



Zorginstituut Nederland

Zorginstituut magazine

Kwartaalblad van
Zorginstituut Nederland
Voorjaar 2026

Richard Hoofs, huisarts en holistisch coach:

**"Zingeving is de
basis van een gezond
en gelukkig leven"**

| Vliegende
brigade legt
systeemfouten
in zorg bloot

| 'Kunst die Zorgt':
dansen voor
mensen met
parkinson

Inhoud

- 7 Werken aan de zorgtransitie**
Het Zorginstituut wil de transformatieve beweging naar passende zorg verder brengen door kennis te delen. In een nieuwe serie laten we voorbeelden zien van hoe er wordt gewerkt aan de zorgtransitie. In deze editie: de vliegende brigade.
- 12 ‘Omdenkers’ mentale gezondheid**
Het realiseren van passende zorg voor mensen met psychische problemen vereist een nieuwe aanpak binnen de ggz en het sociale domein. Het Zorginstituut publiceerde vijf factsheets van goede praktijkvoorbeelden die ook écht werken.
- 22 “Kunst bevordert gezondheid”**
Ter introductie van onze nieuwe rubriek ‘Kunst die Zorgt’ vertelt Tineke Abma, hoogleraar Kunst & Zorg, hoe kunst kan bijdragen aan ons fysieke en mentale welzijn.
- 24 Dans bij parkinson**
In de eerste bijdrage van de rubriek ‘Kunst die Zorgt’ vertelt Marc Vlemmix over leven met de ziekte van Parkinson en de heilzame effecten van dansen: “Dans geeft mij een gevoel van controle over mijn lijf.”
- 26 Vergroening van de zorg**
De Groene Zorg Alliantie (GZA) zet zich in voor verduurzaming en planetaire gezondheid. “Voor de gezondheid is klimaatverandering letterlijk een spoedgeval”, zegt GZA-voorzitter Evelyn Brakema.



Rubrieken

- 10 Tien vragen aan:**
Angela Maas, hoogleraar cardiologie.
- 15 Column**
Matthijs Versteegh.
- 16 Feiten & Cijfers**
- 18 De stelling van...**
huisarts en holistisch coach Richard Hoofs.
- 28 Aan het bureau aan het bed**
Het advies ‘Kortdurende zorg in het tijdelijke verblijf en thuis’.
- 31 De zorg van morgen**
... volgens Hedwig Vos, hoogleraar Huisarts-geneeskunde.
- 32 Over zorg gesproken**

Passende zorg: hét antwoord op zorgplannen kabinet



Mark Janssen, voorzitter Zorginstituut Nederland

Voorwoord

“Passende zorg bevorderen en stoppen met niet-passende zorg is hét antwoord om stijgende zorgkosten te beteugelen”

Vorige maand trad het nieuwe kabinet aan. Een minderheidskabinet met evenwel stevige voornemens. Zoals de ambitie om 10 miljard euro op de zorg te bezuinigen. Die term klopt niet helemaal: de coalitie wil de zorgkosten 10 miljard euro *minder laten stijgen*. Ze wil dus de verwachte stijgende lijn van de zorgkosten afremmen. Deze ombuiging moet ook bijdragen aan het verkleinen van toekomstige vacatureproblemen en het verbeteren van de toegang tot zorg. Ik denk dat dat kan, ook al vergt dat soms grote ingrepen.

Als Zorginstituut pakken we hierin onze rol. Wij denken dat we een grote bijdrage kunnen leveren door passende zorg te bevorderen en niet-passende zorg te voorkómen en terug te dringen. Daarbij werken we samen met overheids- en zorgpartijen aan de zorgtransformatie richting passende zorg. Dit doen we ook via dit magazine: in de nieuwe serie ‘Werken aan de zorgtransitie’ laten we zien hoe er al wordt gewerkt aan de zorgtransformatie en hoe we die opschalen en verder brengen.

Passende zorg bevorderen en stoppen met niet-passende zorg is hét antwoord om stijgende zorgkosten te beteugelen. Het mooie is dat de noodzaak en relevantie van passende zorg en transitie steeds breder worden erkend. Overal ontstaan initiatieven waarin meer aandacht is voor preventie, voor passende zorg en voor samenwerking met sectoren buiten de zorg.

Deze editie staat bol van dit soort voorbeelden. Neem hoogleraar cardiologie Angela Maas, die als pleitbezorgster van vrouwgerichte cardiologie zich richt op écht passende zorg voor vrouwen met hartklachten. Of hoogleraar Kunst & Zorg Tineke Abma; zij toont aan dat bepaalde kunstvormen de gezondheid bevorderen. Dans, muziek of beeldende kunst kunnen mensen helpen om te gaan met hun ziekte, waardoor ze mogelijk minder een beroep doen op de zorg. Ook dát is passende zorg.

In dat licht past ook de stelling van Richard Hoofs in dit magazine, over het belang van zingeving voor een gezond leven. Net als Abma laat hij zien dat werken aan en omgaan met gezondheid niet alleen het medische domein aangaat. Sterker: voor veel problemen of aandoeningen biedt de zorg geen oplossing, maar worden mensen beter geholpen binnen het sociale domein. Nu dat besef steeds meer gemeengoed wordt, komt er *meer* passende zorg en *minder* druk op de zorg. En dat leidt mogelijk ook tot de door de coalitie gewenste ombuiging in de stijgende zorgkosten.

Vanuit het Zorginstituut zetten we passende zorg in om die ombuiging te realiseren. Als we de tijd krijgen, verwacht ik dat we een heel eind komen. Daarnaast doen we op dit moment volop onderzoek naar andere manieren om de stijging van de zorgkosten te beteugelen, zoals hoe je niet-passende zorg kunt stoppen. Daarover in een latere editie meer.

Korte berichten



Cruciale ggz: werken aan oplossingen voor betere toegang

Cruciale geestelijke gezondheidszorg (ggz) is gespecialiseerde zorg voor mensen met hoogcomplexere psychische problemen. Deze zorg staat onder druk, waardoor mensen te lang wachten op passende hulp en soms zelfs helemaal geen behandeling krijgen. Dat kan leiden tot ernstige gezondheidsschade.

Om de toegang tot de cruciale zorg te verbeteren, bracht het Zorginstituut samen met cliënten, naasten, professionals en betrokken organisaties de grootste knelpunten én oplossingen in kaart. Knelpunten zijn onder meer: financiële problemen, personeelstekorten en een aanbod van zorg en ondersteuning dat niet goed aansluit op de hulpvraag. Oplossingen zijn er ook; landelijk en regionaal werken ggz-organisaties al langer

aan afspraken in zorgakkoorden of andere initiatieven. Oplossingen zijn bijvoorbeeld meer regionale samenwerking, het openen van plekken waar mensen makkelijk hulp kunnen krijgen en zorgen voor genoeg veilige woonplekken. Ook kunnen 'verkennende' gesprekken worden ingezet met hulpverleners uit het sociale domein en de ggz om samen te kijken welke hulp nodig is.

Het Zorginstituut adviseert landelijke partijen om samen met de regio's een overzichtelijk implementatieplan te maken, zodat duidelijk is wie welke acties in gang zet. Wij monitoren actief de voortgang van de oplossingen, samen met de betrokken organisaties in de cruciale ggz.

Zorginstituut: geen vergoeding van nieuw Alzheimermedicijn

Het Zorginstituut adviseert de minister van VWS om het Alzheimermedicijn lecanemab (Leqembi®) niet te vergoeden uit het basispakket van de zorgverzekering. Het medicijn zou beginnende Alzheimer moeten vertragen, maar onderzoek laat zien dat lecanemab een klein effect heeft op de ziekte. Patiënten merken onvoldoende verschil na behandeling. Zij gaan nog steeds fors achteruit in hun dagelijks functioneren en lopen bovendien het risico op ernstige bijwerkingen, zoals hersenbloedingen en hersenzwellingen. Soms geeft het ernstige verschijnselen, zoals verlamming, niet meer kunnen praten of ernstige verwardheid. En in zeldzame gevallen kunnen de hersenbloedingen of hersenzwellingen ook dodelijk zijn.

Slechts een klein deel van de mensen met beginnende Alzheimer zou overigens in aanmerking komen voor het medicijn. Dat komt onder meer door maatregelen om het risico te beperken op hersenbloedingen en hersenzwellingen. Zo heeft het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) lecanemab afgekeurd voor patiënten met een genetische variatie die een hoger risico lopen op deze bijwerkingen. Daarnaast is er onvoldoende MRI-capaciteit om bij behandeling de bijwerkingen goed in de gaten te kunnen houden.

Meer informatie?

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

Eline Bunnik nieuw lid van de Adviescommissie Pakket (ACP)

De ACP is een onafhankelijke commissie die adviseert aan de Raad van Bestuur van het Zorginstituut. Bunnik is voor vier jaar benoemd tot ACP-lid en startte op 1 januari 2026. Zij werkt al ruim 17 jaar als medisch ethicus binnen de gezondheidszorg en doet onder andere onderzoek naar de ethische effecten van nieuwe medische technologieën op de zorg en samenleving. Ze bekleedt verschillende functies in commissies: als lid van de Vaste Commissie Ethiek en Recht van de Gezondheidsraad en als voorzitter van de indicatiecommissie Pre-Implantatie Genetisch Testen. Bunnik werkt momenteel als universitair hoofddocent in de Medische Ethiek aan het Erasmus MC.

Hoewel de ACP vooral over dure geneesmiddelen en behandelingen adviseert, kunnen haar adviezen ook over andere onderwerpen gaan, zoals langdurige zorg en mondzorg. De commissie kijkt bij deze adviezen ook naar de principes van solidariteit en rechtvaardigheid. Daarmee maakt ze de maatschappelijke afweging of we als samenleving bepaalde zorg verantwoord kunnen opnemen in het basispakket van de zorgverzekering.



Zorginstituut: vergoed exa-cel bij sikkelcelziekte alleen na verlaging prijs

Exa-cel (ofwel exagamglogene autotemcel; Casgevy®) kan worden gebruikt voor bepaalde patiënten met sikkelcelziekte. Dit is een erfelijke ziekte van de rode bloedcellen, die door een afwijkend eiwit een sikkelvorm krijgen. Deze cellen klonteren samen en kunnen bloedvaten verstoppen. Dat kan veel pijn doen en leiden tot bloedarmoede, vermoeidheid, orgaanschade en infecties. Mensen met een ernstige vorm worden vaak niet ouder dan vijftig jaar.

Voor bepaalde mensen met een ernstige vorm van deze ziekte en voor wie geen stamcel donor beschikbaar is, heeft de eenmalige behandeling met exa-cel meerwaarde. Maar de huidige vraagprijs voor het middel is te hoog: ruim 1,9 miljoen euro per patiënt. Met een daling van minimaal 24 procent komen de kosten in balans met de gezondheidswinst voor patiënten. Het Zorginstituut heeft in zijn advies aan de minister van VWS dan ook gesteld dat het middel alleen uit het basispakket kan worden vergoed na verlaging van de vraagprijs. Hiervoor zal de minister prijsonderhandelingen moeten aangaan met de fabrikant.

Lymfeklierkankermedicijn alleen na succesvolle prijsonderhandeling in basispakket

Tot die conclusie kwam het Zorginstituut in zijn advies aan de minister van VWS: vergoed het medicijn glofitamab (Columvi®) alleen als de prijs door prijsonderhandelingen met de fabrikant met minimaal 28 procent omlaag gaat.

Glofitamab kan worden gebruikt voor bepaalde

patiënten met lymfeklierkanker, in combinatie met de medicijnen gemcitabine en oxaliplatine (GemOx). Het gaat om mensen met een diffuus grootcellig B-celmyeloom (DLBCL). Deze agressieve en meest voorkomende vorm van lymfeklierkanker wordt ook wel non-Hodgkinlymoom genoemd. Jaarlijks krijgen

ongeveer 1.700 mensen deze ziekte.

Glofitamab is bedoeld voor DLBCL-patiënten die niet in aanmerking komen voor stamceltransplantatie en bij wie de kanker na eerdere behandeling is teruggekomen, of bij wie eerdere behandeling niet heeft geholpen. Voor deze groep heeft het medicijn meerwaarde

en werkt het levensverlengend, zo oordeelden wij.

De kosten van een behandeling zijn gemiddeld 92 duizend euro per patiënt. Om deze kosten in balans te krijgen met de gezondheidswinst, adviseren wij dat de vraagprijs met minimaal 28 procent moet zakken.

Korte berichten

Zorginstituut verduidelijkt wet- en regelgeving reablement

Reablement is een manier van werken in de zorg die de eigen regie en zelfredzaamheid van mensen versterkt. Zo kunnen ouderen langer thuis blijven wonen, met een goede kwaliteit van bestaan.

Reablement kan bijvoorbeeld worden toegepast in de wijkverpleging, paramedische zorg en verpleeghuiszorg. Deze zorg wordt ook geboden in reablement-interventieprogramma's, die vaak een combinatie bieden van verpleging en verzorging, ergotherapie en fysio- of oefentherapie.

Reablement heeft een belangrijke plaats in het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO). Om reablement en reablement-interventieprogramma's structureel in te bedden in de praktijk, moet duidelijk zijn welke zorg vergoed kan worden uit het basispakket (Zvw) en de Wlz. In een recent rapport verduidelijkt

het Zorginstituut de wet- en regelgeving rond de vergoeding van reablement en reablement-interventieprogramma's. We geven daarin aan wat wel en wat niet verzekerde zorg is. Zo wordt al veel zorg die belangrijk is voor reablement, vergoed uit het basispakket of de Wlz. Uitzonderingen zijn er ook: ergotherapie en fysio- en oefentherapie worden alleen onder voorwaarden vergoed. En voor paramedische zorg, zorg door de specialist ouderengeneeskunde en zorg door de arts voor verstandelijk gehandicapten (VG) geldt het verplicht eigen risico. Het is aan de politiek en VWS of deze uitzonderingen blijven bestaan, of dat dit (deels) wordt aangepast. Dit valt dan ook buiten ons advies.

Zorginstituut en mboRijnland werken samen aan passende langdurige zorg

Sinds begin dit jaar werken we met mboRijnland samen om mbo-zorg-professionals veel meer te betrekken bij kennisontwikkeling, kennisdeling en toepassing in de praktijk. Het doel van de samenwerking is het versterken van de kennisinfrastructuur in de langdurige zorg. Deze kennisontwikkeling gebeurt nu nog vaak in universiteiten en hbo-onderzoeksinstituten, terwijl het merendeel van de zorgprofessionals mbo-opgeleid is. Daardoor komt kennis onvoldoende terecht in de zorgpraktijk. Andersom worden ervaringen uit de zorgpraktijk te weinig meegenomen in onderzoek en beleid. Met deze samenwerking raken deze bronnen van kennis meer met elkaar verbonden.

Binnen de samenwerking wordt een onderzoekswerkplaats ingericht, die

verbonden is aan het practoraat Praktische wijsheid in Welzijn & Zorg en maakt onderdeel uit van het Centrum voor Innovatief Vakmanschap (CIV) Welzijn en Zorg van mboRijnland. De onderzoekswerkplaats richt zich op het dichten van gaten in de huidige kennisinfrastructuur én op het verbinden, versterken en versnellen van het onderzoekend vermogen binnen het mbo.

De samenwerking moet leiden tot meer kennis over passende zorg en verbetering van de onderzoekvaardigheden in het mbo. Een andere belangrijke ambitie is dat het mbo en mbo-opgeleide zorgprofessionals worden gewaardeerd en erkend als een cruciale kracht voor de zorg, nu en in de toekomst.

Pakketagenda: passende zorg met prioriteit op gedeelde zorgagenda

Het Zorginstituut heeft samen met zorgprofessionals, patiëntenvertegenwoordigers en zorgverzekeraars een pakketagenda passende zorg 2026-2028 samengesteld. Hierop staan onderwerpen die passende zorg moeten gaan bevorderen en niet-passende zorg moeten tegengaan. Ook de uitvoering van de pakketagenda gaat in samenwerking. De pakketagenda is een afspraak uit het Integraal Zorgakkoord (IZA).

Voor de periode 2026 tot 2028 hebben de zorgpartijen prioriteit gegeven aan vijf onderwerpen uit een lijst van 120. De onderwerpen zijn voorgedragen vanwege hun grote maatschappelijke impact. Daarbij is gekeken naar ziektebelasting, personeelsinzet, kosten, gezondheidswinst en onnodige verschillen in zorg en milieu. De volgende vijf onderwerpen staan nu met prioriteit op de pakketagenda:

- Groepsbehandeling in de ggz.
- Voorzorg mentale gezondheid.
- Inzet (digitale) hulpmiddelen en zorgtechnologie.
- Proactieve zorg in de tweede lijn.
- Periodieke herbeoordeling dure medicijnen.



Lees meer over deze onderwerpen via deze QR-code.

Nieuwe serie:

Werken aan de zorgtransitie

Met de ondertekening van het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA) wordt de zorgtransformatie richting passende zorg doorgezet. Doel: meer preventie en meer (regionale) samenwerking met het sociaal domein. Het Zorginstituut ondersteunt deze transformatieve beweging en brengt deze verder door kennis te delen. Dat doen we onder meer in deze nieuwe serie, waarin we voorbeelden laten zien van hoe aan de zorgtransformatie wordt gewerkt.

Tekst Frank van Wijck

De samenleving verandert, en daarmee veranderen ook de uitdagingen voor de zorg. Het aantal ouderen neemt fors toe en door technische ontwikkelingen zijn er steeds meer behandelmogelijkheden. En het aantal werkenden in de zorg neemt af. Hoewel Nederland een rijk en welvarend land is, zien we dat dit niet voor iedereen gelijk uitpakt. Welvarende mensen met een hoge opleiding leven 24 jaar langer in goede gezondheid dan mensen met een laag inkomen en/of een beperkte bestaanszekerheid. De maatschappelijke opgave om de zorg van goede kwaliteit, toegankelijk en betaalbaar te houden, is dan ook groot. Om te waarborgen dat ook in de toekomst zorg en ondersteuning voor iedereen beschikbaar blijven, is een transformatie naar toekomstbestendige gezondheidszorg nodig.

Groeiend besef

Door het hele land zien we dat organisaties antwoorden vinden op deze maatschappelijke ontwikkelingen. Zorg verplaatst zich van ziekenhuizen naar zorg thuis of in de wijk. Herstelcentra door en voor lotgenoten nemen zorg uit handen van zorgprofessionals. En inwoners slaan de handen ineen om naar elkaar om te zien.

Het besef groeit dat gezondheid meer is dan de afwezigheid van ziekte en dat medische oplossingen niet altijd het beste antwoord

zijn op hulpvragen die mensen hebben. Zorgprofessionals ervaren dat ze met samenwerking over de lijnen en domeinen heen eerder tot passende zorg komen. Maar we zien ook dat initiatieven vastlopen door de wijze waarop we de zorg en ondersteuning hebben georganiseerd.

Ondersteuning bieden

Het Zorginstituut wil de transformatieve beweging naar passende zorg ondersteunen en verder brengen. Dit doen we door te leren van en samen te werken met lokale en regionale initiatieven die zich richten op deze transitie en waar mensen de zorg en ondersteuning vanuit nieuwe perspectieven zijn gaan vormgeven en organiseren. Daarbij onderzoeken we ook wat dit betekent voor ons eigen werk. Dat is belangrijk, want transformatie vraagt ook wat van ons en andere overheidspartijen. Soms staan regels en voorschriften verandering en samenwerking in de weg. Ook moeten we soms voorbij ons vertrouwde terrein van de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg durven kijken en denken. We willen weten of en hoe initiatieven in hun ontwikkeling worden gehinderd. En hoe wij ons beleid kunnen aanpassen, zodat deze initiatieven hun ontwikkeling kunnen doorzetten.

Kennis delen

Tegelijkertijd willen we de kennis die wij hiermee opdoen ook delen. Want daarmee kunnen we de transformatie helpen op te schalen. Daarom starten we in dit magazine de serie 'Werken aan de zorgtransitie'. In de komende edities tonen we een aantal voorbeelden van hoe aan zorgtransitie wordt gewerkt. Hiermee maken we inzichtelijk hoe de transformatie naar passende zorg werkt en helpen we die verder. Op de volgende pagina trappen we af met de 'Vliegende brigade'. |



Van incident naar instituut:

Hoe de ‘vliegende brigade’ systeemfouten in de zorg blootlegt

Op basis van het Integraal Zorgakkoord (IZA) zijn initiatieven ontstaan om de zorgtransformatie te realiseren. Doel hiervan is zorg en ondersteuning een vast onderdeel te maken van ons dagelijks leven en zo de formele zorg te ontlasten. In deze serie zetten we steeds één initiatief in de schijnwerpers en laten we zien hoe deze bijdraagt aan de zorgtransitie. De eerste is de ‘vliegende brigade’, bedoeld om vastgelopen transformatieplannen weer op gang te brengen.

Tekst Frank van Wijck

Beeld De Beeldredactie | Joost Hoving

“Veel regio’s en netwerken spannen zich in voor de transformatie van ziekte naar gezondheid”, zegt Nimue Smit, adviseur verandkunde & transitie bij het Zorginstituut. “Maar sommige transformatieplannen die daaraan waardevol bijdragen dreigden niet door de beoordelingstoets van het IZA te komen. Dat mag niet betekenen dat we straks tijd en geld hebben besteed aan goede plannen die toch niet tot de noodzakelijke verandering hebben geleid. Daarvoor zijn de uitdagingen van de zorg te groot.” Om dit te voorkomen, is de vliegende brigade opgezet. Die bestaat onder meer uit mensen van het Zorginstituut, de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd, de

Nederlandse Zorgautoriteit, de Vereniging Nederlands Gemeenten en de zorgverzekeraars VGZ en CZ. “De oplossing ligt vaak ergens tussen partijen in”, zegt Smit. “Bijvoorbeeld: als wij niet in beweging komen op de aanspraak, kan de NZa niet in beweging komen op de betaling. Daarom zet de vliegende brigade het vraagstuk centraal, brengt het ‘systeem’ aan tafel en kijkt wat van alle partijen nodig is om een vastgelopen initiatief weer in beweging te krijgen.”

De Raaf: "De wil is er in de regio vaak wel, maar we stuiten op de harde grenzen van onze eigen institutionele inrichting"

Meekijken

Vanuit het ministerie van VWS is Aiko de Raaf betrokken bij deze vliegende brigade. Als kwartiermaker IZA keek hij anderhalf jaar overal in het land mee bij de uitvoering van regioplannen. “Ik zie dat de wil in de regio er vaak wel is, maar dat we stuiten op de harde grenzen van onze eigen institutionele inrichting. We hebben de zorg decennialang sectoraal georganiseerd en gefinancierd als een herstelsysteem. De transitie naar de ‘voorkant’ – preventie en welzijn – is geen kwestie van een andere mindset, maar van een frontale botsing met budgettaire schotten en wettelijke kaders (Zvw, Wmo, Wlz) die niet op elkaar aansluiten. Mijn taak is die frictie op de tafel van de vliegende brigade te leggen. Dat speelt zeker als in transformatieplannen ook het sociaal domein aanschuift, want dan gaat het dus niet meer alleen over

de zorgwetten.” Alle partijen van de vliegende brigade zijn dan nodig, zegt hij. “Als je brede samenwerking tot stand wil brengen, moet je het ook samen oppakken.”

Samen tot oplossingen komen

De vliegende brigade schoof al bij zo’n 25 partijen met transformatieplannen aan. De Raaf: “Samen kijken we of er systeembelemmeringen zijn om transformaties te laten slagen. En zo ja, om te bepalen wie we in stelling moeten brengen om ze te adresseren. Neem bijvoorbeeld een transformatieplan waarin zorg, welzijn en wonen in onderlinge samenhang een rol spelen. De gedachte is dan: wonen is geen zorg, daarvoor zijn gemeenten en woningcorporaties verantwoordelijk. Maar het wordt een ander verhaal als het plan is om te komen tot woon/zorgzones die erop gericht zijn dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen, en waar wijkverpleegkundigen zorgen voor minder verwijzingen naar de tweede lijn. Dan past het wel in de IZA-plannen. Die bieden immers de mogelijkheid om in fysieke ruimten te investeren als daarmee de zorg ontlast wordt. Dan kunnen dingen dus wél. En dat zie je door alle perspectieven bij elkaar te brengen.”

Het wordt dan mogelijk een IZA-plan met een duidelijk goede businesscase verder te brengen, waarbij geen wetten en regels de uitvoering belemmeren, meent De Raaf. “De vliegende brigade toetst of we te maken hebben met ‘ervaren’ belemmeringen of ‘feitelijke’ systeemfouten. De discussie over wonen en zorg bijvoorbeeld is een juridische en financiële werkelijkheid. Als een initiatief vastloopt omdat de winst van een investering die in de Zvw is gedaan, in de Wlz valt, lossen we dat nu incidenteel op. Maar de echte



werken aan de zorgtransitie



Aiko de Raaf
en Nimue Smit.

Smit: “Partijen voelen zich door de vliegende brigade gesteund in de gewenste beweging”

opdracht is om deze signalen terug te vertalen naar de tekentafels in Den Haag. De vliegende brigade is daarmee de thermometer die aangeeft waar het systeem koorts heeft.”

Leerzaam voor alle partijen

De Raaf: “Ik zie mezelf in deze brigade niet zozeer als een ‘verbindingsofficier’, maar meer als een katalysator voor institutionele verandering. Eerst moeten we verantwoordelijkheid nemen voor de onuitvoerbaarheid van regels. Voor de overheid betekent deze transformatie dat we de eigen ‘hokjesgeest’ moeten afbreken. Dat schuurt: het vraagt van ons dat we de bedoeling van het IZA belangrijker maken dan het bewaken van onze eigen deelbudgetten. Je ziet waarin je geen expert bent en dus welke partijen je aan tafel moet brengen om het doel van het IZA-plan

te realiseren. Daarmee is het voor ons als overheidspartijen ook een transformatie. We zeggen nu: de bedoeling van die IZA-plannen is belangrijker dan hoe wij tot nu ieder ons werk deden. Hoe wij als partijen moeten handelen, verandert dan ook.” Die partijen willen er dus ook zelf van leren, stelt De Raaf. “We willen als vliegende brigade de bestaande organisaties laten samenwerken.” Dat wordt gewaardeerd, merkt Smit uit reacties: “Partijen voelen zich gesteund in de gewenste beweging. Dat beperkt zich niet meer tot de partijen die zijn gefinancierd met middelen uit het IZA. In twee regio’s – de Achterhoek en Zuid-Limburg – helpen we ook al partijen voor wie dit niet geldt (zie ook het kader rechts – red.). Samen onderzoeken we hoe ook zij verder kunnen komen.” |

VLIEGENDE BRIGADE BIJ DELTAPLAN MAASTRICHT-HEUVELLAND

Deltaplan Maastricht-Heuveland gaat over zorg, welzijn en wonen. Wooncomplexen of gebieden waar veel senioren wonen moeten toegankelijker, veiliger en socialer worden, zodat mensen langer thuis kunnen blijven wonen en elkaar kunnen ondersteunen. Roger Ruijters, bestuursvoorzitter Envida: “Dat bleek niet IZA-proof, want het richtte zich op zorg voorkómen in plaats van efficiënter maken. De winst daarvan landt dus niet alleen bij de Zvw, maar ook bij de Wlz en Wmo.”

Wiro Gruisen, manager regio-regie bij CZ: “Als zorgverzekeraar staan we achter het grotere belang, maar voelen ons beknot door de regels. De vliegende brigade bood de betrokken partijen beter inzicht in de beoordelingsruimte binnen het IZA-kader. Daarmee kon het plan in grote lijnen doorgaan. De regels zijn wat opgerekt, maar niet losgelaten.” Vanuit de Zvw mogen zorgverzekeraars geen geld besteden aan het zorgvriendelijker maken van bestaand vastgoed. Die taak hoort bij gemeenten en woningcorporaties, maar die hebben daarvoor geld nodig. Ruijters: “Gelukkig stelt het IZA via een speciale regeling ook transformatiemiddelen beschikbaar aan gemeenten om knelpunten in de infrastructuur op te lossen en gemeenschappelijke ruimten zorgvriendelijker te maken.” De tussenoplossing was dat de zorgverzekeraars de gemeenten betalen, zodat de gemeenten als financier kunnen optreden voor de vergoeding van de plannen op woongebied. “Dit is gelukt omdat de vliegende brigade en alle betrokken partijen samen voor het hogere doel gingen en vanuit oplossingen dachten.”

10

vragen aan

Angela Maas

Tekst Edith Bijl

Beeld De Beeldredactie | Marco Vellinga

1 Wat is uw eerste ervaring met de gezondheidszorg?

“Mijn vader was huisarts met een praktijk aan huis in Utrecht. Van jongs af aan spraken we thuis over patiënten en de hele dag gingen de bel en de telefoon. We kregen het dus met de paplepel ingegoten, al koos ik als enige van de vijf kinderen voor de zorg.”

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

“Ik had geen plan B: geneeskunde was altijd mijn enige doel. Toen ik tijdens mijn coschappen ging nadenken waarin ik me wilde specialiseren, kwam ik uit op de cardiologie. Daarvoor moet je daadkrachtig zijn, snel kunnen handelen. Dat paste mij wel. Maar eenmaal werkzaam als cardioloog merkte ik dat de cultuur binnen dit vakgebied mij veel minder paste. Die was niet altijd even patiëntvriendelijk en zeker ook niet vrouwvriendelijk. Tijdens mijn specialisatie in de jaren tachtig vonden cardiologen vrouwen maar raar en maakten ze daar grappen over – en dan lachte ik gewoon mee. Tot tien jaar later een vrouwelijke patiënt echt boos werd op de manier waarop ik haar benaderde. Daar schrok ik enorm van. Daarop besloot ik me te verdiepen in de man-vrouwverschillen. Sindsdien zet ik me in voor meer erkenning en bewustwording van die verschillen,

PERSONALIA

Angela Maas studeerde geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen en specialiseerde zich in de cardiologie in het Sint Antonius Ziekenhuis. Daarna werkte zij onder meer in Isala Zwolle en het Radboudumc. Maas is voorvechter van het vrouwvriendelijker maken van de cardiologie en meer gendersensitief werken in de cardiologische zorg. In 2006 promoveerde ze op onderzoek naar kalkafzettingen in de bloedvaten op mammogrammen. In 2012 werd zij hoogleraar cardiologie voor vrouwen aan het Radboudumc. Zij publiceerde in 2019 het boek *Hart voor vrouwen*, waarin zij specifieke hartklachten van vrouwen belicht. In 2024 schreef zij samen met journaliste Els Quaegebeur het boek *De Gezondheidskloof. Waarom vrouwen nog steeds op achterstand staan*. Hierin staat de noodzaak tot cultuurverandering in de zorg centraal.



“Laten we eens wat meer lef tonen in de gezondheidszorg. Meer lef is de brug naar goede en zinvolle innovatie. We zitten te veel vast in de kaders. Dat past niet meer bij de ontwikkelingen in de samenleving. Met creativiteit, lef en nieuw beleid kunnen we de zorg anders inrichten”

binnen de cardiologie maar ook bij andere vakgebieden. Dat blijft actueel: anno nu vinden artsen vrouwen nog steeds lastig. Daarom lopen vrouwen helaas nog altijd te lang rond met klachten die al veel eerder gediagnosticeerd hadden moeten worden. Zeker bij bijvoorbeeld endometriose en menstruatiepijn gebeurt dat nog te vaak.”

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

“Dan zou ik vaart zetten achter het differentiëren van zorgtaken, zodat niet elk ziekenhuis standaard alle zorg aanbiedt, maar zich specialiseert. Dat geldt ook voor kleinere ziekenhuizen: die hoeven niet dicht, maar kunnen zich richten op enkele vakgebieden. Patiënten moeten dan soms verder reizen, maar zijn daartoe best bereid als elders de zorg beter is. Voorwaarde is wel dat ziekenhuizen veel meer moeten samenwerken. Met elkaar, maar ook met zbc's (zelfstandige behandelcentra). Ook moet de financiering worden aangepast; die remt nu nog alle innovatie. Verzekeraars kunnen hierin ook een grotere rol spelen.”

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

“De ‘zweefmolengeneeskunde’; zorg waarvoor geen bewijs is. Dit soort onzinzorg verhoogt de zorgpremie. Ik vind dus dat mensen die zorg zelf maar moeten betalen als ze die willen. Daarin mogen we best wat kritischer zijn, bij voorkeur samen met de zorgverzekeraars.”

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

“Anticonceptie moet – laten we zeggen – tot het veertigste levensjaar worden vergoed. Daarmee kunnen we het aantal abortussen verminderen. Vanzelfsprekend moet abortus wel toegankelijk blijven.”

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

“Ik modder door en denk: ik zie wel hoe het loopt. Dat zei mijn vader ook altijd. Maar ik kan daarin ook doorslaan. Zo heb ik wel eens met griep spreekuur gehouden. De vraag is natuurlijk of dat wel zo verantwoord was.”

7 Wat is uw favoriete zorgwoord?

“Ik heb vooral een hekel aan veel zorgwoorden. Maar als ik een favoriet moet noemen, kies ik voor ‘samenwerken’. Of beter: multidisciplinair samenwerken, dus over de vakgebieden heen én met de eerste lijn. Pas dan kun je de levensloop van de patiënt beter begrijpen en daarmee de patiënt betere zorg geven. Ik heb zelf veel samengewerkt met gynaecologen en heb zoveel dingen van hen geleerd, die ik ook kon toepassen op mijn eigen vakgebied.”

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

“Naast mijn partner, gezellig! En niemand anders, want als je in het ziekenhuis ligt, is er echt iets aan de hand en wil je het liefst enige huiselijkheid terugvinden.”

9 Wat vindt u de belangrijkste voorwaarde voor goede zorg?

“Dat we goed kijken naar de mens in zijn of haar context. Wat is het voor iemand? Hoe leeft of woont iemand? Zeker in de ziekenhuissprekkamers is dat nog een onderbelicht onderwerp. Patiënten zijn geen eenheidsworst; iedere patiënt is anders en vereist daarom een andere manier van omgang. Hun leefomgeving, woonsituatie en financiële omstandigheden zijn heel relevant als het gaat om hun klachten. Daarin moeten we ook veel meer samenwerken met bijvoorbeeld de gemeenten.”

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

“Ik denk dat ‘samen beslissen’ dan steeds meer de norm is en de inbreng vanuit de patiënt dus een stuk groter is. Ik verwacht ook dat de zorgtaken dan meer gedifferentieerd zijn, er meer mobiliteit onder personeel is, we meer samenwerken en dat er minder concurrentie is. Daarvoor is het wel belangrijk dat de zorg over vijf jaar meer creativiteit toont en het lef heeft om *out-of-the-box* te denken. Die durf mis ik nu nog in de zorg. Laten we dat eens wat meer tonen. Meer lef is de brug naar goede en zinvolle innovatie. We zitten nog te veel vast in de kaders. Dat past niet meer bij de huidige ontwikkelingen in de samenleving. Met creativiteit, lef en nieuw beleid kunnen we de zorg anders inrichten. Dat is nodig, want op de oude voet verdergaan is geen optie.” |

Project 'Omdenkers mentale gezondheid' deelt goede praktijkvoorbeelden:

Vijf keer omdenken naar passende zorg in ggz

Het realiseren van passende zorg voor mensen met psychische problemen vereist een nieuwe aanpak binnen de ggz en het sociale domein. Sommige partijen brengen dit 'omdenken' al in de praktijk door mentale gezondheid en welzijn anders te organiseren. Het Zorginstituut publiceerde vijf factsheets van goede praktijkvoorbeelden die écht werken, bedoeld ter inspiratie voor andere partijen.

Tekst Edith Bijl

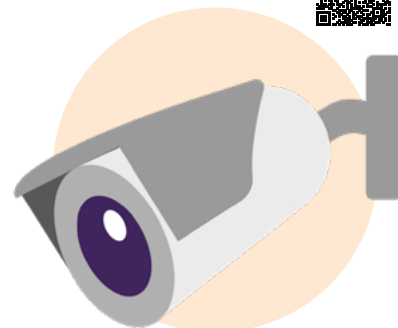
Beeld Zorginstituut

Factsheet Omdenker 'Centralisatie Nachtzorg'

Verbeterde nachtzorg door inzet domotica en centralisatie

Door personeelstekorten en eisen aan instellingen kunnen geïntegreerde ggz-instellingen steeds moeilijker voldoende zorgpersoneel voor de nacht organiseren. Bij GGzE maken ze gebruik van domotica (huisautomatisering) om de nachtzorg te centraliseren. Slaapkamers van cliënten zijn voorzien van domotica-apparatuur, bijvoorbeeld een camera, intercom, deurstandsignalering of schreeuwalarm. Via de intercom kan de cliënt contact krijgen met een zorgverlener. Zij krijgen zo sneller hulp, hun hulpvraag is sneller in beeld en wordt ondersteund.

Door deze 'omdenker' is er 40 procent minder personeel nodig tijdens nachtdiensten.



Factsheet Omdenker 'De Groene GGZ'

Natuur als werkzame kracht in de zorg

De Groene GGZ ziet de natuur en het groen als structurele bronnen van herstel, vitaliteit en verbondenheid. Voor de zorg voor mensen met mentale problemen gaat de Groene GGZ dan ook de natuur in. Dit is een nieuwe benadering van mentale gezondheid. Behandeling en begeleiding zijn niet alleen binnen, maar juist ook buiten in het groen.

Deze benadering levert positieve uitkomsten op. Er zijn bijvoorbeeld aanwijzingen dat zorg in het groen leidt tot kortere opnames en minder medicatiegebruik. Cliënten krijgen meer zelfvertrouwen, voelen zich vitaler en meer ontspannen en herstellen steller. Groene zorg, zoals werken in de tuin, helpt mensen meer regie te krijgen op hun eigen leven. Ook de medewerkers ervaren meer energie en werkplezier.



Factsheet Omdenker 'Het Bouwdepot'

Voor jongeren in een kwetsbare positie

Jongeren in een kwetsbare positie komen vaak uit de jeugdzorg, jeugddetentie, zijn dak- of thuisloos of dreigen dit te worden. Zij zitten in de schulden of missen een sociaal of financieel vangnet. Met een 'bouwdepot' leren zij een toekomst op te bouwen. Het depot bestaat uit een jaar lang 'leef- en leergeld' van 1.150 euro per maand. Dit stabiele maandelijkse inkomen zorgt voor financiële rust en de mogelijkheid om zelf aan persoonlijke doelen te werken die ze vastleggen in een 'bouwplan'. Het helpt om weer zelfvertrouwen én regie over hun leven te krijgen.

De aanpak heeft op korte en lange termijn een gunstige impact: deze leidt tot vermindering van financiële stress, verbeterde mentale gezondheid, meer zelfvertrouwen en grotere zelfstandigheid. Uit de praktijk blijkt dat deze aanpak goed werkt voor jongeren van 18 tot 23 jaar.



Factsheet Omdenker 'Voorzorg'

Vroegtijdige hulp en steun voor mensen op ggz-wachlijsten



Mensen die op een wachtlijst staan voor specialistische geestelijke gezondheidszorg krijgen in dit project tijdens de wachttijd hulp van ervaringsdeskundigen, met ondersteuning van andere ggz-professionals en het sociale domein. Deze hulp bestaat uit individuele en groepsgewijze ondersteuning en draagt bij aan een zinvolle besteding van de wachttijd tot aan de behandeling. Het gaat om oplossingen die het mentaal welzijn beïnvloeden, zonder dat er al wordt behandeld. Zo gaat voor deelnemers geen tijd verloren. De ggz-behandeling daarna wordt dan effectiever ingezet, omdat de patiënt in een betere conditie aan de behandeling begint.

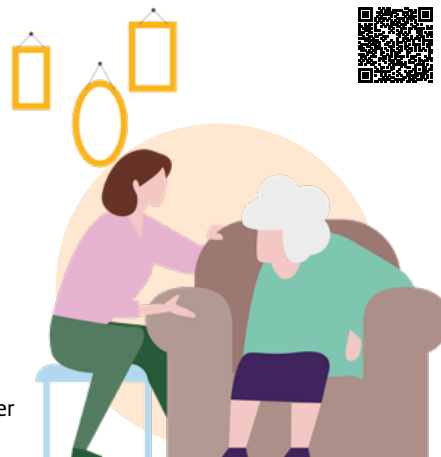
Gebleken is dat deelnemers dankzij deze aanpak minder stress ervaren. Een eventuele crisis wordt op deze manier domeinoverstijgend afgewend.

Factsheet Omdenker 'Welzijn op Recept'

Inzet van een welzijnscoach

Huisartsen en andere eerstelijnszorgverleners zien regelmatig (oudere) mensen met psychosociale klachten, waarvoor de oorzaken en oplossingen vaak buiten het medische domein liggen. 'Welzijn op Recept' is een landelijke werkwijze die eerstelijnszorg en het sociale domein samenbrengt. Zo ontvangen mensen met psychosociale klachten snel de juiste zorg en ondersteuning.

Bij deze vorm van integrale zorg staat het leven van de patiënt centraal. De huisarts beslist samen met de patiënt om een welzijnscoach in te zetten. Die bespreekt de wensen en behoeften van de patiënt en leidt hem of haar naar de juiste ondersteuning toe. Deze aanpak werkt: patiënten die een welzijnsrecept hebben ontvangen, ervaren onder meer een betere gezondheid en hebben meer zelfvertrouwen.



Publieksmonitor VWS 2025:

Wat vinden Nederlanders van de zorg?

Hoe kijken Nederlanders anno 2025 aan tegen de gezondheidszorg? Onderzoeksbureau Ipsos I&O vroeg dit aan bijna vijftienhonderd Nederlanders, in opdracht van het ministerie van VWS. De belangrijkste bevindingen van deze *Publieksmonitor VWS 2025*: bijna 80 procent van de Nederlanders is tevreden over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de zorg. Punt van zorg is de betaalbaarheid.

Tekst Edith Bijl

Net als in de enquêtes uit 2021 en 2023 kregen de deelnemers vragen over zes vaste thema's: de basiszorg, werken in de zorg, ouderenzorg, gezonde leefstijl, jeugdzorg en leven met een beperking. In 2025 kwam daar het thema mantelzorg bij. Hier volgen de belangrijkste bevindingen per thema.

Basiszorg

Vier op de vijf deelnemers zijn tevreden over de beschikbaarheid van de basiszorg, verleend door onder meer de huisarts en tandarts. 75 procent is tevreden over de bereikbaarheid van de ziekenhuiszorg. Zorgen zijn er ook, bijvoorbeeld over personeelstekorten, patiëntenstops en lange wachtlijsten. Door stijgende premies, het eigen risico en de tandartskosten maakt een derde zich zorgen over de betaalbaarheid van de zorg, vooral voor mensen met een laag inkomen. Ongeveer driekwart van de ondervraagden vindt dat basiszorg voor iedereen beschikbaar en betaalbaar moet zijn. Ruim een kwart is voorstander van een ruimer basispakket.

Werken in de zorg

Net als in voorgaande jaren vinden mensen dat het thema 'werken in de zorg' de meeste aandacht moet krijgen van VWS. Meer dan vroeger noemen ze nu het te grote personeelstekort als reden (61 procent). De helft noemt als reden de toename van de zorgvraag.

Ouderenzorg

Ook bij de ouderenzorg groeien de zorgen over de toenemende zorgvraag, het te grote personeelstekort en de vergrijzing. Daarom vindt 37 procent dat ouderenzorg 'zeer veel aandacht' van VWS verdient.

Gezonde leefstijl

Steeds meer Nederlanders vinden dat er 'zeer veel aandacht' moet komen voor gezonde

leefstijl: van 23 procent in 2023 naar 34 procent in 2025. Ruim driekwart denkt dat een gezonde leefstijl leidt tot minder zorgkosten.

Jeugdzorg

Een derde van de Nederlanders vindt dat de jeugdzorg meer aandacht moet krijgen. Het belangrijkste vinden zij de aanpak van te lange wachtlijsten, een veilig thuis voor kinderen en goede kwaliteit van de jeugdzorg. Deze punten worden vaker genoemd dan in voorgaande jaren.

Leven met een beperking

De helft van de deelnemers vindt dat mensen met een beperking beter moeten kunnen meedoen in de samenleving. Bijna een derde vindt dat de zorg voor deze groep mensen complex is. Ruim een kwart vindt dat hulpmiddelen vergoed moeten worden. Deze redenen worden vaker genoemd dan in de eerdere enquêtes.

Mantelzorg

Ruim de helft van de Nederlanders wil een thuiswonende naaste structureel helpen met administratie, sociale steun en praktische hulp. 29 procent is bereid te helpen bij persoonlijke verzorging. Die bereidheid daalt als een naaste in een zorginstelling woont (resp. 22 en 18 procent).

Meer aandacht voor preventie en gezond leven

In een open vraag gaf 22 procent spontaan aan dat VWS meer aandacht moet hebben voor preventie en het stimuleren van een gezonde leefstijl. 18 procent noemde de betaalbaarheid van de zorg. |



Meer weten? Scan voor het volledige rapport de QR-code hiernaast.

Over gewicht

Matthijs Versteegh



Eigenlijk snap ik het gewoon niet, die discussie over afslankmiddelen. Er zijn goede redenen om de behandeling niet op te nemen in het basispakket, maar daardoor krijgen veel te weinig mensen het. Wat mij betreft moet afslankmedicatie veel toegankelijker zijn, maar dan moet de overgrote meerderheid er natuurlijk gewoon zelf voor betalen.

Semaglutide vermindert het hongergevoel en wordt niet vergoed bij overgewicht. Daartoe waren er veel argumenten, maar één spande de kroon: de budgetimpact. Niet onterecht, met een theoretisch maximum van 10 miljard euro per jaar, als iedereen met een BMI hoger dan 27 en een comorbiditeit het vergoed zou krijgen.

Wil iedereen het dan hebben? Dat is onbekend. Wel opvallend: we leven in een samenleving die, terecht, hard haar best deed om positief te staan ten opzichte van allerlei verschillende lijven - dik of dun, groot of klein - om er vervolgens achter te komen dat de wens om af te vallen enorm is. Zelfacceptatie en willen afvallen blijken geen vijanden van elkaar.

Een voorgevulde pen semaglutide kost ongeveer 250 euro per maand. Daarmee kun je iedere week een prik zetten. Veel? Zeker. Maar je geeft minder uit aan andere zaken: er is bewijs voor een daling in alcoholgebruik, minder sigaretten per dag, en minder kosten aan eten. Voor sommige gebruikers zullen de netto kosten dus aanzienlijk lager uitvallen. Of het 'te duur' is, is dus een vraag voor de

individuele koper. Leidt het tot een vergroting van ongelijkheid in gezondheidsuitkomsten? Mogelijk; niet iedereen kan dit betalen. Maar dat geldt ook voor de tandarts, het sportschoolabonnement en gezond eten. Allemaal niet vergoed uit de basisverzekering maar wel toegankelijk voor wie wil.

Er is ook weerstand tegen het opnemen van deze middelen in de basisverzekering omdat het overgewicht *medicaliseert* en tot een ziekte maakt waar iets aan gedaan moet worden. Maar dat is al lang het geval: de gecombineerde leefstijlinterventie zit al in het pakket voor mensen met een BMI hoger dan 25 en een te grote buikomvang. Niks nieuws dus. En de langetermijneffecten dan, die kennen we toch niet? Nee, maar de langetermijneffecten van overgewicht kennen we wél!

De verwarring gaat er volgens mij vooral om of dit product een keuze van de koper of een medische behandeling is. Omdat het een medicijn is valt het terecht onder de medische wetgeving en moet het verstrekt worden door iemand met verstand van zaken. Je wil geen tieners met een ongezonde afslankwens 'behandelen'. Maar de meeste mensen die het willen zijn niet ernstig ziek. Ze voelen zich gewoon te dik en willen gezonder en dunner worden. Dat is een heel goed idee en dat moeten we zo makkelijk mogelijk maken. Wel zelf betalen natuurlijk.

“Niet iedereen kan afslankmiddelen betalen. Maar dat geldt ook voor de tandarts, het sportschoolabonnement en gezond eten”

Feiten & Cijfers

77%

van de Nederlanders is bereid mee te betalen aan de zorg van anderen. Die solidariteit is licht gestegen ten opzichte van 2013 (73%).

BRON: NIVEL

11.529 kankerdiagnoses kunnen tot 2050 worden voorkomen als Nederlanders de komende jaren **2 glazen alcohol** per week minder drinken.

BRON: INTEGRAAL KANKERCENTRUM NEDERLAND (IKNL)



135.000 leerlingen gaan in Nederland naar school zonder goede bril. Dat gaat om 1 op de 3 armere kinderen; zij hebben vanwege de kosten geen of een verkeerde bril.

BRON: JEUGDEDUCATIEFONDS

De eerstelijns fysiotherapie groeide tussen 2019 en 2024 met **56%**. In de periode 2021-2024 steeg ook het aantal behandeltrajecten (19%) en consulten (15%) per fysiotherapeut.

BRON: NIVEL ZORGREGISTRATIES EERSTE LIJN

Afschaffing van de verplichte dubbele medicatiecontrole leverde vvt-organisatie Aafje **12.424 uur aan tijdsbesparing** in 2025 op. Dit leidde niet tot meer fouten. Het aantal dubbele controles daalde met 90% en leverde een tijdswinst op van 25 minuten per dienst.

BRON: AAFJE



44.000 kinderen kregen in 2025 een convectiekroon geplaatst, bedoeld ter behandeling van cariës in het melkgebit. Met deze 'kinderkroon' is boren of anesthesie niet nodig. Het aantal geplaatste kinderkronen neemt toe: in 2023 waren dat er nog 33.000.

BRON: ZORGINSTITUUT

Ruim 200.000 mensen met diabetes maakten in 2025 gebruik van preventieve voetzorg vanuit de basisverzekering. Dit is ongeveer een derde meer dan in 2024; toen waren dat er 154.000. De kosten stegen in dat jaar met ongeveer € 20 miljoen naar € 80 miljoen in 2025.

BRON: ZORGINSTITUUT

Bijna 26.500 patiënten

komen jaarlijks op de spoedeisende hulp terecht vanwege klachten veroorzaakt door roken of vaperen. Van de patiënten op de SEH gaf 21% aan een nicotine-product te gebruiken.

BRON: EPA

€ 61.800.000

bedraagt de kostenstijging door een toenemend gebruik van obesitas-medicijnen en Gecombineerde Leefstijlinterventies (GLI). De stijging bedroeg in de periode 2021-2024:

- 341% voor obesitasmedicijnen: van € 9,3 naar € 31,8 miljoen.
- 430% voor de GLI: van € 11,9 naar € 51,2 miljoen.

BRON: ZORGINSTITUUT

24 weken

wachtten patiënten *gemiddeld* op een behandeling in de ggz in 2025. De wachttijd voor een aanmeldgesprek is gemiddeld 15 weken. Mensen met een persoonlijkheids- of eetstoornis wachtten het langst: gemiddeld 18 weken (specialistische ggz). Daarna duurde het nog 3 maanden voordat de behandeling kon beginnen. Psychotische stoornissen werden het snelst behandeld: gemiddeld na zo'n 4 maanden.

BRON: NZA



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

De stelling van Richard Hoofs

“Zingeving is de basis van een gezond en gelukkig leven”

Voor huisarts en holistisch coach Richard Hoofs is zingeving een onmisbare pijler van gezondheid. Hij stelt dat veel lichamelijke en psychische klachten voortkomen uit een gebrek aan zingeving, ook bij mensen met een verder gezonde leefstijl. Door in de spreekkamer aandacht te hebben voor levensdoel, bezieling en menselijk contact kunnen klachten worden voorkomen. Mensen die zingeving ervaren worden niet alleen ouder, maar ook gezonder oud. “Je moet iets hebben om voor te leven.”

Tekst Robert van der Broek


Beeld Rogier Chang

“Huisartsen meten bloeddruk, cholesterol en BMI, maar stellen niet de vraag: waarvoor leeft u eigenlijk? Wat maakt u gelukkig, wat drijft u? Een gemiste kans, als je het mij vraagt. Gezondheid wordt voor 40 procent bepaald door leefstijl en slechts voor 11 procent door medische zorg. Heel vaak zijn medische klachten het gevolg van een negatief leefstijlpatroon, zoals ongezond eten, weinig slaap, veel stress en nauwelijks beweging. Maar er is nog een vijfde leefstijlfactor: zingeving. Het ontbreken van zingeving kan je gezondheid ondermijnen, ook als je er verder een gezonde leefstijl op nahoudt. Als je niet weet waarvoor je 's morgens graag opstaat, word je vroeg of laat patiënt. Je moet iets hebben om voor te leven. Zingeving is een vergeten pijler van gezondheid.”

Helende werking

“Onderzoek heeft aangetoond dat mensen met een duidelijk levensdoel een lager risico hebben op hart- en vaatziekten. Ze leven gemiddeld genomen ook langer. Een gevoel van betekenis vermindert cognitieve achteruitgang en het risico op Alzheimer. Het gaat samen met lagere ontstekingswaarden en zelfs met gunstige genexpressie. Zingeving is dus een meetbare en levensverlengende leefstijlfactor. Mensen worden er niet alleen ouder door, maar ook gezonder oud. Dat is keiharde wetenschap¹. Helaas voelen de meeste artsen zich onbekwaam als het gaat om zingevingsvraagstukken. Ze denken dat het voeren van zo'n gesprek ingewikkeld is, zwaar of beladen. Dat is niet zo. Het kan juist licht van toon zijn. Als je nieuwsgierig bent naar de ander, heb je het begin al gemaakt. Belangstelling werkt op zichzelf al helend. Ik merk dat mensen heel graag praten over zingeving, over wat voor hen van belang is en over bezieling. Patiënten hebben meer belangstelling voor deze zaken dan de meeste artsen. Dit wordt de *religiosity gap* genoemd. De behoefte aan spiritualiteit wordt niet voldoende herkend.” ➤

¹. Hill & Turiano, *Psychological Science*, 2014 Boyle et al., *Archives of General Psychiatry*, 2010 Fredrickson et al., *PNAS*, 2013

A man with dark hair, wearing a dark navy blue double-breasted coat over a light green button-down shirt, blue jeans, and brown leather boots, is walking on a city sidewalk. He is carrying a black bag in his right hand. The background is a blurred city street with buildings and cars.

“Zingeving is preventief, kosten-reducerend en versterkt alle andere leefstijlfactoren. Als we daar in de zorg meer aandacht voor hebben, kunnen we ziekte voorkomen”



Richard Hoofs (1965) is huisarts. Ook is hij holistisch coach met expertise in acupunctuur, antroposofie, ayurveda, spirituele therapie en Egyptische heelkunde. Hoofs is werkzaam bij huisartsenpraktijk In de Leonardus in Den Bosch. Eerder was hij waarnemend huisarts op het Friese platteland en arts in een penitentiaire instelling. Hij werkte ook enige tijd aan een gezondheidsproject in India. Onlangs verscheen zijn nieuwe boek *Beziëld leven op doktersrecept*.

“Als je niet weet waarvoor je ’s morgens graag opstaat, word je vroeg of laat patiënt”

Oude wijsheden

“We zien tegenwoordig een overkill aan psychische diagnoses. Eén op de vier volwassenen en één op de drie jongeren heeft een psychische klacht. We weten niet precies hoe dit komt. Het kan komen doordat de samenleving afstandelijker en onpersoonlijker is geworden. Of door een toenemende werkdruk. De marktwerking in de ggz kan ook een rol spelen. Soms is er helemaal geen sprake van een psychiatrisch probleem, maar van een *zingevingsprobleem*. Dat werd met name zichtbaar in de coronapandemie, toen mensen werden geconfronteerd met isolatie, eenzaamheid en een gebrek aan houvast, aan betekenis. Ik zie de gevolgen daarvan nog dagelijks in mijn praktijk.”

“Mijn nieuwe boek *Beziëld leven op doktersrecept* gaat over de mogelijkheden die leven vanuit zingeving en bezieling ons kan bieden. Ik laat mij inspireren door zowel wetenschappelijke kennis als filosofische wijsheid. In het oude Egypte stond bezieling centraal in de maatschappij. Men ging uit van een holistisch mensbeeld, de mens als eenheid van lichaam, persoonlijkheid en ziel. De oude Egyptenaren kenden ook mysteriescholen. Daar leerde men dat alles met elkaar samenhangt: zoals jij je verhoudt tot je ziel, de natuur en de sterren, zo zal je leven op aarde eruitzien. De Griekse wijsgeren Plato en Pythagoras werden er ook ingewijd. Ze leerden er de diepe betekenis van de godin Maat, godin van de kosmische orde, godin van de waarheid. Maat staat voor karma. Voor: wie zaait zal oogsten. Het gezegde ‘de juiste maat houden’, komt daar vandaan. De oude Egyptenaren leefden in harmonie met Maat.”

“Helaas zijn wij heel ver afgedwaald van die oude wijsheden. Ik vind dat armoede. Er is toch een verschil tussen overleven en werkelijk leven? Stilstaan bij wat je ontmoet of inspireert. Iets doen dat betekenis heeft voor

“Zingeving is een meetbare en levensverlengende leefstijlfactor. Mensen worden er niet alleen ouder door, maar ook gezonder oud”

het geheel waar je deel van uitmaakt. Reflecteren op wat echt belangrijk is. Momenten van stilte of verwondering opzoeken. Pas als wij verbinding maken met onze diepste verlangens, zullen we een bezielde en gelukkig leven kunnen leiden.”

Innerlijke groei

“Gezondheidsklachten kunnen voortkomen uit een gebrek aan zingeving. Een depressie kan worden behandeld met antidepressiva, maar het kan ook heel goed te herleiden zijn tot een *existentieel vacuüm*, zoals innerlijke leegte in de wetenschap wordt genoemd. Als je je daarvan bewust bent kun je een begin maken met innerlijke groei. Wie weet waaróm hij leeft en waarvóór, zorgt beter voor zichzelf. Leven vanuit bezieling geeft kleur aan je leven, waardoor je in je kracht kunt komen. Natuurlijk, dat is erg moeilijk voor mensen die een tragedie hebben meegemaakt. En toch is het mogelijk, zo leren ons bijvoorbeeld de boeken van Primo Levi en Viktor Frankl, de Joodse schrijvers die de Holocaust overleefden. In het concentratiekamp putten zij kracht uit een doel dat betekenis gaf aan hun onmenselijke bestaan. Voor Frankl was dat de gedachte aan zijn vrouw en aan zijn academische werk, voor Levi de wil om na de oorlog te getuigen. Frankl stelt dat ieder mens door het leven op de proef wordt gesteld. De vraag is dan: hoe draag je je lijden? Draag je het met waardigheid? Of geef je het op? Dat is verantwoordelijkheid nemen, het tegenovergestelde van slachtofferschap.”

Blij dat je leeft

“Zingeving is strikt persoonlijk. Het is je innerlijke motivatie, gevoed door je diepste verlangens. Dat kan de liefde zijn, voor familie of vrienden, voor God, als je religieus bent, voor muziek die je kippenvel geeft of de verwondering die je voelt tijdens een wandeling in de natuur. Het is datgene wat je blij maakt dat je leeft. Als dokter kan ik zingeving niet voorschrijven, maar ik kan wel iets losmaken: het besef dat je door introspectie dicht bij je diepste drijfveren komt. Soms helpt het ook om een stilte te laten vallen. In de palliatieve zorg heb ik gezien hoe graag patiënten nog een zinvol einde aan hun leven willen geven. Ze hebben er behoefte aan om te reflecteren, te vergeven, losse eindjes aan elkaar te knopen. Dat zijn intense, wezenlijke gesprekken. Ik heb ook gedetineerden bijgestaan in een penitentiaire inrichting. Als ik ze vroeg waar ze naar uitkeken als ze

vrij zouden komen, konden ze me niet antwoorden. De meeste gevangenen weten niet waarvoor ze leven. Een enkele keer was er iemand die wel besloot zijn leven te beteren. Dan gaf de drang om vrouw of kind weer terug te zien een reden tot bestaan.”

Passende zorg

“Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is gezondheid een staat van fysiek, geestelijk, maatschappelijk, emotioneel, psychisch en spiritueel welzijn *en niet slechts van de afwezigheid van ziekte en zwakte*. Dat is een holistische zienswijze die in de praktijk niet zo wordt beleden. Veel klachten worden gesomatiseerd, ook psychische, terwijl er vaak iets anders onder zit. Een patiënt zegt niet: ‘Ik heb een zingevingsvraag’. Die zegt: ‘Ik ben moe, het ligt aan mijn ijzer of mijn schildklier, ik wil een bloedonderzoek’. En vaak vind je niets. Dat leidt tot frustratie, zowel bij de patiënt als bij de arts. Je kunt ook een andere vraag stellen: wat is voor u belangrijk, wat geeft u energie? Daarmee maak je de weg vrij voor een wezenlijk ander gesprek. Dat is passende zorg. Persoonlijk, houdbaar en duurzaam. Zingeving is preventief, kostenreducerend en versterkt alle andere leefstijlfactoren. Als we daar in de zorg meer aandacht voor hebben, kunnen we ziekte voorkomen. Menselijk contact is alles. Het zal nooit vervangbaar zijn door technologie of AI. We mogen terug naar het besef dat wij deel uitmaken van een geheel dat groter is dan de som der delen.” |



Hoogleraar Kunst & Zorg Tineke Abma:

“Kunst bevordert gezondheid”

Mensen met Parkinson die door dans weer beter kunnen bewegen. Mensen met dementie die opleven en blij worden van muziek. Mensen die dankzij zangers aan het sterfbed minder angst krijgen voor de dood. Deze voorbeelden laten zien dat kunst mensen verder kan helpen, kan helen. Daarover gaat onze nieuwe rubriek: ‘Kunst die Zorgt’.

Tekst Edith Bijl

Beeld De Beeldredactie | Eelkje Colmjon

Dit idee komt niet zomaar uit de lucht vallen. Binnen en buiten de zorg groeit het besef dat de zorgsector niet alle problemen kan voorkomen en oplossen. Steeds duidelijker wordt dat mensen voor sommige aandoeningen – fysiek en mentaal – niets of onvoldoende aan een pilletje hebben, maar eerder gebaat zijn bij bijvoorbeeld steun vanuit het sociale domein. Minder bekend is dat mensen ook positieve effecten kunnen ervaren van het luisteren naar muziek of het kijken naar en beoefenen van kunst. In deze rubriek laten we zien hoe kunst ook helend kan zijn.

Bewezen positief effect

Het raakvlak tussen kunst en zorg is de expertise van Tineke Abma, bijzonder hoogleraar Kunst & Zorg. Kunst werkt bij uitstek gezondheidsbevorderend en kan patiënten helpen om met de tragiek van ziekte en dood om te gaan, stelt zij. “We denken bij kunst vaak aan beeldende kunst in een museum – de kunst met een grote ‘K’ – gemaakt door professionele kunstenaars. Maar in deze context gaat het vooral ook om kunst met een kleine ‘k’; participatieve kunst, waarbij een kunstenaar samen met de mensen om wie het gaat creatieve activiteiten onderneemt om uitdrukking te geven aan hun gevoelens en emoties.”

Abma draagt al jaren bij aan wetenschappelijk onderzoek naar de helende kracht van kunst. “Hier wordt al dertig jaar onderzoek naar gedaan. Onlangs is in opdracht van de



“Kunstenaars bieden met hun vrije geesten een mooi tegenwicht aan de regelzucht in de zorg”

WHO een onderzoek gepubliceerd waarin drieduizend klinische interventiestudies zijn meegenomen. Daaruit bleek dat kunst een positief effect heeft op zowel het fysieke als psychosociale welzijn van mensen. Het vergroot hun veerkracht om met tegenslagen om te gaan. Zeker bij dans voor mensen met Parkinson en muziek voor mensen met dementie is al zoveel onderzoek gedaan dat de effectiviteit ervan evident is.”

Integratie van kunst in zorg en welzijn

Met de toenemende erkenning van de helende effecten van kunst, groeit ook de belangstelling van zorg- en welzijnsinstellingen hiervoor. Een goed voorbeeld is het ‘ambulante kunstteam’. Zorgorganisatie Cordaan zet dit in voor thuiswonende ouderen die kampen met eenzaamheid of andere levensvragen. Deze mensen hebben soms meer aan een bezoek van



“Kunst heeft een aantoonbaar positief effect op zowel het fysieke als het psychosociale welzijn van mensen”

Tineke Abma is bijzonder hoogleraar Kunst & Zorg bij Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM). De komende jaren integreert zij haar bevindingen in het onderwijs bij ESHPM en presenteert zij deze in Museum van de Geest. Zorgorganisatie Cordaan, de Erasmus Universiteit en Museum van de Geest gaan haar onderzoek verder stimuleren, versterken en ontsluiten.

een kunstenaar dan van een - toch al schaarse - wijkverpleegkundige. Zo biedt Cordaan passender zorg en pakt ze tegelijk de arbeidstekorten in de wijkverpleging aan. En kunstenaars krijgen de kans om met hun creativiteit en verbeeldingskracht maatschappelijke impact te hebben.

De werelden van kunst en zorg & welzijn komen steeds dichterbij elkaar, zegt Abma. “Deze beweging kan een katalysator zijn voor de noodzakelijke transformatie in de gezondheidszorg. Belangrijk is wel dat we dit goed organiseren, zodat kunst een vaste

plek krijgt in het primaire zorgproces en kunstenaars samenwerken met zorg- en welzijnsmedewerkers. Dat is een uitdaging, want beide groepen liggen qua uitgangspunten en werkwijze ver uit elkaar. Cordaan is hier al ver in; zij legt de nadruk op co-creatie: de kunstenaar krijgt geen vrijbrief, maar stemt zijn plannen en werk altijd af met de organisatie en sluit aan bij de behoeften van cliënten.”

Gevaar van protocolleren

Niet alleen de praktische uitvoering is een uitdaging. Abma voorziet ook hobbels op de weg naar eventuele vergoeding van deze kunstvormen. “Zorgverzekeraars zullen bijvoorbeeld de kosteneffectiviteit aan de kaak stellen – iets waar nu nog relatief weinig onderzoek naar is gedaan. Ook moeten we voorkomen dat er eisen en strenge protocollen komen voor hoe kunst aangeboden moet worden om vergoeding te krijgen. We moeten ervoor waken dat de kunstenaar de zoveelste therapeut wordt die doelgericht handelt, waardoor zijn bezieling en eigenheid verloren gaan. Want kunstenaars zijn misschien soms eigengereid en ontregelend, ze brengen wel menselijkheid in de zorg. Hun vrije geesten bieden een mooi tegenwicht aan de regelzucht in de zorg.”

Creativiteit en hoop

Het recente WHO-onderzoek was een eyeopener voor beleidsmakers en bestuurders in de zorg, meent Abma. “Ik hoop dat dit leidt tot verdere integratie van kunst in het zorgdomein, want dit kan de zorg veel brengen. Dat zie je al gebeuren bij

organisaties die met kunstenaars werken. Zorgmedewerkers en mantelzorgers raken geïnspireerd door de inbreng van de kunstenaars. Ze gaan bijvoorbeeld zelf zingen als ze een cliënt onder de douche zetten, zien weer even een glimp van de persoon achter de cliënt. Dat geeft energie, vitaliteit en creativiteit. Maar vooral ook hoop. Vraagstukken in de zorg gaan vaak over crises, tekorten en zware thema’s. Kunst is geestverruimend en hoopvol. Dat gun ik iedereen.” |

Kunst die Zorgt

In de rubriek ‘Kunst die Zorgt’ belichten we diverse kunstvormen die een bewezen gezondheidsbevorderend effect hebben.

We starten in deze editie met ‘dans voor mensen met parkinson, reuma en MS’ (zie volgende pagina). In latere edities volgen ‘muziek bij dementie’, ‘beeldende kunst in ziekenhuizen’ en ‘bedside-singers in de palliatieve zorg’.



Joke danst in voorstelling van Marc Vlemmix Dance 'All-I-have'.

Kunst die Zorgt

De sleutel tot herstel ligt niet altijd bij de zorg. Soms ligt die in een heel andere, niet zo voor de hand liggende hoek: de kunst. In deze rubriek belichten we kunstvormen die een bewezen helend effect hebben op de gezondheid. Deze keer: 'Dans voor mensen met parkinson, reuma en MS'.

Tekst Edith Bijl

Beeld Rosan Chinnoe & Fenna Schaap

“De eerste keer dat ik na de diagnose een danscursus volgde voor mensen met parkinson, was een enorme eyeopener. Voor het eerst had ik weer plezier in bewegen, alsof er een harnas van me afviel. Ik voelde geen blokkade meer. Die ervaring was goud waard!”

Dat was in 2010, niet lang nadat Marc Vlemmix had gehoord dat hij de ziekte van Parkinson heeft. Statistisch gezien zou hij volgens de arts binnen tien jaar volledig hulpbehoevend zijn. Nu, bijna zestien jaar later, is daar geen sprake van, vertelt hij: “Het ziekteproces gaat door; mijn spieren werken wel, maar ze worden door mijn hersens niet goed aangestuurd. Ik heb tremors en de ziekte heeft ook invloed op mijn spraak. Maar naar omstandigheden gaat het best goed.”

Overweldigende ervaring

Daarvoor legde hij een lange weg af. “Zoals zoveel mensen die deze diagnose krijgen, negeerde ik het en bleef ik doorwerken. Maar op een gegeven moment kon ik helemaal niets meer, ik zat maar wat op de bank. Ik wist dat ik moest bewegen, maar de oefeningen van de fysio vond ik niet prettig.” Toen hij zag dat er in New York een danscursus was voor mensen met parkinson,

besloot hij dat te proberen. Die ervaring was, zoals hierboven beschreven, overweldigend: “Ik kwam zo blij terug dat ik wilde dat meer mensen dat zouden voelen.”

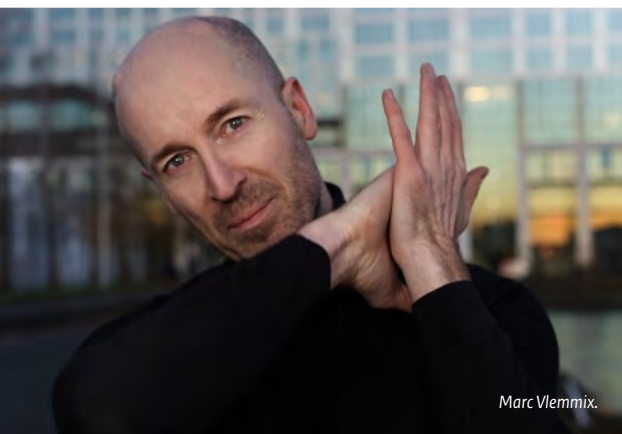
Vlemmix voegde de daad bij het woord en introduceerde deze dansvorm door heel Nederland, niet alleen voor mensen met parkinson, maar ook voor mensen met reuma en MS. Voordeel daarbij was dat hij – als oud-directeur van een danshuis voor Brabant en Zeeland - al bekend was met de danswereld. Die ervaring en contacten kwamen nu goed van pas. Op het hoogtepunt stonden er zeshonderd mensen per week op de dansvloer in bijna veertig steden. Toen dat hem te groot werd, begon hij met een kleinere club opnieuw in Rotterdam onder de naam ‘Marc Vlemmix Dance’.

Geen patiënten, maar dansers

Een deel van dit succes verklaart zich ook door de manier waarop Vlemmix en zijn dansschool de mensen benaderen. Dat is heel anders dan in de zorg. “Ik generaliseer, maar zorgverleners hebben – vaak ook omdat ze beperkte tijd hebben voor hun patiënten – de neiging om mensen meer te pampieren. Bij ons zijn mensen geen patiënt. We zeggen niet: ‘pas op, doe voorzichtig!’, maar geven mensen veel ruimte om zelf te onderzoeken wat ze kunnen. Daarom kies ik er ook bewust voor om de danslessen in



Thea, een van de dansers
bij Marc Vlemmix Dance.



Marc Vlemmix.

“Dans geeft mij
een gevoel van
controle over
mijn lijf”

het Nieuwe Luxortheater te geven. Doe je dat in een zorgomgeving, dan wordt dans al snel een toegepaste kunst die als therapie fungeert. En dan loop je het gevaar dat de werking ervan verdwijnt. Kunst heeft intrinsieke waarde; die hoeft niet toegepast te worden, die ervaar je. Daarom vind ik het belangrijk dat onze lessen in een culturele omgeving plaatsvinden, zoals het Luxor. Dat biedt ons ook de kans om in voorstellingen aan anderen te laten zien wat dans kan betekenen voor je lijf. Je hoeft ook niet heel goed te kunnen dansen, want het gaat hier echt om het tonen van veerkracht.”

Regie en controle

Inmiddels is er veel wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van dans voor mensen met parkinson, reuma en MS (zie ook het

kader rechts). Maar ook zonder dat bewijs is Vlemmix er al sinds zijn bezoek aan New York van overtuigd dat dansen zijn welzijn vergroot. “Mijn lijf zit me eigenlijk continu in de weg. Het is onvoorspelbaar, kan zomaar overgaan van veel beweging naar weinig. Dansen geeft mij het gevoel dat ik iets meer regie en controle krijg op mijn lijf. Met dat lijf ga ik op zoek naar flow, schoonheid, gewoon een lekker gevoel. Soms kan ik iets dat ik tegenkom in mijn lijf, een tremor bijvoorbeeld, in de dans juist vergroten. Als dat lukt, geeft me dat even het gevoel dat ik zweef, dat bewegen vanzelf gaat. Dat lukt niet altijd, maar als dat lukt is dat goud. Dat geeft veel hoop. Dans zal mij niet genezen, maar ik merk wel dat het goed voor mij is. Het gevoel van regie geeft mij meer eigenwaarde en zelfvertrouwen.” |

WAT ZEGT DE WETENSCHAP?

De eerste gerandomiseerde studie naar dans voor mensen met parkinson laat zien dat de mobiliteit en het lichamelijke functioneren van deelnemers verbeteren: sneller lopen, beter evenwicht en betere coördinatie bij het opstaan en gaan zitten. Pijn wordt minder en mentale gezondheid, cognitie, slaap en

zelfs libido verbeteren. Talloze andere studies laten verder zien dat dans bijdraagt aan de sociale participatie, en dat de algehele kwaliteit van leven verbetert. Door te dansen ervaren mensen vrijheid en ontworstelen zij zich aan stigma's en bewegingsbeperkingen. Vergelijkbare bevindingen gelden voor mensen met Multiple Sclerose (MS). Via dans kunnen mensen met parkinson en MS zich emotioneel uiten en is het een helende manier om je verhaal te delen.

De vernieuwing en relevantie van Marc Vlemmix' werk wordt ook erkend in de professionele danswereld. In 2025 won hij op de Nederlandse Dansdagen de Innovatieprijs voor zijn krachtige bijdrage aan de inclusieve dans.

Lees via deze QR-code een artikel over een studie naar de effecten van dans bij parkinson en MS.



Klimaatverandering dwingt tot vergroening zorg

Vanuit de Groene Zorg Alliantie (GZA) zetten zorgprofessionals zich in voor verduurzaming en planetaire gezondheid. Reductie van CO₂-uitstoot, minder medisch afval en meer gezonde voeding zijn actiepunten voor de *Green Teams*. “Voor de gezondheid is klimaatverandering letterlijk een spoedgeval”, zegt GZA-voorzitter Evelyn Brakema.

Tekst Loek Kusiak

Beeld Groene Zorg Alliantie, Diederik van der Laan

Behalve huisarts en onderzoeker Duurzame Zorg in het LUMC is Evelyn Brakema mede-oprichter en voorzitter van de Groene Zorg Alliantie. Voor haar viel het kwartje tijdens haar promotieonderzoek naar longgezondheid en luchtvervuiling wereldwijd en tijdens vrijwilligerswerk voor bootvluchtelingen die onder erbarmelijke omstandigheden op het Griekse eiland Samos bivakkeerden. “Volgens de WHO is de klimaatcrisis de grootste bedreiging voor de gezondheid. Doordat we de grenzen van onze planeet passeren gaan we richting honderden miljoenen klimaatvluchtelingen in 2050 door droogte, overstromingen of voedseltekorten.”

“Neem alleen al Nederland”, vervolgt Brakema. “Huisartsen zien veel jonge kinderen met astma, kinderen die nooit met schone lucht opgroeien. Eén op de vijf vroeggeboortes komt door luchtvervuiling doordat fijnstof via de baarmoeder de ongeboren baby bereikt. We weten dat pesticiden parkinson veroorzaken en zien meer sterfgevallen door hittestress. Tijdens een huisvisite trof ik een tachtigjarige vrouw die drie dagen in haar garage zat omdat het in huis te warm was.”

Zorg als grote vervuiler

Na haar ervaringen in het vluchtelingenkamp verdiepte Brakema zich in het verband



Zorgprofessionals rondom een aarde gemaakt van OK-materiaal.

tussen klimaatverandering en gezondheid. “Natuurlijk was niet iedereen op Samos klimaatvluchteling, maar het was voor mij wel het signaal om me hard te maken voor een leefbare planeet en verduurzaming van mijn sector, de zorg. Paradoxaal genoeg genezen zorgverleners mensen aan de voorkant, terwijl de zorgsector als grote vervuiler via de achterdeur ook mensen ziek maakt.”

De zorg is in Nederland verantwoordelijk voor 7,4 procent van de jaarlijkse CO₂-uitstoot en 13 procent van het grondstoffenverbruik. Niet-herbruikbare hulpmiddelen vormen 1.500 kilo afval per ziekenhuisbed, blijkt uit de Milieubarometer, een instrument dat de CO₂-footprint en de milieu-impact berekent.

Proudly copied

Het netwerk Groene Zorg Alliantie ontstond tijdens corona uit een onlinebijeenkomst van zorgprofessionals die zich met duurzaamheid bezighielden, vertelt Brakema. “Toen waren er al clubs als de Groene OK en de Groene Huisarts die in hun omgeving iets wilden veranderen. Inmiddels zijn we een koepel met 250 Green Teams en commissies met tienduizenden zorgmedewerkers. Zij leren van elkaar door kennis te delen en ideeën te verbinden volgens het principe *proudly copied*: beter iets dat werkt overnemen, dan zelf het wiel uitvinden. We maken podcasts, schreven het boek *Groene Planeet, Groene Zorg* en organiseren het ‘Groene Zorg Festival’, inspiratiesessies en masterclasses.”

Op het initiatievenplatform van de GZA kunnen groene zorgteams ideeën en projecten delen. Organisaties wordt gevraagd medewerkers met groene initiatieven te faciliteren. “Het Zorginstituut doet dat ook”, geeft Brakema als voorbeeld. “Oud-voorzitter Sjaak Wijma was meteen enthousiast. Het Green Team van het Zorginstituut plaatste recent een artikel over alternatieven voor medicatie met PFAS, de chemische stoffen die in veel producten en nu ook in ons bloed zitten, en gelinkt worden aan kanker.” De GZA is zelf ook actief rond PFAS. Als opmaat naar de laatste Tweede Kamerverkiezingen nam de alliantie met milieuorganisaties het initiatief tot een stembusakkoord voor een verbod op het lozen en produceren van PFAS. Zeven politieke partijen, waaronder D66, ondertekenden het akkoord. D66 eist nu ook een Europees verbod op PFAS voor niet-essentiële toepassingen.

CO₂-uitstoot meewegen in pakketbeheer

Het Zorginstituut is een proef gestart om de CO₂-uitstoot van behandelingen mee te wegen in het pakketbeheer voor passende en betaalbare zorg. “Dat is nationaal gezien een zeer progressieve stap”, meent Brakema. “Passende zorg raakt de kern van duurzaamheid. Dingen doen die zinvol zijn. De minst duurzame zorg is zorg die niet geleverd had hoeven worden, van het maken van foto’s zonder toegevoegde waarde tot galblaasoperaties waar de patiënt geen baat bij heeft. Maar zolang je dokters belooft voor onnodige handelingen, dagen financiële prikkels in de zorg nauwelijks uit tot duurzaam handelen en kostenbeheersing.”

De Green Teams vinden ook dat ziekenhuizen contracten moeten afzeggen met leveranciers van niet-recyclebare hulpmiddelen. Dat heeft effect, ziet Brakema. “Het team van UMC Groningen startte de postercampagne *No Risk, No Glove* om alleen plastic wegwerphandschoenen te dragen als dat echt nodig is. Daarmee zijn in één jaar twee miljoen handschoenen en 180.000 euro aan inkoopkosten bespaard. Ieder ziekenhuis kan dat initiatief kopiëren.”

Planetaire gezondheid

Dankzij moeieis van de Groene Zorg Alliantie is in de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 (ondertekend door 650 organisaties) het belang van kennis en bewustwording opgenomen. Alle zorgopleidingen nemen nu

planetaire gezondheid en duurzaamheid op in hun onderwijs. Ook is er een online *Groene Zorg Onderwijsplatform* gelanceerd.

“Een mooie stap is dat de Federatie Medisch Specialisten (FMS) duurzaamheid en het ‘*planetary health diet*’ in haar visiedocument 2035 heeft opgenomen. Plantaardige voeding is hét recept voor goede gezondheid, een beter klimaat en lagere zorgkosten. Leefstijlgerelateerde problemen als overgewicht en hart- en vaatziekten zijn vermijdbaar met plantaardige voeding. Een grotendeels plantaardig voedselsysteem is het fundament van onze gezondheid: minder welvaartziekten, meer voedselzekerheid en een van de kernoplossingen voor de klimaat- en stikstofcrisis. Een diëtist die op ons platform voorstelt patiënten te laten overstappen op plantaardige voeding, triggert daarmee ook een chirurg of andere zorgprofessional. Je behoedt patiënten voor complexe zorg.”



Evelyn Brakema werd in 2025 door de netwerkorganisatie ‘Health Care Without Harm Europe’ in Brussel uitgeroepen tot Sustainability Champion of the Year. De award wordt jaarlijks uitgereikt aan Europese zorgprofessionals die zich onderscheidend inzetten voor een groene sector en anderen inspireren. In 2025 werd de Groene Zorg Alliantie tiende in de Duurzame Top 100 van dagblad *Trouw*.

Volledig circulair

Nederland heeft de ambitie in 2050 in alle sectoren klimaatneutraal en circulair te zijn. Voor de GZA is 2050 dan ook het jaar om zichzelf op te heffen. “Er lopen al veel initiatieven die worden gesteund door bestuurders, instituten en zorgverzekeraars. Maar dingen in de zorg fundamenteel veranderen gaat traag. Het politieke klimaat is ook veranderd, wispelturiger. Het vorige kabinet moest niets hebben van de Green Deal Duurzame Zorg. Onvoorstelbaar. Dan snap je niet hoe gezondheidsbevordering en klimaat met elkaar samenhangen. De nieuwe VWS-minister, Sophie Hermans, wil ik adviseren om planetaire gezondheid tot basis voor beleid te maken en dat mee te nemen in contacten met andere ministeries. Dat betekent ook dat je de klimaatafspraken nakomt.” |



“Met ons advies moedigen we initiatieven in de zorg voor kwetsbare ouderen aan: er kan veel in de Zvw, ga ervoor!”

Hoe pakken de adviezen, richtlijnen, handreikingen of standpunten van het Zorginstituut in de praktijk uit? In hoeverre sluit dat wat ‘aan het bureau’ is bedacht aan op de dagelijkse praktijk ‘aan het bed’? Deze keer: **het advies ‘Kortdurende zorg in het tijdelijke verblijf en thuis’, over zorg voor kwetsbare ouderen in de eerste lijn.**

Tekst Edith Bij

Beeld De Beeldredactie | Marco Okhuizen

aan het **Bureau**

Tjitske Vreugdenhil is adviseur Eerstelijnszorg bij het Zorginstituut.

“De zorg voor kwetsbare ouderen is in ontwikkeling. Zo wordt er gewerkt aan de realisatie van het tijdelijk verblijf voor eerstelijns revalidatie- en herstellzorg. Daarnaast zijn er allerlei initiatieven voor zorg voor kwetsbare ouderen thuis. Deze ontwikkelingen in de ouderenzorg brachten VWS ertoe ons te vragen hoe die passen binnen de wet- en regelgeving. Hierover brachten we vorig jaar een advies uit. We gaven hierin aan wat er mogelijk is binnen de wet- en regelgeving en waar deze schuurt met de praktijk. We concludeerden dat alle ontwikkelingen in grote lijnen passen binnen de wet- en regelgeving, maar dat het zal helpen als er zorg in de Wlz beschikbaar komt die gelijkwaardig is aan geriatrische revalidatiezorg in de Zvw. De beslissing om dit te regelen ligt nu bij VWS. Voor de zorg thuis zagen we voldoende ruimte binnen de Zvw om initiatieven verder te ontwikkelen. Denk daarbij aan zorgtrajecten waarin de specialist ouderengeneeskunde (SO) de huisarts ondersteunt in de zorg aan kwetsbare ouderen thuis. De SO neemt dan bijvoorbeeld de zorg tijdelijk over tot de huisarts de zorg weer terug kan nemen. Een bekend voorbeeld hiervan is het MESO-project*. Dergelijke initiatieven leiden tot meer passende zorg voor ouderen, die daardoor ook langer thuis kunnen blijven wonen.

Door aan te geven dat de Zvw ruimte biedt voor dit soort initiatieven, moedigen we zorgverleners en zorgaanbieders aan door te gaan en van elkaar te leren. We volgen de ontwikkelingen in de zorg voor kwetsbare ouderen op de voet en blijven met partijen in gesprek. Daarbij ontvangen we graag feedback, zoals die van Martin hiernaast, zodat we kunnen blijven meedenken. Want uiteindelijk werken we samen naar meer passende zorg thuis en in het tijdelijke verblijf.”

* MESO: Multidisciplinaire Eerstelijnsouderenzorg met een Specialist Ouderengeneeskunde

aan het **Bed**

Martin Smalbrugge is hoogleraar Ouderengeneeskunde bij het Amsterdamumc.

“Het rapport van het Zorginstituut helpt om de herstellzorg en kortdurende begeleiding van de SO aan kwetsbare ouderen beter op elkaar aan te sluiten. De zorgprofessionals, die hier ook mee worstelen, zijn blij dat het Zorginstituut dit probleem erkent en hiervoor oplossingen aandraagt. Neem de aanbeveling om revalidatiezorg onder regie van de SO ook vanuit de Wlz te vergoeden. Daar heeft de patiënt baat bij en ook de SO kan daarmee goed dealen.

Verder kan het advies bijdragen aan meer samenhang in de ouderenzorg en minder differentiatie in de zorgsoorten. Want daar zijn er nu te veel van. Ouderen kunnen dit onderscheid echt niet maken en ook voor professionals is dit lastig. Ik zou er dan ook voorstander van zijn als de eerstelijnsverblijfszorg, de geriatrische revalidatiezorg en de wijk-kliniekzorg uiteindelijk binnen één zorgsoort gefinancierd worden, met de optie van op- en afschaling. Dat moet nog worden doorontwikkeld, en het is goed dat het Zorginstituut voldoende ruimte daarvoor in de wet ziet.

Dat er naar meer samenhang wordt gezocht in de kortdurende zorg thuis, onder regie van een SO, vind ik positief. Zeker als dat leidt tot minder zorgsoorten. De SO's zien ook graag dat ze binnen een beperkter aantal producten de vrijheid én het vertrouwen krijgen om zelf de intensiteit van zorg af te stemmen op wat nodig is. Minder differentiatie dus. Het gaat tenslotte allemaal om herstellzorg.

Of het advies de werkvloer al heeft bereikt, betwijfel ik; daarvoor moet het eerst nog een heel traject doorlopen via de NZa, zorginkopers et cetera. Het is goed dat het Zorginstituut de doorontwikkeling blijft monitoren. We kunnen ook niet blijven experimenteren. Als een innovatie werkt, moet die worden doorgezet. Daar kan het Zorginstituut een stimulerende en sturende rol in hebben.”



“Het advies kan bijdragen aan meer samenhang in de ouderenzorg en minder differentiatie in de zorgsoorten”

Meer passende inzet van kraamzorg

Kraamzorg draagt bij aan een gezonde en kansrijke start van een pasgeborene en het gezin. Toch staat de beschikbaarheid van kraamzorg steeds meer onder druk en zijn er grote verschillen in het gebruik ervan door gezinnen. Het Zorginstituut bracht recent deze trends in kaart én deed aanbevelingen voor een passender inzet van kraamzorg.

Tekst Edith Bijl

Beeld Phil Nijhuis (ANP)

Nederland is het enige westerse land dat kraamzorg aan huis levert. Bij gezinnen thuis kunnen kraamverzorgenden vroegtijdig medische en (psycho)sociale risico's signaleren en ouders ondersteunen. Na de bevalling bepalen de kraamverzorgende en de verloskundige hoeveel uren kraamzorg een gezin krijgt. Kraamzorg is verzekerd vanuit het basispakket, met een wettelijke eigen bijdrage per afgenomen uur.

Inzicht in gebruik kraamzorg

Er zijn steeds meer signalen dat deze zorg minder beschikbaar is, vooral door tekorten aan kraamverzorgenden. Maar duidelijke cijfers hiervan ontbraken nog. Daarom bracht het Zorginstituut onlangs het kraamzorggebruik in kaart over de periode 2017-2023. We keken daarbij naar het gebruik per regio en per type gezin. Met deze inzichten helpen we beleidsmakers, beroepsgroepen, verzekeraars en gemeenten om de toegankelijkheid van kraamzorg te verbeteren.

Uit ons onderzoek kwamen drie bevindingen:

- Tussen 2017 en 2023 daalde het totaal aantal uren kraamzorg met gemiddeld vier uur. Wel kwam het iets vaker voor dat gezinnen minder dan 24 uur kraamzorg kregen. Ook bleef het aandeel gezinnen dat geen kraamzorg kreeg, stabiel.
- In de zuidelijke regio's, vooral in Zuid-Limburg, daalde het aantal uren kraamzorg het sterkst. Noord-Nederlandse gezinnen



kregen tot acht uur meer kraamzorg thuis dan die in zuidelijke regio's.

- Het aantal ontvangen uren hangt sterk samen met de sociaaleconomische en demografische situatie. Gezinnen met lagere inkomens, woonachtig in wijken met een lagere sociaaleconomische status en jonge moeders (onder 25) ontvingen minder kraamzorg dan gezinnen met hogere inkomens en oudere moeders. Het verschil tussen laagste en hoogste inkomens kon oplopen tot bijna 7 uur minder kraamzorg.

Inzet naar behoefte

Het rapport laat zien dat het totale gebruik daalde, maar opvallender zijn de grote verschillen per regio en per type gezin. De uitkomsten suggereren dat gevonden verschillen in het kraamzorggebruik waar-

schijnlijk niet het gevolg zijn van passende inzet van kraamzorg, maar van drempels in de toegang of een niet-passende inzet. Inzicht in wat passende kraamzorg is, op basis van de zorgbehoefte van het gezin, is daarom nodig.

Dit vraagstuk wordt door de personeels-tekorten alleen maar urgenter. Daarom doen we in het rapport ook enkele aanbevelingen voor vervolgstappen. Zo raden we partijen aan om indicatie en aanbod van kraamzorg meer datagedreven vorm te geven op het inzicht van de zorgbehoefte van diverse typen gezinnen. Door deze behoefte leidend te maken bij de verdeling van de uren, kan extra zorg worden ingezet bij medisch of sociaal kwetsbare gezinnen. Ook is vervolgonderzoek nodig naar financiële, culturele of sociale drempels, waardoor gezinnen geen of minder kraamzorg gebruiken. Verder adviseren we partijen de kraamzorg te beëindigen zodra de benodigde zorg is geleverd en het gezin voldoende zelfredzaam is, ook al is het aantal toegekende uren nog niet volledig gebruikt. Zo wordt ondoelmatige kraamzorg voorkomen en doelmatige kraamzorg versterkt.

Vervolg

Het Zorginstituut brengt deze en andere aanbevelingen uit het rapport *Verschillen in kraamzorggebruik in Nederland in 2017-2023** de komende tijd actief over aan de betrokken partijen. Zo werken we samen aan gepaste kraamzorg voor elk gezin in Nederland en aan een gelijke, kansrijke start voor elk kind. |



* het gehele rapport is te downloaden via deze QR-code.



“Voor de zorg van morgen moeten we ook mensen laten meedenken die we nu niet horen”

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:

Hedwig Vos
Hoogleraar Huisartsgeneeskunde
LUMC

“In mijn oratie, *Strijd voor gezondheid*, concludeer ik dat het zorgsysteem mensen uitsluit: de toegang tot zorg is niet voor iedereen gelijk en dat creëert gezondheidsverschillen. Denk aan mensen met een migratieachtergrond, mensen met een lage sociaaleconomische positie, mensen met een LHBTQI-achtergrond. Of mensen met overgewicht. Ik ben nog één dag per week huisarts en zie daar dat mensen die meerdere problemen tegelijkertijd hebben – denk aan zowel psychiatrische problematiek als bijvoorbeeld een verstandelijke beperking en een somatische aandoening – op meerdere plekken geweigerd worden.

Willen we dat in de toekomst verbeteren, dan moeten we ons eerst ervan bewust zijn dat we niet voor iedereen de zorg goed hebben georganiseerd en dat gemarginaliseerde groepen niet goed worden geholpen. We moeten niet alleen nadenken over fysieke toegankelijkheid van zorg, maar ook over mentale toegankelijkheid. Dat is niet per se kostenverminderend. Maar dat zijn wel keuzes, vooral politieke keuzes, die gemaakt moeten worden.

Voor de zorg van morgen is het belangrijk dat wij mensen laten meedenken die weten waar het over gaat. Dus ook artsen, verpleegkundigen en bestuurders die vanuit de groepen komen waar het systeem minder goed voor werkt. Want dan neem je al die perspectieven mee, ook de stemmen die we nu niet horen.”

Tekst Jasper Enklaar

Beeld De Beeldredactie | Eelkje Colmjon

Over zorg gesproken...

“Het idee dat nieuwe medicijnen de belangrijkste motor van gezondheidswinst zijn, is eerder een hardnekkig beleidsframe dan een goed onderbouwd historisch feit.”

*Glenn Mitrasing, huisarts-tropenarts,
op LinkedIn (9 maart 2026).*

“Zo gauw mensen uit de schulden zijn, ervaren ze een betere gezondheid.”

*Joep de Groot, bestuursvoorzitter zorgverzekeraar
CZ, in Trouw (20 februari 2026).*

“Jeugdtrauma is een individuele tragedie, maar ook een structurele bron van druk op onderwijs, jeugdzorg, ggz en maatschappelijke ondersteuning.”

*Hoogleraren Anne-Laura van Harmelen en Christiaan Vinkers in
de Volkskrant (9 februari 2026).*

“Artsen denken bij niet-passende zorg vooral aan onnodige medische behandelingen. Patiënten zien het breder: dubbele onderzoeken, slechte gegevensuitwisseling. Daar hebben ze groot gelijk in.”

Hoogleraar Passende zorg Tijn Kool op margriet.nl (27 januari 2026).

“Zeggen dat agressie in de zorg 'erbij hoort' is een klap in het gezicht van alle zorgprofessionals. We moeten dit stoppen.”

*Karin Timm, bestuurslid Zorginstituut,
op ad.nl (28 januari 2026).*

“De gedachte dat therapeuten mensen van suicide kunnen weerhouden is ongefundeerd. Je kunt niet iemand behouden voor het leven die dat niet wil.”

Therapeut Flip Jan van Oenen in de nrc (22 januari 2026).

“Een uitstekend idee voor het ministerie van VWS: een Nationale Raad met uitsluitend zorgprofessionals die met de voeten in de klei staan.”

*Jacqueline Joppe, voorzitter Vereniging VvAA, op
artsenauto.nl (21 januari 2026).*

“We meten ons suf aan stappen, bloedwaarden en calorieën, maar vergeten een van de krachtigste gezondheidsfactoren: betekenisvolle sociale verbondenheid.”

*Jet Bussemaker, voorzitter Raad voor Volksgezondheid &
Samenleving, op fd.nl (19 januari 2026).*

“Zolang het zorgstelsel de nadruk en bekostiging blijft leggen op productie in plaats van op 'wat de mens nodig heeft', zullen de zorgkosten blijven toenemen.”

*Klinisch psycholoog Jeanette van Dongen-Melman op
socialevraagstukken.nl (15 januari 2026).*

“Toegang tot zorg en medicijnen is een mensenrecht. Farmaceuten zouden daarom, net als ziekenhuizen en artsen, een zorgplicht moeten hebben.”

*Patentrechtdeskundige Ellen 't Hoen, universitair hoofddocent gezondheidsrecht
Katrina Pehudoff en expert geneesmiddelenbeleid Ella Weggen op volkskrant.nl
(27 januari 2026).*