



Zorginstituut Nederland

Zorginstituut magazine

Kwartaalblad van
Zorginstituut Nederland
Zomer 2026

Longpatholoog Danielle Cohen:

"Nicotineverbod
voor jongeren
levert grootste
gezondheidswinst
ooit op"

| Vergoeding
hartrevalidatie
en IMSR aan
banden

| 'Kunst die Zorgt':
muziek voor
mensen met
dementie

Inhoud



Rubrieken

- | | |
|---|---|
| <p>09 Column
Matthijs Versteegh.</p> <p>10 Tien vragen aan:
Ad Melkert, voorzitter NVZ.</p> <p>16 Feiten & Cijfers</p> <p>18 De stelling van...
longpatholoog
Danielle Cohen.</p> | <p>28 Aan het bureau aan het bed
Het verbeteringsignalement
'Onderweg naar passende
hoorzorg'.</p> <p>31 Passende zorg, volgens de
patiënt
Karin Pouw.</p> <p>32 Over zorg gesproken</p> |
|---|---|

6 Hartrevalidatie en IMSR
Het Zorginstituut bracht recent twee duidingen uit die de vergoeding van respectievelijk hartrevalidatie en interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie (IMSR) aan banden legt. RvB-lid Karin Timm geeft tekst en uitleg.

12 Werken aan de zorgtransitie
Onderzoek door VitaValley brengt de *Social Return On Investment* (SROI) van de Rotterdamse zorgzame gemeenschap Zorgvrijstaat in kaart. Hoe werkt de SROI-methodiek? En wat is het belang ervan in ons streven naar passende zorg?

14 Gepast gebruik Luxturna
Vijf jaar na de start van het weesgeneesmiddelenarrangement voor Luxturna blijkt deze oogheekkundige gentherapie de verwachtingen in te lossen. De behandeluitkomsten, de centrale indicatiestelling en de registratie geven vertrouwen in de uitvoering van het arrangement.

22 Proactieve zorgplanning
Proactieve zorgplanning (PZP) is een proces van in gesprek gaan, vooruitdenken en organiseren van gewenste passende zorg in de palliatieve fase. Het Zorginstituut wil de invoering van PZP bevorderen en ondersteunt onderzoek en *best practices*, zoals in het Radboudumc.

24 Muziek bij dementie
In deze tweede bijdrage van de rubriek 'Kunst die Zorgt' vertelt Stem&Luister-initiator Thomas Johannsen hoe muziek en zang kunnen bijdragen aan goede zorg voor mensen met dementie.

Zorginstituut Magazine Kwartaalblad van Zorginstituut Nederland. Een abonnement op Zorginstituut Magazine is kosteloos. Voor het aanvragen of opzeggen van een abonnement, evenals voor het wijzigen van uw gegevens kunt u contact opnemen met het Zorginstituut: bestel@zinl.nl, www.zorginstituutnederland.nl **Druk De Bondt** grafimedia communicatie bv, Barendrecht **Hoofdredactie** Michiel Geldof **Bladmanagement en eindredactie** Edith Bijl (Bijl Tekst & Bladmanagement), ebijl@zinl.nl **Aan dit nummer werkten mee** De Beeldredactie, Freek van den Bergh (ANP), Paul van der Blom, Nellie de Boer, Boudewijn Bollmann, Saskia van den Boom, Robert van der Broek, Rogier Chang, Jasper Enklaar, Rogier van der Haak, Erven Frank Muller (ANP), Marieke Odekerken, Patricia Rehe (ANP), David Rozing (ANP), Frank van Wijck

Passende zorg wordt de norm

Mark Janssen, voorzitter Zorginstituut Nederland



“Het zal geen verrassing zijn dat wij de plannen van de ministers ondersteunen en toejuichen”

In een eerder voorwoord sprak ik de hoop uit dat het nieuwe kabinet ruimte zou bieden aan de ingezette zorgtransitie richting passende zorg en de uitvoering van de zorgakkoorden IZA en AZWA. Dat wordt bewaarheid: eind april kondigden de ministers Hermans en Sterk nieuwe wet- en regelgeving aan die passende zorg “altijd en overal de norm” maakt en niet-passende zorg sterk reduceert. Daarnaast zetten ze in op “de gezondste generatie ooit”. In hun Beleidsbrief aan de Tweede Kamer kwamen beide ambities uitgewerkt terug; deze zullen mede richting geven aan onze werkzaamheden de komende jaren.

Het zal geen verrassing zijn dat wij deze kabinetsplannen ondersteunen en toejuichen. In het kader van een gezonde jeugd ben ik blij dat het kabinet werkt aan de invoering van een suikertaks. Dat sluit ook aan op onze stellingname in de aanpak van obesitas: medicijnen kunnen voor sommige mensen helpen, maar behandeling moet *altijd* samengaan met leefstijlaanpassing en gezonde leefomgeving. Inzet dus ook op preventie, en die begint al bij de jeugd.

Daarop voortbordurend verwijs ik graag naar het interview met longpatholoog Danielle Cohen in deze editie. Haar pleidooi voor een verbod op *vapen* voor jongeren past natuurlijk bij uitstek in het streven om te bouwen aan de gezondste generatie ooit.

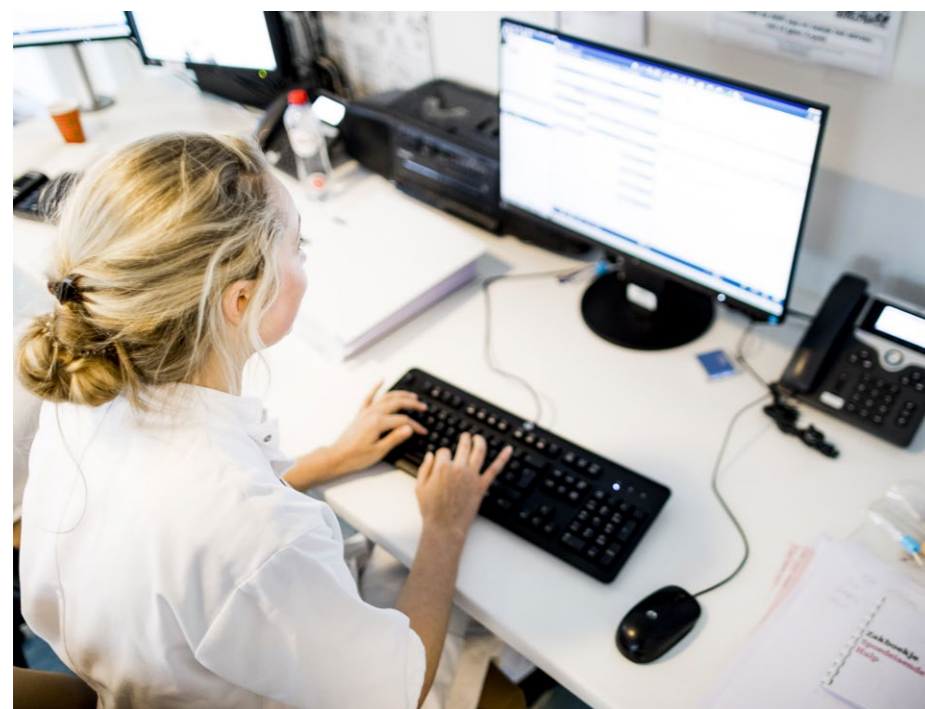
Ook als het gaat om passende zorg sluit de kaderbrief naadloos aan bij waar wij al mee bezig zijn. Dat zie je terug in dit magazine, waar ‘passende zorg’ als een rode draad doorheen loopt. Neem bijvoorbeeld het artikel over onze standpunten over hartrevalidatie en IMSR, of die over de afspraken rond gepast gebruik van de gentherapie Luxturna. Of het artikel over ‘proactieve zorgplanning’, dat gaat over het gesprek tussen zorgverlener en patiënt over diens wensen rond het wel/niet behandelen in de laatste levensfase. Ook daarbij draait alles om de vraag: welke zorg is passend voor *deze* patiënt in *deze* situatie? Een belangrijk gesprek, dat zeker in de tweede lijn nog meer gevoerd mag worden. Genoeg reden voor ons om pionierende zorgprofessionals hierin actief te ondersteunen.

In de Beleidsbrief geven de ministers ruim baan aan de zorgtransitie, zoals de samenwerking tussen het zorg- en sociaal domein. Het Zorginstituut ondersteunt initiatieven die deze beweging bevorderen, waaraan we ook in dit magazine geregeld aandacht schenken. Zo staat deze keer het Rotterdamse project Zorgvrijstaat centraal. Dit initiatief stimuleert buurtbewoners voor elkaar te zorgen, waardoor ze grip krijgen op hun eigen gezondheid en kwaliteit van leven. Dat dit soort projecten zich vanuit de samenleving ontwikkelen, vind ik mooi en hoopvol. Aan ons de taak deze initiatieven te omarmen en zo de noodzakelijke zorgtransitie verder te brengen.

Korte berichten

Meer informatie?

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



Informatie over kwaliteit van zorg is nog weinig openbaar

Voor 88 procent van de ziektelast is voor patiënten geen informatie beschikbaar over de kwaliteit van zorg. Ook nam de hoeveelheid openbare kwaliteitsinformatie nauwelijks toe de afgelopen jaren. Dit blijkt uit een eerste meting van kwaliteits transparantie in de zorg die wij samen met Patiëntenfederatie Nederland hebben uitgevoerd. De landelijke ambities en doelstellingen om kwaliteitsinformatie openbaar te maken zijn nog niet behaald. Dit ondanks initiatieven en investeringen om de transparantie te verbeteren.

Uit de meting blijkt onder meer dat het aantal aandoeningen waarvoor uitkomstmaten openbaar zijn in de laatste vijf jaar niet zijn gestegen. Uitkomstmaten zeggen iets over het resultaat van de behandeling bij een bepaalde aandoening, bijvoorbeeld over eventuele complicaties. Daarnaast is er nog weinig informatie beschikbaar uit

vragenlijsten voor patiënten, bijvoorbeeld over hun ervaren pijn na een ingreep. Inzicht hierin is belangrijk, omdat patiënten daarmee weten hoe de kwaliteit van zorg ervaren wordt en wat voor hen van belang is.

Deze meting maakt duidelijk dat het nodig is om de voortgang van kwaliteitstransparantie te blijven monitoren. Daarom volgen herhaalmetingen. Ook vraagt de meting om acties van alle betrokken partijen, die zich al samen inzetten voor de afspraak om kwaliteitsinformatie voor 50 procent van de ziektelast openbaar te maken. Ook gaan wij als Zorginstituut meer regie voeren op kwaliteitstransparantie, met als geplande eerste stap een begin maken met het beschikbaar maken van uitkomstinformatie voor zes vormen van kanker.

Passend voorschrijven van medicijnen wordt makkelijker

Artsen en andere voorschrijvers kunnen binnenkort ruim 1.200 medicijnen beter voorschrijven. Hierdoor past het medicijngebruik beter bij de persoonlijke situaties van patiënten. Dit beter voorschrijven wordt mogelijk omdat het Farmacotherapeutisch Kompas (FK) medicijninformatie toevoegt van de apothekersorganisatie KNMP en adviezen geeft voor de dosering ervan. Dit doet het FK voor drie grote patiëntgroepen: patiënten met een verminderde nierfunctie, patiënten met ernstig overgewicht en patiënten met bepaalde genetische kenmerken.

Met de vernieuwde informatie in het FK is het voor voorschrijvers van medicijnen makkelijker om het juiste medicijn en de juiste dosering te kiezen en deze veiliger en gericht in te zetten. Dit leidt tot meer passende behandelingen, minder bijwerkingen en minder risico's voor de patiënt. Ook kan het leiden tot minder zorgkosten.



TAVI-operatie vergoed voor grote groep ouderen met vernauwde hartklep



Een grote groep 75-plussers met een vernauwde hartklep is goed geholpen met TAVI. De TAVI-hartoperatie is een alternatieve behandeling voor de openhartoperatie. Bij deze *Transcatheter Aortic Valve Implantation* (TAVI) krijgen patiënten een nieuwe kunstklep die wordt ingebracht via een bloedvat, meestal de lies. De behandeling is minder ingrijpend en patiënten brengen na afloop van deze behandeling minder dagen door op de intensive care dan bij een openhartoperatie.

In ons standpunt beoordelen we dat TAVI net zo veilig en effectief is als de standaardbehandeling en kan worden vergoed uit het basispakket. TAVI wordt al sinds 2020 vergoed voor patiënten bij wie een openhartoperatie een (te) hoog risico is. Met dit recente standpunt uit maart 2026 komen nu ook patiënten met een laag of gemiddeld operatierisico in aanmerking voor TAVI. Zij moeten wel 75 jaar of ouder zijn óf een maximale levensverwachting van tien jaar hebben.

Een vernauwde hartklep naar de grote lichaamsslagader is de meest voorkomende hartklepaandoening in westerse landen. In Nederland heeft zo'n een op de tien mensen tussen de 80 en 89 jaar aortaklepstenose. Dit is een vernauwing van de hartklep, waardoor de hartklep niet goed meer werkt en het hart niet goed bloed kan rondpompen. Veelvoorkomende klachten zijn pijn op de borst, vermoeidheid of benauwdheid.

Maagverkleining in basispakket voor kleine groep tieners met obesitas

Tieners met ernstig of zeer ernstig overgewicht bij wie het aanpassen van hun leefstijl en eetpatroon met een intensief traject niet genoeg helpt, komen in aanmerking voor een maagverkleining, ofwel bariatrische chirurgie. Wij komen tot deze conclusie op basis van bewijs uit nieuwe langetermijnonderzoeken. De vergoeding uit het basispakket geldt sinds 26 mei 2026.

Het gaat om bijna uitgegroeide jongeren tussen dertien en achttien jaar met een BMI van meer dan 40, of een BMI van 35 tot 40 die daarnaast een ziekte hebben die samenhangt met ernstig overgewicht. Zij hebben dan al een leefstijlbehandeling gehad om een gezonder eetpatroon aan te leren en meer te bewegen. Pas als dit traject onvoldoende heeft opgeleverd, wordt bariatrische chirurgie een optie. De maagverkleining maakt altijd deel uit van een breder traject met leefstijlbegeleiding en psychosociale ondersteuning. Na de operatie blijven patiënten minimaal vijf jaar onder intensieve behandeling. Ze moeten ook levenslang hun eetpatroon aanpassen, omdat ze alleen nog kleine porties kunnen eten.

Zo'n vijf- tot achthonderd Nederlandse jongeren kampen met (zeer) ernstig overgewicht. Hierdoor lopen ze al op jonge leeftijd risico op ernstige ziekten zoals diabetes type 2 of hart- en vaatziekten die hun gezondheid en kwaliteit van leven ernstig ondermijnen. Vaak hebben deze jongeren ook psychische problemen als gevolg van hun overgewicht. De verwachting is dat honderd tot honderdvijftig jongeren per jaar in aanmerking komen voor een uitgebreid selectietraject. Daarvan komen jaarlijks tien tot twintig jongeren in aanmerking voor deze behandeling.

Standpunten Zorginstituut:

Vergoeding hartrevalidatie en IMSR aan banden

Twee recente duidingen van het Zorginstituut leidden tot forse discussies in het veld. Hartrevalidatie bij stabiele angina pectoris en boezemfibrilleren wordt niet langer vergoed uit het basispakket. En interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie (IMSR) bij chronische pijn wordt alleen nog vergoed voor een beperkte groep patiënten. Karin Timm, lid van de Raad van Bestuur van het Zorginstituut, geeft tekst en uitleg.

Tekst Jos Leijen

Beeld De Beeldredactie | Marco Okhuizen

Het zijn twee dossiers die raken aan vragen waar het Zorginstituut steeds vaker mee te maken krijgt: welke interventie werkt, voor wie en tegen welke prijs? “We gaan hier niet lichtvaardig mee om”, zegt Karin Timm. “Juist omdat we weten hoeveel impact zulke besluiten hebben. Een standpunt komt nooit uit de lucht vallen. We verzamelen al het beschikbare bewijs, bespreken dat met beroepsgroepen, patiënten en verzekeraars, leggen het voor aan ons onafhankelijke adviesorgaan en wegen het uiteindelijk in de Raad van Bestuur.”

Hartrevalidatie: een lange aanloop

Hartrevalidatie bij patiënten met stabiele angina pectoris stond al langer ter discussie. Signalen uit het veld deden de vraag rijzen of het multidisciplinaire revalidatieprogramma voor deze patiënten wel aantoonbare gezondheidswinst oplevert. “We hebben de beroepsgroepen herhaaldelijk gevraagd om het beschikbare bewijs te versterken”, zegt Timm. “Voor deze indicaties is dat uiteindelijk niet gelukt. Daarom hebben we besloten om zelf te beoordelen of de zorg voldoet aan het criterium ‘stand van de wetenschap en praktijk’.”

Het standpunt is zorgvuldig afgebakend. Het gaat nadrukkelijk niet om alle indicaties voor hartrevalidatie. Voor bijvoorbeeld patiënten na een hartinfarct of hartoperatie blijft revalidatie gewoon vergoede zorg. Timm: “Maar bij stabiele angina pectoris en boezemfibrilleren konden we de meerwaarde van hartrevalidatie niet wetenschappelijk onderbouwen: dat het risico op ernstige complicaties afneemt, klachten verminderen en de kwaliteit van leven verbetert.” Hartrevalidatie is geen losse interventie, maar een bundel van activiteiten: fysieke training, voorlichting, leefstijlbegeleiding en psychosociale ondersteuning. Het standpunt van het Zorginstituut gaat over die bundel

als geheel. Onderdelen ervan kunnen nog steeds worden ingezet en vergoed, mits daar een aparte indicatie voor bestaat. “Het beeld dat patiënten opeens niets meer mogen, klopt niet. Maar het volledige revalidatieprogramma voldoet hier niet aan de criteria voor vergoeding uit het basispakket.”

IMSR: ander dossier, andere dynamiek

Bij IMSR voor mensen met chronische pijn ligt de situatie anders. Deze zorg werd in 2022 juist positief beoordeeld en opgenomen in het basispakket. De onderbouwing rustte op drie belangrijke wetenschappelijke studies. Maar twee daarvan werden in de zomer van 2024 ingetrokken wegens twijfels over de betrouwbaarheid van de data. Daarmee viel een groot deel van het bewijs weg. Een uitzonderlijke situatie, volgens Timm: “Als het fundament onder je bewijs wegvalt, kun je een positief standpunt niet zomaar handhaven.”

Tegelijkertijd realiseerde het Zorginstituut zich dat het hier gaat om een kwetsbare patiëntengroep, voor wie IMSR vaak een laatste behandeloptie is. Daarom kozen we voor een genuanceerde aanpak, waarbij we onderscheid maken tussen verschillende groepen patiënten. Voor mensen met pijnklachten die behandeld kunnen worden in de eerste lijn, is IMSR niet langer verzekerde zorg. Voor een kleine groep patiënten met complexe, samenhangende problematiek die te weinig baat hebben bij behandeling in de eerste lijn, blijft IMSR onder strikte voorwaarden wel beschikbaar. Voor lopende behandelingen geldt een overgangsregeling. Met de beroepsgroepen en de patiëntenvereniging is afgesproken dat er nieuw onderzoek moet komen om de effectiviteit van IMSR bij deze complexe patiënten te onderzoeken. Dat onderzoek moet in 2030 afgerond zijn. Dan start het Zorginstituut een nieuwe beoordeling.



“De behandelaar heeft in de spreekkamer te maken met de individuele patiënt. Pakketbeheer vraagt om een collectieve afweging. Dat botst soms, maar het is wel dezelfde werkelijkheid”

Geen zorg onthouden

Besluiten als deze roepen emoties op bij patiënten en zorgverleners, en dat is begrijpelijk. “Mensen ervaren soms dat een behandeling voor hen werkt”, erkent Timm. “En dan voelt het oneerlijk als wij zeggen: het bewijs is onvoldoende.” Maar volgens haar is de wetenschappelijke bewijslast precies waar pakketbeheer om draait. “We willen zeker weten dat zorg die we collectief betalen, daadwerkelijk doet waarvoor zij bedoeld is. Als ik een stofzuiger koop, wil ik dat hij zuigt. Anders ga ik terug naar de winkel. In de zorg is dat natuurlijk complexer, maar het principe is hetzelfde: je wilt geen zorg aanbieden of vergoeden waarvan we niet kunnen aantonen dat die effectief is.”

Samen leren

De dossiers laten ook zien hoe belangrijk samenwerking met het veld is. Met de revali-

datieartsen verliep die samenwerking volgens Timm intensief en constructief. “Er was veel bereidheid om samen te kijken wat er nodig is aan onderzoek en betere indicatiestelling.” Met cardiologen kostte het meer tijd om elkaar te vinden, maar inmiddels is met hen afgesproken gezamenlijk vervolgonderzoek op te zetten. Volgens Timm ligt hier een belangrijke les. “We moeten eerder met elkaar aan tafel. Niet pas als de spanning al is opgelopen, maar daarvoor, aan de voorkant. En we moeten elkaar beter begrijpen in onze rol. De behandelaar heeft in de spreekkamer te maken met de individuele patiënt. Pakketbeheer vraagt om een collectieve afweging. Dat botst soms, maar het is wel dezelfde werkelijkheid.”

Vooruitkijken

Pakketbeheer wordt de komende jaren alleen maar belangrijker. Door personeelstekorten,

stijgende zorgvraag en stijgende kosten is niet alles meer vanzelfsprekend. “Passende zorg begint bij de vraag: werkt het? Maar ook bij de vraag of we de zorg zo organiseren dat ze toegankelijk en betaalbaar blijft voor iedereen.”

De twee standpunten laten zien hoe moeilijk die afwegingen soms zijn. Maar ook dat ze niet bedoeld zijn als eindpunt, meent Timm. “Als nieuw onderzoek laat zien dat zorg wél effectief is, dan kijken we opnieuw. Daarmee benadrukken beide dossiers dat pakketbeheer geen sluitstuk is, maar een voortdurend proces van afwegen, leren en bijstellen.”

Pakketbeoordeling in de langdurige zorg

Pakketbeheer is een van de kerntaken van het Zorginstituut. Tot nu toe pasten wij pakketbeoordeling vooral in de Zorgverzekeringswet toe. Nu onderzoeken we hoe we pakketbeoordeling kunnen uitbreiden naar de langdurige zorg. Daarvoor ontwikkelen we een activiteitenplan.

Tekst Frank van Wijck

Beeld Marieke Odekerken

“Dat dit niet eerder deze aandacht kreeg is op zich begrijpelijk”, stelt Esther de Louwere, senior adviseur langdurige zorg bij het Zorginstituut. “De langdurige zorg wordt gekenmerkt door integrale complexe zorg aan een zeer heterogene groep. Bovendien is de zorg minder op genezing gericht en meer op kwaliteit van leven en bestaan. Deze verschillen hebben effect op de manier waarop pakketbeoordelingen vorm krijgen. Dit neemt niet weg dat ook aan deze mensen effectieve zorg moet worden geboden.”

Daarom richt het Zorginstituut nu haar blik op de mogelijkheden voor pakketbeoordeling in de langdurige zorg. Na twee eerdere rapporten hierover in 2025 publiceren we nu het rapport *Pakketbeoordeling in de langdurige zorg – Activiteitenplan*.

Vier actielijnen

Om de vraag te kunnen beantwoorden of bepaalde zorg thuishoort in het basispakket, gebruikt het Zorginstituut vier pakketcriteria: effectiviteit, noodzakelijkheid, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid. Met deze criteria bestaat nog weinig ervaring in de langdurige

zorg. Twee expertgroepen concluderen op basis van onderzoek dat ze ook daarvoor toepasbaar zijn. Daarbij hadden de expertgroepen nog wel een aantal aanbevelingen. Deze hebben wij nu vertaald in de volgende vier actielijnen.

Het eerste advies: werk de pakketcriteria zo uit dat ze toepasbaar worden in de Wlz.

De actielijn hiervoor: pas de terminologie voor de pakketcriteria ‘noodzakelijkheid’ en ‘uitvoerbaarheid’ beter aan de Wlz aan. En doe in de praktijk meer ervaring op met de beoordelingen aan de hand van het criterium ‘effectiviteit’.

Het tweede advies: ontwikkel een gedeelde visie/agenda op pakketbeheer in de Wlz.

De actielijn hiervoor: het Zorginstituut start gesprekken met partijen om die visie/agenda te ontwikkelen. Die gaat over het agenderen van onderwerpen voor pakketbeheer, het uitvoeren van beoordelingen en het toepassen van uitkomsten in de praktijk.

Het derde advies: verduidelijk het criterium ‘redelijkerwijs aangewezen op’.

De actielijn hiervoor: het Zorginstituut gaat uitleggen wat dit criterium precies betekent en waarvoor het bedoeld is. We gaan in

gesprek met betrokken partijen hoe dit criterium te gebruiken is om te bepalen welke zorg nodig is voor de individuele cliënt.

Het vierde advies: versterk de kennis en implementatie in de Wlz.

De actielijn hiervoor: het Zorginstituut sluit aan bij de kennisinfrastructuur Langdurige Zorg en gaat daarbij kennisontwikkeling en pakketbeheer in de langdurige zorg beter met elkaar verbinden. We versterken de samenwerking tussen academische werkplaatsen, lectoraten en practoraten, rond een betere afstemming van onderzoek op pakketvraagstukken en passende zorg. Ook onderzoeken we hoe pakketbeslissingen kunnen worden gebruikt bij de ontwikkeling en vernieuwing van richtlijnen en kwaliteitsverbeteringen.

Waarde voor de patiënt

Het doel van deze actielijnen is het beter verbinden van pakketbeheer met de praktijk en waarde toevoegen voor cliënten. “De scope van het proces is nu bepaald tot eind 2027”, zegt De Louwere, “maar het zal ook daarna aandacht vragen. Met partijen tot een gedeelde visie op pakketbeheer komen vergt tijd. Voor de totstandkoming van het rapport zijn verschillende partijen, waaronder de patiëntverenigingen, geconsulteerd. Zij zullen ook bij de verdere ontwikkeling van de visie betrokken worden.” Dit proces past binnen het programma ‘Verbeteren en Verbreden Toets op het Basispakket’ van het ministerie van VWS en het Zorginstituut. De vraag of pakketbeheer kan worden toegepast op de langdurige zorg vloeit hieruit voort. |

Troebel water

Matthijs Versteegh



Column

Met hun armen geheven staan ze agressief op het fietspad: “Stop, of mijn scharen, net groter dan je ventiel, zullen maken dat je spijt hebt van je beslissing”; de Amerikaanse rivierkreeft leeft hier boven zijn stand. Ze zijn uitheems, deze kleine kreeftjes, en kennen al jaren een ongebreidelde groei in Nederland. Het ecosysteem is er kwetsbaar voor. De beestjes woelen in de grond, een troebele sloot tot gevolg, zonlicht dat niet meer tot de bodem komt, waterplantjes gaan dood, gaatjes worden gegraven in dijken. Door een gebrek aan natuurlijke vijanden lijken de gewone regels van de natuur voor hen niet te gelden.

Het probleem is niet de rivierkreeft zelf. Die kwam hier veertig jaar geleden om aquaria te vullen. Het probleem is dat er, door gebrek aan natuurlijke regulering, sprake is van ongebreidelde groei. De populatie groeit totdat het systeem waarin het leeft dusdanig kraakt dat het bezwijkt. Dat mechanisme, waarbij regulering nodig is om ongebreidelde groei tegen te gaan, kennen we op meer plaatsen dan de sloot.

De parallel met de zorg is niet ver te zoeken. Want zorg heeft ook geen natuurlijke vijand. De zorg bestaat eigenlijk uit een groep mensen die heel graag zorg biedt en een groep mensen die zorg nodig heeft. Dat betekent dat de twee belangrijkste partijen samen hetzelfde willen: zorg!

Er is natuurlijk wel een rem bedacht ooit; dat zijn de zorgverzekeraars. Werkt dat goed? Daar valt over te twisten. In de analogie van de rivierkreeften zijn de zorgverzekeraars eerder een paar hongerige meeuwen die hier en daar een kreeftje eten dan een groot ingrijpend visnet in de sloot. Ondanks de beeldvorming zijn zorgverzekeraars helemaal niet zo machtig.

Om rivierkreeften te bestrijden moeten we ook anderen dan beroepsvissers toestaan ze te vangen: het openstellen van het systeem voor niet-professionals. Zoiets is ook nodig in de zorg. Hoe gek het ook klinkt: de ‘natuurlijke vijand’ van de zorg is de premiebetaler: burens, ooms, tantes, leraren en stratenmakers. Laat hen rivierkreeften vangen. Laat hun stem zwaarder meetellen in het bepalen van het zorgaanbod, bijvoorbeeld in de vorm van een burgerberaad. De uitkomsten zouden ons wel eens kunnen verrassen: wellicht kiezen burgers heel anders dan professionals. Ze zijn niet, zoals politici, bezig met herkozen worden, voelen de gevolgen van keuzes in de zorg in hun portemonnee en maken dagelijks ingewikkelde afwegingen in hun eigen leven. Of de zorg er goedkoper van wordt weet ik niet, maar de sloot wordt er sowieso minder troebel van.

“Net als de Amerikaanse rivierkreeft heeft de zorg hier geen natuurlijke vijand. Beide kunnen dus ongebreideld groeien”

10

vragen aan Ad Melkert

Tekst Edith Bijl

Beeld De Beeldredactie | Joost Hoving

PERSONALIA

Ad Melkert studeerde politicologie aan de Universiteit van Amsterdam en was vanaf 1986 voor de PvdA lid van de Tweede Kamer, minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, en fractievoorzitter en partijleider. In 2002 sloot Melkert zijn politieke carrière af en werkte hij onder meer bij de Wereldbank en de Verenigde Naties en was Staatsraad in buitengewone dienst bij de Raad van State. Sinds 2018 is Melkert voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ).

1 Wat is uw eerste ervaring met de gezondheidszorg?

“Het knippen van mijn amandelen. Ik was toen zo’n twee, drie jaar oud. De herinnering is heel vaag. Ik weet alleen nog dat de dokter met een soort washandje over mijn neus ging... en *the rest is history*.”

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

“Dan was ik meer in de sfeer van de psychologie terechtgekomen. Iets waar ik mensen verder kon helpen door hen meer te verzoenen met hun omgeving. Dat ik ze kon helpen zichzelf te doorgronden, zodat ze met dat beeld van zichzelf voldoende comfort vinden om met het leven en de uitdagingen in het leven om te gaan.”

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

“Een verleidelijke vraag. Dan wil ik onderzoeken hoe de met premie en belastinggelden gefinancierde zorg kan worden gedefinieerd als dienst van algemeen economisch belang. Dus meer zoals de volkshuisvesting met de sociale woningbouw is ingericht.

Het huidige zorgsysteem is een hybride systeem waarin marktwerking en publieke sturing door elkaar heen lopen. Daar is meer ordening van verantwoordelijkheden



“Ik zie het huidige bestuurlijke kwartaaloverleg IZA/AZWA als het medebestuur van de zorg in de toekomst, naast natuurlijk VWS. Het verder versterken en institutionaliseren van het gezamenlijke overleg is de weg naar de toekomst. Inclusief natuurlijk de versterking van de samenwerking met het sociaal domein”

nodig vanuit het algemeen publieke belang. Concurrentie krijgt meer de vorm van benchmarking zodat we wel blijven beschikken over mechanismen die de efficiënte organisatie en kostenbeheersing waarborgen. Binnen dit systeem krijgt de minister van VWS meer sturingsmogelijkheden en krijgt ook de NZa een sterkere rol.”

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

“Zorg die als niet effectief wordt beschouwd. Zeker als vanuit het programma ‘Zorgevaluatie & Gepast Gebruik’ wordt aangegeven dat zorg niet zinvol en onnodig is, kan die er wat mij betreft uit.”

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

“Alle zorg die te maken heeft met anti-conceptie; die moet heel laagdrempelig beschikbaar zijn, vind ik. Dat geldt ook voor fysiotherapie. Vooral ouderen moeten daar goed toegang toe hebben.”

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

“Dan kijk ik op thuisarts.nl. Die site geeft heel zinnige adviezen die helpen bij de overweging of je het nog even kunt uitzitten of dat het toch verstandig is om naar de huisarts te gaan.”

7 Wat is uw favoriete zorgwoord?

“Dat zijn er twee: verpleegkundigen en verzorgenden. Bij elk bezoek aan een ziekenhuis ben ik weer onder de indruk van de zwaarte van hun werk, maar óók van de opgewekte motivatie en innovatiedrang die zij uitdragen. Ik zie dat er de laatste jaren in ziekenhuizen steeds beter wordt geluisterd naar verpleegkundigen en verzorgenden. Zij praten en denken vaker mee op bestuursniveau, bijvoorbeeld over de inrichting van de zorg binnen het ziekenhuis en de samenwerking met instellingen in de keten. Zo hoort het ook, wat mij betreft. Want daar heeft iedereen baat bij.”

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

“Ik ga ervan uit dat ik dan op de mannenafdeling lig, dus een man moet kiezen. Dan kies ik voor John de Wolf. Ik zou dan graag

eens een van zijn vele mooie anekdotes uit de voetbalwereld willen horen. Ook verneem ik dan graag hoe het loopt bij mijn favoriete club Feyenoord. Maar ik wil hem dan ook gelijk wat adviezen meegeven. Over de opstelling bijvoorbeeld, daar mag best wat meer lijn in!”

9 Wat vindt u de belangrijkste voorwaarde voor goede zorg?

“Daar kun je veel kanten mee op. Vanuit mijn verantwoordelijkheid gezien, denk ik aan het verder intensiveren en verdiepen van de samenwerking in de keten, dus tussen de eerste, tweede en derde lijn, de ouderenzorg en zeker ook de ggz. De ggz vervult een sleutelrol in het bieden van zorg aan mensen die dat nodig hebben, maar ook in het aankunnen van de zorgvraag, nu en in de toekomst. Ik vind het ook belangrijk dat we meer kijken naar de maatschappelijke factoren die vaak ten grondslag liggen aan de zorgvraag, zoals leefstijl en psychisch welbevinden. We moeten dus met een bredere blik kijken hoe we de zorg organiseren en hoe we voorkomen dat mensen een beroep doen op de zorg. Dat is een belangrijke pijler om de zorg in de toekomst beschikbaar, betaalbaar en kwalitatief hoogwaardig te houden.”

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

“Voortbordurend op wat ik bij vraag 3 al zei, hoop ik dat er een versnelling en verdieping komt van de samenwerking die met IZA en AZWA is ingezet. Hoewel nog in ‘embryonale’ vorm, zie ik het huidige bestuurlijke kwartaaloverleg IZA/AZWA als het medebestuur van de zorg in de toekomst, naast natuurlijk VWS. Het verder versterken en institutionaliseren van dat gezamenlijke overleg is de weg naar de toekomst. Dat biedt ons ook de gelegenheid om de echte prioriteiten met elkaar te delen en het daarvoor benodigde werk op elkaar af te stemmen. Daarvoor moeten ook de arbeidsmarkt en cao-voorwaarden meer convergeren, zodat de zorg ook op dat vlak één geheel wordt. En natuurlijk hoort hier ook de versterking bij van de samenwerking met het sociaal domein, zoals in het IZA en AZWA ligt besloten.” |

De rol van de SROI-methodiek in de zorgtransitie

Onderzoek door VitaValley brengt de *Social Return On Investment* (SROI) van de Rotterdamse zorgzame gemeenschap Zorgvrijstaat in kaart. In dit tweede deel van de serie ‘Werken aan de zorgtransitie’ lichten we toe hoe de SROI-methodiek werkt en wat het belang ervan is voor het Zorginstituut in ons streven naar passende zorg.

Tekst Frank van Wijck

Beeld Paul van der Blom, Boudewijn Bollmann

Dertien jaar geleden kwam de Rotterdamse Zorgvrijstaat tot stand. Een initiatief dat werkt aan zorgzame buurten waar mensen eigenaarschap voelen en zeggenschap hebben over hun eigen zorg en welzijn. Het kernbegrip is samenredzaamheid. “De aanleiding was de op handen zijnde decentralisatie van Rijksoverheidstaken naar de gemeente”, vertelt Dennis Lohuis, een van de initiatiefnemers van Zorgvrijstaat. “De vraag was of daarmee niet heel veel werd kapotgemaakt wat eerder was opgebouwd, en of gemeenten de verantwoordelijkheid voor zorg, hulp en ondersteuning wel aankonden. Dat mensen meer zelf moesten gaan doen was logisch, maar daarvoor moesten ze dan wel ook eigenaarschap kunnen ervaren.”

De initiatiefnemers hadden niet heel vastomlijnde resultaten voor ogen met hun initiatief om zelfregie en herstel vorm te geven. “We begonnen gewoon met mensen bij elkaar te brengen om te zorgen



‘Aanschuiven’ is een van de projecten van de Zorgvrijstaat. Dit ‘netwerk van ontmoetingen’ verbindt de buurtmaaltijden van verschillende organisaties onder één noemer tot wijkvoorziening, waar bewoners samen kunnen eten en elkaar ontmoeten.

voor elkaar. Dat bleef maar groeien”, zegt Lohuis. “In ‘zorgen’ zit zorg, wat geclaimd is door professionals en beleid. Het is erg uit de samenleving gehaald maar het is ook gewoon van ons. Als je vertrekt vanuit wat mensen voor elkaar kunnen betekenen en dat versterkt, realiseer je iets heel waardevols. Want ga maar na: hoeveel vragen aan de huisarts hebben in feite niet een sterke sociale component?”

Maatschappelijke opbrengst

Maar hoe is dat ‘waardevolle’ te kwantificeren? Wat levert een initiatief als Zorgvrijstaat in maatschappelijke zin op, wat is de maatschappelijke impact? Om precies dit in kaart te brengen, is VitaValley ruim tien jaar geleden gestart met toepassing van de

SROI-methodiek. Projectleider impactstudies Jolijn van den Broek van VitaValley: “Wij zetten ons als onafhankelijke netwerkorganisatie in voor de transitie van zorg naar gezondheid. Zorgzame gemeenschappen zoals Zorgvrijstaat zijn een goed voorbeeld in het realiseren van dit transitiedoel. Ze kunnen bijdragen aan de oplossing voor de problemen waarmee de zorg te maken heeft, zoals personeelskrapte en stijgende vraag.”

VitaValley ziet de SROI-methodiek als een werkbare methode om de dialoog op gang te brengen tussen de stakeholders die in deze transitie een rol spelen: overheid, zorg en welzijn, gemeenten, zorgverzekeraars, inwoners, vrijwilligers en de zorgzame gemeenschappen zelf. “Naast

werken aan de zorgtransitie

Project Vrij Betekenen van Zorgvrijstaat: tekenen als laagdrempelig excuus voor een goed gesprek, ook als het wat minder goed met je gaat.



de economische waarde willen we ook de sociale waarde van zo’n initiatief in kaart brengen.”

Waardering in euro’s

De SROI-systematiek combineert informatie uit co-creatie, interviews en literatuur tot financiële waarderings. “Voor de bepaling van kwaliteit van leven heeft de wetenschap de QALY vastgesteld”, vertelt Van den Broek, de *quality adjusted life year*. Dit is de basis voor de monetaire waarde.” In de SROI-analyse worden vervolgens in co-creatie met betrokkenen bij het zorgzamebuurtinitiatief de sociale en maatschappelijke effecten ervan – zoals kwaliteit van leven en participatie – in hun orde van grootte bepaald, getoetst en nader onderbouwd met narratief. Door alle verzamelde informatie te combineren worden de baten in euro’s gewaardeerd. “Natuurlijk blijft altijd sprake van moeilijk monetariseerbare baten. Dat mensen elkaar gaan helpen, geeft een gevoel van veiligheid en verbondenheid. Dat leidt tot minder eenzaamheid en aanspraak op het sociaal domein, wat je niet een-op-een kunt vertalen naar een concrete kostenbesparing. Maar het is wel belangrijke waarde, dus nemen we het wel mee in onze SROI-rapportage. De SROI-ratio als eindgetal van het onderzoek kun je dan zien als minimale waarde, als ondergrens, omdat je dus een deel niet kunt meerekenen.”

Goede investering

VitaValley toonde met de SROI-methodiek al de meerwaarde aan van zorgzamebuurtinitiatieven als Eijsden Sociaal Centrum en Pandg in Zaltbommel. “Beide laten een mooie SROI-ratio zien, die we ook voor Zorgvrijstaat verwachten”, zegt Van den Broek. “In dit initiatief ontstaat zonder dat het veel

BELANG SROI-METHODIEK VOOR ZORGINSTITUUT

“Veel mensen voelen intuïtief de meerwaarde van initiatieven van zorgzame gemeenschappen zoals Zorgvrijstaat”, zegt Charlotte Roos, veranderekundige bij het Zorginstituut. “Tegelijkertijd is die waarde vaak lastig zichtbaar te maken met de bekende manieren van meten en beoordelen in de zorg. Daarom is de SROI-methodiek interessant, als manier om breder te onderzoeken welke maatschappelijke impact zulke initiatieven hebben. Dit helpt om daarover het gesprek te voeren.”

“Het doel van het Zorginstituut is: passende zorg, nu én in de toekomst. Hiermee willen we komen tot mensgerichte, houdbare en duurzame zorg. Veel betrouwbaarheids- en toegankelijkheidsvraagstukken spelen zich af op het snijvlak van zorg, welzijn en samenleving. Initiatieven zoals Zorgvrijstaat zoeken juist op dat snijvlak naar nieuwe manieren om samenleven, gezondheid en ondersteuning met elkaar te verbinden. Daarbij staat goed sámen leven centraal. Een SROI kan helpen om beter te begrijpen welke impact zulke initiatieven hebben en de rol en waarde ervan te erkennen. Formele, mensgerichte zorg kan daaraan waar nodig ondersteunend zijn en bijdragen aan kwaliteit van leven, gezondheid en samenredzaamheid. We moeten samen leren hoe de formele zorg en zorgzame gemeenschappen elkaar kunnen versterken en kunnen bijdragen aan gemeenschappen waarin mensen naar elkaar omzien. Een SROI kan helpen om die bredere maatschappelijke waarde zichtbaar en bespreekbaar te maken en zo bij te dragen aan gezamenlijke keuzes over hoe we passende zorg toekomstbestendig organiseren.”

Vijf jaar Luxturna: gepast gebruik door gezamenlijke afspraken

Vijf jaar na de start van het weesgeneesmiddelenarrangement voor Luxturna blijkt deze oogheelkundige gentherapie de verwachtingen in te lossen. De behandeluitkomsten, de centrale indicatiestelling en de registratie geven het Zorginstituut vertrouwen in de uitvoering van het arrangement. Wel heeft voortschrijdend inzicht geleid tot de afweging om eerst één oog te behandelen en niet beide.

Tekst Robert van der Broek

Beeld David Rozing (ANP)

Luxturna is een medicijn tegen erfelijke netvliesdystrofie, een aangeboren oogziekte die rond het veertigste levensjaar tot blindheid leidt. Omdat er op dat moment geen enkel ander alternatief was om de ziekte af te remmen, gaf het Zorginstituut in 2020 een positief pakketadvies voor deze veelbelovende gentherapie. Een jaar later volgde het weesgeneesmiddelenarrangement. Artsen, zorgverzekeraars en het Zorginstituut hebben daarin afspraken gemaakt over gepast gebruik van Luxturna.

Versterking van het netvlies

In maart 2026 zijn de successen, leerpunten en vervolgacties van het arrangement geëvalueerd. “Vrijwel iedereen die een indicatie kreeg voor de behandeling met Luxturna wilde het hebben. Het perspectief om beter te zien was een sterke aanjager. Zij hebben een goed afgewogen keuze kunnen maken met de juiste patiënteninformatie, en door samen te beslissen met de oogarts”, zegt Pierre van Grunsven, medisch adviseur van het Zorginstituut. Oogarts Ingeborgh van den Born, lid van de indicatiecommissie: “De winst van Luxturna zit in de toename van de lichtgevoeligheid van het netvlies, met name

van de staafjes, de netvliescellen die je nodig hebt om in het schemer en donker te kunnen zien. Je zult bijvoorbeeld in de winter ook na vijf uur ’s middags nog naar buiten kunnen.” Er zijn 26 patiënten behandeld, iets minder dan de 31 patiënten die vijf jaar geleden werden geraamd. Ook de samenwerking met de drie aangewezen behandelcentra in Rotterdam, Amsterdam en Nijmegen is soepel verlopen en wordt voortgezet. Het Oogziekenhuis Rotterdam heeft het grootste cohort van de drie: 65 patiënten, terwijl er in heel Nederland naar schatting minder dan honderd patiënten zijn.

Patronen in het gordijn

Luxturna is alleen geschikt voor patiënten met een RPE65-mutatie (zie ook toelichting in onderstaand kader) én nog voldoende levensvatbare fotoreceptoren. Behandeling op hoge leeftijd heeft dus naar verwachting weinig tot geen effect. De lichtgevoeligheid van het netvlies wordt gemeten met de *Full-field Sensitivity Threshold (FST)*. Dat gebeurt volgens dezelfde parameters als in de fase-III-studie; het klinisch onderzoek waarin de effectiviteit, veiligheid en bijwerkingen van Luxturna zijn onderzocht. Uit de resultaten

blijkt dat de helft van de patiënten een significante verbetering heeft van de netvliesfunctie. Daardoor ervaren zij meer zelfstandigheid en zeggen ze meer zelfvertrouwen te hebben gekregen. Een van de behandelde patiënten beschrijft zijn ervaring als volgt: “In 2022 ben ik aan beide ogen behandeld. Het vooruitzicht zonder behandeling was ongunstig; ik zou blind zijn als ik 45 jaar was. Omdat wereldwijd nog maar weinig patiënten waren behandeld, keek ik er wel een beetje tegenop. Toen ik na de operatie aan mijn rechteroog thuiskwam, zag ik ineens scherpe patronen in het gordijn die ik nog nooit had gezien. Ook mijn nachtzicht is verbeterd; ik durf weer ’s nachts buiten te zijn.”

Beeldvormende technieken

Bij ruim een op de tien patiënten kunnen bijwerkingen optreden. De meest voorkomende zijn tijdelijk van aard en treden op rond de operatie. Een bijwerking die niet was opgemerkt in de studies is chorioretinale atrofie (CRA; dunner worden van netvlies en vaatvlies). “Dat komt omdat in het onderzoek alleen naar het functionele eindpunt werd gekeken en geen gebruik werd gemaakt van imaging, zoals foto’s of scans van het netvlies”, legt Van den Born uit. “Door melding van collega’s uit het buitenland werden wij daarop geattendeerd.” Deze bevindingen hebben gevolgen gehad voor de behandelstrategie. “Door die meldingen hebben we een stap teruggedaan in de behandeling. We behandelen voortaan in principe eerst één oog.”

Behandeling tweede oog

Het resultaat van het eerste oog kan al voldoende zijn voor het dagelijks functio-



Van Grunsven:
“Patiënten hebben een goed afgewogen keuze kunnen maken met de juiste patiënteninformatie, en door samen te beslissen met de oogarts”

neren. Daardoor is het behandelen van het tweede oog misschien niet noodzakelijk, zegt Van den Born. “Het langetermijneffect van Luxturna is onbekend en het effect van de behandeling kan per patiënt verschillen. In principe behandelen we maar één oog. Alleen kan het voorkomen dat een tweede ingreep toch een toegevoegde waarde heeft. Bij kleine kinderen kan het bijvoorbeeld gebeuren dat het behandelde oog maakt dat het onbehandelde oog ‘lui’ en dus nog slechter wordt.”

Noodscenario

Een andere potentiële besparing wordt door de beroepsgroep niet aanbevolen. Voor elke behandeling met Luxturna levert de apotheker een extra spuit. Uit de evaluatie blijkt dat die nog nooit nodig is geweest. De beroepsgroep vindt dat de tweede spuit toch gehandhaafd moet blijven. Van den Born licht toe: “De apotheker bereidt de werkzame stof en verdeelt deze over twee spuiten volgens voorschrift. Daarna heb je vier uur de

tijd om deze te gebruiken. Mocht een spuit onsteriel worden door welke reden dan ook, is er altijd nog een reservespuit en kan de operatie veilig uitgevoerd worden. Dat is een geruststellende gedachte. Luxturna wordt per patiënt besteld en ligt dus niet bij ons op voorraad.”

Wat is Luxturna?

Luxturna is ontwikkeld voor erfelijke netvliesdystrofie, een zeldzame aandoening die wordt veroorzaakt door mutaties in het RPE65-gen. Dit gen maakt eiwitten aan die nodig zijn voor de lichtgevoeligheid van het netvlies. Het ziekteverloop kenmerkt zich door ernstige nachtblindheid, nystagmus (trillende ogen), een afnemende gezichtscherpte en een geleidelijke achteruitgang van de visuele functie. Rond het veertigste levensjaar zijn de meeste patiënten maatschappelijk blind. Luxturna bevat een gezond RPE65-gen dat is verpakt in een genetisch gemodificeerd virus. De vloeistof wordt met een operatie onder het netvlies geïnjecteerd, waarna het nieuwe gen in de cellen normaal RPE65-eiwit gaat aanmaken, dat essentieel is voor de visuele cyclus. Daardoor wordt een deel van de netvliesfunctie hersteld.

Feiten & Cijfers

340 meldingen

van seksueel grensoverschrijdend gedrag ontving de IGJ in 2025 van cliënten en zorgpersoneel. De meeste meldingen kwamen uit de gehandicaptenzorg (100) en de ggz (80).

BRON: IGJ

De geraamde lasten voor oefentherapie laten in het 1^e kwartaal van 2026 **een stijging van 6,1%** zien (ofwel € 2,2 miljoen) ten opzichte van 2025. Oorzaak: vanaf 2026 wordt oefen- en fysiotherapie bij heup- en knieartrose (max 12 behandelingen per jaar) vergoed.



BRON: ZORGINSTITUUT

€ 31.800.000.000

bedroegen de maatschappelijke inzet en kosten voor dementie in 2025. Daarvan bestaat bijna € 16 miljard uit directe kosten voor verpleeghuiszorg en zorg thuis. Verder zijn ook de indirecte kosten van de inzet van vrijwilligers (mantelzorgers) hierin meegenomen.

BRON: ERASMUS SCHOOL OF HEALTH POLICY & MANAGEMENT

Ongeveer 10%

van de uitgaven voor de Wet Langdurige zorg (Wlz) zijn toe te rekenen aan het Persoonsgebonden budget (PGB).

BRON: ZORGINSTITUUT

8,2%

bedroeg het ziekteverzuim in de Nederlandse gezondheidszorg in het 1^e kwartaal van 2026. Binnen de zorgsector is het ziekteverzuim het hoogst in de verpleging, verzorging en thuiszorg (9,9%). In heel Nederland lag dat op 5,8% in dezelfde periode.

BRON: CBS



De kosten voor huisartsenzorg stegen in het 1^e kwartaal 2026 naar verwachting met **8% (€ 421,6 miljoen)** ten opzichte van 2025. Oorzaak: verhoging van de tarieven voor huisartsenzorg en van de vergoeding voor Meer Tijd Voor de Patiënt (MTVP).

BRON: ZORGINSTITUUT

In 2025 kwamen er **10.341** meldingen over euthanasie binnen. Dat is bijna 4% meer dan in 2024 (9.958 meldingen).

BRON: REGIONALE TOETSINGSKOMMISSIES EUTHANASIE

€ 7.300.000.000 winst boekten zorgaanbieders in 2024. Zij zetten bijna € 123 miljard om.

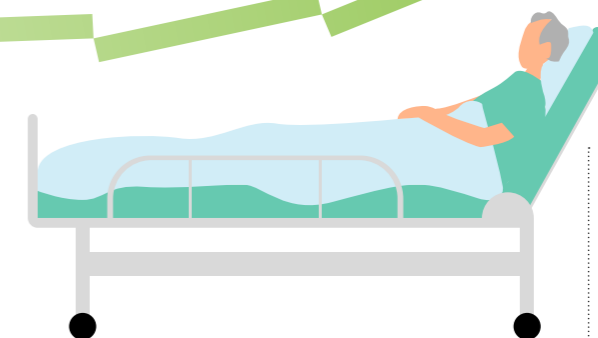
BRON: NZA

680 nieuwe geneesmiddelen

komen op de Europese markt in de komende 2 jaar. Het gaat om:

- 358 nieuwe geneesmiddelen.
- 308 bestaande geneesmiddelen die een nieuwe indicatie krijgen.
- 7 generieke geneesmiddelen
- 7 biosimilars.

BRON: HORIZONSCAN GENEESMIDDELEN (ZORGINSTITUUT)



Bijna **300.000 onnodige ligdagen** telden ziekenhuizen in 2025. Ofwel: dagelijks werden **815 ziekenhuisbedden** onnodig bezet gehouden. In totaal ging dat om ruim 56.000 patiënten waarvan de gemiddelde leeftijd boven de 75 lag.

BRON: DUTCH HOSPITAL DATA

1 op de 6 kinderen

heeft al een gezondheidsachterstand vóór de geboorte.

- In achterstandswijken is:
- het aantal baby's met een te laag geboortegewicht 40% hoger dan gemiddeld.
 - de babysterfte 70% hoger dan gemiddeld.

BRON: ERASMUS MC

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

De stelling van Danielle Cohen

“Een nicotineverbod voor jongeren is de meest winstgevende gezondheidsinterventie ooit”

Ze is veelvuldig in het nieuws door haar strijd tegen vapes. Met het landelijke platform ‘Vapen #jouwkeuze’ waarschuwt longpatholoog Danielle Cohen voor de risico’s van vaperen en de ziekmakende verleidingen van de tabaksindustrie. Cohen pleit voor een systeemaanpak waarbij de overheid strenge regels stelt en handhaaft. Door nu al een permanent verbod op nicotineproducten naar leeftijd aan te kondigen – een generationeel nicotineverbod – kan er straks een volledig rookvrije samenleving zijn. “Ik spreek me uit als arts, maar ook als moeder en bezorgde burger.”

Tekst Robert van der Broek

Beeld Rogier Chang

“Mijn strijd tegen vaperen begon op de werkvloer. Als patholoog in het LUMC houd ik me bezig met moleculaire diagnostiek bij longkanker: ‘onder de motorkap kijken’ naar mutaties in tumorcellen. Hightech precisiewerk. De afgelopen tien jaar is de behandeling van longkanker daardoor verbeterd, met soms indrukwekkende resultaten dankzij immunotherapie en doelgerichte therapie. Maar meer dan 85 procent van de longkankergevallen wordt veroorzaakt door roken. Een vermijdbare ziekte dus. Nederland kent 20.000 tabaksdoden per jaar en 700.000 chronisch zieken. Terwijl ik dag in dag uit zag hoe nieuwe behandelingen levens verlengen, zag ik tegelijkertijd een nieuwe generatie als een blok vallen voor de *vape*. Ik dacht: dit kan niet waar zijn. Niet nog een generatie die als tiener verslaafd raakt en straks opnieuw in het medische circuit belandt. Dat kon ik niet verkroppen. In 2023 richtte ik samen met Frank Borm, longarts in het AVL-NKI, het platform ‘Vapen #jouwkeuze’ op. Een platform dat artsen koppelt aan scholen die voorlichting hebben aangevraagd. Artsen geven die voorlichting gratis, want nicotineverslaving is de grootste oorzaak van de gezondheidskloof en die mag onder geen beding groter worden. Inmiddels zijn vijftienhonderd collega’s ingeschreven. Van oogartsen tot kinderartsen, van huisartsen tot pathologen, van coassistenten tot gepensioneerden. De bereidheid van artsen om in actie te komen is enorm. En dat zegt iets: heel veel artsen zijn gefrustreerd omdat we nog altijd zo veel ziekte door roken behandelen en er tegelijkertijd elke dag nieuwe nicotineverslaafden bij komen.”

Dealers op het schoolplein

“We komen uit een tijd waarin het de goede kant op ging. Er kwamen steeds minder tabakswinkels. Er kwam een rookverbod in de horeca. De prijs van een pakje sigaretten steeg gestaag. >

“Nicotine in zo’n jong brein leidt tot snelle, diepe verslaving. Uiteindelijk is ziekte door roken en vaperen alleen te voorkomen als de jeugd niet meer kan beginnen. Elke wet of maatregel die dat doel nastreeft, is effectief”



“Zo gemakkelijk als tieners aan nicotine komen, zo moeilijk komen ze er ook weer van af”

Het aantal rokers daalde jaar na jaar. Maar in de jaren 2000 veranderde de wereld razendsnel. Sociale media rukten op en met de opkomst van de vape in verleidelijke smaakjes, zag de industrie haar kans schoon om de jeugd opnieuw te veroveren. Snapchat bleek een virtuele marktplaats. Via dat platform komen zelfs de jongste tieners van elf, twaalf jaar gemakkelijk aan vapes. Dealers pushen berichten: ‘Deel mijn prijslijst op jouw tijdlijn en krijg korting op je volgende vape’. De verslaving die jongeren door vaperen ontwikkelen is van een andere orde. Veel jongeren raken zo verslaafd dat ze ’s nachts wakker worden, smachtend naar een trekje. Samen met Stichting Rookpreventie Jeugd en met steun van het LUMC en het AVL-NKI, ondernamen we juridische stappen tegen Snapchat. Hun reactie was defensief: ‘We doen al heel veel. We kunnen nu eenmaal niet elk risico wegnemen.’ Omdat Snapchat weigerde data met ons te delen, richtten we een jongerenpanel op. Jongeren turfden zelf hoeveel vapedealers ze konden vinden via *slang* en straattaal. De uitkomst was onthutsend: ruim vijftig dealers per persoon. Na een lange brief van Snapchat over ‘nieuwe maatregelen’ vroegen we hun nog eens te turven. Er was in de praktijk niets veranderd. Inmiddels is onze zaak opgenomen in een groter onderzoek van de Europese Commissie naar Snapchat, met de mogelijkheid tot boetes van 6 procent van de jaaromzet. Blijkbaar is dat de enige taal die ze spreken. Een moreel appél leggen ze naast zich neer, zelfs als het over kinderen gaat.”

De eerlijke feiten

“Tijdens de gastlessen op school vertellen we over de risico’s van vaperen, over nicotineverslaving, maar ook over de gevolgen van vaperen voor je huid, je tanden, je conditie, je schoolprestaties, je portemonnee. En we vertellen ze over de praktijken van de tabaksindustrie. Dat zij uit zijn op zo jong mogelijke klanten, niets meer en niets minder. Juist dat laatste slaat aan. Onrecht, misleiding, daar houden tieners niet van. Veel kinderen vertellen ons dat ze regelmatig proberen te stoppen: ‘Dit was mijn laatste trekje. Morgen stop ik echt.’ Maar het mislukt steeds, zeker als je vrienden gewoon doorgaan. Als we hun vragen wat ze zouden zeggen tegen een brugklasser, of tegen hun jongere broertje of zusje, is het antwoord steevast hetzelfde: ‘Nooit aan beginnen.’ Hoe goed onze lessen ook zijn, voorlichting is van alle beschikbare maatregelen een van de minst effectieve. Maar het is het enige wat wij als artsen zelf kunnen doen

en we doen het uit noodzaak. Het is geen duurzame oplossing. Wij willen terug naar onze spreekkamers, in de wetenschap dat we deze generatie jongeren niet over twintig jaar terugzien als onze longkanker- en COPD-patiënten. Dat kan alleen als er enig zicht is op een einde aan de vape-epidemie. Op dit moment is dat nog niet aan de orde. De overheid heeft maatregelen genomen, maar het zijn steeds kleine stapjes. Tot nu toe is het straatbeeld onveranderd gebleven. Niet zo gek, als je bedenkt dat er bij de toezichthouder slechts zestien mensen bezig zijn met handhaving op tabak, vapes en snus. Dat is vechten tegen de bierkaai.”

Een nieuw rookgordijn

“Vaperen werd aanvankelijk gepositioneerd als een gezonder alternatief voor roken. Alle pogingen om het uitsluitend als rookstopmedicijn op recept toe te laten mislukten, onder zware druk van de tabakslobby. Eenmaal vrij op de markt was de geest uit de fles. Inmiddels vaperen wereldwijd meer minderjarigen dan er volwassenen zijn die vaperen om te stoppen met roken. Uit onderzoek blijkt dat jongeren die beginnen met vaperen in 70 procent van de gevallen doorstromen naar gewone sigaretten. Het doel van de nicotine-industrie — nieuwe rokers kweken — is ruimschoots bereikt. Intussen creëert de tabaksindustrie alweer een nieuw rookgordijn. Verhitte tabak: een elektronisch apparaat waarmee een staafje tabak wordt verhit in plaats van verbrand. *Heat-not-burn* zou minder schadelijk zijn voor de gezondheid. Waar hebben we dat eerder gehoord?”

Een klant voor het leven

“Dat vrijwel alle langdurige rokers zijn begonnen als tiener vind ik nog altijd een schokkend feit. Het lukt ons al decennia niet om de Nederlandse jeugd te beschermen. Zo zonde, want wie nicotinevrij de volwassenheid bereikt, heeft een heel grote kans nicotinevrij te blijven. En wie nicotineverslaafd raakt als tiener, wordt niet zelden een klant voor het leven. Dat komt door het brein van tieners: het beloningssysteem, het gaspedaal, is goed ontwikkeld en reageert sterk op prikkels zoals nicotine. Maar de rem, de voorhoofdkwab, is nog *work in progress*. Nicotine in zo’n jong brein leidt tot snelle, diepe verslaving. Het cynische is dat de makers van nicotineproducten dat weten. Daarom blijven de marketingpijlen steevast gericht op de jeugd. Uiteindelijk is ziekte door roken en vaperen alleen te voorkomen als de jeugd niet meer kan beginnen. Elke wet of maatregel die dat doel nastreeft, is effectief. Daarom ben ik ook enthousiast over de plannen van de overheid om de minimumverkoopleeftijd op te hogen naar 21 jaar. Maar maak daar een tussenstap van. Zet door en voer een generationeel nicotineverbod in: houd nicotineproducten permanent buiten bereik van iedereen die geboren is na 2012. Zo’n wet, die oudere rokers met rust laat maar een nieuwe generatie de kans biedt nicotinevrij



Danielle Cohen (42) is patholoog in het Leids Universitair Medisch Centrum. Haar aandachtsgebieden zijn hoofd-hals-, long- en mammapathologie. In 2023 begon zij samen met collega Frank Borm het platform ‘Vaperen #jouwkeuze’. In 2024 kreeg Cohen de prof. dr. G.J. Tammeling-prijs voor beste docent van het jaar. De prijs werd uitgereikt door studenten van de medische faculteit van het LUMC.

“Veel artsen zijn gefrustreerd omdat we nog altijd zo veel ziekte door roken behandelen en er tegelijkertijd dagelijks nieuwe nicotineverslaafden bij komen”

op te groeien, is ook een signaal aan de tabaksindustrie: hier valt niks meer te halen, wij kiezen radicaal voor gezondheid en bescherming van onze Nederlandse jeugd. Aan het draagvlak onder de bevolking zal het niet liggen. Al jaren steunt een ruime meerderheid van de Nederlanders het idee van een rookvrije generatie.”

Draai de kraan dicht

“Preventie lijkt soms een losstaand eiland, maar niets is minder waar. Het Zorginstituut staat aan de sluis van

nieuwe medicatie en ziet de groeiende uitgaven aan dure kankermedicatie, waaronder immunotherapie. Die is bij uitstek effectief bij rookgerelateerde kankersoorten zoals blaaskanker, longkanker en hoofd-halskanker. Vermijdbare ziekten en dus vermijdbare zorgkosten. We besteden onevenredig veel meer geld en tijd aan de behandeling van rookgerelateerde kanker dan aan de preventie ervan. Het Zorginstituut is bij uitstek in staat dit verband te leggen. Iedere kankerpatiënt verdient de best mogelijke zorg, ongeacht of hij of zij gerookt heeft. Maar voorkomen en genezen moeten in balans zijn, anders blijft de kraan openstaan. Ik zou graag zien dat het Zorginstituut het ministerie adviseert werk te maken van een nicotinevrije generatie. De gezondheidswinst van structurele nicotine-ontmoediging is ongekend: geen verloren levens- en arbeidsjaren, geen dure behandelingen die drukken op ieders zorgbudget. Een generationeel nicotineverbod is daarmee waarschijnlijk de meest kosteneffectieve gezondheidsinterventie die er bestaat.”

Proactieve zorgplanning:

Van behandelen naar begrijpen

Proactieve zorgplanning (PZP) is een proces van in gesprek gaan, vooruitdenken, plannen en organiseren van gewenste passende zorg in de palliatieve fase. In de ziekenhuiszorg is PZP nog geen standaardpraktijk. Opvallend, want dit proces draagt aantoonbaar bij aan de kwaliteit van leven bij ernstige ziekte. Het Zorginstituut wil de invoering van PZP bevorderen en biedt actieve ondersteuning van onderzoek en van *best practices*. Koploper hierin is het Radboudumc.

Tekst Robert van der Broek

Beeld De Beeldredactie | Marcel Krijgsman

Proactieve zorgplanning is al langer bekend in de palliatieve zorg, maar wordt nog niet structureel in de zorg toegepast. Dat blijkt uit een probleemanalyse van het Zorginstituut*. Diverse studies tonen aan dat PZP al in een veel eerder stadium van de ziekte kan bijdragen aan passende zorg, vanaf de diagnose of bij ingetreden kwetsbaarheid, al dan niet met een geriatrisch assessment. Dat gesprekken over zorgen, doelen en levensvragen niet of nauwelijks in de spreekkamer worden gevoerd, wringt met een duidelijke behoefte: 68 procent van de patiënten vindt de gevolgen van kanker het belangrijkste voor de levenskwaliteit en heeft niet het gevoel dat die gevolgen voldoende worden geadresseerd. Daarnaast geeft 73 procent aan een *goed* leven belangrijker te vinden dan een *lang* leven. Een andere peiling laat zien dat 85 procent van de mensen die meer dan tien jaar geleden de diagnose kanker kregen, kampt met een of meer lichamelijke of psychische klachten. Een groot deel van deze ongewenste gevolgen had voorkomen kunnen worden. Dat is de stellige overtuiging van Anouk Putker, arts in opleiding tot oncoloog aan het Radboudumc. Zij doet promotieonderzoek naar PZP, met begeleiding van onder anderen internist-oncoloog Evelien Kuip.

Prioriteit op de agenda

In de praktijk wordt bij proactieve zorgplanning een reeks gesprekken gevoerd waarin wordt gereflecteerd op de ziekte, de behandeling en of en hoe dat past bij wat belangrijk is in het leven van de patiënt. Daarbij staan sociale omstandigheden, waarden, wensen, behoeften en mogelijkheden op de voorgrond. Het onderwerp is een van de zes geprioriteerde onderwerpen op de *Pakketagenda passende zorg 2026–2028*, onderdeel van het Integraal Zorgakkoord (IZA). Anouk Putker ziet voor het Zorginstituut een belangrijke rol weggelegd. “Het Zorginstituut

is goed in verbinden. Het kan als geen ander partijen samenbrengen, de noodzaak van PZP verkondigen en, als dat nodig is, zijn doorzettingsmacht gebruiken.” Uit onderzoek blijkt dat een op de vier mensen in de laatste levensfase potentieel ongewenste zorg krijgt. “PZP zou daarom reguliere zorg moeten zijn. Om dat te bereiken kunnen we enige aansturing en ondersteuning goed gebruiken.”

Tien minuten is te kort

Het Radboudumc heeft al aangetoond dat een PZP-traject zelfstandig kan worden opgetuigd. Aanvankelijk aangespoord door de urgentie van de covid-pandemie besloot het team een format te ontwikkelen voor het voeren van patiëntgesprekken. Inmiddels bestaat het format uit drie onderdelen: patiënten uitleg geven over PZP, een gepland gesprek van een uur met de betrokken verpleegkundige en een samenvattend gesprek met patiënt, verpleegkundige en hoofdbehandelaar. Een pilot op de verpleegafdeling van oncologie leidde tot positieve resultaten. “Een bezoek van tien minuten bij de arts is te kort voor een goed gesprek, waarin toch al zoveel andere zaken besproken moeten worden. Daarom trekken wij er een uur voor uit en maken wij de verpleegkundige tot de voornaamste gesprekspartner”, aldus Kuip.

Casemanager voelt vertrouwd

De pilot werd afgesloten met interviews. Putker: “Iemand zei me: ‘Ik vind het niet erg om mijn oncoloog vragen te stellen, maar dan moet ik langer op een antwoord wachten. Mijn casemanager is altijd bereikbaar. Een snel antwoord geeft vertrouwen als je je zorgen maakt.’ Oncologen merkten op dat het informele contact leidde tot meer openheid dan mogelijk zou zijn bij de specialist. Tegelijkertijd werd de expertise van de verpleegkundige gewaardeerd. De kracht van



Anouk Putker (l.) en Evelien Kuip.

Putker: “De kracht van deze gesprekken is juist dat de verpleegkundige én de patiënt én de ziekte kent. Dat geeft echt verdieping aan het gesprek”

deze gesprekken is juist dat je én de patiënt én de ziekte kent. Dat geeft echt verdieping aan het gesprek, veel meer dan wanneer je een gesprek zou voeren met iemand op een zogenaamde PZP-poli met een wildvreemde dokter of verpleegkundige, zonder ziektespecifieke kennis.” Om die reden adviseren Putker en Kuip om PZP te integreren in het bestaande behandeltraject en niet in een polikliniek met gespecialiseerde verpleegkundigen die de patiënt niet kennen.

Wanneer je met praten begint

Uit een peiling uit 2025 (PZNL) blijkt dat 85 procent van de artsen zich bekwaam voelt om palliatieve zorg te verlenen, maar slechts 50 procent voelt zich bekwaam genoeg voor proactieve zorgplanning. Onbekendheid en ongemak kunnen een rol spelen, maar ook praktische belemmeringen zoals tijdgebrek en financiering. Volgens Anouk Putker weten artsen vaak niet wanneer het juiste moment is aangebroken om over levensvragen te beginnen en de waarden, wensen en

behoefte van de patiënt duidelijk te krijgen. In het Radboudumc is daarvoor een ‘kantelmoment’ gekozen. “Het kantelmoment is een belangrijke verandering, zoals verslechtering van de ziekte, een nieuwe behandeling of een onverwachte opname. Dat kan voor de hoofdbehandelaar of de verpleegkundige het signaal zijn om te beginnen met PZP.”

Registratie en administratie

Om PZP op grotere schaal in te voeren zijn er nog wel enkele drempels te nemen. Een uitdaging is bijvoorbeeld om te registreren zonder de administratieve regeldruk onnodig te verhogen. Het Radboudumc doet dat door het PZP een vaste plek te geven in het elektronisch patiëntendossier (EPD), waar het is gekoppeld aan andere relevante patiëntinformatie en elke betrokken professional dit kan updaten. Hoewel PZP als ‘overig zorgproduct’ kan worden gefactureerd, stuiten de voorwaarden voor vergoeding nog op vragen. Ook het Radboudumc is hierover nog in gesprek, bevestigen Putker en Kuip. |

WELKE ROL HEEFT HET ZORGINSTITUUT BIJ PROACTIEVE ZORG-PLANNING?

Verschillende zorgpartijen onderzoeken samen hoe PZP helpt om ziekenhuiszorg beter te laten aansluiten bij wat patiënten nodig hebben. De betrokken partijen zoeken ook uit hoe zorgprofessionals in ziekenhuizen gesprekken over PZP beter kunnen voeren. En wat daarvoor nodig is. Op basis van een eerder opgestelde probleemanalyse werkten partijen samen een plan van aanpak uit voor de invoering van de PZP in de medisch-specialistische zorg. Het Zorginstituut ondersteunt partijen bij hun onderzoek en helpt hen bij de uitvoering van dit plan van aanpak. PZP in de medisch-specialistische zorg staat op de *Pakketagenda passende zorg 2026–2028* en is daarmee onderdeel van het Integraal Zorgakkoord (IZA). Meer weten? Scan deze QR-code:



* Probleemanalyse proactieve zorgplanning in de medisch-specialistische zorg, Zorginstituut Nederland, december 2025.



Boven en rechts: Stem&Luister-zangers maken met muziek en zang contact met bewoners in een verpleeghuis.



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: 'Muziek voor mensen met dementie'.

Tekst Edith Bij
Beeld Nellie de Boer

“Op een afdeling voor mensen met dementie zat een man op zijn bed. Hij durfde er niet uit. De overstap van bed naar rolstoel vond hij te eng. Een verpleegkundige praatte al enige tijd rustig op hem in, maar de man wilde echt niet. Een tweede collega kwam erbij, waardoor de man nog meer stress kreeg en zich nog steviger aan het bed vasthield. Een derde collega probeerde met zachte dwang zijn vingers los te wrikken. Maar de man werkte niet mee. Een van onze zangers van Stem&Luister liep die dag mee en vroeg na een tijdje of hij iets mocht proberen. Hij ging naar de man toe en begon heel zachtjes in zijn oor te zingen: ‘loslaten... lós-laten...’. Binnen enkele seconden liet de man los en liet zich zonder problemen in de rolstoel verplaatsen. Een perfect voorbeeld van hoe kunst, zoals muziek, kan bijdragen aan de zorg.”

Aan het woord is Thomas Johannsen, initiator van het programma Stem&Luister. De man in het bed is volgens hem slechts een van de vele voorbeelden van de positieve uitwerking van muziek op mensen met vergevorderde dementie. Als praten steeds moeizamer gaat, wordt het voor zorgverleners en naasten lastiger om via woorden contact te maken. Muziek en zang kunnen helpen dat contact te herstellen. Dat maakt

het tot een krachtig instrument in de zorg voor deze mensen, stelt Johannsen.

Genetic Choir

Zijn stelling baseert hij niet op jarenlange ervaring in de zorgsector. Integendeel, Johannsen is musicus en artistiek leider van het Genetic Choir, een hedendaags vocaal ensemble dat werkt vanuit improvisatie. “We werken met het idee dat we voor elk denkbaar moment de juiste muziek kunnen maken. De ene keer ontwikkelen we een concert vanuit abstracte geluiden, de andere keer is een bepaald muziekgenre ons uitgangspunt. Als een zwerm vogels luisteren we bijvoorbeeld naar de geluiden in de omgeving, spelen daar met onze stemmen op in en maken zo al improviserend muziek.”

Op dezelfde wijze werkt het programma Stem&Luister, dat Johannsen in 2020 samen met verpleeghuis Het Flevohuis in Amsterdam opzette. Het idee: de ‘zwerm’ zangers loopt door de gangen en huiskamers en neemt daar alle geluiden in zich op: zuchten, schreeuwen, repeterend tikken, klakken met de tong... Daar spelen de zangers met hun stem op in en proberen zo contact te maken met de bewoners. “Dat werkt goed: mensen die bijna niet meer reageren op woorden, doen dat vaak nog wel op muziek en zang. Ze maken verbinding en worden rustiger. Wij bieden zo een nieuwe vorm van zorg. Niet



Thomas Johannsen:
“Mensen die bijna niet meer reageren op woorden, doen dat vaak nog wel op muziek en zang. Ze maken verbinding en worden rustiger”

om ze beter te maken – dat kan niet - maar om samen op een gelijkwaardige manier muziek te maken.”

Zingen in de zorg

Het Stem&Luister-programma sloeg aan. Het breidde zich uit naar verpleeghuizen van Amsta in Amsterdam en van Van Neynsel in Den Bosch. En er volgen nog meer, vertelt Johannsen: onlangs is het Rosa Spier Huis aangehaakt voor een tweejarige samenwerking. “We werken inmiddels veel met vrijwilligers, die we specifiek hiervoor opleiden. Ook willen we graag verpleeghuispersoneel leren hoe ze een speels gebruik van hun stem kunnen inzetten in hun werk. En hoe dat hun werk kan verlichten, zoals bij de man op het bed. Maar het werkt ook als je bijvoorbeeld iemand onder de douche moet zetten. Dat gaat vaak een stuk makkelijker als je erbij zingt. Wij kunnen personeel daarin coachen, bijvoorbeeld door mee te lopen

tijdens een dienst en samen te kijken wat hun stem kan doen in dagelijkse situaties. We proberen echt betekenisvol contact te maken waar dat via gesprekken niet meer lukt. Wij kunnen daarin helpen.”

Zang als structureel onderdeel van zorg

Hoe succesvol de Stem&Luister-zangers ook zijn, Johannsen ziet het liefst dat zijn project uiteindelijk als structureel onderdeel opgaat in de zorg voor deze groep, met passende financiering. “Ik hoop dat zorgmanagers gaan inzien dat wij niet een zoveelste vrijetijdsactiviteit voor de bewoners organiseren, maar dat we hun complementaire basiszorg bieden. Zorg die bovendien geld bespaart, en vooral veel leed. Want mensen die zich minder eenzaam en meer gehoord voelen, vertonen ook minder onbegrepen gedrag en agressie. Zo kunnen we mensen met dementie waardevolle zorg bieden, zeker als woorden niet meer werken.” |

WAT ZEGT DE WETENSCHAP?

Tineke Abma, bijzonder hoogleraar Kunst & Zorg: “Verschillende studies vonden gunstige effecten van het luisteren naar en maken van muziek op de algehele cognitie. Zingen in het bijzonder blijkt een breed scala aan cognitieve vaardigheden te verbeteren, zoals aandacht, geheugen en executieve functies. Muziek helpt ook het sociaal isolement en eenzaamheid te verminderen door het creëren van een gevoel van veiligheid en verbondenheid. Wat betreft de geestelijke gezondheid bij dementie hebben veel studies aangetoond dat muziek angst en stress kan verminderen. Ook zijn er aanwijzingen voor een gunstig effect op depressie. Gebleken is dat muziek de apathie vermindert en het welzijn en de levenskwaliteit verbetert. Langdurige groepsmuziek blijkt bovendien de bloeddruk te verlagen en de lichamelijke gezondheid te bevorderen. Daarnaast is gebleken dat muziek agitatie (bijvoorbeeld repetitieve handelingen, dwalen, rusteloosheid en agressief gedrag) en gedragsproblemen vermindert. In verpleeghuizen is aangetoond dat achtergrondmuziek de onrust tijdens de maaltijden vermindert en de medewerking tijdens het baden verbetert. Tot slot blijkt uit een recent gepubliceerde kosten-batenanalyse dat elke euro die wordt geïnvesteerd in kunst uiteindelijk gemiddeld 4 euro oplevert. Hoe? Door meer kwaliteit van bestaan en minder zorgkosten.”



Lees meer via deze QR-code.

Na advies Zorginstituut:

Medicijn tegen overgangsklachten vergoed

Voor vrouwen met ernstige overgangsklachten - zoals opvliegers en nachtelijk zweten - is hormoontherapie op dit moment de voorkeursbehandeling. Maar hormoontherapie is voor sommige vrouwen om medische redenen niet geschikt. Voor hen is er het medicijn fezolinetant (Veoz[®])*. Het Zorginstituut adviseerde de minister van VWS dit middel te vergoeden uit het basispakket van de zorgverzekering. De minister heeft het advies overgenomen. Sinds 1 mei 2026 wordt het medicijn vergoed.



hormoontherapie (HST). Die behandeling vult de dalende vrouwelijke hormonen weer aan, zodat de klachten verminderen.

Hormoontherapie werkt het best tegen overgangsklachten. Maar voor 5 tot 10 procent van de vrouwen met overgangsklachten die een behandeling wensen, is hormoontherapie om medische redenen niet geschikt. Dat is bijvoorbeeld het geval als zij borstkanker hebben gehad. Vrouwen die eerder een hormoon-afhankelijke tumor hebben gehad worden bij voorkeur niet behandeld met hormonen, omdat het risico op terugkomst van de tumor daarmee groter wordt. Zij kunnen in dat geval ook behandeld worden met clonidine, maar daar zien veel vrouwen van af vanwege de vervelende bijwerkingen van dit middel. Zij komen nu dus in aanmerking voor het gebruik van fezolinetant. Behandeling met fezolinetant moet worden

voorgeschreven door een gynaecoloog. Belangrijk is dat de gynaecoloog bij elke vrouwelijke patiënt regelmatig navraag doet of de voordelen opwegen tegen de nadelen.

Advies Zorginstituut

Het Zorginstituut kwam tot het advies om fezolinetant te vergoeden omdat wij concludeerden dat het medicijn meerwaarde heeft vergeleken met *geen* medische behandeling. Bij een deel van de vrouwen vermindert fezolinetant opvliegers en nachtelijk zweten en het verhoogt de kwaliteit van leven. Maar het medicijn werkt niet bij alle vrouwen goed en er is een kans op ernstige bijwerkingen. We weten nog weinig over de veiligheid en werking van fezolinetant op de lange termijn. Daarom adviseren we dat vergoeding van fezolinetant uitsluitend geldt voor vrouwen die om medische redenen niet in aanmerking komen voor hormoontherapie. |

Tekst Edith Bijl

Beeld Patricia Rehe (ANP)

Ongeveer 80 procent van de vrouwen in de overgang heeft last van overgangsklachten. Deze klachten ontstaan door een afname van vrouwelijke hormonen zoals oestrogeen. Een op de drie vrouwen heeft zoveel last van klachten als opvliegers en nachtelijk zweten, dat deze hun dagelijks leven negatief beïnvloeden.

Behandelingen

Meestal krijgen vrouwen met overgangsklachten eerst het advies om hun leefstijl aan te passen. Als dat niet genoeg helpt, volgt

*) Fezolinetant is de werkzame stof. De merknaam is Veoz[®]. Het medicijn is een tablet die je 1 keer per dag slikt.

Het jaar 2025 in cijfers

Vorige maand publiceerden wij ons *Jaarverslag 2025*. In onderstaand overzicht tonen wij u de belangrijkste resultaten van het vorige jaar. Het volledige jaarverslag kunt u downloaden via de QR-code onderaan de pagina.





“Weinigen beseffen dat slechthorendheid een chronische aandoening is die ‘meedoen aan de samenleving’ bemoeilijkt”

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 verbeter-signalement ‘Onderweg naar passende hoorzorg’**.

Tekst Edith Bijl

Beeld De Beeldredactie | Marco Okhuizen, Marcel van Hoorn

aan het **Bureau**

Mariska Stam is projectleider Passende hoorzorg bij het Zorginstituut.

“Al acht jaar werken we met meer dan twintig partijen aan de verbetering van de hoorzorg. In 2019 stelden we in een eerste rapport het grote verbeterpotentieel van de hoorzorg vast, plus het aantal slechthorenden: ruim 1 miljoen. Dat aantal groeit nog steeds; door de vergrijzing, maar ook door aanwas van 50-minners die door werk of in hun vrijetijd gehoorverlies opliepen. Dat maakt slechthorendheid tot een groeiend (maatschappelijk) probleem. Te meer omdat de impact van slechthorendheid op iemands hele verdere leven nog altijd wordt onderschat. Het kan voor mensen met deze chronische aandoening een stuk moeilijker zijn om mee te doen aan de samenleving, zoals werk, deelname aan het verkeer of aan een gesprek. Die factoren vergroten de urgentie om te komen tot passende, kwalitatief goede en toegankelijke hoorzorg, die ook in de toekomst houdbaar is. Een grote stap daarin is de publicatie van het verbeter-signalement in 2023, dat met alle betrokken partijen tot stand is gekomen. In het rapport noemen we enkele concrete verbeterpunten, waarvan de belangrijkste gaat over het leveren van hoorzorg op maat, dus persoonsgerichte, passende hoorzorg. Deze verbetering impliceert een omslag in het denken over deze zorg. Waar de hoorzorg voorheen vooral gericht was op het aanmeten van een hoortoestel, leidt ‘hoorzorg op maat’ nu tot een verbreding naar andere zorgvormen, zoals psychosociale hulpverlening, communicatietraining en meer nadruk op nazorg. Het verbeter-signalement levert een bijdrage aan die verbreding, waarvan de nieuwe *Veldnorm Hoorhulpmiddelenzorg* een zeer relevante uitwerking is. Daarover vertelt Donné hiernaast meer.

De betrokkenheid en de wil van partijen om samen stap voor stap die verandering te realiseren, vond ik als projectleider mooi om te zien. Want die verbetering lijkt misschien iets kleins, maar het is een mega-omslag in het denken en in het organiseren van hoorzorg voor deze mensen.”



aan het **Bed**

Donné Pans is klinisch fysicus-audioloog bij Adelante en voorzitter van het Nationaal Overleg Audiologische Hulpmiddelen (NOAH).

“Het NOAH bestaat uit vertegenwoordigers van patiënten, audiciens, kno-artsen, audiologen, audiologische centra en leveranciers/fabrikanten van hoorhulpmiddelen. Het platform stelt zich ten doel mensen met een blijvend gehoorverlies zo goed mogelijk te laten functioneren ondanks hun gehoorbeperking. De NOAH-veldnorm beschrijft de deskundigheden van de betrokken professionals en bevat een protocol met verwijscriteria voor doorverwijzingen binnen de hoorzorg. Voorheen was de NOAH-veldnorm vooral gericht op de hoortoestelverstrekking, de technische kant van de hoorzorg. De (herziene) richtlijnen van de kno-artsen en klinisch fysici-audiologen maakten het noodzakelijk de verouderde verwijscriteria in de *Veldnorm Hoortoestelverstrekking* te herzien. Het verbeter-signalement uit 2023 gaf extra energie en motivatie om de herziening door te zetten. Uit het signalement bleek immers onder meer dat er bij het aanmeten van een hoortoestel te weinig aandacht was voor de psychosociale en communicatieve hulpvraag van patiënten. We hebben goed geluisterd naar het Zorginstituut en de signalen serieus genomen. Ook – en dat was nieuw – stemden we ons beleid meer af met de huisartsen. De nieuwe veldnorm lanceren we 1 juli aanstaande. De naam van deze versie, *Veldnorm Hoorhulpmiddelenzorg*, laat zien hoe ons denken over hoorzorg is verschoven. Die nieuwe zienswijze is ook vertaald in de organisatie van de hoorzorg. We kijken nu meer vanuit de vraag: welk pad kan de slechthorende het beste bewandelen om passende hoorzorg te krijgen? Dan blijkt dat de kno-arts minder nodig is, terwijl er meer vraag is naar hulp bij psychosociale en communicatieproblemen, bijvoorbeeld van audiologische centra. Daarnaast doen we een groter beroep op de audicien, die al in de winkel de zorgvraag moet kunnen beoordelen. Verwijscriteria uit de veldnorm helpen de audicien bij deze triage, zodat hij passender kan doorverwijzen. Zo leiden onze verbeterlagen tot winst voor slechthorenden, in de vorm van kortere routes en passender hoorzorg.”

“Onze verbeterlagen leiden tot winst voor slechthorenden, in de vorm van kortere routes en passender hoorzorg”

Kwaliteitstransparantie ggz

Meer inzicht in kwaliteit

Koepelpartijen in de ggz hebben een gezamenlijke koers gevonden voor het verder versterken van kwaliteitstransparantie in de ggz. Het is nu tijd om voor specifieke thema's concreet vast te leggen welke kwaliteitsinformatie van belang is.

Tekst Jasper Enklaar

De ggz-sector staat voor grote uitdagingen. De vraag naar zorg groeit, terwijl er tegelijkertijd sprake is van personeelstekorten, hoge werkdruk en beperkte middelen. Met beter inzicht in wat werkt en hoe zorg passender ingericht kan worden, kan met de beschikbare capaciteit kwalitatief goede zorg geleverd blijven worden.

Dat is de gedachte achter het programma 'Versterken kwaliteitstransparantie ggz', dat kwaliteitsinformatie in de geestelijke gezondheidszorg beter bruikbaar wil maken. Op dit moment wordt informatie over zorggebruik, behandelprocessen en uitkomsten wel geregistreerd, maar dat gebeurt niet eenduidig en niet op één plek. De informatie is daardoor niet transparant, noch breed toegankelijk. Maar meer inzicht in de kwaliteit van zorg is wel nodig voor meer passende zorg.

“Er is nu een gezamenlijke koers uitgezet. Dat is echt een mijlpaal”

Vorig jaar gingen alle betrokken partijen uit de ggz met elkaar aan tafel om meer inzicht te krijgen in de kwaliteit van de geleverde zorg. Letterlijk aan tafel, want net als bij het IZA hebben professionals uit de praktijk met vertegenwoordigers van cliënten, naasten en verzekeraars aan zogenaamde 'gesprekstafels' dit complexe onderwerp besproken. Het Zorginstituut begeleidt dit proces.

Eerst een tussenfase

Eerder dit jaar werd het eindrapport gepresenteerd van de huidige fase. De term eindrapport doet anders vermoeden, maar zoals het 'addendum' bij het rapport aangeeft, volgt er eerst een tussenfase. De adviezen zijn op dit moment nog onvoldoende uitgewerkt om tot implementatie over te gaan, aldus het rapport. Verdere verfijning is nodig om aan te geven op welke manier er concrete stappen gezet kunnen worden om het leren en verbeteren stapsgewijs in te voeren.

“Het heeft even geduurd voordat zorgaanbieders, zorgverzekeraars en toezichhouders tot overeenstemming kwamen over de route naar meer kwaliteitstransparantie”, vertelt Zorginstituut-adviseur Cynthia van Haeften. “Maar nu is er een gezamenlijke koers uitgezet. Dat is echt een mijlpaal. De betrokken partijen gaan concreet uitwerken welke kwaliteitsinformatie relevant is voor specifieke thema's, zoals ernstig psychiatrische aandoeningen, verslavingszorg of autisme.” Dat gaat gebeuren in de tussenfase, tot november 2026. Dan start de volgende fase van het programma, waarin deeladviezen op kleinere schaal worden uitgevoerd, bijvoorbeeld via pilots en bestaande initiatieven.

Transparantieniveaus

De tussenfase wordt ook gebruikt voor prioritering van de onderwerpen die als eerste worden uitgewerkt. “Er komen werkgroepen of pilots waarvoor specifieke aanbieders gevraagd worden. Pas na de ervaringen in zo'n pilotfase kunnen we inzichten landelijk gebruiken.” De transparantieniveaus staan daarbij centraal. Op het eerste niveau gaat het om data-ondersteund leren en verbeteren tussen zorgaanbieders onderling. Dat levert vervolgens inzichten en lessen op. Die inzichten kunnen op niveau twee gedeeld worden tussen professionals en zorgaanbieders, patiëntvertegenwoordigers en zorgverzekeraars. Op niveau drie wordt kwaliteitsinformatie transparant beschikbaar voor een breder publiek. Dat levert bijvoorbeeld informatie op over samen beslissen voor patiënten en inkoopinformatie voor zorgverzekeraars.

Dagelijkse praktijk

In de tussenfase verandert er voor de dagelijkse praktijk in het veld nog niet veel, erkent Van Haeften. “Pas na de pilotfase zal er eventueel landelijk iets veranderen op specifieke onderwerpen.” Volgens Van Haeften is er bij de betrokken koepelpartijen veel draagvlak voor het proces. Zij informeren ook hun leden over de keuzes die in dit proces gemaakt worden. |

Passende zorg
volgens de patiënt



“De zorg zit vol protocollen. Daardoor zijn we de menselijke maat uit het oog verloren”

Beleidsmakers in de zorg, zorgverzekeraars en zorgverleners beschouwen 'passende zorg' steeds meer als de norm. Maar wat betekent passende zorg voor de patiënt? Hoe verhoudt dit begrip zich tot de kwaliteit van leven? Leidt passende zorg tot méér medisch handelen? Of juist niet? In deze nieuwe rubriek vertellen patiënten wat passende zorg inhoudt voor hun specifieke zorgvraag. Deze keer:

Tekst Jasper Enklaar
Beeld De Beeldredactie |
Joost Hoving

Karin Pouw

“Nadat er in 2022 bij mij borstkanker was geconstateerd volgde ik een intensief traject: chemo, operaties, bestraling. De kanker is gelukkig weg, maar er is wel behoorlijk wat schade ontstaan aan mijn lijf. Het was pittig. Het bleek bijvoorbeeld moeilijk om mijn bloedvaten te prikken. Uiteindelijk kreeg ik een PICC-lijn - een katheter. Die moest regelmatig gespoeld worden. Dat gebeurde door een specialistisch zorgteam dat twee keer per week aan huis kwam. Maar mijn partner is EHBO'er en bhv'er en is medisch onderlegd. Ik heb zelf in de zorg gewerkt.

Wij vonden dat we dat 'flushen' zelf konden doen. Maar daar hebben we echt voor moeten soebatten.”

“De zorg zit vol protocollen. Dat snap ik, maar we zijn daardoor de menselijke maat uit het oog verloren. We moeten kijken naar wat een specifieke patiënt nodig heeft. Moet je een protocol letterlijk volgen of kun je het ook op een andere manier verantwoord en veilig doen? Daarmee is de patiënt goed geholpen en heb je zorgkosten bespaard.”

“Ik moet mijn bloeddruk in de gaten houden. Met een bloeddrukmeter kan ik nu thuis mijn

bloeddruk meten, het resultaat in de app zetten en dat later met de huisarts bespreken. Dat kost me vijf minuten. Tijdens de chemoperiode, toen mijn bloeddruk van hoog naar laag ging, konden we zo veel sneller de medicatie aanpassen als dat nodig was.”

“Met wat meer vertrouwen - en een bepaalde mate van begeleiding - kunnen mensen veel meer zelf dan we denken. Natuurlijk zijn er genoeg mensen die wel hulp nodig hebben. Maar voor wie het zelf kan: laat die dat alsjeblieft ook zelf doen. Dan hou je je eigen regie, het kost minder tijd en het kost minder geld.” |

Over zorg gesproken...

“Vroeger had je gewoon trek. Nu heb je *food noise*. Alsof ergens diep in je hypothalamus een slecht afgestelde Bose-speaker permanent ‘pizza pizza pizza’ staat te fluisteren.”

Verslavingsarts Robert van de Graaf op artsenauto.nl (4 juni 2026).

“Nederland is wereldkampioen analyseren, maar schiet tekort in het omzetten tot effectief preventiebeleid.”

Jochen Mierau, hoogleraar economie van de volksgezondheid, op zorgvisie.nl (2 juni 2026).

“Vrije artskenkeuze verdient bescherming, maar is geen vrijbrief. Zonder duidelijke grenzen verschuift zorg van een publieke voorziening naar een markt van goed vermarkte beloften.”

Huisarts en schrijver Danka Stuijver op volkskrant.nl (11 mei 2026).

“Passende zorg is geen verschraling of bezuiniging, maar biedt eerlijke en warme antwoorden op de tragedie van het leven.”

Hoogleraar zorg & samenleving en speciaal gezant passende zorg Jan Kremer in zijn afscheidsrede (24 april 2026).

“Massale normalisering van afvalmedicatie- voor niet-obese mensen vergroot de sociale druk, versterkt het maakbaarheidsdenken en leidt tot minder ruimte om jezelf te zijn.”

Journalist Eva Gabeler op fd.nl (16 april 2026).

“Pijn is vrij onzichtbaar. Weinig beroemde mensen praten over hun pijn. Lady Gaga wel, over haar fibromyalgie, maar zij is een uitzondering. Pijn heeft geen gezicht.”

Pijnonderzoeker Hans Timmerman (UMCG) in *de nrc* (20 mei 2026).

“Het IZA helpt misschien om iets langzamer richting het ‘ravijn’ te bewegen, maar verandert de koers niet fundamenteel. Dat doet ons Regionaal Integraal Gezondheidsakkoord (RIGA) wel.”

DSW-bestuursvoorzitter Aad de Groot op zorgvisie.nl (1 juni 2026).

“Mentale gezondheid en crisisparaatheid gaan hand-in-hand. Een mentaal fitte bevolking kan meer aan en is veerkrachtiger. Een crisis is veel lastiger te *handelen* wanneer mensen voortdurend opgejaagd zijn.”

Floortje Scheepers, hoogleraar innovatie in de ggz, op zorgvisie.nl (30 april 2026).

“Het probleem van de zorg is dat het een aanzuigende werking heeft: als er geen behandeling was, zouden mensen zuiniger zijn op hun nieren.”

Arts en hoogleraar Schelto Kruijff op nrc.nl (23 april 2026).

“Werkcultuur heeft invloed op de veiligheid en kwaliteit van zorg. Iedereen met sociale onveiligheid in de organisatie zou z’n kwaliteitscertificaten terug moeten geven.”

Hoogleraar veiligheid in de gezondheidszorg Jop Groeneweg op zorgvisie.nl (8 april 2026).