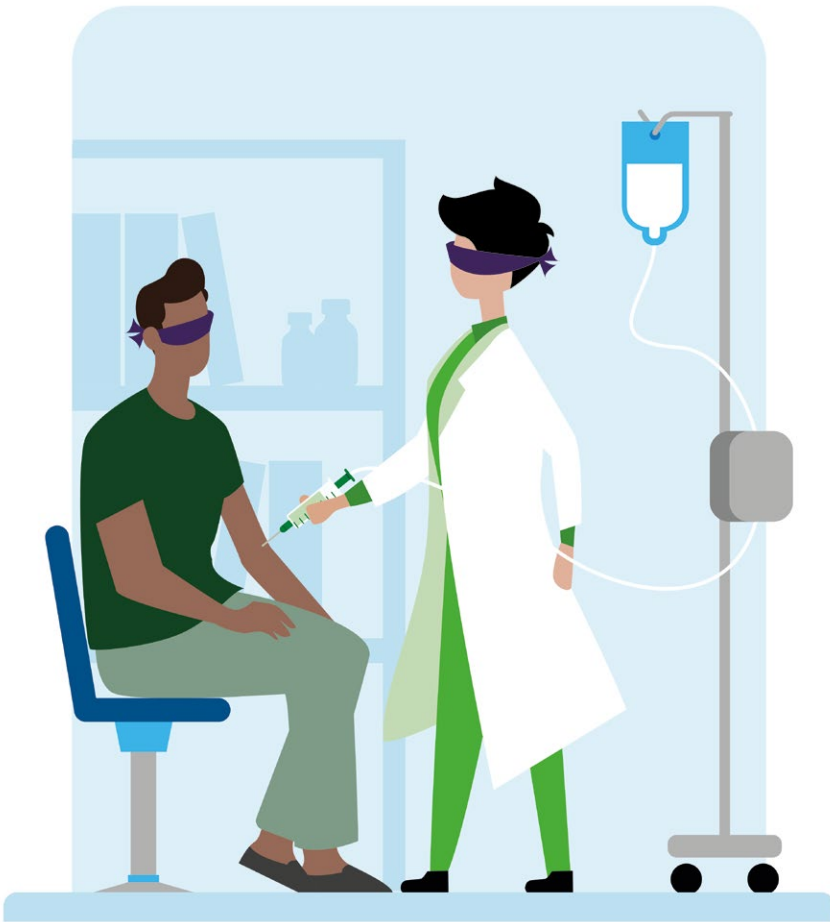
Innovatieve en nieuwe zorg

De VEZO-regeling (die per 2026 stopt – zie kader) was vooral bedoeld om innovatieve en nieuwe zorg sneller bij de patiënt te krijgen, vertelt Souwer. “Dat was de impuls die minister Bruins destijds wilde geven aan nieuwe zorg en innovaties, omdat de markt er soms te lang over doet.” Het onderzoek naar EDB bij Ménière is het eerste afgeronde project van de VEZO-regeling. Er lopen nog 31 andere VEZO-onderzoeken, op tal van terreinen: anti-kankerbehandelingen, lymfoedeem-benen, immuuntherapie bij baby’s, CAR T-cellen, jonge kinderen met voedselallergie. “De gemene deler is dat het om onderzoek gaat dat niet door marktpartijen wordt opgepakt”, vertelt Souwer. “Vaak is er een heel kleine patiëntengroep of is er eigenlijk geen geld meer mee te verdienen.”

Bij EDB is het inderdaad slechts een kleine groep Ménière-patiënten die hiervoor in

VEZO-subsidie stopt

Het ministerie van VWS heeft besloten dat de subsidieregeling per 1 januari 2026 stopt. Nieuwe aanvragen worden niet meer gehonoreerd. Volgens VWS zijn er andere subsidieprogramma’s waarin onderzoek plaatsvindt naar effectiviteit en kosteneffectiviteit. Zoals bij doelmatigheidsonderzoek en het recent gestarte kaderprogramma Passende Zorg van ZonMw. Deze richten zich echter uitsluitend op al bestaande zorg. “Het is jammer dat we via VEZO geen data meer kunnen verzamelen over de effectiviteit van innovaties”, zegt Souwer. “Ik hoop dat een nieuw kabinet inziet dat het nuttig is om dit soort zorg, die anders niet snel bij de patiënt komt, toch een zetje te geven.”



aanmerking komt. Daarnaast gaat het om een klein titanium clipje waar weinig geld aan valt te verdienen. Daarom is het voor een marktpartij niet interessant, volgens Souwer. “Dat was voor ons een reden om dit onderzoek met overheidssubsidie uit te voeren. Immers, niemand anders zou dat doen.” Het Zorginstituut financierde het onderzoek naar EDB met 1,4 miljoen euro. Souwer: “Er is vier jaar onderzoek gedaan, er zijn patiënten geïnculdeerd in de studie en de resultaten daarvan zijn gebruikt om te bepalen of het tot het verzekerde pakket moet behoren of niet.”

Haga en LUMC

Onderzoekers van het Haga Ziekenhuis en het LUMC zetten het onderzoek op. Een deel van de patiënten kreeg het EDB-clipje en een deel niet, zonder dat zij wisten tot welke groep ze behoorden. Er waren duidelijk patiënten die het beter deden dan andere patiënten. Maar bij analyse van de data bleek dat de mensen die het goed deden gelijk over beide groepen verdeeld waren. “Er was een groot contrast met de oude Canadese studie”, vertelt Bastiaens. “Daar

was een 97 procent succespercentage: het merendeel van patiënten kreeg geen duizeligheidsaanvallen meer na twee jaar. Het succespercentage in de controlegroep was maar 33 procent. In de VEZO-studie had de controlegroep – zonder EDB-clipje - een succespercentage van 67 procent, hoger zelfs dan de groep met EDB-clipje, die op 59 procent zat. Dus de placebo werkte even goed of zelfs iets beter.”

Op basis van deze resultaten schreef Bastiaens het rapport waarin het Zorginstituut het standpunt inneemt dat de oorspronkelijk zo veelbelovende operatietechniek voor patiënten met de ziekte van Ménière geen effectieve zorg is en dus niet wordt vergoed uit het basispakket van de zorgverzekering. Het resultaat van de studie is negatief, maar nog steeds belangrijk, zegt Souwer: “Als het niet uitgezocht was, dan was dit nu standaardpraktijk geworden. Terwijl het dus niets toevoegt aan de behandeling om de aanvallen te voorkomen of te stoppen, maar wél geld kost.” |

Souwer:
“Het EDB-clipje is voor marktpartijen niet interessant. Daarom voerden wij het onderzoek met overheidssubsidie uit. Immers, niemand anders zou het doen”

Maatschappelijk aanvaardbare prijzen voor dure geneesmiddelen

Het Zorginstituut, de Nederlandse Zorgautoriteit en de Autoriteit Consument & Markt presenteerden de minister van VWS dit najaar het gezamenlijk advies en programma ‘Maatschappelijk Aanvaardbare Uitgaven Geneesmiddelen’ (MAUG). Doel is beter te kunnen vaststellen welke prijzen voor dure medicijnen maatschappelijk aanvaardbaar zijn. Angèl Link en Rudy Dupree waren hier vanuit het Zorginstituut bij betrokken.

Tekst Frank van Wijck

Beeld Zorginstituut

De kern van het gezamenlijk advies is dat een maatschappelijk aanvaardbare prijs voor een medicijn niet altijd gelijk is aan de maximaal kosteneffectieve prijs. Dat verdient uitleg. “Het Zorginstituut beoordeelt of dure geneesmiddelen in het basispakket kunnen worden opgenomen. We kijken dan onder meer naar de kosteneffectiviteit: levert het medicijn voldoende gezondheidswinst op in verhouding tot hoeveel het kost? Dit doen we om ervoor te zorgen dat we ons zorgbudget zo goed mogelijk uitgeven en er als maatschappij zoveel mogelijk gezondheidswinst voor terugkrijgen”, zegt Dupree. “Dit leidt vaak tot een advies aan de minister om een kosteneffectieve prijs voor het medicijn uit te onderhandelen. Maar de vraag is of dit ook altijd een *maatschappelijk aanvaardbare* prijs is. Met andere woorden, wat zijn voor de maatschappij elementen die uitmaken of de prijs van een medicijn hoog mag zijn? En in welke gevallen minder hoog?”

Mede door een vraag vanuit de Tweede Kamer bracht het Zorginstituut, samen met de Nederlandse Zorgautoriteit en de Autoriteit Consument & Markt, een advies uit over de vraag welke elementen van invloed zouden moeten zijn op de prijs van een medicijn. “Hiervoor hebben we onder meer inzichten van burgers en experts gebruikt”, zegt Dupree.

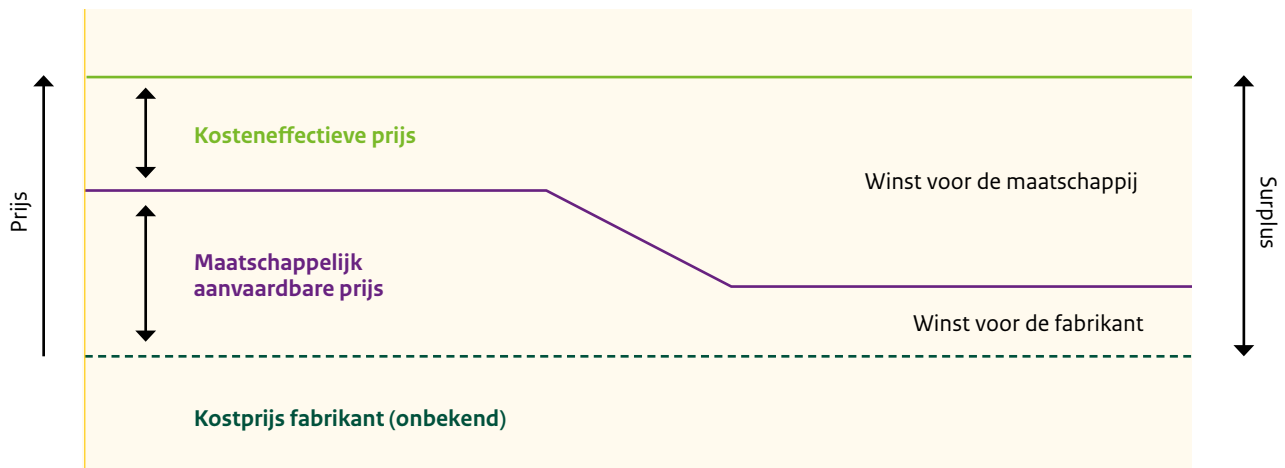
Zes uitgangspunten

Dit leidde tot de zes uitgangspunten (zie kadertekst) die in het advies worden benoemd. “Deze sluiten aan bij de manier waarop we nu al tot een prijsadvies komen”, zegt Dupree. “Zoals het uitgangspunt dat er grotere bereidheid is om meer te betalen wanneer een medicijn meer gezondheid oplevert. En dat we meer willen betalen bij een hogere ziektelast is ook niet nieuw.” Een belangrijk nieuw uitgangspunt is dat een hoge prijs voor een medicijn tijdelijk moet zijn. Op een gegeven moment heeft de fabrikant de investering in een nieuw medicijn terugverdiend. “Dan moet de prijs

DE ZES LEIDENDE UITGANGSPUNTEN

1. Gezondheidswinst staat voorop: levert een medicijn meer gezondheidswinst op, dan mag het ook meer kosten.
2. Gezondheidswinst bij ernstig zieke patiënten mag meer kosten dan bij minder ernstige aandoeningen.
3. Is het niet helemaal zeker hoe goed het medicijn werkt? Dan kan de maatschappelijk aanvaardbare prijs lager zijn.
4. Hoe meer geld de samenleving in totaal aan één medicijn uitgeeft, hoe lager de maatschappelijk aanvaardbare prijs moet zijn.
5. Als het aannemelijk is dat de fabrikant de kosten van onderzoek en ontwikkeling heeft terugverdiend, daalt de maatschappelijk aanvaardbare prijs.
6. Bij minder vernieuwende medicijnen kan de maatschappelijk aanvaardbare prijs lager zijn.

Maatschappelijk aanvaardbare prijs verandert over de tijd



dus omlaag”, stelt Dupree. “En als blijkt dat hetzelfde middel ook bij een andere indicatie werkt, liggen de ontwikkelkosten lager en moet de prijs omlaag”, zegt Link.

De andere uitgangspunten gaan nu ook mede bepalen wat een maatschappelijk aanvaardbare prijs is. “Om te bepalen welke elementen van belang zijn bij het bepalen van een maatschappelijk aanvaardbare prijs, hebben we een analyse gemaakt van pakketadviezen over dure geneesmiddelen”, zegt Link. “Ook hebben we gesprekken gevoerd met professionals en zijn burgers geraadpleegd.” Dat burgerforum was heel belangrijk, voegt Dupree toe. “We hebben deze betrokkenheid nodig voor het behouden van de maatschappelijke balans tussen wat we willen betalen en waaraan we dat willen uitgeven. Dat is essentieel om de solidariteit in het stelsel te kunnen behouden.”

Concrete prijsadviezen

De uitgangspunten moeten zich nu vertalen in concrete prijsadviezen. “Hoe dat moet, is op dit moment nog niet precies te zeggen”, zegt Link. “Onze adviescommissies – de Wetenschappelijke Adviesraad en de Adviescommissie Pakket – gaan ons ondersteunen bij het komen tot concrete prijsadviezen. En we betrekken partijen hierbij. Ook al gaan meer uitgangspunten meewegen bij het bepalen van een maatschappelijk aanvaardbare prijs, de gehele context blijft van belang. De Adviescommissie Pakket speelt daarin

een belangrijke rol. Die weegt alle informatie vanuit het maatschappelijke perspectief.”

Het Zorginstituut verwacht eind 2026 concrete prijsadviezen te geven. De minister kan die dan benutten bij de prijsonderhandelingen met fabrikanten. Link: “Omdat we elke euro maar één keer kunnen uitgeven, is het van belang om goed te kijken wanneer een hoge prijs maatschappelijk aanvaardbaar is en wanneer niet of niet meer. Meer uitgangspunten gaan nu bepalen welke prijs maatschappelijk aanvaardbaar is. Op deze manier kunnen we met het beschikbare budget zoveel mogelijk gezondheid realiseren. Als we altijd de maximale prijs blijven betalen die we bereid zijn te betalen, gaat de totale gezondheid van Nederland er onder de streep niet op vooruit. Wij vinden dat de gezondheid van de maatschappij als geheel er ook op vooruit moet gaan. Alleen dan loont een innovatie echt. We hebben in ons burgerforum ook gezien dat hier onder burgers draagvlak voor is.”

Samenwerking

De samenwerking tussen het Zorginstituut, de NZa en ACM was essentieel om tot het advies en programma te komen. “We werken alle drie vanuit verschillende invalshoeken”, zegt Dupree, “waarbij voor ons als Zorginstituut de focus ligt op pakketbeheer. In de doorontwikkeling van het kader om tot concrete prijsadviezen te komen, nemen wij nu de lead. Maar we laten zeker als ‘team overheid’ de samenwerking bestaan.” |

Link:
 “Omdat we elke euro maar één keer kunnen uitgeven, moeten we goed kijken wanneer een hoge prijs maatschappelijk aanvaardbaar is en wanneer niet (meer). Zo kunnen we met het beschikbare budget zoveel mogelijk gezondheid realiseren”



“Vaak los je een hulpvraag niet op met pillen of zorgverleners. Wel door iemands leven anders in te richten”

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: **Opvolging signalement passende langdurige zorg.**

Tekst Edith Bijl

Beeld De Beeldredactie | Eelkje Colmjon en Erik van der Burgt

aan het **Bureau**

Sascha Heijnen is senior adviseur Langdurige zorg bij het Zorginstituut.

“Om de Wlz in de toekomst toegankelijk, van goede kwaliteit en betaalbaar te houden stelden we in 2024 het *Signalement Passende langdurige zorg* op. Een belangrijke boodschap was: kijk niet voor elke ondersteuningsvraag naar de zorg. Veel hulpvragen los je niet op met pillen of zorgverleners, maar door iemands leven of omgeving anders in te richten. Of door iemands netwerk in te zetten om de kwaliteit van leven te verbeteren.

Kwaliteit van leven is een belangrijk kenmerk in de langdurige zorg. We willen die kwaliteit voor elkaar krijgen, zonder dat daar zorginterventies voor nodig zijn. Dan moeten we de langdurige zorg wel anders inrichten. Over hoe dat moet, gingen we in gesprek met veldpartijen, experts en ervaringsdeskundigen. We riepen hen op initiatieven met ons te delen en gingen op werkbezoek. Zoals bij Maria-oord, waarover Grazia hiernaast vertelt.

De werkbezoeken gaven een goed beeld van wat er al in de praktijk gebeurt. Belangrijk is om deze initiatieven niet meteen in een systeem te willen vangen. Dat werkt niet: geen enkel initiatief is één-op-één te kopiëren naar elders. Daarom deelden we ze ter inspiratie, om andere partijen op weg te helpen.

De werkbezoeken leidden afgelopen zomer tot een opvolgingsdocument van het eerdere signalement. Hierin geven we zes adviezen om passende langdurige zorg mogelijk te maken. We monitoren nu hoe de transformaties vorm krijgen. In ons opvolgingsdocument doen we ook een aanbeveling voor structurele financiering van deze initiatieven. Sommige, zoals Maria-oord, worden betaald uit diverse regionale potjes, maar landelijk is er nog geen goede financieringsregeling die gezamenlijke Wmo- en Wlz-initiatieven ondersteunt. Het is een aandachtspunt in het HLO en AZWA. Dat is belangrijk, want alleen door deze waardevolle initiatieven te bestendigen, houden we de langdurige zorg toegankelijk.”

aan het **Bed**

Grazia van der Ven is Manager Community Care bij Maria-oord in Dongen.

“In 2018 wilden we, met het oog op de toekomst, de zorg vanuit Maria-oord anders inrichten. Geïnspireerd door andere leefgemeenschappen in het buitenland – waar mensen veel meer voor elkaar zorgen - is *community care* ontwikkeld. Hierin staan de ‘leefcoaches’ centraal; deze arrangeurs blijven gekoppeld aan een cliënt en hebben de doorzettingsmacht om te doen wat nodig is, voordat de indicatie is afgegeven. De leefcoaches leren de familie en omgeving goed kennen en bouwen makkelijk een informeel netwerk rond de cliënt op. Dat is de kern van wat wij doen: we geloven in een samenleving waarin mensen naar elkaar omzien. Wij benaderen een hulpvraag vanuit welzijn in plaats van zorg. Daardoor verminderen de zorgvraag vanuit de familie en de prikkel om te zorgen. Veel cliënten verkiezen desgevraagd ‘vaker wandelen’ en ‘meer contacten’ boven ‘drie keer per week douchen’. Er is dus vaak minder inzet van zorg nodig – en als er toch zorg nodig is, zetten wij die snel in.

Onze aanpak vereist een andere mindset: denken vanuit welzijn en kwaliteit van leven vormgeven door de inzet van het informele netwerk.

Onze domeinoverstijgende werkwijze paste helaas niet in het huidige financieringsstelsel. Wij wilden uit één pot gefinancierd worden. Onze leefcoach bepaalt immers zelf wat nodig is voor de cliënt en wil dat gelijk kunnen inzetten, zonder tijdrovende aanvragen. We voerden hierover intensieve gesprekken met VWS, zorgkantoor, zorgverzekeraar en de gemeente Dongen. Dit leidde tot passende afspraken over de financiering op basis van wederzijds vertrouwen. Sinds 2018 ontvingen we jaarlijks subsidie en vanaf 2026 krijgen we dankzij de nieuwe Wet Domeinoverstijgende Samenwerking eindelijk structurele financiering. Daardoor kunnen we verder bouwen aan een warme, inclusieve en multifunctionele leefomgeving waarin mensen zich thuis voelen, zichzelf kunnen zijn en betekenisvolle relaties kunnen aangaan.”



“Veel cliënten
verkiezen ‘vaker
wandelen’ en
‘meer contacten’
boven ‘drie keer per
week douchen’”

Hoogleraar en AI-onderzoeker Carl Moons:

“Algoritmes sturen steeds meer de beslissing van arts en patiënt”

Artificiële intelligentie (AI) veroverd in hoog tempo de zorg. AI kan alle beschikbare medische informatie verzamelen, analyseren en een gepersonaliseerd zorgplan aanreiken. Maar dan moeten de algoritmes van deze voorspel- en beslismodellen wel betrouwbaar, niet-discriminerend en transparant zijn. Hoogleraar Carl Moons leidt bij het Universitair Medisch Centrum (UMC) Utrecht onderzoek naar het ontwikkelen van richtlijnen om AI in de zorg veiliger en beter te maken.

Tekst Loek Kusiak

Beeld De Beeldredactie | Joost Hoving

AI wordt steeds vaker toegepast bij de diagnose en behandeling van cardiovasculaire aandoeningen, kankertypen, infectieziekten, bij een verhoogd risico op dementie, aangeboren afwijkingen en nog veel meer. Algoritmes doen een voorspelling voor het ontstaan en het verloop van deze aandoeningen. Zelfs een tot voor kort ongrijpbare vorm van leukemie is met AI ontrafeld. Algoritmes in insulinepompen bepalen ook of er bij een persoon met diabetes insuline moet worden bijgespoten, of dat bij een operatie met een groot risico op bloedverlies bloed voor een transfusie moet klaarstaan.

Betere inschattingen gepersonaliseerde zorg

Carl Moons, onderzoeker bij het Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen van het UMC Utrecht, geeft nog een ander voorbeeld: röntgenfoto's en microscopische beelden. "AI kan die vaak veel nauwkeuriger lezen dan mensen, wat kan leiden tot betere inschattingen en gepersonaliseerde zorg. Zoals AI ook inzetbaar is bij het controleren van therapietrouw of bloeddruk. Voor arts en patiënt biedt vroegdiagnostiek en prognose met AI belangrijke ondersteuning bij beslissingen over behandeling, monitoring en zelfs preventie."

Voordat sprake was van kunstmatige intelligentie en de term 'AI' werd er in de geneeskunde al vele jaren software gebruikt, bijvoorbeeld in de radiologie bij vermoedens van een tumor. Moons: "Vroeger spraken we over statistische voorspelmodellen en werkten we met getallen als bloeddruk, gewicht, leeftijd. Tegenwoordig kan AI-software ook direct werken met tekst, beelden, DNA-materiaal en zelfs geluiden, wat AI een enorme voorspelkracht geeft."

Deze ontwikkeling, versneld na de coronapandemie, vereist dat de AI-modellen voor de gezondheidszorg goed getest, transparant en gerapporteerd zijn, meent Moons: "Je moet trefzeker weten op welke data of studies de algoritmes zijn gebaseerd en of ze iets verbeteren aan de zorg. AI-voorspelmodellen mogen ook geen specifieke groep discrimineren en geen ongelijke diagnose en detectie bevorderen. Is het model alleen bij mannen of ook bij vrouwen getest? En ook bij mensen met een niet-blanke huidskleur? Een ethisch aspect dat *fairness* heet en alleen herkenbaar is als het AI-model transparant gerapporteerd is."

Europese regulering

De TRIPOD-AI-richtlijn en de Nederlandse AI-leidraad dragen bij aan de invoering en naleving van de Europese AI-Act. Deze wil sinds 2025 voor een aantal sectoren een norm stellen voor de regulering van AI. Voor producenten en aanbieders van AI wordt duidelijk aan welke eisen hun producten in Europa moeten voldoen. In de Europese AI-Act valt de zorgsector grotendeels onder een 'hoogrisico-categorie'. Ook bij de inzet van chatbots moet duidelijk zijn dat je met AI te maken hebt. De verplichting tot 'AI-geletterdheid' betekent dat organisaties weten hoe een AI-systeem werkt en welke gegevens voor beslissingen worden ingezet. Dat geldt niet alleen voor de praktijkgenoot, zoals ziekenhuis, verpleeginstelling of huisarts, maar voor alle medewerkers en zzp'ers die namens de praktijkgenoot met AI werken.



Verkeerde inschatting?

Tegenwoordig zijn er tienduizenden, zo niet honderdduizenden algoritmes op de markt. Lang niet altijd is duidelijk uit welke datasets deze zijn opgediept en geëvalueerd, en welke groep patiënten hierin is vertegenwoordigd. Moons: “Is een dataset of algoritme lukraak van het internet geplukt? Zijn bronnen voor datasets wetenschappelijk gevalideerd? Zonder die kennis weet je niet of er een verkeerde inschatting of een vooringenomen oordeel in dat algoritme zit. Ik zie ook dat Big Tech (Apple, Microsoft, Google-LK) algoritmes aanbieden terwijl men eerder geen echte focus op zorg had. Reden temeer voor richtlijnen om AI veilig en duurzaam in de zorg in te zetten.”

In het opstellen van richtlijnen voor een veilig gebruik van AI geldt Carl Moons als een sleutelfiguur. In opdracht van het ministerie van VWS was hij een van de architecten van de Nederlandse ‘Leidraad kwaliteit AI in de zorg’ (www.leidraad-AI.nl). Moons is als hoofdonderzoeker ook betrokken bij AI-richtlijnen in een internationale samenwerking, zoals een nieuwe versie van de richtlijn ‘TRIPOD+AI’, ontwikkeld door het UMC Utrecht en de Universiteit Oxford. “Deze richtlijn is een checklist met 27 items voor het transparant rapporteren van AI-algoritmes en beoordeling op betrouwbaarheid, veiligheid, eerlijkheid, ethiek en hun toepasbaarheid bij de uiteindelijke beslisondersteuning door arts en patiënt.

Fouten en onvolkomenheden in het algoritme moeten we opsporen zodat zorgverleners ook regelgeving en medische protocollen kunnen naleven.”

Minder werkdruk

Moons schetst een scenario dat AI in de zorg ook kan leiden tot minder werkdruk en afnemende kosten. “Wanneer AI administratieve taken overneemt en gesprekken tussen artsen en patiënten automatisch opslaat in patiëntendossiers, houdt de zorgverlener tijd over voor andere handelingen. De vrijgekomen tijd kun je besteden aan patiënten die de zorg het hardst nodig hebben. Als je voor acht uur per dag betaald krijgt maar 40 procent minder tijd hoeft te steken in het schrijven van verslagen, kun je zorg op maat leveren aan de juiste patiënten en cliënten.”

No show-algoritme

Het UMC Utrecht maakt gebruik van een AI-model, zogeheten *no-show*-algoritme, dat voorspelt of patiënten vergeten hun afspraak op te zeggen of zonder bericht niet komen opdagen. Dat zijn er tienduizenden per jaar en vormt een groot probleem. Moons: “Er wordt met het algoritme gekeken hoe lang geleden de afspraak is gemaakt, of de patiënt ver moet reizen en al eerder niet is komen opdagen. Met belteams en sms worden mensen die door het AI-model zijn aangemerkt als iemand die niet op het consult verschijnt, alsnog nagebeld. Als iemand niet komt opdagen, kun je anderen op de wachtlijst naar boven schuiven en de zorgcapaciteit efficiënter benutten. Dat heeft ook een gunstige weerslag op de zorgkosten en geeft ruimte voor passende zorg voor andere patiënten.”

Omdat algoritmes steeds beter worden getraind, verwacht Moons dat het slechts een kwestie van tijd is tot een algoritme vrijwel elke diagnostiek en andere zorghandelingen ondersteunt. “Maar”, voegt hij toe, “hoewel AI-modellen keuzes voor de behandeling voorleggen, blijven de zorgverlener en de patiënt *in control*. *Shared decision making* dus. Ook dat is zorg op maat en ethisch handelen.” |

Getrapte aanpak beoordeling obesitasmedicijnen

Binnenkort start het Zorginstituut met de beoordeling van de nieuwe obesitasmedicijnen Wegovy en Mounjaro, voor toelating tot het basispakket van de zorgverzekering. Daarbij kiezen we voor een ‘getrapte aanpak’. Deze aanpak moet ertoe leiden dat er ook meer aandacht komt voor het voorkómen van obesitas.

Tekst Edith Bijl

De getrapte aanpak in het beoordelingsproces houdt in dat we de twee nieuwe geneesmiddelen in eerste instantie alleen beoordelen op hun werking en gezondheidswinst voor twee patiëntengroepen: mensen met een BMI vanaf 30 en daaraan gerelateerde ziektes, en mensen met ernstige of zeer ernstige obesitas met een BMI vanaf 35. Alleen voor deze groepen beoordelen we de medicijnen, die dus mogelijk alleen voor hen worden vergoed. Nog steeds gaat het dan om zeer veel patiënten; naar schatting ruim één miljoen mensen. Overigens blijft gelden - net als nu al het geval is - dat deze mensen eerst een gecombineerde leefstijlinterventie moeten volgen om in aanmerking te komen voor deze medicijnen.

Ronde Tafel Obesitas

De getrapte aanpak heeft brede steun van zorgprofessionals, patiëntenverenigingen en zorgverzekeraars. Als deelnemers aan de Ronde Tafel Obesitas dachten zij afgelopen jaar actief met ons mee over een andere aanpak. Startpunt hiervoor was het negatieve advies dat wij vorig jaar gaven over de vergoeding van Wegovy. Toen werd al duidelijk dat er nog niet veel bekend is over de nieuwe obesitasmedicijnen. Hoewel vaststond dat dit middel effectief is om kilo's te verliezen, was er minder duidelijkheid over bijwerkingen en effecten op de lange

termijn. Daardoor konden we geen oordeel geven over de kosteneffectiviteit, dus of de prijs in een redelijke verhouding staat tot de gezondheidswinst. Ook was toen nog onduidelijk welke patiënten het meeste baat bij het middel zouden hebben.

“Medicaliseren zonder de échte oorzaak van obesitas aan te pakken is dweilen met de kraan wagenwijd open”

Bewijs

Op dit moment is voor de genoemde patiëntengroepen het meeste bewijs beschikbaar dat de behandeling tot verbeteringen in de gezondheid kan leiden. Dat leidde tot het breed gedragen besluit om de medicijnen eerst alleen voor deze patiëntengroepen te beoordelen. De farmaceuten zijn hiervan op de hoogte en werken mee aan deze getrapte aanpak. In de toekomst wordt de groep patiënten die voor vergoeding van obesitasmedicatie in aanmerking komt, mogelijk groter. Daarvoor moeten wel eerst meer onderzoeken beschikbaar komen waaruit blijkt dat de geneesmiddelen hun geld waard zijn.

Debat over obesitas en preventie

We verwachten dat er in de toekomst nog meer nieuwe obesitasmiddelen op de markt komen. Met de getrapte aanpak hoopt het Zorginstituut ook dat er meer aandacht en publiek debat komt over toenemende obesitas en preventie, zegt voorzitter Mark Janssen: “We moeten het hebben over het reële scenario dat dreigt: het onnodig medicaliseren van een grote groep mensen. Wij zeggen: én én. Dus veel meer aandacht voor preventie en daarnaast een stapsgewijze invoering van obesitasmedicijnen als blijkt dat dit tot gezondheidswinst voor de maatschappij leidt. Medicaliseren zonder de échte oorzaak van obesitas aan te pakken is dweilen met de kraan wagenwijd open. Gezien de grote aantallen patiënten en de personeelsschaarste in de zorg, kan dit de toegankelijkheid en betaalbaarheid zwaar onder druk zetten.” |



“Beleidsmakers moeten de kracht van ouderen erkennen en deze veel meer omarmen”

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:

Tineke Abma
Bijzonder hoogleraar
Ouderenparticipatie

“Onbewust associëren wij ouderdom nog steeds met kwalen en aftakeling. Maar de huidige generatie ouderen is anders: mondig, ondernemend, initiatiefrijk. Als je dat eenmaal ziet, zie je ook hun kracht. Die moeten we meer appreciëren en veel meer gaan omarmen. Dat gebeurt nog te weinig. Beleidsmakers focussen te sterk op de vierde levensfase – de tachtigplussers - en zijn dus vooral bezig met verpleeghuizen bouwen. Ze vergeten de ouderen in de derde levensfase, die vitaal zijn en gemotiveerd om iets voor de samenleving (terug) te doen. Maak daar gebruik van! Stimuleer werkgevers om mensen na hun 67^e door te laten werken. Of stimuleer ouderen om iets nieuws op te pakken; een eigen bedrijf starten, studeren, theater maken, het leven is nog lang niet op! Beleidsmakers onderschatten dat potentieel van ouderen. Dat is zonde, want inzet van ouderen houdt mensen langer vitaal en gezond, is goed voor het eigen levensgeluk én draagt bij aan de samenleving. Win-win-win dus. Kijken we op deze manier naar de vergrijzing, dan is er helemaal geen doemscenario.”

* In haar recent verschenen boek 'Nieuw oud. Met levenslessen van rolmodellen op leeftijd' breekt Abma een lans voor een andere, positievere kijk op ouderen. Scan voor meer info deze QR-code:



Tekst Edith Bijl
Beeld De Beeldredactie | Eelkje Colmjon

Over zorg gesproken...

“Zingeving is geen luxe, maar een meetbare, trainbare en levensverlengende leefstijlfactor. Want wie weet waaróm hij leeft, zorgt beter voor zichzelf.”

Huisarts en auteur Richard Hoofs in de Leeuwarder Courant (1 december 2025).

“Een lijf zonder goede voeding is als een benzineauto vol diesel: het hort, hakkelt en valt uit.”

Journalist en columnist Marcia Luyten in de Volkskrant (11 november 2025).

“Het stemt me dankbaar dat ik zoveel zorg krijg. Dat daar ook een einde aan kan komen - omdat we in de maatschappij hebben moeten afspreken dat het teveel kost - vind ik logisch.”

Renée Dubois, longkankerpatiënt en patiëntvertegenwoordiger en ambassadeur van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II, op trouw.nl (3 november 2025).

“Stel dat er over twee jaar een middel komt om dementie te genezen. ‘Tja, dat is nou spijtig. We hebben net het basispakket bevroren. Komt u maar terug als we weer ontdooid zijn.’”

Columnist Mariska Koster op artsenauto.nl (29 oktober 2025).

“Wie het fundament van ons zorgstelsel laat verzakken, moet niet verbaasd zijn als het huis instort.”

Christiaan Rompen, orthopedisch chirurg en voorzitter Umoovve Intelligente Beweegzorg, en huisarts Danka Stuijver, op parool.nl (29 oktober 2025).

“We zouden wel wat eerder mogen accepteren dat het leven eindig is, dat scheelt een hoop.”

Gezondheidseconoom Rob Baltussen in het AD (27 oktober 2025).

“Zorgverleners zijn veel bezig met administratie en overleggen. Overleggen waarvan je naderhand denkt: had dit niet ook een e-mail kunnen zijn?”

Staatssecretaris Nicki Pouw-Verweij op zorgvisie.nl (28 oktober 2025).

“Een verdubbeling van het aantal tachtigplussers wordt gekoppeld aan een verdubbeling van de zorgvraag. Daarmee maken we de dubbele vergrijzing in ons hoofd tot een monsterlijke storm.”

Oud-hoogleraar Ouderengeneeskunde Rudi Westendorp op zorgvisie.nl (27 oktober 2025).

“Stress is de moeder van alle leefstijlproblemen.”

Hoogleraar neuropsychologie Erik Scherder en cardioloog Leonard Hofstra op telegraaf.nl (14 oktober 2025).

“De zorg is een sector vol mensen die voor anderen zorgen en zichzelf daarbij verliezen. Ze is haar eigen spiegel geworden – troebel, maar eerlijk.”

Verslavingsarts Robert van de Graaf op artsenauto.nl (15 oktober 2025).

“Pleisters plakken op een stelsel dat al jaren kraakt. In plaats van visie krijgen we cosmetische ingrepen en electorale quickfixes.”

Pim Valentijn, directeur Essenburgh Group en lector waardegedreven en passende zorg, op zorgvisie.nl (7 oktober 2025).