



Zorginstituut Nederland

Zorginstituut magazine

Kwartaalblad van
Zorginstituut Nederland
Najaar 2026

Bariatrische
chirurgie voor
adolescenten kan
vergoed worden

'Kunst die Zorgt':
beeldende kunst
in ziekenhuizen

Vilans-bestuursvoorzitter Mirella Minkman:

**“Het is tijd dat de zorg zich
organiseert rond levens,
niet rond loketten”**

Inhoud

- 6 Standpunt bariatrische chirurgie**
Onder adolescenten van dertien tot achttien jaar neemt ernstig overgewicht toe. Recent kwam het Zorginstituut met het standpunt om de chirurgie voor deze patiëntengroep op te nemen in het basispakket van de zorgverzekering.
- 12 Werken aan de zorgtransitie**
Transmurale zorgsamenwerking tussen cardiologen en huisartsen vormt de basis om te komen tot passende en toekomstbestendige hart- en vaatzorg. Een goed voorbeeld daarvan is PlusPunt, een regionetwerk voor hart- en vaatzorg in Zuid-Limburg.
- 14 Leidraad chronische pijn**
Mensen met chronische pijn gaan vaak jarenlang van de ene behandelaar naar de andere, zonder dat de kwaliteit van leven wezenlijk verbetert. De *Leidraad chronische pijn* moet daar verandering in brengen.
- 24 Beeldende kunst in ziekenhuizen**
In deze derde bijdrage van de rubriek 'Kunst die Zorgt' vertelt Sandrine van Noort, hoofd Kunstzaken bij het LUMC, over de relevantie en louterende werking van beeldende kunst in een ziekenhuisomgeving.
- 26 Digitalisering in langdurige zorg**
Met digitalisering streeft vvt-organisatie Omring naar meer zelfredzaamheid van de cliënt en minder werklast door spraakgericht rapporteren. Bestuursvoorzitter Jolanda Buwalda pleit voor één landelijke, digitale snelweg voor uitwisseling van gezondheidsdata door zorgverleners.



Rubrieken

- | | |
|---|--|
| 09 Column
Matthijs Versteegh. | 28 Aan het bureau aan het bed
Het passende zorg-verbetertraject voor mensen met eczeem of psoriasis. |
| 10 Tien vragen aan:
Directeur Publieke Gezondheid GGDrU, Marc Sprenger. | 31 Passende zorg, volgens de patiënt
Maurice Simmerok. |
| 16 Feiten & Cijfers | 32 Over zorg gesproken |
| 18 De stelling van...
Vilans-bestuursvoorzitter Mirella Minkman. | |

Solidariteit: de belangrijkste pijler van ons zorgstelsel



Mark Janssen, voorzitter Zorginstituut Nederland

Voorwoord

“Solidariteit is een groot goed in ons zorgstelsel. Ik vind dat wij als Zorginstituut moeten bewaken dat dit zo blijft”

Ons zorgstelsel is een complex bouwwerk dat volledig is gestoeld op één belangrijk principe; dat is dat alle spelers in het stelsel solidair zijn met elkaar. Zo vragen we met een verplichte zorgverzekering aan alle Nederlanders om solidair te zijn met de mensen die ziek zijn en die daarvoor de kosten niet kunnen dragen. En met de acceptatieplicht vragen we ook solidariteit van de zorgverzekeraars. Zonder dit solidariteitsbeginsel zou ons zorgstelsel als een kaartenhuis ineenstorten.

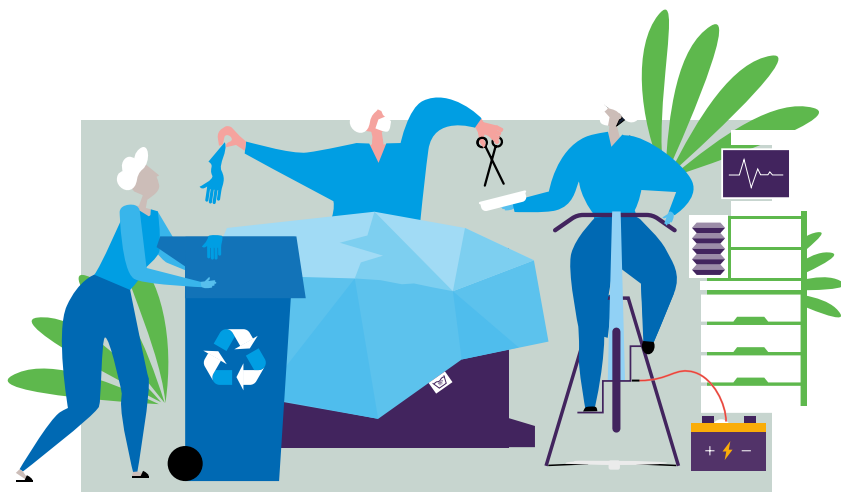
Ook in de afwegingen die wijzelf maken staat solidariteit centraal. Als wij beoordelen dat een geneesmiddel of behandeling effectief is en deze vergoed wordt, vragen we solidariteit van mensen om bij te dragen aan de kosten die we voor de betreffende groep patiënten moeten maken. Wordt het middel of de behandeling niet vergoed, dan vragen we solidariteit van de patiënten die deze zorg dus niet krijgen. In feite vragen wij aan hen te accepteren dat we een euro uiteindelijk maar één keer kunnen uitgeven en dat we keuzes moeten maken. Ook dat is onderdeel van de solidariteit.

Het Zorginstituut is opgericht om de zorg toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit te houden, nu en in de toekomst. We hebben de maatschappelijke opdracht om de juiste afwegingen te maken waar we onze zorgeuro's aan uitgeven. Krapte op de arbeidsmarkt en beperking van de groei van de kosten maken

deze taak alleen maar urgenter, maar soms ook lastiger uit te leggen. We zien in de media vaak kritische reacties op onze afwegingen, zeker na een advies of standpunt om een hulpmiddel of medicijn niet te vergoeden. Dat besluit kan gebaseerd zijn op twijfels over de effectiviteit van een medicijn of behandeling, maar óók op het feit dat we zorgprofessionals niet kunnen overbelasten en het geld maar één keer kunnen uitgeven.

Solidariteit is een groot goed in ons zorgstelsel. Ik vind dat wij als Zorginstituut moeten bewaken dat dit zo blijft. Dan heb ik het niet alleen over de medisch-specialistische zorg; solidariteit ligt ook ten grondslag aan de langdurige zorg, aan domeinoverstijgend werken en de juiste zorg en ondersteuning op de juiste plek. Om de druk op de zorg te verlagen zetten we volop in op de transformatie naar passende zorg en hechten we steeds meer waarde aan goede preventie en integratie met het sociaal domein. Toch blijven - door wettelijke en financiële belemmeringen - grote investeringen op die gebieden vooralsnog uit. Misschien moeten we daarom gaan verkennen of het ombuigen van gelden vanuit de zorg naar preventie en het sociaal domein effectief kan zijn. Dat is bij uitstek een voorbeeld van solidariteit in zorg en voor gezondheid. En zo krijgt de transformatieve beweging ook nog eens een flinke boost.

Korte berichten



Horizonscan MedTech geeft beter zicht op komst medisch-technologische innovaties

MedTech-innovaties zijn technologische vormen van zorg. Het gaat over producten, technologieën en toepassingen die worden gebruikt bij de diagnose, patiëntenzorg, behandeling en verbetering van de gezondheid van een persoon. MedTech kan een rol spelen in de beweging naar passende zorg. Vergoeding hiervan uit het basispakket is pas mogelijk als is aangetoond dat deze zorg bewezen effectief is.

Met de Horizonscan MedTech hebben we beter zicht op welke impactvolle medische technologieën we de komende twee jaar kunnen verwachten. De horizonscan is nog altijd volop in ontwikkeling. Zo doen we als Zorginstituut mee in een pilot om te zien of en hoe we met AI op een verantwoorde manier een goed overzicht kunnen krijgen van innovatieve MedTech in Europa.

Advies Zorginstituut: vergoed medicijn tegen beenmergkanker alleen na prijsdaling

Het Zorginstituut heeft de minister van VWS geadviseerd om belantamab mafodotin (Blenrep®) alleen te vergoeden uit het basispakket van de zorgverzekering, als de prijs van het medicijn daalt naar een maatschappelijk aanvaardbaar niveau. Het geneesmiddel kan worden gebruikt voor bepaalde patiënten met multipel myeloom, ook wel de ziekte van Kahler genoemd. Dat is een ongeneeslijke vorm van kanker, waarbij cellen ongecontroleerd groeien in het beenmerg. Behandeling met belantamab

mafodotin kan het leven verlengen voor sommige mensen met multipel myeloom.

Hoewel het medicijn een meerwaarde heeft ten opzichte van de standaardbehandeling, is de huidige vraagprijs te hoog: met deze prijs kost het de maatschappij in het derde jaar na de introductie meer dan 95 miljoen euro per jaar voor ruim 500 patiënten. Wij stellen dat de vraagprijs met minimaal 61 procent moet dalen. Dan zijn de kosten in balans met de gezondheidswinst voor patiënten.

Patiënten krijgen meer inzicht in kwaliteit van prostaatoperaties

Ziekenhuizen zijn vanaf 1 januari 2027 wettelijk verplicht om gegevens aan te leveren over bijwerkingen en complicaties na een prostaatverwijdering bij kanker. Dat geeft patiënten een beter beeld van wat zij kunnen verwachten na een prostaatverwijdering, waardoor zij ook betere keuzes kunnen maken.

De gegevens worden aangeleverd volgens het aangepaste Meetinstrument Prostaat, dat het Zorginstituut heeft opgenomen in het Register voor Kwaliteitsinstrumenten. Het Meetinstrument Prostaat meet uitkomsten van een prostaatverwijdering: het aantal complicaties binnen negentig dagen na een prostaatoperatie, zoals een nabloeding of een infectie, in hoeverre de kanker bij patiënten echt weg is en of patiënten een jaar na de operatie nog last hebben van incontinentie. Aanleiding om het meetinstrument aan te passen was de constatering dat er grote verschillen zijn tussen ziekenhuizen in het aantal complicaties na verwijdering van de gehele prostaat en de zaadblaasjes. Met de informatie uit het aangepaste meetinstrument kunnen patiënten nu, samen met hun zorgverlener, kiezen welke behandeling het beste bij hen past. Voor de een is genezing het allerbelangrijkste, voor de ander is dat snel herstel of een kleinere kans op blijvende incontinentie. Patiënten kunnen deze informatie vanaf mei 2028 vinden via online platforms als ZorgkaartNederland.nl en Ziekenhuischeck.nl. Daarnaast kunnen ziekenhuizen met dit meetinstrument nu op een eenduidige manier bijwerkingen en complicaties in kaart brengen.

Meer informatie?

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

Zorginstituut: regeling van eten en drinken in ouderenzorg moet duidelijker en eerlijker

Er is veel onduidelijkheid over het betalen en organiseren van eten en drinken voor kwetsbare ouderen die zorg thuis krijgen. Er zijn grote verschillen: zo krijgen ouderen met een volledig pakket thuis (vpt) nu wél eten en drinken vergoed en georganiseerd, maar ouderen met het modulair pakket thuis (mpt) niet. Daarnaast organiseren zorgaanbieders binnen het vpt het eten en drinken op verschillende manieren.

Het Zorginstituut wil deze verschillen wegnemen en adviseert de minister daarom om het betalen van het eten en drinken voor ouderen uit het langdurige-zorgpakket te halen. Eten en drinken horen immers bij de gewone kosten van het dagelijks leven. Alleen voor ouderen die het eten en drinken niet meer zelf kunnen organiseren, blijft de ondersteuning hierbij wel vergoed uit de Wet langdurige zorg (Wlz). De oudere stemt samen met zorgaanbieder en naasten af wat passend is in zijn of haar situatie, zoals het doen van boodschappen of het regelen van een maaltijdservice. De ouderen kunnen ook hulp krijgen bij het eten en drinken, zoals het klaarmaken van een broodmaaltijd.



Dit is en blijft onderdeel van de Wlz en valt buiten de reikwijdte van het advies. Dit advies komt voort uit het Hoofdlijnen-akkoord Ouderenzorg (HLO) om de langdurige zorg toegankelijk te houden voor de meest kwetsbare ouderen. Het Zorginstituut adviseert om deze

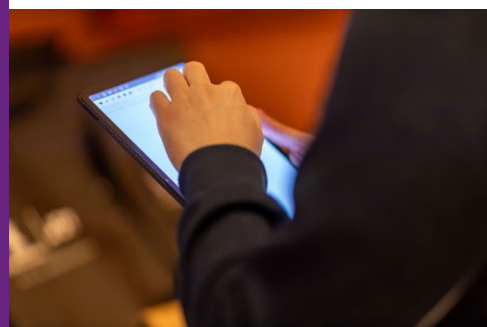
aanpassing mee te nemen bij de voorbereidingen om de zorgvormen vpt en mpt voor de Wlz-zorg thuis eenvoudiger te maken en aan te passen naar één nieuwe leveringsvorm.

Naar verwachting gaat de nieuwe leveringsvorm op z'n vroegst in 2029 in.

Standpunt: vergoeding tablet als onderdeel spraakcomputer

Afgelopen maand verduidelijkte het Zorginstituut in een standpunt de vergoeding van spraakcomputers. Aanleiding hiervoor waren signalen dat er onduidelijkheid bestond over de aanspraak en vergoeding van een spraakcomputer, waardoor verzekerden niet altijd een adequaat hulpmiddel ontvingen. Het Zorginstituut stelt nu dat een tablet een onmisbaar onderdeel vormt van de spraakcomputer. De tablet is in dit specifieke gebruik geen algemeen gebruikelijke voorziening, maar een essentieel, persoonsgebonden onderdeel om spraakbeperkingen te compenseren. Daarmee valt de tablet onder hulpmiddelen van de Regeling Zorgverzekering.

Het Zorginstituut benadrukt dat deze conclusie uitsluitend geldt voor het specifieke geval van de spraakcomputer. Met dit standpunt wordt het mogelijk om een adequaat spraakhulpmiddel te vergoeden vanuit de Zvw, waardoor de kwaliteit van zorg verbeterd en verzekerden met een spraakfunctiestoornis de zorg kunnen ontvangen die zij nodig hebben.



Standpunt Zorginstituut:

Bariatrische chirurgie voor adolescenten kan vergoed worden

Onder adolescenten van dertien tot achttien jaar neemt ernstig overgewicht toe. Recent kwam het Zorginstituut met het standpunt om de chirurgie voor deze patiëntengroep op te nemen in het basispakket van de zorgverzekering.

Tekst Frank van Wijck

Beeld Zorginstituut

Onderzoek¹ van Anita Vreugdenhil (kinderarts maag-, darm- en leverziekten en hoogleraar leefstijlgerelateerde ziekten bij kinderen, Maastricht UMC+) en bariatrisch-colorectaal chirurg François van Dielen (Máxima MC Eindhoven) droeg bij aan dit standpunt. Beide artsen zijn ervan overtuigd dat bariatrische chirurgie voor dertien- tot achttienjarigen met ernstig overgewicht passende zorg is. Wel moet hiervoor volgens hen aan strikte voorwaarden worden voldaan.

“Gelukkig komt 70 procent van deze adolescenten al tot blijvend gewichtsverlies met een uitgebreid begeleidingstraject”, zegt Vreugdenhil. “Maar we zien het probleem toenemen. Van deze adolescenten met ernstig overgewicht verkeert de helft al in de basisschoolleeftijd in het voorstadium van chronische ziekten die gerelateerd zijn aan

het overgewicht. Ze ontwikkelen al diabetes en leverontsteking. Ze ervaren niet alleen somatische klachten, maar ook sociale isolatie. Wij concludeerden: als bij hen leefstijlbegeleiding geen resultaat biedt, moeten we iets doen. Zo niet, dan is de impact van de situatie groter dan die van een operatie.”

Van Dielen: “We werken op basis van een proces waarbij de kinderarts in the lead is”

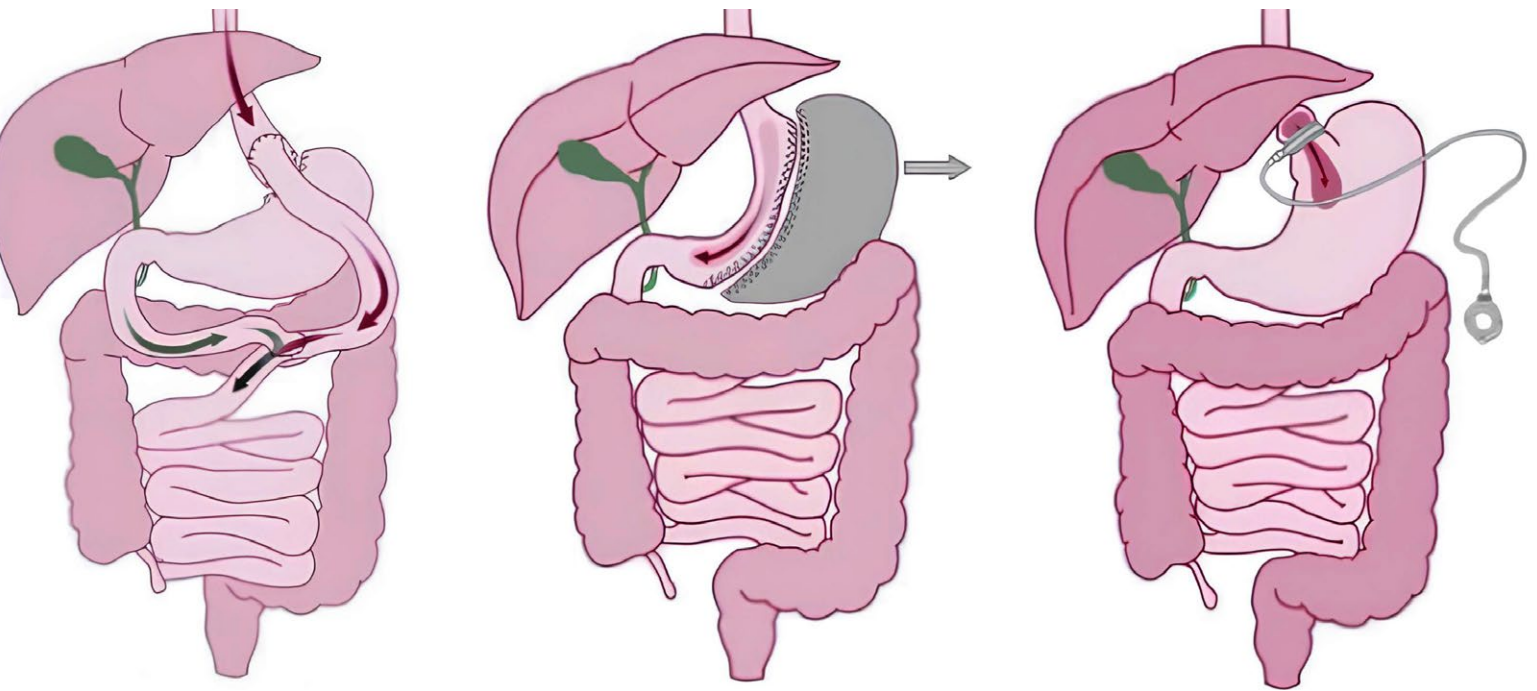
Expertisecentrum

Vreugdenhil en Van Dielen kenden elkaar uit hun opleidingstijd en voor beiden speelt obesitas een belangrijke rol in het werk. Vreugdenhil stond aan de wieg van COACH Maastricht², het expertisecentrum van het Maastricht UMC+ voor kinderen en jongeren met overgewicht en obesitas. Van Dielen deed veel ervaring op met maagbandchirurgie bij adolescenten. “Veel artsen waren voorheen niet enthousiast over bariatrische chirurgie bij adolescenten”, zegt hij. “Terecht ook. Hun voorbehoud heeft alles te maken met ervaringen in andere landen, waarbij de selectie, de begeleiding en het natraject vaak onvoldoende zijn. Toen we besloten om voor deze adolescenten in Nederland te verkennen of operatie toch een optie kon zijn, hebben we met alle betrokken disciplines afgestemd hoe we dit moesten vormgeven.”

STANDPUNT BARIATRISCHE CHIRURGIE BIJ ADOLESCENTEN MET ERNSTIG OVERGEWICHT

Afgelopen zomer stuurde het Zorginstituut zijn standpunt over bariatrische chirurgie bij adolescenten met ernstig overgewicht naar minister Hermans van het ministerie van VWS. Dit standpunt luidt: ‘Bariatrische chirurgie is effectieve zorg bij jongeren tussen dertien en achttien jaar met ernstig overgewicht bij wie intensieve leefstijlinterventie onvoldoende resultaat had’. Hiermee kan bariatrische chirurgie bij adolescenten worden vergoed uit het basispakket van de zorgverzekering. De vergoeding geldt sinds 26 mei 2026. Het gaat om twee groepen adolescenten. De eerste groep bestaat uit adolescenten met een BMI van 40kg/m² of meer. De tweede groep bestaat uit adolescenten met een BMI van 35 tot 40kg/m², die ook een ziekte hebben die samenhangt met ernstig overgewicht, zoals diabetes type II, leverziekten of hart- en vaatziekten.

Het standpunt is op basis van een verkorte procedure tot stand gekomen. Dit was mogelijk omdat er geen onduidelijkheid bestaat over de effectiviteit van bariatrische chirurgie bij adolescenten tussen dertien en achttien jaar met ernstig overgewicht, bij wie intensieve leefstijlinterventie onvoldoende resultaat heeft gehad. Bovendien zijn partijen het eens met de conclusie. De verkorte procedure was ook mogelijk omdat het proces van zorgvuldige selectie, voor- en nazorg van de adolescenten inmiddels in Nederland goed is ingericht.



Vreugdenhil: “Het belangrijkste van onze studie was de inbedding van de chirurgie in het totale Nederlandse zorglandschap. Het proces staat nu – voor, tijdens en na de chirurgie – als een huis”

De landelijke afstemming met alle betrokken disciplines leidde tot de TEEN-BEST-studie. Een gedegen aanpak om te bepalen welke adolescenten wel en welke niet voor de chirurgie in aanmerking komen. De eerste bepaling ligt bij de lokale kinderarts. De tweede stap is een beoordeling door een expertisecentrum zoals COACH. Vreugdenhil: “Als ook dit centrum ruimte voor chirurgie ziet is de kans heel klein dat een adolescent vervolgens toch nog hiervoor wordt afgewezen. Maar omdat we ook dan nog belang hechten aan een écht onafhankelijk oordeel, wordt die adolescent als laatste stap anoniem besproken in een nationaal platform met vertegenwoordigers van alle betrokken disciplines.”

Positief resultaat

De uitkomsten van deze aanpak laten tot nu toe zien dat het resultaat van de operatie bij adolescenten volledig vergelijkbaar is met dat bij volwassenen. “Het leidt tot gewichtsverlies, de comorbiditeiten verdwijnen en de kwaliteit van leven neemt toe”, zegt Van Dielen. Geen verrassing, vult Vreugdenhil aan: “We weten de positieve langetermijn-

effecten inmiddels uit onderzoeken in andere landen. Maar het belangrijkste van onze studie was de inbedding van de chirurgie in het totale Nederlandse zorglandschap. Het proces staat nu – voor, tijdens en na de chirurgie – als een huis.”

De aanpak is hiermee echt anders dan in andere landen, vertelt Van Dielen: “We werken op basis van een proces waarbij de kinderarts *in the lead* is. Ik opereer pas als de adolescent alle stappen in het selectieproces heeft doorlopen en daarna gaat die weer terug naar de kinderarts. Die zorgt samen met een multidisciplinair team voor passende begeleiding vóór de operatie en de jaren daarna.”

Naar het Zorginstituut

De internationale literatuur over bariatrische chirurgie bij adolescenten toonde al aan dat deze niet schadelijk is en gezondheidswinst geeft. Dit, gecombineerd met de resultaten van de eerste tien ingrepen op basis van de TEEN-BEST-studie, was voor Vreugdenhil en Van Dielen reden om naar het Zorginstituut te stappen met de vraag of deze ingreep onder strikte voorwaarden een plaats kon

krijgen in het basispakket van de zorgverzekering. Aldus geschiedde.

Van Dielen: “We denken dat zo’n twintig adolescenten per jaar voor de chirurgie in aanmerking zullen komen. Op dit moment gebeurt dit nog uitsluitend in ons ziekenhuis. Spaarne Gasthuis gaat ook starten en mogelijk Rijnstate. Dan denk ik dat we voldoende aanbod hebben. We willen expertise opbouwen en behouden.” Dit is niet alleen belangrijk voor de chirurgie zelf, vult Vreugdenhil aan: “De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde heeft recent een nieuw standpunt gepubliceerd over het goed organiseren van de zorg eromheen. Ook daarom is het zaak het aantal ziekenhuizen beperkt te houden. Eerder was niet overal in Nederland goede leefstijlbegeleiding beschikbaar voor deze adolescenten. Nu de gecombineerde leefstijlinterventie voor deze groep sinds 2024 in het basispakket zit, brengen we die overal in het land in lijn met hoe we die in ons expertisecentrum bieden. Die implementatie gaat nu heel hard.” |

¹ <https://teenbest.nl/>

² <https://coachmaastricht.com/>

Herijking kwaliteitstaken:

Klaar voor de zorg van morgen

Volgens het Zorginstituut en VWS sluiten onze kwaliteitstaken niet meer goed aan bij de uitdagingen van vandaag: personeelstekorten, stijgende kosten, duurzaamheid en een beweging naar passende zorg. Het conceptadvies *Herijking Kwaliteitstaken* geeft ons meer ruimte om maatschappelijke belangen mee te wegen, terwijl zorgpartijen verantwoordelijk blijven voor de inhoud van richtlijnen.

Tekst Jos Leijen

In 2014 kregen wij als Zorginstituut de taak om de kwaliteit van zorg te stimuleren en te bewaken. Sindsdien is er veel veranderd. De zorg kampt met personeelskrapte, de uitgaven lopen op en duurzaamheid speelt een steeds grotere rol. Tegelijk is passende zorg de norm geworden. Dat vraagt om een nieuwe kijk op onze kwaliteitstaken. Op verzoek van VWS onderzochten wij daarom hoe wij onze rol beter kunnen invullen. Het resultaat is een conceptadvies dat we deze zomer voorlegden aan VWS en aan partijen in het veld. Nieuw daarin is vooral dat wij niet alleen kijken of kwaliteitsproducten worden ontwikkeld, maar dat wij ook kunnen aangeven welke onderwerpen vanuit maatschappelijk oogpunt extra aandacht vragen.

Lastig sturen op passende zorg

Wij toetsen nu vooral hoe kwaliteitsstandaarden, zoals richtlijnen, en meetinstrumenten tot stand zijn gekomen. Zijn alle relevante partijen betrokken geweest? Is de procedure zorgvuldig gevolgd? Met de inhoud bemoeien wij ons niet. Daarnaast worden veel richtlijnen überhaupt niet aangeboden aan het register.

"De meeste richtlijnen worden gewoon goed opgesteld", zegt Diana Delnoij, Chief Scientific Officer bij het Zorginstituut en belangrijkste auteur van het advies. "Maar de

huidige manier van werken geeft ons weinig mogelijkheden om te sturen op passende zorg."

Maatschappelijk prioriteringskader

Volgens het advies moet het Zorginstituut meer richting kunnen geven vanuit een maatschappelijk perspectief. Daarom wordt een 'maatschappelijk prioriteringskader' voorgesteld. Dit geeft aan welke kwaliteitsvragen als eerste aangepakt moeten worden. Denk aan vraagstukken rond personeelschaarste, duurzaamheid of passende zorg voor specifieke groepen patiënten. Ook komen er wettelijke voorwaarden voor richtlijnen. Nu toetsen wij vooral achteraf, maar in de nieuwe situatie worden belangrijke eisen vooraf in de wet vastgelegd. Richtlijnen moeten bijvoorbeeld transparant tot stand komen, goed wetenschappelijk zijn onderbouwd en samen met alle betrokken partijen worden ontwikkeld.

Aansluiten bij het veld

Dat betekent niet dat het Zorginstituut gaat voorschrijven wat er in richtlijnen moet staan, benadrukt Delnoij. Zorgverleners, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars blijven samen bepalen wat goede zorg is. Het Zorginstituut kijkt vooral of aanbevelingen in de richtlijnen zorgvuldig tot stand zijn gekomen en wetenschappelijk zijn onderbouwd.

"We willen vooral versterken wat richtlijnmakers zelf al belangrijk vinden", zegt Delnoij. "De voorgestelde wettelijke voorwaarden zijn grotendeels afgeleid van bestaande afspraken over richtlijnontwikkeling die het veld zelf heeft opgesteld."

De herijking hoeft ook niet te leiden tot meer administratie. Omdat standaarden niet langer hoeven te worden ingediend voor het register, verdwijnt juist een deel van het papierwerk. Als Zorginstituut gaan wij bovendien alleen risicogericht toetsen, bijvoorbeeld wanneer signalen uit het veld daar aanleiding toe geven.

"De huidige manier van werken geeft ons weinig mogelijkheden om te sturen op passende zorg"

Een stap vooruit

Wordt het advies overgenomen, dan wordt voor zorgpartijen duidelijker welke kwaliteitsproducten prioriteit hebben en welke maatschappelijke belangen meewegen. Ook kunnen partijen knelpunten aan ons voorleggen als ze er samen niet uitkomen. Bijvoorbeeld bij vraagstukken rond schaarste aan personeel of capaciteit. Wij kunnen dan helpen om maatschappelijke belangen af te wegen.

Als het advies wordt overgenomen, wordt ook duidelijker welke onderwerpen prioriteit krijgen en wie daarover beslist. Patiënten moeten daardoor betere informatie krijgen over de kwaliteit van zorg. Zorgverleners houden de regie over de inhoud van richtlijnen, maar krijgen wel duidelijkere kaders mee. |

Most Favoured Nonsense

Matthijs Versteegh



Column

Zo gek zijn ze niet, die Amerikanen. De Verenigde Staten hebben ineens door dat ze sinds jaar en dag te veel betalen voor geneesmiddelen en dat willen ze niet meer. Maar ze hebben ook een florierende farmaceutische industrie die ze niet kwijt willen. In het kader van ‘eat your cake and have it too’ is de oplossing ‘Most Favoured Nations’, een beleid waarbij de VS hun uitgaven terugbrengen door voortaan dezelfde prijs voor geneesmiddelen te betalen als andere rijke landen. Die andere landen moeten dan wel méér gaan betalen dan ze nu doen om de gederfde inkomsten van de Amerikaanse farmaceutische industrie op te vangen. Niet gek. Eraan meewerken is dat wel.

De industrie floreerde doordat de VS te veel betaalden. Moet Europa het ‘overbetaalde’ deel nu bijpassen? Dat wil ik thuis wel eens proberen. Ik geef bijvoorbeeld zelf te veel geld uit aan auto’s; ik ben er simpelweg niet rationeel mee. Als ik wil minderen, maar niet minder auto’s wil hebben, is de Amerikaanse oplossing dat mijn vriendin maar mee moet gaan betalen. Zij krijgt immers nu een ‘free-ride’. In een te dure, onpraktische tweepersoonsauto ja, dat wel. Ik zal het haar eens vragen.

Maar, zeggen de voorstanders: als we het gat dat de VS achterlaten niet vullen, dan gaat er minder geld naar *research & development* (R&D) door de industrie. Laten we dat eens doordenken. Ten eerste gaat er per euro geneesmiddelomzet slechts 25 cent naar R&D.

Dus die euro uitgeven aan geneesmiddelen is een dure omweg naar R&D-besteding. Ten tweede is het zorgbudget waar die euro uit moet komen niet bedoeld om – boven op de waarde van zorg – het investeringsklimaat mee te subsidiëren, maar om zorg van te kopen. Ten derde, bedrijven richten de R&D die er van het overgebleven kwartje gedaan wordt op producten die de investering terugverdienen, niet op projecten die gezondheid maximaliseren. Immers: de helft van de nieuwe geneesmiddelen levert minder dan 0,27 extra gezonde levensjaren op. Een deel van de nieuwe innovaties heeft alleen bestaansrecht omdat er veel geld mee verdiend kon worden. In de VS welteverstaan. Is het zo zeker dat het deel dat wegvalt de producten waren die de meeste gezondheid toevoegden?

Het is natuurlijk een bittere pil: accepteren dat de huidige omzetniveaus van farmaceutische bedrijven alleen zo hoog zijn omdat één land, zonder instituties die prijs koppelen aan waarde, *the-sky-is-the-limit*-bedragen betaalt. Eigenlijk zouden de VS beloningen ook gelijk moeten trekken met gezondheidswinst van geneesmiddelen. Dan creëren we een mondiale prikkel voor R&D, waarin gezondheid optimaliseren ook winst maximaleren betekent. Dat is een veel beter idee dan Europa te laten betalen voor de historische fout van de VS.

“Ook de VS zouden beloningen gelijk moeten trekken met gezondheidswinst van geneesmiddelen”

10

vragen aan

Marc Sprenger

Tekst Edith Bijl

Beeld De Beeldredactie | Christiaan Krouwels

1 Wat is uw eerste ervaring met de gezondheidszorg?

“Op mijn derde lag ik een jaar lang met tuberculose in een sanatorium in Limburg. Hoewel die ervaring destijds nog niet zo’n impact op mij had – daarvoor was ik nog te jong – deed het mij later wel inzien hoe belangrijk het is om infectieziekten te bestrijden. Dat motiveerde mij om me daarvoor in te zetten. Niet voor niets specialiseerde ik me in de medische microbiologie en epidemiologie.”

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

“Ik hou van klassieke muziek en had graag orkestleider willen worden. Daar heb ik niets mee gedaan, maar toch: als je leiding geeft moet je iedereen een stem geven, zorgen dat iedereen tot zijn recht komt. Daarom heb ik als manager meermaals een koordleider laten komen om te laten zien hoe je met alle medewerkers samen kunt zingen. Helaas kan ik zelf niet dirigeren, maar ik kon er wel een beetje vragen om te helpen.”

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

“Toen ik rond 2000 bij het College voor Zorgverzekeringen (CVZ; voorloper van het Zorginstituut - red.) werkte, beoordeelden wij of nieuwe medicijnen of interventies

PERSONALIA

Marc Sprenger is sinds 2024 Directeur Publieke Gezondheid (DPG) van GGD regio Utrecht (GGDrU).

Sprenger studeerde geneeskunde en specialiseerde zich in medische microbiologie en epidemiologie in Maastricht en Rotterdam. Van 1999 tot en met 2003 was hij Directeur Zorg bij het College voor Zorgverzekeringen, een van de voorlopers van het Zorginstituut. Verder werkte hij onder meer als DG bij het RIVM, bij het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC) in Stockholm en bij de WHO in Genève. In 2021 werd Sprenger als speciaal gezant van de Nederlandse regering uitgezonden naar Suriname. Hij vindt het belangrijk dat hij in zijn werk altijd feeling houdt met de ‘echte wereld’: “Als die afstand te groot is, werkt het niet. Dat is de rode lijn in mijn loopbaan geweest: er was altijd een link tussen wat ik achter het bureau bedenken en de realiteit.”



“Kinderen moeten minder achter hun schermjes zitten en vaker naar buiten gaan, samen in de modder spelen. Dat klinkt heel simpel, maar is zó belangrijk. Want deze kinderen zijn de basis; investeer dus in hun gezondheid”

een toegevoegde waarde hadden voor de zorg. Zo niet, dan adviseerden we negatief. Daar mogen we heel kritisch op zijn: alleen waardetoevoegende zorg moet vergoed worden. Ik snap dat het soms moeilijk is alle politieke en maatschappelijke druk om geneesmiddelen toe te laten, te weerstaan. Maar het budget is beperkt; we kunnen het dan maar beter uitgeven aan behandelingen die, zoveel mogelijk, bewezen effectief zijn. Beter is het als de overheid meer investeert in preventie en gezondheid, vooral voor kinderen, zodat je voorkomt dat zij ziek worden. Als je al het geld dat je nu uitgeeft aan niet-effectieve zorg, inzet voor preventie, heb je veel meer rendement van je investering.”

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

“In z'n algemeenheid moet alle zorg eruit die geen toegevoegde waarde heeft. Ik vind het goed dat mensen na een hartoperatie niet meer zoveel nacontroles krijgen. Cardiologen hebben dat zelf voorgesteld. Het zou goed zijn als ook andere specialisten kritisch kijken welke routinematige handelingen weinig waarde toevoegen en dus kunnen stoppen.”

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

“Alle zaken die ziekte kunnen voorkomen en die gezond gedrag bevorderen moeten vergoed en gestimuleerd worden. Ook moet er meer geïnvesteerd worden in seksuele voorlichting.”

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

“Ik kijk het eerst aan. Dat deed ik ook bij mijn vier kinderen: drie dagen afwachten en dan opnieuw kijken. Bijna nooit was er dan nog reden om naar de huisarts te gaan.”

7 Wat is uw favoriete zorgwoord?

“Preventie. Ik vind dat er nu veel te veel nadruk ligt op ziekenhuizen en topzorg. Je moet veel meer kijken naar de basis. Als je bijvoorbeeld ergens een nieuwe wijk bouwt, zorg er dan meteen voor dat mensen geen last hebben van lawaai en hitte, en dat kinderen goed buiten kunnen spelen – en daardoor minder snel een bril nodig hebben. Wij proberen vanuit de GGD dat bewustzijn te vergroten. Neem

ons programma ‘Nu niet zwanger’, waarbij we vrouwen in kwetsbare posities helpen bewust de keuze te maken om wel of niet zwanger te worden. Belangrijk, want als een kind opgroeit in een kwetsbare situatie leidt dat vaak tot problemen. Consultatiebureaus kunnen ook toekomstige problemen helpen voorkomen door eerder en beter te signaleren of ouders meer hulp nodig hebben. De GGD richt zich ook op scholen; die moeten een gezonde omgeving bieden, die kinderen stimuleert om te bewegen en zich mentaal gezond te ontwikkelen. Anderzijds moeten we als maatschappij opnieuw leren accepteren dat sommige kinderen in hun gedrag nu eenmaal een beetje anders zijn. Plak daar niet te snel een etiket op. Medicaliseer dat niet, maar normaliseer dat gedrag.”

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

“Naast Johann Sebastian Bach! Hij heeft geniale muziek gemaakt, die nog steeds populair is. Ik zou heel graag willen weten hoe die muziek ontstaat in zijn hoofd.”

9 Wat vindt u de belangrijkste voorwaarde voor goede zorg?

“Dat die zorg empathisch is, dat je de leefwereld van de patiënt begrijpt. Bij CVZ heb ik geleerd te denken vanuit de patiënt. Toen ik daar werkte, zaten er ook vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen in het bestuur. Dat inspireerde mij en maakte mij ervan bewust welke uitwerking bepaalde beslissingen konden hebben op patiënten. Ik leerde daar om alle rapporten die we toen schreven, ook eens te lezen vanuit de ogen van de patiënt. Dan maak je toch andere afwegingen.”

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

“Ik hoop dat we dan goed weten wat wel en niet effectieve zorg is. Dat we de moed hebben om niet-effectieve interventies niet te vergoeden en meer investeren in goede gezondheid. Ik hoop dat een deel van het geld dat nu naar de zorg gaat, wordt geïnvesteerd in het voorkómen van ziekten. En dat kinderen minder achter hun schermjes zitten en vaker naar buiten gaan, samen in de modder spelen. Dat klinkt heel simpel, maar is zó belangrijk. Want deze kinderen zijn de basis; investeer dus in hun gezondheid.”

Netwerken voor de transformatie van hart- en vaatzorg

In dit derde artikel in de serie ‘Werken aan de zorgtransitie’ belichten we de transmurale zorgsamenwerking tussen cardiologen en huisartsen. Deze vormt de basis om te komen tot passende en toekomstbestendige hart- en vaatzorg.

Tekst Frank van Wijck

Beeld De Beeldredactie | Marcel van Hoorn

PlusPunt is een van de voorbeelden van een regionetwerk voor hart- en vaatzorg, gebaseerd op samenwerking tussen ziekenhuis en eerste lijn. Het toeval hielp een handje om het in 2014 te realiseren. “Het academisch ziekenhuis MUMC+ had een buitenpoli in Heerlen waarvan de activiteiten, gericht op tweede- en derdelijnszorg, stopten”, vertelt Marieke van den Brink, cardioloog in ziekenhuis Zuyderland. “De huisartsenorganisatie Huisartsen Oostelijk Zuid-Limburg sprong in dat gat om tot anderhalvelijns-hart- en vaatzorg te komen. Met de ruimte kwam ook het personeel vrij, en de toenmalige manager pakte het op een bevlogen manier aan. Ook zorgverzekeraar CZ speelde een constructieve rol.”

De cardiologen in Zuyderland hadden al contacten met de huisartsen. “Bij de opzet van het centrum gingen we uit van waar zij behoefte aan hadden”, vertelt Van den Brink. De huisartsen wilden de regie houden over de hart- en vaatzorg voor hun patiënten, met aanvullend advies van ons. Snel beschikbaar laagdrempelig onderzoek dus waarmee zij zelf verder konden. Nascholingen voor de huisartsen vormden hier ook een onderdeel van.”

Focus bepalen

In het begin was het zoeken, volgens Van den Brink: “We moesten bepalen welke patiënten

wel en niet in aanmerking kwamen om in PlusPunt te worden gezien. We ontdekten al snel welke patiënten te complex waren voor het eenmalige advies dat hiervoor het uitgangspunt vormde. Ook moesten we uitkijken voor een aanzuigende werking: niet alles onderzoeken omdat het kan. Het uitgangspunt moet altijd zijn de juiste zorg op de juiste plek te bieden.”

Gaandeweg lukte het om het aanbod uit te kristalliseren. “De focus kwam te liggen op de iets complexere patiënt, of juist de oudere patiënt met hartfalen die je niet naar het ziekenhuis wil sturen. Boezemfibrilleren viel af omdat bij die patiënten toch wat meer zorg nodig bleek.” Toen de fietstest op de achtergrond raakte moest daarvoor een goed alternatief worden gevonden. “Geen CT-scan, want die is in PlusPunt niet beschikbaar. Dus we zoeken nu naar een alternatief.”

Meer tijd per patiënt

De cardiologen stonden snel achter het plan de huisartsen in een anderhalvelijnssetting te ondersteunen in de hart- en vaatzorg. Van

den Brink: “Oostelijk Zuid-Limburg vergrijst en de zorgvraag op dit gebied groeit. Er was een duidelijke roep om de gezondheid en zelfredzaamheid van mensen te bevorderen en toekomstige zorg te voorkomen.”

De aanpak moet de cardioloog wel liggen, zegt ze. “Je werkt er met een andere mindset. Je bent het verlengstuk van de huisarts en je moet dingen soms anders uitleggen dan je gewend bent. Meer vanuit: moeten we hier wel iets mee? Het mooie is dat wij patiënten die heel ongerust zijn waar wij dat niet zijn, met onze expertise in die omgeving heel goed gerust kunnen stellen. Het is laagdrempelig en we hebben meer tijd per patiënt.”

Gezamenlijk initiatief

Met PlusPunt is echt iets anders tot stand gekomen dan andere regionale initiatieven, stelt Van den Brink. “Dit is echt een gezamenlijk initiatief van de huisartsen en het ziekenhuis. Ik denk dat veel initiatieven vaak vanuit één groep professionals komen. Inmiddels is de opzet ook al verbreed naar meerdere specialismen buiten de hart- en vaatzorg. Daardoor krijgt het initiatief naam in de regio.”

De gekozen aanpak draagt duidelijk bij aan de transitie die met de zorgakkoorden IZA en AZWA wordt beoogd, stelt ze. “Al is het alleen al omdat het ons helpt om te realiseren dat niet alles in de tweede lijn hoeft. Die kritische

Het rapport

Het Zorginstituut publiceerde het rapport *Netwerken voor gezondheid in de buurt en regio*, over de transformatie van hart- en vaatzorg. Dit rapport kwam tot stand in samenwerking met NVVC Connect. Dit initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie richt zich op het realiseren van transmurale samenwerking voor patiënten met een hart- of vaatziekte. De basis voor het contact met NVVC Connect was gelegd bij de totstandkoming van het signalement *Passende zorg voor mensen met hart- en vaatziekten*.



Marieke van den Brink

vraag moeten we onszelf steeds blijven stellen. Het voordeel is dat het makkelijker is om onderzoek dat je niet nodig vindt af te houden als je buiten het ziekenhuis werkt, omdat de faciliteiten ervoor in PlusPunt simpelweg niet beschikbaar zijn.”

Stimulering

Met PlusPunt is een vorm van samenwerking gerealiseerd die nog uitzonderlijk was toen vanuit de Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie (NVVC) het initiatief werd genomen om de samenwerking tussen cardiologen

en huisartsen te stimuleren, vertelt Jan van Ramshorst (interventiecardioloog Noordwest Ziekenhuisgroep). “Gaandeweg kwam die samenwerking in steeds meer regio’s tot stand, mede dankzij de centrale ondersteuning vanuit NVVC Connect, dat tot doel heeft die samenwerking verder te brengen.”

“Het gaat hierbij veelal om chronische zorg”, vervolgt Van Ramshorst. “Een groot deel daarvan hoeft niet in het ziekenhuis te worden geleverd. Maar een beperkende factor is dat de huisartsenpraktijk kleine aantallen van deze patiënten ziet. In een regionetwerk,

Van den Brink:
“De aanpak van PlusPunt helpt ons te realiseren dat niet alles in de tweede lijn hoeft. Die kritische vraag moeten we onszelf blijven stellen”

met goede scholing door de cardiologen en laagdrempelig contact, zijn er meer mogelijkheden. In de ene regio in de vorm van een anderhalvelijnscentrum, zoals PlusPunt. In andere regio’s bijvoorbeeld via telemonitoring of door verpleegkundig specialisten vanuit de vvt huisbezoeken te laten afleggen. De aanpak verschilt per regio, afhankelijk van hoe de samenwerking gegroeid is en welke middelen beschikbaar zijn. Het is niet top-down op te leggen en kan alleen slagen met betrokkenheid aan de voorkant van de zorgverzekeraar en structurele financiering. De kern is kijken wie wat kan doen, om de transformatie in hart- en vaatzorg mogelijk te maken in lijn met de afspraken uit IZA en AZWA.”

Werkende mechanismen

Het Zorginstituut heeft samen met NVVC Connect drie regio’s bezocht waarin zorgprofessionals anders zijn gaan denken, doen en organiseren om de zorg passender te maken. Dit leidde tot het rapport *Netwerken voor gezondheid in de buurt en regio* over transformatie van de hart- en vaatzorg. Projectleider bij het Zorginstituut Albertine van Diepen: “We hebben meegekeken bij drie Connect-regio’s die echt anders zijn gaan werken. Deze regio’s gingen zich richten op het bijdragen aan de gezondheid van mensen in plaats van alleen het behandelen van een ziekte. Ze werken meer vanuit gezondheid en maken daarmee de beweging naar passende zorg concreet. Hun werkwijzen bieden inzichten en handvatten voor zorgprofessionals en partijen in andere regio’s, voor leernetwerken zoals NVVC Connect en voor zorgverzekeraars en overheid. Het rapport beschrijft in hoofdstuk 2 de werkende mechanismen hiervoor.” |

Leidraad chronische pijn:

Minder zoeken, sneller de juiste zorg

Tien jaar pijn, tientallen behandelingen en nog steeds geen oplossing. Voor veel mensen met chronische pijn is dit de realiteit. Van huisarts naar specialist, van fysiotherapeut naar psycholoog. Jarenlang, zonder dat de kwaliteit van leven wezenlijk verbetert. Dat moet anders, vonden zorgverleners, patiëntenorganisaties en het Zorginstituut. Het resultaat is de *Leidraad Organisatie en werkwijze zorg voor patiënten met chronische pijn*, die begin dit jaar werd gepubliceerd.

Tekst Jos Leijen

Beeld Zorginstituut

Koert Hommel herkent het probleem maar al te goed. Na rugproblemen, operaties en aanhoudende pijn begon voor hem een zoektocht langs talloze behandelingen: “In het begin dacht ik dat ik de enige in Nederland was met zo'n nare pijn die niet meer wegging. Later ontdekte ik dat miljoenen Nederlanders hetzelfde doormaken.” Hommel, initiatiefnemer van de Landelijke Pijn Organisatie, ziet veel van zijn eigen ervaringen terug in de nieuwe leidraad: “Het document benoemt eerlijk wat er nu niet goed gaat in de pijnzorg en geeft tegelijkertijd de richting aan waar we naartoe moeten.”

Leidraad is noodzaak

André Wolff, hoogleraar anesthesiologie en pijngeneeskunde aan het UMCG, stond aan het hoofd van de multidisciplinaire werkgroep die de leidraad ontwikkelde. Meer dan drie miljoen Nederlanders hebben last van chronische pijn, benadrukt hij de noodzaak van de leidraad. “Het is bijna een epidemie. En veel patiënten belanden in een langdurig traject waarbij ze talloze zorgverleners zien, zonder dat hun situatie wezenlijk verbetert.” De leidraad was in 2024 al grotendeels af, maar de definitieve autorisatie liet nog bijna twee jaar op zich wachten. “Dat vonden wij natuurlijk jammer”, zegt Wolff. “Maar er zijn veel partijen bij betrokken en iedereen moest zich erin kunnen vinden. Uiteindelijk heeft dat wel geleid tot een document dat breed wordt gedragen.”

De basis voor de leidraad werd eerder gelegd in de *Zorgstandaard Chronische Pijn* uit 2017. Die beschrijft wat goede zorg is. De nieuwe leidraad gaat een stap verder en legt vast hoe die zorg georganiseerd moet worden. De leidraad is opgenomen in de richtlijndatabase van de Federatie Medisch Specialisten (FMS).

Van losse schakels naar netwerk

De kern van de leidraad is dat chronische pijn niet uitsluitend door een medische bril bekeken moet worden. Pijn wordt beïnvloed door biologische, psychologische én sociale factoren. Die zogenaamde biopsychosociale benadering vormt het uitgangspunt voor diagnose, behandeling en organisatie van zorg.

“De kennis daarover ontbreekt nog vaak bij professionals”, zegt Wolff. “Daardoor wordt pijn soms nog steeds te monodisciplinair benaderd. Dan komt een patiënt niet op het juiste moment op de juiste plek terecht.”

Hommel: “Kennis van patiënten zelf wordt nog onvoldoende benut”

De leidraad pleit daarom voor regionale netwerken waarin huisartsen, fysiotherapeuten, psychologen, pijnspecialisten, revalidatieartsen en andere professionals intensief samenwerken. Ook introduceert het document nieuwe rollen, zoals de zorgcoördinator en de regiebehandelaar. Hun taak is onder meer overzicht te houden en patiënten door het zorglandschap te begeleiden. Dat ziet Hommel wel zitten: “Ik heb zo'n persoon enorm gemist. Je wordt een bos ingestuurd, maar je krijgt geen kaart mee. Een zorgcoördinator kan helpen om veel sneller de juiste route te vinden.”

Sneller op de juiste plek

Volgens Wolff moeten patiënten de effecten uiteindelijk duidelijk gaan merken. “Wanneer een probleem complex is, moeten mensen sneller op de juiste plek terechtkomen. Dan voorkom je dat iemand vijf of tien jaar rondloopt, vijftien zorgverleners heeft gezien



Gids Passende zorg voor mensen met klachten vanuit de lage rug
Zorginstituut Nederland | juli 2025



Veel bereikt, nog veel te doen

De publicatie van de leidraad markeert niet alleen het einde van een ontwikkeltraject, maar ook een belangrijke uitkomst van het Passende zorg-verbetertraject *Klachten vanuit de lage rug* van het Zorginstituut. Dat traject is onlangs geëvalueerd. Projectleider Ingrid van Hoogstraten constateert dat er in de afgelopen jaren veel bereikt is. Zo is de nieuwe leidraad ontwikkeld en geautoriseerd, zijn verschillende richtlijnen herzien, kwam er meer multidisciplinaire samenwerking en is extra aandacht besteed aan patiënteninformatie en verantwoord opioïden-gebruik.

Tegelijkertijd laat de evaluatie zien dat er nog een aantal belangrijke stappen moet worden gezet. De implementatie van de leidraad staat bovenaan de agenda. Ook moeten zorgverleners, zorgverzekeraars en toezichthouders verder praten over de organisatie en bekostiging van netwerkzorg. En er zijn betere afspraken nodig over verwijzingen binnen de keten en het gebruik van beeldvormend onderzoek. Het Zorginstituut stopt nu met het actief faciliteren van het traject, maar blijft de ontwikkelingen volgen. Over enkele jaren wordt opnieuw gekeken of de beoogde veranderingen ook daadwerkelijk zichtbaar zijn in de praktijk. “Het is belangrijk dat partijen nu zelf verdergaan”, zegt Van Hoogstraten. “De basis ligt er. Nu moet blijken of de verbeteringen echt landen in de dagelijkse zorg.”



Wolff: “Pijn wordt soms nog steeds te monodisciplinair benaderd. Dan komt een patiënt niet op het juiste moment op de juiste plek terecht”

en nog steeds geen verbetering van kwaliteit van leven ervaart.”

Voor Hommel is dat precies waar het om draait. Terugkijkend ziet hij hoeveel behandelingen voortkwamen uit hoop op een snelle oplossing. “Iedereen zoekt die *quick fix*. Ik ook. Maar chronische pijn is complex. Juist daarom moet je naar het hele verhaal van een patiënt kijken.”

Hij mist daarbij nog wel één element in de discussie: de waarde van ervaringskennis. “We zeggen vaak dat de patiënt centraal staat, maar de kennis van patiënten zelf wordt nog onvoldoende benut. Terwijl we bij de Landelijke Pijn Organisatie merken dat

lotgenotencontact en ervaringsverhalen voor veel mensen ontzettend waardevol zijn.”

Van papier naar praktijk

Over de richting die de leidraad aangeeft zijn Wolff en Hommel het eens. De grootste vraag is niet wát er moet gebeuren, maar hóe het daadwerkelijk van de grond komt. Volgens Wolff zijn scholing, samenwerking en financiering de belangrijkste opgaven: “Implementatie gaat niet vanzelf. Het kost tijd, capaciteit en middelen. We hebben voorbeelden uit andere zorgdomeinen gezien waar dat lukt, maar daar was wel ondersteuning voor beschikbaar.”

Ook Hommel maakt zich zorgen over de randvoorwaarden. “Ik zie veel mensen met goede ideeën. Er ontstaan regionale netwerken, zorgverleners die samenwerken. Maar veel gebeurt nog in de avonduren en op vrijwillige basis. Dat is niet houdbaar.” Wolff: “Ik hoop dat patiënten over vijf jaar sneller de juiste diagnose en begeleiding krijgen en dat er goed functionerende netwerken zijn ontstaan.” Hommel heeft een vergelijkbare wens. “Dat chronische pijn eerder wordt herkend. En dat mensen niet meer verdwalen in het systeem.” |



Feiten & Cijfers

€ 3.700.000.000

bedroegen de totale kosten voor het persoonsgebonden budget in de Wlz in 2025. Dit aantal groeide sinds 2018 (€ 1,9 miljard) met gemiddeld 10% per jaar. De gemiddelde kosten stegen van ruim € 40.000 naar ruim € 52.000 per gebruiker per jaar; een stijging van gemiddeld 4% per jaar.

BRON: ZORGINSTITUUT

1 op de 4 mensen met een ernstige psychische aandoening

krijgt geen of onvoldoende zorg en blijft buiten beeld van de ggz. Dat zijn **62.500 mensen**. Naar schatting lopen zo'n 24.000 tot 60.000 mensen daardoor het risico een gevaar voor zichzelf te worden.

BRON: DE NEDERLANDSE GGZ, ONDERZOEKRAAD VOOR VEILIGHEID



7 op de 10 mensen

leven 5 jaar na een kankerdiagnose nog (71%). 30 jaar geleden lag de gemiddelde vijfjaarsoverleving nog op 51%. De grootste stijging is behaald bij patiënten in stadium III: van 30% in de periode 1990-1994 naar 57% in de periode 2020-2024.

BRON: IKNL

50%

van de Nederlandse bevolking heeft moeite met het vinden, begrijpen, beoordelen en/of gebruiken van informatie bij het maken van gezondheidskeuzes.

BRON: RIVM, NIVEL

Ruim 71.000 Wlz-cliënten

maakten in 2025 gebruik van het persoonsgebonden budget. Dit aantal groeide sinds 2018 (47.000 cliënten) met gemiddeld 6% per jaar.

BRON: ZORGINSTITUUT

12,9 jaar

bracht de Nederlander in 2023 gemiddeld door in slechte gezondheid. In percentages: het gemiddeld aantal levensjaren in slechte gezondheid steeg van 13,2% in 1990 naar 15,7% in 2023.

BRON: THE LANCET PUBLIC HEALTH

7,5%

bedroeg het ziekteverzuim in de zorg in 2025. Het landelijk gemiddelde was dat jaar 5,4%. Het hoogste verzuim binnen de zorg behaalden de verpleging, verzorging en thuiszorg (gemiddeld 9,2%), de gehandicaptenzorg (8,1%) en de jeugdzorg (7,7%).

Dit verzuim van 7,5% kost de zorg **minstens € 5,8 miljard**.

BRON: ABN AMRO O.B.V. CBS-CIJFERS

Minstens 740 medisch specialisten verdienden in 2024 boven de balkenende-norm (€ 233.000 in 2024).

BRON: CBS



Kinderen geboren in een meervoudig kwetsbare situatie hebben in de eerste 6 levensjaren **gemiddeld € 7.000 (bijna 55%) meer zorgkosten**, waarvan € 2.500 in het geboortjaar.

BRON: RIVM

Het aantal contactmomenten met de huisartsenpraktijk steeg van 5.055 per 1.000 patiënten in 2021 naar **5.394 per 1.000 patiënten** in 2025. Dat is een stijging van 7%. Het aantal huisbezoeken van huisartsen daalde in die periode met 42%.

BRON: NIVEL



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

De stelling van Mirella Minkman

“Het is tijd dat de zorg zich organiseert rond levens, niet rond loketten”

Het behandelen van alleen de aandoening en niet de hele mens, is voor veel zorgprofessionals nog de maatstaf. Dat is symptomatisch voor wat er mis is aan de organisatie van zorg, vindt Mirella Minkman, voorzitter van de Raad van Bestuur van Vilans. Volgens haar is samenwerking vanuit een integrale aanpak het antwoord op de vergrijzing, de groeiende complexiteit en toenemende verwevenheid met het sociaal domein. Alleen door kennis en expertise te verbinden en systemen lerend te maken, kan de zorg toekomstbestendig worden en beter aansluiten bij de mens om wie het gaat.

Tekst Robert van der Broek

Beeld Rogier Chang

“Als je mij vraagt wat het grootste probleem in de Nederlandse zorg is, dan zeg ik niet: geld. Ik zeg: versnippering. Voor de overzichtelijke zorgvragen hebben we de zorg in de loop der jaren uitstekend georganiseerd. Heb je een gebroken arm, dan weet iedereen wat hij moet doen. Je gaat naar het ziekenhuis, wordt behandeld en daarna houdt de zorg in feite weer op. Ons stelsel is daarop ingericht: rondom organisaties, wetgeving en financieringsstromen. Maar we hebben niet alleen curatieve zorg! De langdurige zorg vraagt om een heel andere organisatiewijze. We worden ouder, mensen leven langer met meer aandoeningen tegelijk en steeds meer vraagstukken spelen zich af in een thuiscontext met naasten – en daarmee op het snijvlak van wonen, zorg, welzijn en het sociaal domein. Langdurige zorg die niet thuis kan

worden verleend, vraagt multidisciplinaire inzet vanuit een breed perspectief op het leven. De zorg- of ondersteuningsbehoefte is een aanvulling op dat leven.”

Generieke overlap

“Samenwerking organiseren om goede, samenhangende zorg te bieden is belangrijk om de maatschappelijke uitdagingen van deze tijd te kunnen aangaan. We moeten af van het denken in afzonderlijke ziekten, beperkingen of domeinen. Integrale zorg is niet nieuw; ik verdiepte mij er twintig jaar geleden al in, toen de sector zich nog vooral richtte op het ontwikkelen van ziektespecifieke ketenpaden. Ik heb altijd gezien dat er in de zorg ook veel generieke overlap is. Je kunt zeggen: jeugdzorg en diabeteszorg zijn twee verschillende specialismen. Dat is technisch gezien inderdaad zo, maar het is ook een heel beperkte benadering. Is de mens niet méér dan zijn aandoening? Diabetes bij een jongere mag dan somatisch zijn, maar hoe vaak komen daar niet psychosociale vraagstukken bij? Het vertrekpunt zou veel vaker moeten zijn: wat heeft deze persoon nodig om zo goed mogelijk zijn leven te kunnen leiden? Dat is een fundamenteel andere vraag dan: welke organisatie is verantwoordelijk voor dit stukje zorg?”

Vaste werkwijzen

“Mijn interesse in deze thematiek werd gewekt toen ik zelf startte als verpleegkundige. Ik verbaasde me regelmatig over de manier waarop we processen inrichtten. Ik herinner me patiënten die werden overgeplaatst en die standaard overdrachtsformulieren mee kregen. Niemand vroeg zich af of daarop de informatie stond die de ontvangende verpleegkundige nodig had. Het zette mij aan het denken. Waarom ontwerpen we processen niet vanuit de behoefte van degene die de informatie ontvangt? Of vanuit diegene die de zorg nodig heeft? Waarom vertelde men mij in elke regio dat de zorg bij hen echt anders was, terwijl ik juist ook overeenkomsten zag? Die verwondering heeft me nooit meer losgelaten. ➤



“De kwaliteit van de zorg wordt uiteindelijk bepaald door hoe mensen en organisaties met elkaar samenwerken. Toch organiseren we het systeem nog alsof iedereen afzonderlijk opereert”

Ik besloot mijn promotieonderzoek te wijden aan de vraag wat de essentie is van integrale zorg en hoe die te organiseren en ontwikkelen. Mijn onderzoek gaat daar nog steeds over.”

Samenspel

“Ik zag in de praktijk dat de medische behandeling vaak maar een klein onderdeel vormt van het totale zorgproces en dat het hele samenspel eromheen van grote invloed is op de kwaliteit van zorg. Neem iemand die een beroerte heeft gehad. Die ligt misschien een paar dagen in het ziekenhuis. Daarna begint pas het echte herstel, waarbij naasten en verschillende professionals een rol spelen. De kwaliteit van de zorg wordt uiteindelijk bepaald door hoe al die mensen en organisaties met elkaar samenwerken. Toch organiseren we het systeem nog alsof iedereen afzonderlijk opereert.”

Governance-logica

“De kern van integrale zorg is dat je uitgaat van de mens in zijn levenssituatie en waar hij behoefte aan heeft. De vraag is: wat heeft iemand nodig om zelfstandig, gezond en betekenisvol te leven? Goed samenwerken vraagt om het op elkaar aansluiten van verschillende vaardigheden. Juist de verschillen in expertise helpen om de zorg effectief te organiseren. Dat kan ook betekenen dat je een stukje autonomie moet inleveren. Ongelijkheid en verschillende belangen zijn inherent aan samenwerking. Dat hoort er per definitie bij. Samenwerkingsverbanden komen onder spanning als iedereen uiteindelijk toch zijn eigen territorium afbakt of belang beschermt. Daarom is het goed overdenken van de governance belangrijk. Governance in samenwerkingsverbanden volgt een andere logica. Het is nodig bestuurlijk af te spreken wie wat doet – en wat *niet*. En het is nodig dat het toezicht

ook staat voor de maatschappelijke opgaven die nagestreefd worden. Voor duurzaam transformeren naar integrale zorg moet alles *aligned* zijn.”

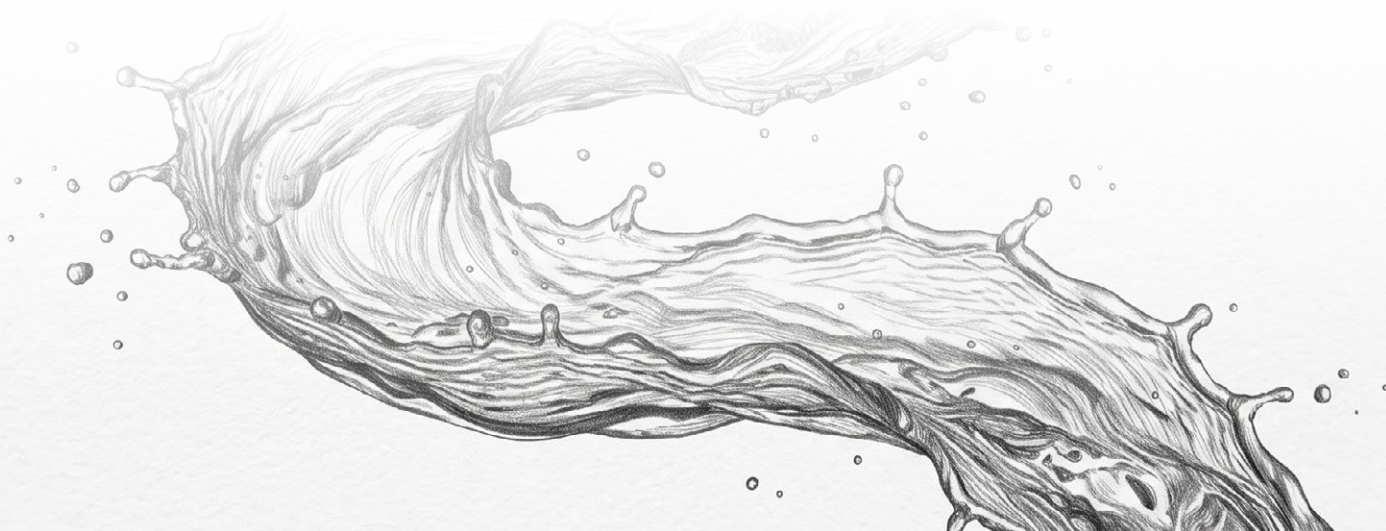
Gezamenlijke opdracht

“Ik probeer door een wetenschappelijke bril naar de praktijk te kijken en in de praktijk te zien waar de wetenschap nog antwoorden op moet geven. Ik noem mezelf weleens meerbenig. Ik begrijp de praktijk omdat ik er graag rondloop en er zelf ben gestart, maar ik kijk er ook met een wetenschappelijke kennisbril naar. Die combinatie helpt om verbinding te leggen tussen werelden die nog te vaak gescheiden opereren. Samenwerking is ingewikkelder dan mensen denken; je moet het zo licht mogelijk en zo stevig als noodzakelijk organiseren, oftewel proportioneel. Met zo min mogelijk partijen, maar wel met de juiste partijen. In de praktijk schuiven te veel mensen aan met een onduidelijk mandaat. Dat klinkt heel democratisch, maar dertig mensen rond één vergadertafel levert zelden effectieve besluitvorming op. De eerste vraag moet zijn: wat is eigenlijk onze gezamenlijke opdracht? Als die niet helder is, kun je eindeloos blijven vergaderen zonder echt resultaat.”

Noest transformeren

“Ik hoor vaak dat deelnemers in samenwerkingsverbanden de moed verliezen omdat de bekostiging niet past en KPI's niet helpen. Ik zou zeggen: zet toch door, want met de juiste partners, ambitie, erkenning en inzet kom je ver. Natuurlijk moet er uiteindelijk wel sprake zijn van financiering die past bij de nieuwe werkwijzen. Begin klein vanuit een grote ambitie, expliciteer onderliggende gezamenlijke waarden, bouw vertrouwen op, laat zien dat de samenwerking werkt en schaal vervolgens op. Zorgverzekeraars en zorgkantoren moeten niet naar bestaande regels verwijzen als er een overtuigend resultaat ligt, maar de handschoen echt oppakken. Andersom werkt het meestal ook niet. Extra geld zonder gezamenlijke visie leidt zelden tot duurzame verandering. Een goed ingerichte governance is ook hier weer een belangrijke waarborg. Zonder governance blijven mooie initiatieven kwetsbaar. Dan draait een project op een paar bevlogen mensen. Zodra zij vertrekken of tijdelijke subsidies stoppen, verdampt ook de samenwerking.”

“Ik zet mij in voor een kennis-infrastructuur die de beweging naar passende integrale zorg daadwerkelijk laat stromen”



Prof.dr. Mirella Minkman is voorzitter van de Raad van Bestuur van Vilans, de kennisorganisatie voor zorg en ondersteuning. Als hoogleraar bekleedt ze de leerstoel Innovatie van inter-organisatiele governance voor zorg en samenleving aan Tilburg University-TIAS. Minkman is ook voorzitter van de Innovatie en Adviescommissie (IAC) van de BoZ. Verder is ze toezichthouder in de zorg en internationaal actief op de thematiek van haar leerstoel.



Kennis vindbaar maken

“Steeds meer mensen erkennen het belang van integrale zorg en ondersteuning onder invloed van het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA). Alle regio’s zijn in beweging. Bewegingen zoals reablement en passende zorg scherpen het denken over wat echt nodig is. Wat nog mist, is het vasthouden en verder brengen van wat we onderweg leren. Het is zinloos om vooraf een set KPI’s te bedenken en dan jaren daaraan vast te houden, terwijl je in een transformatie zit. Je leert onderweg. Nieuwe kennis en al bestaande kennis kan nog veel beter benut worden. Het IZA is gericht op uitvoering van transformatie, maar men is vergeten er een goede kennisinfrastructuur bij te ontwerpen die ook na de akkoorden blijft bestaan. Betrouwbare kennis wordt dan onvindbaar. Vilans wil kennis vindbaar maken, ontsluiten en toepasbaar maken voor professionals. We werken met wetenschappelijke kennis, professionele kennis en ervaringskennis. Ter illustratie: voor het pakketbeheer heeft het Zorginstituut wetenschappelijke onderbouwing nodig, terwijl voor de toepassing van vergoede zorg ervaringskennis heel

“Bewegingen zoals reablement en passende zorg scherpen het denken over wat echt nodig is. Wat nog mist, is het vasthouden en verder brengen van wat we onderweg leren”

bruikbaar kan zijn. Je wil dat professionals niet het wiel hoeven uit te vinden, maar dat ze kunnen voortbouwen op wat elders al bewezen is. Ik vergelijk dat weleens met het spoorwegennet. Niemand vraagt zich af of er rails liggen wanneer hij de trein neemt. Voor kennis zou hetzelfde moeten gelden. Een duurzame organisatie van integrale zorg kan niet zonder lerend vermogen en een kennisinfrastructuur die dit ondersteunt. In de langdurende zorg zetten we daar al stappen in. Maar ook daar helpen schotten niet. De komende jaren wil ik me daarom niet alleen inzetten voor nieuwe wetenschappelijke kennis die de praktijk helpt, maar ook voor een kennisinfrastructuur die de beweging naar passende integrale zorg daadwerkelijk laat stromen.” |

“Zorgverzekering is *niet* de oplossing voor kinderbrilarmoede”

Een kind dat het schoolbord niet kan lezen omdat zijn ouders geen bril kunnen betalen. Daar moet iets aan gedaan worden. Toch adviseert het Zorginstituut aan de minister van VWS om kinderbrillen niet voor alle kinderen op te nemen in het basispakket van de zorgverzekering. Dat lijkt misschien tegenstrijdig, maar achter het advies gaat een zorgvuldige afweging schuil, vertelt Zorginstituut-directeur Zorg Lonneke Koenraadt.

Tekst Jos Leijen

Beeld Hans van Rhoon (ANP)

De aanleiding voor het advies was een motie in de Tweede Kamer uit 2024 om kinderbrillen te vergoeden uit het basispakket. Het aantal kinderen dat een bril nodig heeft, neemt toe. Maar sommige ouders hebben geen geld om een bril aan te schaffen. Dit wordt ook wel kinderbrilarmoede genoemd. De motie haalde het niet, maar de minister van VWS vroeg het Zorginstituut wel een pakketadvies uit te brengen.

Toetsing aan pakketcriteria

Bij elk pakketadvies toetst het Zorginstituut zorg aan vier pakketcriteria, legt Koenraadt uit: effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid. Die criteria worden in samenhang gewogen. “De effectiviteit en kosteneffectiviteit staan niet ter discussie. Een bril doet wat hij moet doen.”

Anders ligt het bij de criteria noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid. Bij het criterium noodzakelijkheid kijkt het Zorginstituut onder meer naar de ziektelast en naar de vraag of een behandeling of hulpmiddel noodzakelijk verzekerd moet worden. Slechtziendheid komt veel voor, maar mensen die slecht zien hebben relatief weinig verlies van gezondheid in vergelijking met bijvoorbeeld mensen met kanker of kinderen met ernstig astma. Bovendien zijn de kosten van een

kinderbril voor de meeste gezinnen goed op te brengen. Alleen voor een beperkte groep gezinnen met een laag inkomen vormen de kosten een serieus probleem.

Bij het criterium uitvoerbaarheid draait het om de vraag of opname in het basispakket haalbaar en houdbaar is. Daar spelen de financiële gevolgen een grote rol. Volledige vergoeding van brillen voor alle kinderen kost naar verwachting meer dan 200 miljoen euro per jaar. Terwijl het vergoeden van brillen voor kinderen uit arme gezinnen tien miljoen euro zou vergen.

Maatschappelijk probleem

“Kinderbrilarmoede is een reëel maatschappelijk probleem”, erkent Koenraadt. “Het is best ernstig als je als kind geen bril krijgt en daardoor niet mee kan komen op school. Dat heeft grote gevolgen, zeker maatschappelijk. Het vergroot de kansenongelijkheid. Maar de zorgverzekering is niet de oplossing voor dat probleem. Het gaat niet alleen om de vraag wat goed is voor een individueel kind, maar ook om de houdbaarheid en rechtvaardigheid van ons zorgstelsel. Overigens is er voor kinderen met een ernstige oogafwijking wel een vergoeding voor de meerkosten van speciale glazen.”

25.000 tot 50.000 kinderen zonder bril

Er circuleren diverse cijfers over de aantallen kinderen die door armoede geen goede bril zouden hebben. Stichting Vision 2020 Netherlands schatte het aantal in 2024 op ten minste 64.000. Ze ging hierbij ervan uit dat 5,1 procent van de kinderen in armoede leeft. Volgens het CBS is dit percentage de afgelopen jaren gedaald naar 2,8 procent. In ons advies hanteren we een range van 25.000 tot 50.000 kinderen van wie de ouders financiële hulp nodig hebben om een bril te kunnen kopen. Het gaat dan vooral om gezinnen die een inkomen hebben onder of net boven de armoedegrens.



“Als je brillen subsidieert voor kinderen uit gezinnen die het zelf best kunnen betalen, moet je óf andere zorg niet meer vergoeden, óf de premie verhogen”

Solidariteitsprincipe

Een belangrijke overweging voor het Zorginstituut is het solidariteitsprincipe. Het basispakket is bedoeld voor zorg die collectief verzekerd moet worden, omdat het voor verzekerden te kostbaar is om zelf te dragen. Daarbij moeten voortdurend keuzes worden gemaakt over de inzet van schaarse middelen.

Daarmee raakt het advies ook aan het gedachtegoed van passende zorg: je wilt beschikbare middelen inzetten waar zij de meeste maatschappelijke waarde hebben en ervoor zorgen dat zorg toegankelijk en betaalbaar blijft voor iedereen.

“Als je brillen subsidieert voor kinderen uit gezinnen die het zelf best kunnen betalen, moet je óf andere zorg niet meer vergoeden, óf de premie verhogen”, zegt Koenraadt. “Geld dat we uitgeven aan kinderbrillen voor gezinnen die het zelf kunnen betalen, kunnen we niet inzetten voor mensen die het wel hard nodig hebben.”

Een gerichtere oplossing

Dat betekent niet dat het Zorginstituut blind is voor het probleem van kinderbrilarmoede,

benadrukt Koenraadt: “We begrijpen dat het teleurstellend is dat dit advies het probleem niet oplost, maar gelukkig hebben partijen opties aangereikt om de zorg voor deze groep te verbeteren. Uit gesprekken met betrokken partijen hebben we geleerd dat er veel regelingen zijn. Maar de mensen voor wie deze regelingen zijn, kunnen deze slecht vinden. Ook zijn er verschillen tussen gemeenten. Die regelingen bereiken daardoor niet altijd de kinderen voor wie ze bedoeld zijn. Wij geven dan ook aan dat daar echt werk van moet worden gemaakt.” Het Zorginstituut adviseert om de bestaande vangnetten te verbeteren en, totdat er een structurele oplossing is, een tijdelijke overbruggingsregeling op te zetten.

Zorgvuldige afweging

Om tot het advies te komen deed het Zorginstituut literatuuronderzoek, sprak het met vertegenwoordigers van patiënten, zorgverzekeraars en andere betrokken partijen. We organiseerden een bijeenkomst om verschillende perspectieven op tafel te krijgen. De Adviescommissie Pakket (ACP) bracht advies uit over de maatschappelijke

afwegingen. Vervolgens konden partijen reageren op het conceptadvies voordat het definitieve oordeel werd vastgesteld.

Het advies over kinderbrillen laat goed de rol van het Zorginstituut zien. Wij gaan niet over inkomensbeleid en verstrekken zelf geen vergoedingen. Wel beoordelen we onafhankelijk welke zorg thuis hoort in het basispakket en bewaken we de solidariteit waarop het zorgstelsel is gebouwd. Tegelijk signaleren we maatschappelijke knelpunten en brengen die onder de aandacht van politiek en beleid. Koenraadt: “We zoeken de balans tussen de koude conclusie dat vergoeding voor kinderbrillen niet in het pakket thuis hoort, en het realisme dat er wel een serieus maatschappelijk probleem is dat we met elkaar moeten oplossen.”

Juist die combinatie van maatschappelijke betrokkenheid en een zorgvuldige toetsing aan de pakketcriteria maakt dit advies exemplarisch voor het werk van het Zorginstituut. Het laat zien dat passende zorg soms betekent dat het antwoord niet binnen de zorgverzekering ligt, maar daarbuiten. |



Tentoonstelling in de Galerie van het LUMC, Explore the Unknown, van Scarlett Hooft Graafland (tot 27 september 2026; foto: Gert Jan van Rooij).

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: *Beeldende kunst in ziekenhuizen*.

Tekst Edith Bijl
Beeld LUMC

In de stilte van de Galerie, vlak achter de drukke entreehal van het LUMC, staart een vrouw minutenlang naar een schilderij. Het kleurige beeld trekt haar aandacht, doet haar verstillen, brengt haar in een andere wereld. Even is het bezoek aan de arts ver weg, even verdwijnen de zorgen naar de achtergrond. Iets later schrijft ze in het gastenboek: "Schitterend...! Wat een stille ver-ademing hier. Van ontroerende schoonheid. Ik loop 'gevoed' weer het ziekenhuis uit. Leve de kunst!"

Het is een beeld dat Sandrine van Noort, hoofd Kunstzaken van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), meteen herkent: "Veel mensen zien onze Galerie als een soort vluchtheuvel. Een meditatieve ruimte waar je even loskomt van alle beslommeringen van het ziekenhuis, van onderzoeken, en waar je echt even een nieuwe wereld kunt betreden. Of, zoals een anonieme bezoeker het eens verwoordde: 'Heerlijke kunst om even aan het ziekenhuis te ontsnappen. Even in de wereld van fantasie, lust en verlangen.'"

Kracht van kijken naar kunst

Van Noort is als hoofd Kunstzaken verantwoordelijk voor de kunstcollectie in het ziekenhuis. Wat ooit in de jaren tachtig begon als een bescheiden collectie kwalitatieve kunst, is veertig jaar later uitgegroeid

"Mijn vaste loopje na de medische afspraken. Heilzame kunst in het ziekenhuis. Prachtig dit"

tot een verzameling van bijna 2.600 foto's, tekeningen, schilderijen, beeldhouwwerken en video's. Daaruit blijkt wel dat het LUMC altijd al veel waarde hechtte aan het tonen van kunst, vertelt Van Noort: "Dat gevoel werd de afgelopen jaren nog meer gevoeld door de groeiende aandacht voor de relevantie en betekenis van kunst in een zorgomgeving. Zo blijkt onder meer uit het onderzoek van Tineke Abma (zie kadertekst rechts – red.) dat mensen door het kijken naar kunst weer bezit krijgen over hun autonomie. Want als je overgeleverd bent aan medische onderzoeken, lever je eigenlijk je lichaam uit en word je losgezongen van jezelf. Door naar kunst te kijken kom je weer in contact met je eigen gedachten, verbeeldingskracht en fantasie en voel je je weer even een heel mens en geen patiënt."

Vanuit die gedachte stelt Van Noort al jaren de collectie samen. Niet alleen in de Galerie, maar ook in de gangen, trappenhuisen,



Katrin Korfmann, Hortus Radiologicus (Varentuin), foto wachtruimtes Radiologie LUMC, 2026.

wachtkamers en op personeelsafdelingen. Elk kunstwerk moet qua stijl en sfeer in zijn omgeving passen, vindt zij: "In de Galerie tonen we vaak hedendaagse kunst rond actuele thema's. Hier mag de kunst schuren, vragen oproepen en mensen aan het denken zetten. Terwijl we in wachtruimten van poliklinieken eerder kiezen voor kunstwerken en kunstopdrachten die mensen op positieve wijze afleiden van het ziek zijn. Of neem de *Homunculus* die bij de entree de bezoeker verwelkomt (zie foto rechtsonder - red.). Dat beeld heeft zo'n hoog knuffelgehalte dat iedereen, jong en oud, ernaast wil zitten, het wil aanraken. Ontroerend is dat."

Reacties als 'belevingsmeter'

Van Noort beoordeelt de kunstcollectie vanuit haar blik als kunsthistorica, maar laat zich daarbij ook leiden door de reacties van patiënten, andere bezoekers én medewerkers: "Hun reacties, bijvoorbeeld in de gastenboeken, zijn voor mij een mooie 'belevingsmeter' hoe mensen de kunst hier ervaren. Dat is steeds weer inspirerend om te lezen." |

WAT ZEGT DE WETENSCHAP?

Tineke Abma, bijzonder hoogleraar Kunst & Zorg: "Wetenschappelijke studies naar beeldende kunst in algemene ziekenhuizen, zoals kunsttentoonstellingen en schilderijen in ziekenhuisgangen en wachtruimten, concluderen dat kunst een belangrijke, maar onderbenutte bron is in de gezondheidszorg. Zowel het kijken naar kunst als het maken ervan draagt bij aan het welbevinden van patiënten, zorgpersoneel en bezoekers. Kunst biedt positieve afleiding en leidt tot meer tevredenheid over de ziekenhuisopname. Patiënten ervaren dat ze op hun mens-zijn worden aangesproken en voelen zich weer 'heel.' Kinderen en jongeren hebben in het bijzonder baat bij kunst, omdat het de angst voor steriele ruimten en behandelingen kan wegnemen. Ook voor ouderen is kunst waardevol, vooral in de communicatie met mensen met geheugenverlies. Recente studies benadrukken dat de voorkeur voor kunst heel persoonlijk en subjectief is en dat kunst gericht ingezet kan worden afhankelijk van het doel (afleiding, activatie, rust). Ook wordt gewezen op het belang van kunst als onderdeel van het ziekenhuis als een *healing environment*."

Enkele reacties die mensen in de gastenboeken achterlieten na een bezoek aan het LUMC:

"Zulke plaatjes maken de verplichte, toch wel sombere gang naar deze instelling van bloed en dood bijna tot een feest!"

"Mijn vrouw ligt hier in het ziekenhuis. Dan is een stille tocht langs deze werken een troost, die wordt veroorzaakt door de volstrekt originele vondsten"

"Heel ontspannen na een bestraling te toeven in een andere sfeer. Geen geluid, geen woorden, alleen genieten van vorm en kleur"



Homunculus Loxodontus, van Margriet van Breevoort (mixed media, 2016).

Omring-bestuursvoorzitter Jolanda Buwalda:

“We willen de zorg beter, slimmer en leuker maken”

Met digitalisering streeft vvt¹-organisatie Omring naar meer zelfredzaamheid van de cliënt en minder werklust door spraakgericht rapporteren. Bestuursvoorzitter Jolanda Buwalda pleit voor één landelijke, digitale snelweg voor uitwisseling van gezondheidsdata door zorgverleners. “Dat voorkomt ook dubbele intakes.”

Tekst Loek Kusiak

Beeld De Beeldredactie | Marco Bakker

“Digitalisering inzetten waar het kan, niet om het warme contact te mijden, maar voor meer zelfstandigheid van cliënten, vanuit het concept positieve gezondheid en vermindering van werkdruk. Daarvoor zijn er online tools en is er sensortechnologie voor monitoring op afstand. *Blended care*, de combinatie van digitale en fysieke ondersteuning, vermindert de afhankelijkheid van de fysieke aanwezigheid van de zorgverlener, maar voorkomt ook dat door personeels tekorten gaten vallen in de zorg”, verwoordt Buwalda kernachtig het digitale DNA van Omring, een zorgorganisatie met vijfduizend medewerkers in de kop van Noord-Holland, gespecialiseerd in verpleging en verzorging, wijk- en revalidatiezorg.

Spaghetti-automatisering

Toen de gedragswetenschapper en bestuurskundige Buwalda in 2014 bij Omring begon, trof ze “spaghetti-automatisering aan, een rommeltje.” Dat was voor haar reden om bij Omring “radicaal onder de motorkap” te kijken. In een vorige baan als directielid bij het Register Amsterdam had ze al

deskundigheid opgedaan met digitalisering. “We startten bij Omring met een digilab om alles op het gebied van zorgtechnologie en diensten te verkennen. Digitale transformatie was bovendien nodig met het oog op ketensamenwerking, compliance en verantwoording naar toezichthouders als IGJ, Zorginstituut en zorgverzekeraars.”

In 2019 ontwikkelde Omring een ‘Meerjarenvisie Digitalisering’ voor alle perspectieven: van online cliëntenzorg tot het ontzorgen van medewerkers met een slimme bedrijfsvoering, en van uitwisseling van data met ketenpartners tot een financieel gezonde bedrijfsvoering. Er zijn vier technologische platformen geïntegreerd. In 2024 presenteerde Omring een geactualiseerde visie met 2030 als horizon. Buwalda: “We zoeken nu naar een combinatie van digitale instrumenten met de meeste impact op tijdsbesparing of productiviteitsverhoging door personeel gericht in te zetten en voor meer doervermogen van de cliënt. We willen het nog beter, leuker en slimmer maken.”

Nudgen

Een belangrijk motief bij het uitrollen van digitalisering is wat Buwalda het “zozozo-beleid” noemt: zo digi, zo zelf, zo nabij, zo informeel mogelijk. “We begonnen met het uitdelen van iPads aan cliënten. Daarmee gingen ze communiceren met wijkverpleegkundigen en mantelzorgers. Zo spaarden we ook reis- en bezoektijd uit voor controle, zoals medicatiegebruik. De iPad werd snel geaccepteerd. Cliënten vonden het leuk om hiermee bijvoorbeeld ook te *facetimen* met de kleinzoon in Australië. Met tools in de zorg moet je vooral *nudgen*, zodat het naast nuttig ook plezierig is.”

Inmiddels gebruikt de Omring-client met diabetes type 1 de iPad ook om zelf gemeten bloedwaarden door te geven. “De wijkverpleegkundige komt nog slechts één keer

per week langs om bloed te prikken met de slimme diabetesmeter.”

Voor het ontzorgen van medewerkers heeft Omring de overstap gemaakt naar spraakgericht rapporteren. “Dat is echt onderdeel van onze hybride werkplek 2.0. Medewerkers spreken na een cliëntcontact hun rapportages in via een mobieltje. Dat zet spraak om in tekst. Geen werk achter de pc meer. Alle systemen zijn in het mobieltje geïntegreerd, zoals alarmopvolging, sensortechnologie en het elektronisch cliëntendossier.”

Sneller herstellen

Omring heeft een academische werkplaats NAH en Wijkverpleging aan de Vrije Universiteit (VU) en een lectoraat geriatrische revalidatiezorg aan de Hogeschool Inholland. “Daarmee zijn we een academische vtt-organisatie die *evidence based* passende zorg levert.” Trots is Buwalda op de ‘Hipper’, een tool met sensortechnologie en een coachportaal. Deze is in samenwerking met de VU ontwikkeld voor mensen die na een ziekenhuisopname voor een gebroken heup thuis revalideren. “De Hipper registreert bewegingen en reikt oefeningen aan. Mensen herstellen daardoor sneller en raken mentaal minder gedeprimeerd. Daarnaast meten we in onze revalidatiezorg en op 31 woonzorglocaties met een digitale tool vitale functies als cholesterol, bloeddruk en hartslag. Uitslagen komen direct in ons data-analysecenter, dat ook prognoses geeft voor ontwikkelingen van ziektebeelden.”

AI-indicatie-adviseur

Omring introduceerde ook al vroeg kunstmatige intelligentie (AI). “Een AI-indicatie-adviseur zorgt voor betere preventie of vroegtijdige interventies rondom de cliënt. Die combineert data uit zorgdossiers en geeft een signaal wanneer



“Met tools in de zorg moet je vooral *nudgen*, zodat het naast nuttig ook plezierig is”

beschikbaar zijn om fouten en dubbele intakes en diagnostiek te voorkomen. Wat niet helpt is onduidelijkheid over landelijke standaarden voor gevalideerde zorgtechnologie en wat zorgverzekeraars hiervan duurzaam gaan inkopen. Ook niet helder is het inverteffect op minder inzet van personeel en productiviteitsverhoging. Evenmin weten we wat de cliënt al dan niet vanuit de Wmo, Wlz en Zvw aan digitale zorg moet bijdragen.”

Ontdubbelen

“Feitelijk kunnen we wel online tools opschalen, weten we wat licenties en onderhoud kosten, maar door ongewisheid over beleidskeuzes, tarieven en contractering krijgen we de businesscase niet rond voor structureel gebruik van digitale zorg. Toch moet je doorgaan. Wij doen dat met publiek-private partnerships vanuit een MVO-invalshoek. Anders redden we het niet om passende zorg solidair, toegankelijk en kosteneffectief te blijven leveren, vooral nu de vergrijzing toeneemt.”

Buwalda besluit: “Team Overheid, oftewel VWS, NZa en andere beleidsmakers, benadrukken dat digitale interactie de patiënt tot meer zelfstandigheid moet activeren. Deze ambitie vraagt evenwel om uniform beleid voor data-governance. Met één infrastructurele *highway* kunnen we veel ontdubbelen en ontzorgen. En als zorgbestuurder moet je zorg-ICT niet alleen gaaf vinden, maar ook in de achteruitkijkspiegel kijken of de menselijke maat overeind blijft.” |

mogelijk een zwaardere zorgindicatie nodig is. Dankzij de voorspellende beslisondersteuning van de AI-indicatie-adviseur kunnen we alert reageren bij een volgende fase van een progressieve aandoening. Voorheen konden zorgverleners dat alleen vaststellen door veelvuldig observeren en rapporteren. Daarnaast kan de AI-adviseur virusuitbraken voorspellen en risico's op infecties. Met tijdige, lichte, persoonsgerichte interventies voorkomen we dat cliënten in isolatie moeten, want dat is een zwaar middel.”

Vragenlijst

“Op jaarbasis heeft Omring 2.500 intramuraal wonende cliënten”, legt Buwalda uit. “Bij iedere nieuwe bewoner nemen we een met algoritmes gevalideerde vragenlijst af, ontwikkeld met de VU en Universiteit Leuven. Hiermee stellen we de diagnose vast en welk zorg-leefplan bij de cliënt-bewoner past. Door dit interview jaarlijks te herhalen,

kan het zijn dat de cliënt weer zonder hulp naar de winkel kan, of dat een intensievere behandeling nodig is.”

Regionale samenwerking is voorwaarde om met zorgtechnologie cliëntgericht, kostenbewust en duurzaam te opereren in een veranderend zorglandschap, benadrukt Buwalda, die ook bestuurslid is van de regionale Datahub en voorzitter van de regionale serviceorganisatie (RSO Zorgring). Daarin maken huisartsen, ziekenhuizen en andere zorgverleners gezondheidsgegevens veilig digitaal toegankelijk en uitwisselbaar. “In de regionale Datahub realiseren we architectuur voor interfaces tussen systemen van leveranciers en de bronsystemen van huisartsen, ziekenhuizen, vtt, ggz en welzijn. Digitaal gedeelde informatie over de reis van de cliënt, over al dan niet doorbehandeling, is onmisbaar. Maar landelijk is de keten nog niet zo georganiseerd dat cliëntdata altijd

¹ vvt = verpleging, verzorging en thuiszorg



“Ik ben trots op wat partijen nu al hebben bereikt, zeker omdat het hier om brede verbeteropgaven gaat. Petje af!”

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 passende zorg-verbetertraject voor mensen met eczeem of psoriasis.**

Tekst Edith Bijl

Beeld De Beeldredactie | Marco Okhuizen, Phil Nijhuis

aan het **Bureau**

Hedy Maagdenberg is adviseur bij het Zorginstituut.

“Toen we de zorg voor mensen met huidziekten in kaart brachten, werd al snel duidelijk dat de zorg bij eczeem en psoriasis beter kon. Vooral gepast gebruik van zorg en de voorlichting en begeleiding van patiënten was onvoldoende, terwijl dat essentieel is voor patiënten om hun huidaandoening onder controle te krijgen.

Met die verbeterpunten zijn partijen binnen de psoriasis- en de eczeemzorg voortvarend aan de slag gegaan. Bij psoriasis richtten de partijen zich vooral op richtlijnherziening, informatievoorziening en bewustwording. Daarin hebben ze grote stappen gezet. Ook werken ze nu aan een psoriasisplatform.

Bij eczeem besloten patiënten en zorgverleners van verschillende disciplines om samen alle verbeterpunten tegelijk op te pakken binnen het Nationaal Constitutioneel Eczeem Project (NCEP). Een vrij unieke aanpak, die vooral wordt aangedreven door enthousiaste dermatologen als Anne-Moon (zie haar verhaal hiernaast). Ons verbeter-signalelement werkte als vliegwiel voor het NCEP. Wij constateerden dat de online informatiebronnen over eczeemzorg onvoldoende eenduidig, vindbaar en volledig waren. Inmiddels zijn veel bronnen aangepast. Patiënten kunnen nu online goede, eenduidige informatie vinden; een hele mooie eerste stap.

Het verbeteren van de zorg en van specifiek de mondelinge voorlichting die de verschillende (eerstelijns)zorgverleners geven, kost meer tijd. Dit is belangrijk, want als dit verbetert, krijgen mensen sneller de voor hen passende zorg. Aanpassing van de NHG-richtlijn kan daarin helpen. Maar brede implementatie van deze verbeteringen in de praktijk duurt nu eenmaal lang. Het werk is nog niet af. Toch ben ik trots op wat de partijen nu al bereikt hebben, zeker omdat het hier om brede verbeteropgaven gaat. Petje af!

Over een paar jaar kijkt het Zorginstituut op basis van de beschikbare data of de verbeteringen al tot meer passende zorg hebben geleid. Gezien hun enorme gedrevenheid ga ik ervan uit dat ze daarin zullen slagen.”

aan het **Bed**

Anne-Moon van Tuyll van Serooskerken is dermatoloog in het Haga Ziekenhuis en Juliana Kinderziekenhuis.

“Vanuit ons vakgebied wisten wij al langer dat de eczeemzorg niet goed was. We wisten ook dat we veel partijen nodig hadden om die zorg te kunnen verbeteren. Daarvoor startten we met het NCEP, nog voordat het Zorginstituut begon met het verbetertraject. Hun verbeterpunten kwamen uiteindelijk grotendeels overeen met de doelen die wij binnen het NCEP op basis van de dagelijkse praktijk hadden vastgesteld en al hadden opgepakt.

De publicatie van het verbeter signalement hielp ons in dit proces. Daarin werd erkend dat er een probleem was in de eczeemzorg en dat dit een gezamenlijke opgave was. Dat we nu in de implementatiefase zitten, danken we mede aan het Zorginstituut, dat goed meedacht en voor nog meer verbinding zorgde met andere partijen. De kracht van dit project is dat we dit sámen doen, met zorgverleners en patiënten, die allen vanuit hun passie en gevoel voor urgentie de zorg voor mensen met eczeem willen verbeteren. Je kunt die zorg ook alleen maar verbeteren als je inzicht hebt in elkaars dagelijkse praktijk. En dat maakt het ook zo leuk. Daarbij is het mooi om te zien wat het met patiënten doet als je hun goede zorg kunt leveren.

We zijn er nog niet, maar hebben wel al veel gerealiseerd. Zo hebben we de verbeterpunten op het gebied van patiënteninformatie opgepakt door goede patiënteninformatie te ontwikkelen en tools te maken voor zorgverleners voor in de spreekkamer. Ook is er scholing voor zorgverleners. Alles staat op eczeemwijzer.nl. Nu kijken we hoe we de ontwikkelde materialen geïmplementeerd krijgen in de dagelijkse praktijk, zodat ze ook daadwerkelijk in de spreekkamer worden gebruikt en de patiënt bereiken. Uiteindelijk willen we komen tot een modelzorgpad dat we kunnen standaardiseren in de normale eczeemzorg. Er liggen dus nog flinke uitdagingen, maar stap voor stap moet het lukken.”



“Je kunt de zorg
alleen verbeteren
als zorgverleners en
patiënten inzicht
hebben in elkaars
dagelijkse praktijk”

Grotere rol voor praktische wijsheid in langdurige zorg

Van de mensen die in de langdurige zorg werken, is zo'n 80 procent mbo geschoold. Toch hebben zij nog nauwelijks een rol in het onderzoek naar passende langdurige zorg. Andersom bereikt wetenschappelijke kennis zelden het mbo. De samenwerking tussen het Zorginstituut en mboRijnland moet daar verandering in brengen, onder meer met het in september gestarte Ontwikkelatelier Wijsheid en Actieonderzoek in de Langdurige Zorg (WALZ).

Tekst Edith Bijl

Het Zorginstituut en practoraat *Praktische Wijsheid in Welzijn & Zorg* van onderwijsinstelling mboRijnland gingen begin dit jaar een samenwerking aan. Aanleiding hiervoor was dat de huidige manier van werken in de langdurige zorg niet houdbaar is en anders georganiseerd moet worden. Maar als je de zorg anders wilt vormgeven, heb je ook nieuwe vormen van kennis(ontwikkeling) nodig. Die kennis kwam tot nu toe vooral bij universiteiten en hbo-instellingen vandaan. Het mbo en mbo-opgeleide professionals hebben nog nauwelijks een structurele plek in onderzoek en beleidsontwikkeling, terwijl dit beleid juist vooral aan het werk van deze mbo'ers raakt. Daarom is het belangrijk dat er meer aandacht komt voor de 'praktische wijsheid' die mbo-geschoolde zorgprofessionals in hun dagelijks werk opdoen.

Bierlaagh:
“We gaan narratieven van praktische wijsheid ontwikkelen”

Erkenning en waardering

Voor het Zorginstituut biedt de samenwerking een kans om wetenschappelijke kennis direct aan te laten sluiten bij de praktijk, vertelt Angelie van der Aalst van het Zorginstituut. “We brengen met deze samenwerking de praktische wijsheid in de wetenschap. Het is een mooie stap in de erkenning en waardering van mbo-professionals voor wat ze weten, wat ze kennen en wat ze doen. Daarvoor verdienen ze een plek in de wetenschap.”

Versterken van kennisinfrastructuur

Het doel van het Ontwikkelatelier is het versterken van de kennisinfrastructuur, zodat deze een stevige basis vormt voor

de beweging naar passende zorg en het ontwikkelen van het onderzoekend vermogen van mbo'ers. Het Ontwikkelatelier draagt ertoe bij dat mbo'ers gelijkwaardig betrokken worden bij alle onderzoeksfasen en bij het toepassen van kennis in de praktijk, legt Désirée Bierlaagh, practor CIV Welzijn & Zorg en mboRijnland uit: “Het doel is om de werelden van wetenschap, beleid en praktijk te laten samenkomen met praktische wijsheid als vliegwieltje. Door al deze perspectieven te laten samenwerken, ontstaat een bredere en rijkere kennisbasis en daarmee een stevige kennisinfrastructuur. En ja, kennisuitwisseling begint al op het mbo: studenten realiseren het zich niet altijd, maar zij zijn al vanaf hun eerste stagedag een bron van kennis en wijsheid.”

Actieonderzoek

Het Ontwikkelatelier WALZ werkt vanuit participatief actieonderzoek. Leren, verbeteren en onderzoeken gaan daarin hand in hand. De term ‘ontwikkelatelier’ is bewust gekozen, vertelt Bierlaagh: “Ontwikkelen is iets anders dan leren, en ‘atelier’ gaat over creatie en maken. In een atelier werk je met elkaar aan iets dat zich nog moet openbaren. Dat vraagt om te leren omgaan met onzekerheid en niet-weten. Onze studenten kunnen dat al goed. En tegelijkertijd vraagt het een context om dat verder te kunnen ontwikkelen.”

In het Ontwikkelatelier WALZ werken deelnemers vanuit openheid en gelijkwaardigheid aan vraagstukken rond passende langdurige zorg. Bierlaagh: “Zo gaan we kijken hoe die praktische wijsheid nu al een plek heeft in het curriculum van onze opleidingen en wat we daarin nog kunnen ontwikkelen. Ook gaan we narratieven van praktische wijsheid ontwikkelen. En binnenkort komt het Zorginstituut op werkbezoek bij ons; ook daar maken we meteen een Ontwikkelatelier-activiteit van.” |



“Bij passende zorg gaat het om maatwerk, altijd in goed overleg met je arts”

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:

Maurice Simmerok

“Ik heb al twintig jaar een vorm van allergische astma. Te pas en te onpas kon ik een flinke longaanval krijgen. Dat tastte mijn kwaliteit van leven nadrukkelijk aan. Daarvoor ben ik behandeld door het longteam van het AMC, ik heb begeleiding gehad van beweegtherapeuten, een psycholoog en een fysiotherapeut in een longherstelkliniek. Het gaat nu een stuk beter. Ik ben af en toe nog steeds wat benauwd en kortademig, maar daar is alles wel mee gezegd.”

“Als longpatiënt val ik in de categorie waarin ik 52 fysio-

therapiebehandelingen per jaar vergoed krijg. Om specifieke spiergroepen te trainen en voor ademhalingstherapie. Daardoor kan mijn lichaam veel meer hebben. Mijn longfunctie is nu hoger dan het gemiddelde voor mensen van mijn leeftijd. Ik gebruik nog maar één puffertje. Omdat ik een stuk fitter ben, kost het de maatschappij en de zorgverzekeraars veel minder geld. Ik heb een fulltimebaan, ik kan - tot op zeker hoogte - sporten, ik kan weer gewoon genieten en leuke dingen doen.”

“Ik had het geluk dat het team van artsen om mij heen luistert naar wie ik ben en wat ik wil, om dan te kijken wat haalbaar is. Want bij passende zorg gaat

het om maatwerk, altijd in goed overleg met je arts.”

“Ik denk dat preventie, met de juiste fysiotherapie, heel belangrijk is. Daarom zou het mooi zijn als er vanuit zorgverzekeraars meer ruimte zou komen voor preventieve behandelingen. Als die zorg voor meer mensen toegankelijk is, levert dat veel op: voor de mensen zelf in kwaliteit van leven, het bespaart kosten voor de maatschappij en je kunt weer een bijdrage leveren aan de maatschappij. Ik kan weer gewoon werken in plaats van dat ik thuis moet blijven zitten.”

Tekst Jasper Enklaar
Beeld De Beeldredactie |
Erik van der Burgt

Over zorg gesproken...

“Wie de zorg van morgen wil, kan niet blijven werken in het systeem van gisteren.”

Karel Hulsewé, voorzitter FMS, op medischcontact.nl (1 september 2026).

“Als vrouwen gezonder zijn, leven mannen ook langer en gelukkiger.”

Hanneke Takkenberg van het Netherlands Women's Health Research & Innovation Center, op zorgvisie.nl (3 september 2026).

“De oplossing voor een vitale samenleving gaat niet alleen uit de zorgsector komen. Het is echt ondenkbaar dat de zorg zichzelf uit het moeras omhoogtrekt.”

Rabobank-topman Michel van Schaik op zorgvisie.nl (21 augustus 2026).

“Als Den Haag werkelijk de zorg wil redden, is de oplossing eenvoudig. Vertrouw weer op artsen en verpleegkundigen. Door de tablet van een manager is nog nooit een patiënt beter geworden.”

Koos Dirkse, oud-ziekenhuisdirecteur en voorzitter Healthy Community Foundation, in de Leeuwarder Courant (14 augustus 2026).

“De twintigste eeuw kende economische groei als het belangrijkste kompas voor overheidsbeleid. De eenentwintigste eeuw vraagt om een nieuw kompas: gezondheid.”

René Héman, Alexander Rinnooy Kan en Sjaak Wijma, leden van de Initiatiefgroep Nederland Gezonder Niemand Uitgezonderd, op zorgvisie.nl (3 augustus 2026).

“Een rapportage schrijf je om iets over te dragen, niet om jezelf in te dekken tegen een verzekeraar.”

Reactie van wijkverpleegkundige Jennifer Bergkamp op de fraudezaak die verzekeraar VGZ recent verloor, op artsenauto.nl (3 augustus 2026).

“Met een beetje gezond eten, bewegen en je niet laveloos drinken is uiteraard niks mis. Maar garanties heb je niet, want de ongemakkelijke waarheid is dat controle over je lichaam een illusie is.”

Columniste Kitty Herweijer op ad.nl (8 juli 2026).

“Nederland moet fysiotherapie niet langer behandelen als een aanvullende voorziening, maar als strategische investering in de eerste lijn.”

Steven Jansen, fysiomanueeltherapeut en student klinische gezondheidswetenschappen, op trouw.nl (27 juli 2026).

“Als we iets niet weten, geeft dit ons mentaal ongemak. Ons brein lost dit op door een vooroordeel te gebruiken dat ons bovendien jarenlang is ingetraind. Aanstelleritis. Klaar.”

Psychiater en Pro Justitia-rapporteur Merel Boas over de omgang van artsen met vage klachten van – meestal – vrouwelijke patiënten, op volkskrant.nl (28 juli 2026).

“Ouderdom is geen ziekte. We moeten met elkaar het gesprek voeren over welke ouderdomsklachten ‘erbij horen’ en wat we wel nog gaan behandelen.”

Emeritus-hoogleraar gezondheidsrecht Jaap Sijmons op zorgvisie.nl (28 juli 2026).